



HAL
open science

Prévention et prise en charge du burnout chez le chirurgien-dentiste

Marianne Ousset

► **To cite this version:**

Marianne Ousset. Prévention et prise en charge du burnout chez le chirurgien-dentiste. Chirurgie. 2015. dumas-01128525

HAL Id: dumas-01128525

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01128525v1>

Submitted on 9 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2015

N° 24

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Marianne OUSSET

Née le 16 Février 1988 à Bordeaux (33), France

Le 2 Mars 2015

**Prévention et prise en charge du burnout
chez le chirurgien-dentiste**

Directeur de thèse

Docteur Yves DELBOS

Membres du jury

Président	Mme Marie-José BOILEAU	Professeur des Universités
Directeur	M. Yves DELBOS	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	M. Johan SAMOT	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	M. Jean-Marie MARTEAU	Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Président M. Manuel TUNON de LARA

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Directrice	Mme Caroline BERTRAND	58-02
Directrice Adjointe – Chargé de la Formation initiale	Mme Dominique ORIEZ	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. Jean-Christophe FRICAIN	57-02
Directeur Adjoint - Chargé des Relations Internationales	M. Jean-François LASSERRE	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme Marie-José BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme Véronique DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M. J-Christophe FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Elise ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Cécile BADET	Sciences biologiques	57-03
M. Etienne BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Michel BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M. Cédric BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean-Pierre BLANCHARD	Prothèse dentaire	58-02
M. Christophe BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Sylvie BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Sylvain CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Stéphane CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Jacques COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Reynald DA COSTA NOBLE	Parodontologie	57-01
M. François DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. François DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Yves DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Raphael DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M. Emmanuel D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M. Bruno ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Dominique GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M. Yves LAUVERJAT	Parodontologie	57-01

Mme Odile LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M. Jean-Marie MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme Javotte NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme Dominique ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Philippe POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M. Patrick ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Johan SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme Maud SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Cyril SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme Noélie THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M. Eric VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme Audrey AUSSEL	Sciences biologiques	57-03
M. Terence BARSBY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme Aurélie BARSBY-EL-KHODER	Prothèse dentaire	58-02
M. Julien BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu CLINKEMAILLIE	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M. Guillaume CRESTE	Prothèse dentaire	58-02
Mme Clarisse DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme Hélène DENOST	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M. Guillaume FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme Elsa GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Nicolas GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme Sandrine GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme Olivia KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-02
Mme Alice LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme Karine LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M. Alexandre MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme Marie MEDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Matthieu MEYER	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme Darrène NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
Mme Virginie PANNEREC	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme Chloé PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme Candice PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Jean-Philippe PIA	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu PITZ	Parodontologie	57-01
M. Clément RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. François VIGOUROUX	Parodontologie	57-01

A notre président de jury, Madame le Professeur Marie-José BOILEAU,

- Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
sous section Orthopédie dento-faciale : 56-02

Merci de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. J'ai beaucoup apprécié travailler à vos côtés pendant mes vacances hospitalières et je tiens à vous remercier de votre bonne humeur et de votre disponibilité.

Veuillez trouver l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Yves DELBOS,

- Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier,
sous section Odontologie pédiatrique : 56-01

Tout d'abord un grand merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci également pour ces 2 années hospitalo-universitaires passées avec vous, j'ai beaucoup appris à vos côtés. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre pédagogie, votre patience et surtout votre gentillesse.

J'espère que vous trouverez par ce travail ma sincère gratitude pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de ma formation.

A notre rapporteur de thèse, Monsieur le Docteur Johan SAMOT,

- Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier,
sous section Sciences biologiques : 57-03

Merci d'avoir accepté de collaborer à ce travail et d'être mon rapporteur. J'ai apprécié de pouvoir travailler avec vous à l'hôpital. Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

A notre assesseur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Marie MARTEAU,

- Maître de Conférences des Universités - Praticien hospitalier,
sous section Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique : 52-02

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Ce fut sincèrement un réel plaisir de travailler à vos côtés pendant 2 ans à l'hôpital. Vous avez toujours été disponible pour notre binôme Florent et moi. Merci pour l'ensemble des connaissances que vous avez pu m'apporter et surtout merci car grâce à vous je compte de nouveaux 32 dents !

Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

À mes parents,

Merci pour votre éternel soutien et surtout merci de m'avoir supporté pendant mes P1

À Julie,

Merci pour la relecture de cette thèse, merci d'être toujours là pour moi ...et merci de m'avoir donné de supers neveux !

À Virginie et Francesca

Merci pour votre gentillesse depuis toujours, et même si vous êtes loin je pense à vous

À Adrien,

Merci pour cette incroyable année passée à tes côtés

À Florent,

Merci pour ces années d'amitiés et de potins depuis le lycée

À Émilie

Parce que les opérateurs téléphoniques sont systématiquement obligés de couper nos conversations

À Laura

Je remercie encore cette colo de 2004 qui nous a permis de partager d'«intimes» moments bien plus vite que prévu.

À Marine

Merci pour tes conseils multidisciplinaires qui me rendent chaque jour moins bête ! (thx AnneRou)

À Manon

Merci d'avoir partagé la P1 à mes côtés. Grâce à elle nous ne nous sommes plus quittées !!

À mes amies du basket : Béné, Laura et Lisa

Merci pour ces 17 années passées ensemble, toutes ces apremes/goûters/soirées potins à papoter.

À mes amies de la faculté, par ordre alphabétique ;)

À Alexia

Merci de m'avoir vendu du rêve à chaque soirée avec tes danses dont toi seule à le secret depuis toutes ces années ! Des imitations à mourir de rire.. véritable actrice studio !!

À Audrey

Merci pour cette première année d'hôpital qui nous a rapproché ! Je n'oublies pas nos soirées pyjamas et nos goûters gargantuesques qui ont marqué Fanny à jamais ! merci d'avoir été là, parfois malgré toi, à chaque moment de ces années d'études.

À Hélène

Merci de m'avoir accordé toutes ces «autorisations» pendant les soirées. Je me souviens de tous ces moments ski, btz, urt et la turrrique !

À Sarah

Merci pour ces fous rires, cette magnifique expérience à la réunion où nous sommes devenues des stars de la TV locale et tous ces moments inoubliables même ceux où tu as osé me mentir (piton des neiges au hasard) !! goodmemories

À tous les autres qui m'ont permis de passer 5 années formidables

Merci à ma copine préférée, Pierre Sore, pour ces soirées souvent commencées à 3 et finies à 2, aux pierres, à Gaby et Fanny et son mythique sourire gingival...

Table des matières

LISTES DES ABREVIATIONS.....	6
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
PARTIE 1 : BURNOUT DU PROFESSIONNEL DE SANTE.....	9
1. HISTORIQUE ET DEFINITION.....	9
1.1. Historique.....	9
1.1.1. Les termes.....	9
1.1.2. Origine et émergence du modèle conceptuel.....	9
1.2. Définition du burnout.....	10
2. INSTALLATION ET SEMIOLOGIE.....	11
2.1. Évolution du syndrome de burnout.....	11
2.2. Le trépied du burnout.....	12
2.2.1. L'épuisement émotionnel.....	12
2.2.2. La déshumanisation de la relation à l'autre.....	12
2.2.3. La diminution de l'accomplissement personnel.....	13
3. DIAGNOSTIC ET EVALUATION.....	13
3.1. Limites du syndrome d'épuisement professionnel	13
3.1.1. Diagnostic différentiel.....	13
3.1.1.1. Burnout et Dépression.....	14
3.1.1.2. Burnout et insatisfaction au travail.....	14
3.1.2. Le burnout, une maladie professionnelle ?.....	14
3.2. Mesure du burnout.....	15
3.2.1. BM : «Burn out Mesure» de Pines et Aronson.....	15
3.2.2. MBI : «Maslach Burnout Inventory» de Maslach et Jackson.....	16
PARTIE 2 : PARTICULARITE DU CHIRURGIEN-DENTISTE.....	18
1. INTRODUCTION.....	18
2. DONNÉES GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE.....	18
3. CAUSES INTERNES ET EXTERNES : FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT DU CHIRURGIEN-DENTISTE.....	19
3.1. Introduction.....	19
3.2. Facteurs individuels.....	20
3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	20
3.2.1.1. Sexe.....	20
3.2.1.2. Age.....	20
3.2.1.3. Statut marital.....	20
3.2.1.4. Enfants.....	21
3.2.2. Hygiène de vie.....	21
3.2.2.1. Sommeil.....	21
3.2.2.2. Consommations de substances addictives.....	21
3.2.2.3. Support social et loisirs.....	21
3.2.3. Vie professionnelle	22
3.2.3.1. Parcours scolaire.....	22
3.2.3.2. Parcours professionnel et choix de carrière.....	22
3.2.3.3. Engagement au travail.....	23
3.2.3.4. Satisfaction professionnelle.....	23
3.2.4. Caractéristiques personnelles.....	23
3.2.4.1. Type de personnalité et troubles psychologiques.....	23
3.2.4.2. Gestion du stress.....	24
3.3. Facteurs intrinsèques, liés à la pratique de la dentisterie.....	26
3.3.1. Relation avec les patients.....	26
3.3.2. Facteurs relatifs aux soins (Conditions générales de travail).....	27

3.3.3. Stress professionnel.....	28
3.4. Facteurs extrinsèques, lié à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession	28
3.4.1. Responsabilités professionnelles.....	29
3.4.1.1. Pluridisciplinarité du métier de chirurgien-dentiste	29
3.4.1.2. Aspects financiers et juridiques.....	29
3.4.1.3. Problèmes techniques.....	29
3.4.2. Gestion relationnelle.....	30
3.4.2.1. Équilibre vie privée/vie professionnelle.....	30
3.4.2.2. Relation privilégiée avec l'assistante.....	30
3.4.2.3. Relation avec les autres professionnels de santé	30
3.4.3. Gestion de la pratique au quotidien.....	30
3.4.3.1. Pression du temps.....	30
3.4.3.2. Charge de travail.....	31
3.4.3.3. Formation continue.....	31
3.4.3.4. Organisation et lieu de pratique.....	31
3.4.3.5. Système de soins.....	31
3.5. Conclusion.....	32
4. MANIFESTATIONS ET RISQUES.....	32
4.1. Santé du chirurgien-dentiste.....	32
4.2. Manifestations, symptômes et risques.....	32
4.2.1. Sur le plan physique.....	32
4.2.2. Sur le plan émotionnel et psychique.....	33
4.2.3. Sur le plan cognitif.....	33
4.2.4. Sur le plan comportemental.....	34
5. CONCLUSION.....	35
PARTIE 3 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU BURNOUT.....	36
1. INTRODUCTION.....	36
2. ARTICULATION DES FACTEURS D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET DES INTERVENTIONS POUR LES PREVENIR OU Y REMEDIER	36
2.1. Les interventions centrées sur la personne.....	37
2.1.1. Objectifs et facteurs concernés.....	37
2.1.2. Interventions existantes.....	37
2.1.2.1. Auto-formations et formations.....	37
2.1.2.2. Conseil et support social.....	40
2.1.2.3. Relaxation.....	41
2.1.2.4. Psychothérapie.....	43
2.1.2.5. Interventions personnelles.....	43
2.1.3. Conclusion.....	44
2.2. Les interventions organisationnelles et/ou centrées sur l'interface travail/personne.....	44
2.2.1. Objectifs et facteurs concernés.....	44
2.2.2. Interventions existantes.....	45
2.2.2.1. Programme du cursus d'enseignement.....	45
2.2.2.2. Programme de formation continue.....	45
2.2.2.3. Amélioration dans l'organisation du cabinet.....	46
2.2.2.4. Organisation de système de soins.....	49
2.2.3. Conclusion.....	49
2.3. Les interventions combinées.....	50
2.4. Exemple de programmes d'interventions existants.....	50
2.4.1. Programmes spécifiques aux chirurgiens-dentistes.....	50
2.4.1.1. The Kent dental practitioners support service.....	50
2.4.1.2. Van Der Consulting Agency, Zeist, The Netherlands.....	50

2.4.1.3.Programme PHP (Physician Health Program).....	51
2.4.2.Programmes des autres professionnels de santé.....	51
2.5. Conclusion.....	51
3.FACTEURS DE SUCCES DES INTERVENTIONS RELATIVES AU BURNOUT.....	52
3.1. Facteurs favorisant l'efficacité de l'intervention.....	52
3.2. Facteurs favorisant le taux d'acceptation et de participation à l'intervention.....	52
3.3. Conclusion.....	53
4.TROIS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES CHIRURGIENS DENTISTES.....	54
4.1. Dispositifs à bas seuil d'accès.....	54
4.1.1.Une activité de tri et de conseil des chirurgiens-dentistes en demande.....	54
4.1.2.Des activités d'éducation et de promotion de la santé et du bien être au travail	55
4.1.3.Des séjours de réflexion et de formation.....	56
4.1.4.Formation continue.....	57
4.2. Dispositifs de coordination de soins.....	57
4.3. Dispositif de traitement.....	57
5.Conclusion et recommandations.....	58
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	63

LISTES DES ABREVIATIONS

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
AP : Accomplissement Personnel
AT : Arrêt de Travail
BIT : Bureau International du Travail
BM : Burnout Mesure
BMS : Burnout Mesure Short version
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CFAO : Confection et Fabrication Assistée par Ordinateur
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies
CNSD : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires
CSS : Code de la Sécurité Sociale
D : Dépersonnalisation
dB : Décibel
DGT : Direction Générale du Travail
DHEA : Déhydroépiandrostérone
DPC : Développement Professionnel Continu
DSM-IV : Manuel diagnostique des troubles mentaux
EE : Epuisement Emotionnel
GHQ : General Health Questionnaire
INRS : Institut National de Recherche et Sécurité
KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MBI : Maslach Burnout Inventory
MBI-NL : Maslach Burnout Inventory-Dutch Version
MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
MP : Maladie Professionnelle
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONSCD : Observatoire National de la Santé des Chirugiens Dentistes
PGE2 : Prostaglandine E2
PHP : Physician Health Program
PIB : Produit Intérieur Brut
PME : Petite et Moyenne Entreprise
PSYA : Association Psychologique
SEPS : Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants
SPOM : Société de Psychologie Odonto-Stomatologique
TCC : Thérapie Cognitvo Comportementale
TMS : Troubles Musculo Squelettique
TNF : alpha Tumor Necrosis Factor
UK : United Kingdom
UWES : Utrech Work Engagement Scale

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure n°1 : Burnout Mesure Short Version (11)	16
Figure n°2 : Maslash Burnout Inventory: MBI (Traduction Fontaine) (1)	17
Figure n°3 : Principales données épidémiologiques du burnout chez les chirurgiens dentistes (14)	19
Figure n°4 : Gérer un patient mécontent (70)	39
Figure n°5 : Technique de la mini-relaxation (44)	41
Figure n°6 : Les différents rôles du chef d'entreprise (81)	46
Figure n°7 : Gestion du planning (82)	47
Figure n°8 : Gestion des réunions au sein du cabinet (83)	48
Figure n°9 : Principales actions menées par l'AAPML en terme de communication et de promotion du dispositif (85)	56
Figure n°10 : Caractéristiques des dispositifs de prise en charge des médecins et autres professionnels de santé en souffrance (6)	58

INTRODUCTION

Selon une étude menée par le cabinet Technologia spécialisé dans la souffrance au travail, 12,6% de la population active française présenterait un risque élevé de burnout, soit plus de 3 millions de français. Le burnout, ou épuisement professionnel, est une problématique préoccupante, qui touche beaucoup de professionnels, quel que soit leur secteur d'activité. L'étude du burnout est née d'un constat de la souffrance des soignants, de l'observation de certains comportements professionnels inharmonieux, mais aussi de tentatives de suicide et de suicides sur des lieux de travail. Ces événements ont bouleversé l'opinion publique. Selon l'Observatoire National de la Santé des Chirurgiens-Dentistes (ONSCD), 48% des praticiens sont concernés par l'épuisement professionnel : surmenage, pénibilité du métier et souffrance des soignants sont aujourd'hui devenus une réalité. Cette estimation n'est pas surprenante en raison de la nature même du métier de chirurgien-dentiste, de la relation avec les patients que ce métier implique et de l'engagement professionnel très fort qui le caractérise. Même si depuis quelques années on s'intéresse de plus en plus à ce phénomène et que de nombreuses études ont été publiées en France et à l'étranger, il existe peu de recherches sur l'épuisement professionnel des chirurgiens-dentistes, et rarement en France. Pourtant notre métier est considéré comme l'un des plus stressant après celui des policiers. Le burnout est donc un risque psychosocial majeur pour les chirurgiens-dentistes. De plus, la caricature négative du chirurgien-dentiste sans cesse véhiculée par les médias contribue au développement du burnout dans la profession.

Après un rappel de l'historique, de la définition, des moyens de mesures et de l'évolution du concept de burnout, nous étudierons dans une première partie les bases du syndrome de burnout qui sont communes à tous les professionnels de santé. Dans une deuxième partie nous mettrons en lumière les particularités liées au métier de chirurgien-dentiste ainsi que ses facteurs de risques propres puis nous décrirons les conséquences que peut avoir ce phénomène. Dans une troisième et dernière partie, nous nous attacherons aux moyens de prévention et de prise en charge du burnout chez le chirurgien-dentiste en proposant une série de recommandations et de pistes d'action.

L'objectif de cette étude bibliographique est d'appréhender le problème du burnout d'un point de vue clinique, pratique et pas seulement théorique afin de proposer aux dentistes souffrant de burnout des solutions en termes de prévention et de prise en charge.

Pour répondre à l'objectif fixé, différentes étapes ont été réalisées :

- Pour répertorier les facteurs associés au burnout des dentistes ainsi que pour identifier les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout qui ont fait l'objet d'une évaluation, il a été réalisé une revue systématique de la littérature scientifique.
- Pour identifier et proposer des pistes d'action, il a été réalisé une étude comparative des structures de prévention et de prise en charge du burnout des dentistes mise en place en France et à l'étranger.

Les bases de données consultées (mai 2014) sont : Cairn, CINAHL, Cochrane Library, Egora-Doc, Francis, Pascal, PsycInfo, PubMed, ScienceDirect. De manière générale, aucune restriction sur la date de publication n'a été effectuée. Ont été retenus les articles en français et en anglais qui étaient en rapport avec les objectifs.

PARTIE 1 : BURNOUT DU PROFESSIONNEL DE SANTE

1. HISTORIQUE ET DEFINITION

1.1. Historique

1.1.1. Les termes

Le burn out syndrome est un terme anglais composé du verbe «to burn» qui signifie brûler, flamber et de l'adverbe «out». La communion des deux donne le verbe «to burn out» qui signifie échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Il évoque une combustion totale à l'image d'une bougie qui se consume entièrement, un individu peut se retrouver «vidé» de son énergie à la suite d'un engagement total pour son travail, après avoir épuisé toutes ses ressources (1).

Le terme japonais «karoshi» signifie «mort par excès de travail». Il vient de «karo», la mort et de «shi», la fatigue au travail. Cette notion traduit la violence du syndrome d'épuisement professionnel dans la société japonaise, qui prône le sacrifice de la personne au profit de l'entreprise et des autres. Cette notion prend davantage en compte les conséquences parfois mortelles des conditions de travail et tend à s'éloigner de la relation d'aide dans ce qu'elle présente d'usure mentale et physique.

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) est considéré comme la traduction française du burnout même si ce terme reste vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé burnout et s'attache principalement à la relation d'aide. Or on sait aujourd'hui que le phénomène de burnout touche toutes les catégories professionnelles (1).

En conséquence, nous utiliserons par la suite les termes de burnout et d'épuisement professionnel qui semblent les plus adaptés.

1.1.2. Origine et émergence du modèle conceptuel

L'histoire de la naissance du burnout permet de comprendre les difficultés d'acceptation du concept par la communauté scientifique. On retrouve en France des précurseurs qui vont envisager la fatigue au travail : surmenage intellectuel (Desoille et Raynaud), surmenage des dirigeants (Bize et Goguelin), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Beguin), état d'épuisement (Veil). C'est en tant que problème social et non comme problème théorique que le terme «burn out syndrome» naît quasiment simultanément en France et aux États-Unis au cours des années 1970 (1). Le burnout devient alors un élément de la réalité sociale et c'est par accident que des cliniciens comme Herbert Freudenberger puis des chercheurs comme Christina Maslach s'y sont intéressés.

Herbert Freudenberger intervient en tant que psychiatre et psychanalyste dans un hospice prenant en charge des toxicomanes. Des horaires d'accueil différents des autres structures classiques exigent une grande disponibilité des soignants. En 1970, Herbert Freudenberger utilise le terme de «burn out» pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires y travaillant. Il dira ainsi que «les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles; sous l'effet de la tension produite

par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte». Ainsi dépassés par leurs émotions, faisant preuve d'irritabilité, de colère et de cynisme, ils ont du mal à faire face aux nouvelles situations et aux tensions. Ce modèle met l'accent 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 comme la réduction de personnel qui, à long terme, mène à une baisse inévitable des ressources et de l'énergie du personnel (2).

En 1975, Christina Maslach, utilise elle aussi le terme de burn out syndrome auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Ce terme s'applique ainsi à des collègues ayant développé une attitude cynique, insensible et négative vis à vis des personnes qu'ils prennent en charge. Elle considère que les causes du burnout proviennent essentiellement de l'environnement de travail. Pour une meilleure définition du terme, Maslach et Jackson élaborent un instrument de mesure, le Maslach Burnout Inventory (MBI) pour évaluer des catégories de travailleurs engagés dans la relation d'aide. Ce sont eux qui permettent de développer une conception originale et surtout heuristique du concept. Ils définissent ainsi les 3 dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel (1) (2).

Cherniss et Meier, dans les années 1980, expliquent comment les nouveaux employés réagissent face à un travail donné. Leurs importantes attentes professionnelles risquent de déclencher un phénomène de burnout. En effet le manque de reconnaissance et de récompense pour un travail bien fait diminue leur confiance en eux et leur confiance en leurs capacités professionnelles.

En conséquence, le concept a une double origine : d'une part l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et d'autre part l'étude du stress professionnel, de ses effets sur l'individu et de l'organisation du travail (1).

1.2. Définition du burnout

En 1974, Freudenberger propose une première définition : «l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué» (3).

En 1976, Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme «une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail».

En 1980, Freudenberger et Richelson mettent l'accent sur l'épuisement des ressources internes de l'individu et de la diminution de son énergie, de sa vitalité, de sa capacité à fonctionner. Ces conditions résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide (1).

En 1985, avec l'aide de North, Freudenberger décrit l'épuisement professionnel comme un processus évolutif. Notion qui sera par la suite décrite par plusieurs auteurs. Ainsi Cherniss l'analyse comme un processus stress-tension-stratégie d'«adaptation-détachement» et Edelwich et Brodsky le décrivent comme un phénomène cyclique et évolutif en 4 phases : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation (2). Mais cette idée n'est pas partagée par tous les auteurs notamment Pines qui définissent le burnout comme un état (1).

Il existe un certain nombre de définitions qui possèdent des points communs et des

divergences. La dimension de l'exténuation physique et psychique de l'épuisement professionnel existe mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique, ce qui est d'ailleurs dénoncé par les psychiatres. Ce manque d'homogénéité et d'unité dans la définition fait qu'à ce jour le burnout reste un sujet très discuté (4).

Selon l'organisation mondiale de la santé, le burnout se définit comme «un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail». Cette définition apparaît floue pour la communauté scientifique, les limites de ce phénomène étant difficiles à cerner.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus autour de la définition du syndrome d'épuisement professionnel mais il est possible de le résumer ainsi «l'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu qui est lié au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens» (D. Bédard et A. Duquette) (1). C'est une maladie caractéristique de la relation d'aide qui englobe et dépasse le stress, dans laquelle la perte du sens du travail trouve une place majeure (3).

2. INSTALLATION ET SEMIOLOGIE

2.1. Évolution du syndrome de burnout

Au début, c'est l'enthousiasme idéaliste du débutant.

Fraîchement diplômé, le jeune praticien est comblé par ce nouveau statut socioprofessionnel qui fait suite à longues années d'études et qui lui procure une bonne estime de lui-même. Il s'engage pleinement dans son travail, est enchanté des nouvelles responsabilités auxquelles il doit faire face et du salaire confortable qu'il peut avoir. Il n'hésite donc pas à donner beaucoup de sa personne et à s'investir pleinement dans le traitement de ses patients, allant jusqu'à travailler tard le soir et le week-end. N'ayant pas l'expérience et le recul nécessaire, il veut à tout prix comprendre le patient et le prendre en charge sous toutes ces formes dans sa globalité, y compris les aspects familiaux et amicaux, débordant ainsi du cadre professionnel strict. Cette entrée dans le monde du travail constitue un changement important dans la vie, exigeant une adaptation à plusieurs niveaux. Cette énergie d'adaptation excessive et mal répartie, entraîne des modifications physiologiques que le jeune dentiste ne ressent pour l'instant pas et dont il ne peut prévoir l'impact négatif menaçant.

Au cours de la deuxième phase, s'instaure la routine du travail.

Recevant moins de reconnaissance qu'il n'en espère, le praticien se rend compte que la réalité n'est pas à la hauteur de ses attentes et de ses espérances au regard de l'investissement fourni dans son travail. Il se fatigue, se lasse et devient peu à peu frustré du manque de reconnaissance et des attentes irréalistes qu'il a parfois encouragées. Apparaît l'ennui, un manque de concentration, un lunatisme, de l'inattention voir un manque de vigilance. Une perte de confiance en soi et une remise en question de ses pratiques, de ses valeurs se mettent en place. Il doute de son efficacité et du bien fondé de son travail. Un changement d'attitude se profile puisqu'il évite les conflits ainsi que les contacts, que ce soit avec ses patients ou ses collègues, et met en place pour y parvenir des mécanismes de défense. Le déni, le refoulement et la fuite sont les moyens de protection qu'il utilise envers et contre tous, rejetant ainsi toute forme d'aide. Il commence alors à avoir recours à l'alcool, au tabac, à la suralimentation et à la consommation de médicaments pour faire face à ce mal être et cette lassitude.

La troisième phase est celle de l'inertie.

Le chirurgien-dentiste prend conscience d'un dysfonctionnement et d'un certain mal être qui lui incombent mais semble incapable de réagir. La modification de son d'état (fatigue chronique, consommation de substances addictives, troubles du comportement) est alors visible aux yeux de tous et on assiste à une détérioration de ses relations familiales et un changement de sa personnalité.

Puis une phase de destruction de la personne s'en suit.

La situation va s'approcher d'un point de non retour. Les symptômes de pessimisme, de perte de confiance en soi et de frustration se développent tellement que si le chirurgien-dentiste ne fait rien pour améliorer sa condition rapidement, il risque de sombrer dans l'apathie.

C'est alors que survient l'épuisement totale de l'énergie d'adaptation : le burnout.

Défini par une incapacité intrinsèque à gérer le stress et la frustration, le phénomène de burnout se développera chez le chirurgien-dentiste. Se sentant acculé sans porte de sortie, il finira par « lâcher prise », décompenser, et sombrer dans la déprime. Des symptômes concrets peuvent apparaître : alcoolisme, dépendance avérée aux stupéfiants, maladies physiques et troubles mentaux. Toutes ces conditions forceront le chirurgien-dentiste à suspendre son activité avec ou contre sa volonté (3) (5).

2.2. Le trépied du burnout

2.2.1. L'épuisement émotionnel

Ce premier volet du trépied du syndrome d'épuisement professionnel se caractérise par diverses manifestations qui se traduisent tant sur le plan physique que psychique. Le soignant présente une fatigue importante ressentie de façon inhabituelle et qui n'est pas ou peu améliorée par le repos ou les vacances. Il a le sentiment d'être « vidé » comme s'il avait atteint son seuil de saturation émotionnelle, incapable de recevoir quelque émotion que ce soit. Les relations affectives au travail se compliquent, il devient difficile de partager ces émotions avec les autres. Incapable d'exprimer une émotion, ni même la moindre faiblesse, des comportements de contrôle amènent froideur et distance avec le patient. Extérieurement des crises d'énervement, de colère et certaines difficultés d'ordre cognitif comme la distraction et des difficultés à se concentrer apparaissent. Un manque de motivation, d'entrain au travail avec refus d'agir ou des oublis de répondre aux demandes, même anodines, de ses patients sont fréquents (1) (3) (5) (6).

Le « John Wayne Syndrome » traduit bien cet état de la déshumanisation de la relation à l'autre. En effet à l'instar du célèbre acteur dans ces rôles de cow-boy, le soignant est capable d'endurer toutes les souffrances humaines sans émotivité (1).

2.2.2. La déshumanisation de la relation à l'autre

Cette déshumanisation de la relation médicale représente le noyau dur du syndrome. Le soignant se détache de son patient. Une froideur relationnelle et un cynisme l'amènent peu à peu à considérer son patient de manière impersonnelle, négative comme un objet, un cas, un dossier. Une des caractéristiques est l'usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir qui se met progressivement en place. Le soignant décrit alors de manière scientifique le corps du patient et ne

voit plus la personne souffrante qu'il a en face de lui. Les propos déshumanisent le malade. Le plaisir de la rencontre, si important au début de la pratique, se transforme progressivement en frustration et désincarnation de la relation (1) (3) (6).

Cet état s'est installé progressivement, sournoisement et à l'insu du soignant. La distanciation à l'autre est parfois la conséquence d'un épuisement émotionnel. C'est la seule attitude permettant à la fois de réaliser son travail en intégrant les relations inhérentes à son métier tout en se protégeant soi et son intégrité psychique (5) (7).

2.2.3. La diminution de l'accomplissement personnel

Cette dimension, conséquence des deux précédentes, apparaît plus tardivement et est douloureusement vécue. Cette impression de ne plus être efficace, de ne plus savoir aider les gens et de ne plus faire du bon travail rend le soignant frustré par rapport au sens qu'il donnait à son métier et au fondement même du métier de soignant. Il commence à douter de lui et de ses capacités. Il s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel. Il supporte donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement. Le soignant se dévalorise à ses yeux et à ceux de son entourage. Apparaissent alors la culpabilité, la démotivation et la dévalorisation de soi. A ce stade, le risque de développer conjointement une dépression est majeur. Le danger d'une grave somatisation inconsciente peut se profiler à l'horizon (1) (6).

Absentéisme, abandon de travail, manque de rigueur et même erreurs professionnelles sont les principales conséquences devant tant de difficultés. Chez la plupart des sujets, on constate un désinvestissement au travail et une attitude de fuite. Mais il est tout de même possible de trouver l'attitude inverse : un surinvestissement au travail ou «présentéisme» allant jusqu'à ne plus pouvoir quitter son travail (1) (3).

3. DIAGNOSTIC ET EVALUATION

3.1. Limites du syndrome d'épuisement professionnel

Ce syndrome n'entrant dans aucune catégorie diagnostique connue, il ne mérite pas pour autant d'être isolé. L'absence de repères classiques fait appel à des idées nouvelles et soulève l'hypothèse d'un concept neuf qui va de paire avec une évolution sociale et une problématique existentielle propre à notre époque (1).

3.1.1. Diagnostic différentiel

Le risque de confusion est important tant l'engouement qu'il soulève est grand. En effet il y a un risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses ou paranoïaques.

3.1.1.1. Burnout et Dépression

Il existe des points communs entre le burnout et la dépression. Des sentiments dépressifs apparaissent lors de l'épuisement professionnel que l'on retrouve principalement dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel. On peut constater un recoupement partiel des échelles d'évaluation du burnout et de la dépression (1) (8). Cependant, même si le burnout peut couvrir une véritable dépression, il faut bien distinguer les deux, plusieurs points nous le permettent :

- Cette sensation de diminution de l'accomplissement personnel lors d'un burnout, **couvre à son début exclusivement le domaine professionnel**. Ces sentiments dépressifs n'envahissent pas la vie privée.

- Il n'y a **pas de ralentissement psychique et/ou moteur**.

- L'épuisement professionnel ne débouche pas forcément sur une dépression.

- Il n'y a **pas de facteur déclenchant nettement identifié** car il s'agit d'une accumulation de stress chronique ce qui permet d'enlever le diagnostic de dépression réactionnelle.

- Le sentiment dominant est l'épuisement global contrairement à la dépression dont la tristesse est caractéristique.

Ainsi même s'il partagent des symptômes, le burnout et la dépression sont distincts tant par leur origine que par leur développement (1).

3.1.1.2. Burnout et insatisfaction au travail

Selon Locke, la satisfaction au travail est un «état émotionnel de plaisir découlant de l'évaluation que l'individu fait de son travail à travers le prisme de ses valeurs personnelles». Cette évaluation effectuée par l'individu lui même dépend selon Maslow de ses besoins physiologiques, sociaux, de sécurité, d'estime de soi et d'actualisation de soi, mais aussi d'incitations au travail (salaire, sécurité de l'emploi, relation avec la hiérarchie) réelles et valorisantes.

On constate une insatisfaction au travail lors d'un burnout. Cependant l'inverse n'est pas systématique et l'on n'observe pas forcément un burnout lors de l'insatisfaction au travail.

On retrouve la perte d'accomplissement personnel lors d'un burnout ou d'une insatisfaction au travail. Or l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation de la relation à l'autre ne sont caractéristiques que d'un burnout (1).

3.1.2. Le burnout, une maladie professionnelle ?

Le burnout peine à trouver sa place dans quelque classification. En effet, il ne fait pas partie des diagnostics officiels de maladie ni dans la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS, ni dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) établis par l'association américaine de psychiatrie (1). Il ne présente pas de critères diagnostiques obligatoires rendant ainsi le diagnostic difficile à établir par les médecins.

Selon l'OMS, il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un facteur influençant l'état de santé, il ne peut donc pas figurer dans le tableau des maladies professionnelles en France. Conformément à l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale (CSS) : «est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles». En réalité une maladie d'origine professionnelle fait surtout suite à une exposition au travail à des agents nocifs. Cependant, la dépression a été reconnue comme maladie professionnelle alors même qu'elle ne figure pas dans ces

tableaux. La dépression correspond à l'alinéa 4 de l'article L.461-1 du CSS : «peut être reconnue d'origine professionnelle, une maladie non désignée dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25%». L'épuisement professionnel pourrait s'intégrer à ces notions mais malheureusement l'individu atteint de burnout ne présente souvent pas d'incapacité de travail au moins égal à 25%, ou elle est difficile à déterminer.

Cependant on peut constater qu'ailleurs en Europe, l'épuisement professionnel est un diagnostic légitime pour obtenir un arrêt de travail comme c'est le cas en Suède et aux Pays-Bas. Il est considéré comme une maladie professionnelle pouvant justifier des allocations d'incapacité de travail. Pourtant en France, la sécurité sociale ne reconnaît pas le burnout en tant que tel et n'assure pas de prestations pour invalidité pourtant le burnout fait partie des risques psychosociaux au travail. Depuis 2008, des directives européennes ont imposé la prise en compte des problèmes et des conséquences de stress au travail, visant ainsi à protéger la santé physique et mentale des travailleurs (9).

Le ministère du travail a conscience du problème puisqu'un groupe de travail sur le sujet a été constitué en mars dernier. Il est composé de membres de la DGT (Direction générale du travail), de l'INRS (Institut national de recherche et sécurité), de l'Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), de psychologues et médecins du travail. Il doit en principe délivrer des recommandations pour mieux prévenir ce syndrome qui seront disponible sur www.travailler-mieux.gouv.fr

Part ailleurs, intégrer le burnout au tableau des maladies professionnelles aurait un coût pour les entreprises puisque cela affecterait leur cotisation AT/MP dont le montant est, pour les plus grandes, fonction de la sinistralité. C'est d'ailleurs l'un des objectifs poursuivis par les tenants de cette réforme. Cependant, évoquer la seule question du coût c'est adopter une vision à court terme. Une étude européenne a démontré que 1€ investi dans la lutte contre les risques psychosociaux représente 13€ de bénéfice. Mais c'est aussi sur le terrain de la responsabilité que les choses changeraient. Le salarié pourrait invoquer la faute inexcusable de l'employeur s'il arrivait à prouver que son burnout est liée à une situation dont l'employeur ne s'est pas préoccupé jusque là (10).

Peut-être qu'avec une meilleure reconnaissance, il serait possible de voir apparaître une prévention adaptée et une meilleure prise en charge des travailleurs.

3.2. Mesure du burnout

Dans le domaine psychologique, il est nécessaire de quantifier du qualitatif même si c'est difficile afin d'apporter des statistiques et de permettre un constat objectif d'observations cliniques afin de reconnaître un concept et d'encourager une prise de conscience auprès des autorités. Il y a donc avant tout un but diagnostic.

3.2.1. BM : «Burn out Mesure» de Pines et Aronson

Il se compose de 21 items dont 4 sont connotés positivement «être heureux, optimiste, énergique et satisfait de sa journée» tandis que les 17 autres sont connotés négativement «sentiment d'être pris au piège ou anxieux, fatigué et déprimé...». Les réponses sont graduées selon la fréquence allant de 1 (jamais) à 7 (toujours).

Le BM permet d'appréhender plusieurs facteurs tels que la satisfaction au travail et dans la vie, l'autonomie, le feedback au travail, le taux de turn over et la qualité du support social. De plus, il est fiable et simple à utiliser. En revanche, il est unidimensionnel car il évalue principalement la composante «épuisement émotionnel» du syndrome de burnout(1). Une adaptation et une validation en français du «Burnout Mesure Short version» (BMS) est réalisée et validée scientifiquement (11).

En pensant à votre travail, globalement...

	Jamais	Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1	...vous êtes-vous senti(e) fatigué(e)						
2	...vous êtes-vous senti(e) déçu(e) par certaines personnes						
3	...vous êtes-vous senti(e) désespéré(e)						
4	...vous êtes-vous senti(e) « sous pression »						
5	...vous êtes-vous senti(e) physiquement faible ou malade						
6	...vous êtes-vous senti(e) « sans valeur » ou « en échec »						
7	...avez-vous ressenti(e) des difficultés de sommeil						
8	...vous êtes-vous senti(e) délaissé(e)						
9	...vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)						
10	...pouvez-vous dire « J'en ai assez »/« Ca suffit »						

Figure n°1 : Burnout Mesure Short Version (11)

3.2.2. MBI : «Maslach Burnout Inventory» de Maslach et Jackson

Le MBI est actuellement la seule échelle existante pouvant mesurer de manière quantitative les 3 composantes du burnout décrit par Maslach et est à présent reconnu comme l'outil de référence utilisé pour les études portant sur le burnout particulièrement auprès des professions d'aide (1). Il se compose de 22 items et de 3 dimensions différentes : l'épuisement émotionnel (EE) évalué par 9 items, la déshumanisation (D) appréciée par 5 items et la diminution de l'accomplissement personnel (AP) évaluée par 8 items. Chaque item est noté en terme de fréquence coté de 0 (jamais) à 6 (chaque jour). A noter que l'échelle française utilisée est issue de l'ouvrage de P. Canoui et A. Mauranges (traduction Fontaine) (1). Il suffit ensuite d'additionner les scores des questions de chaque catégorie pour obtenir un score global définissant son niveau d'EE, de D et d'AP comme défini ci-dessous :

Degré de burnout	EE (questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20)	D (questions 5.10.11.15.22)	AP (questions 4.7.9.12.17.18.19.21)
Élevé	≥ 30	≥ 12	≤ 33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	≤ 17	≤ 5	≥ 40

Un niveau élevé de burnout se caractérise par un score élevé au niveau des dimensions «épuisement émotionnel» et «déshumanisation» associé à un score faible dans la dimension «accomplissement personnel». Chaque score est obtenu en additionnant les valeurs (de 0 à 6) c'est à

dire la fréquence selon laquelle la personne a ressenti l'expérience, l'émotion ou le sentiment de la dimension considérée. Un niveau modéré de burnout se lira au travers de scores modérés sur chaque dimension. Un faible niveau ou une absence de burnout peut être induit par un score faible dans la dimension «épuisement émotionnel» et «déshumanisation» associés à un score élevé «d'accomplissement personnel».

Cependant leur présence simultanée chez un individu n'est pas nécessaire au diagnostic, en effet il est possible de détecter un processus en cours d'installation caractérisé par un score important d'épuisement émotionnel et de déshumanisation sans diminution de l'accomplissement personnel.

ITEMS	FREQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens a bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai a affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille «trop dur» dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli(e) beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnel très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Figure n°2 : Maslash Burnout Inventory MBI (traduction Fontaine) (1)

Le MBI-NL (version allemande du MBI) est reconnu par Gorter comme l'instrument de mesure du burnout le plus adapté chez les chirurgiens-dentistes. Il conserve seulement 20 items sur les 22 de départ afin d'améliorer la validité et d'adapter au mieux cette échelle en prenant en compte que, contrairement aux autres professions d'aide, le chirurgien-dentiste travaille tout seul. Il est également chef d'entreprise, entrepreneur tant dans les aspects commerciaux que dans le respect des contraintes législatives. Mais il doit aussi se plier aux exigences des compagnies d'assurance (12).

PARTIE 2 : PARTICULARITE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

1. INTRODUCTION

Nous devons établir pourquoi cette maladie doit retenir l'attention des professionnels de santé et particulièrement des dentistes.

Historiquement l'image du chirurgien-dentiste a toujours été négative. Avant l'établissement du diplôme de chirurgien-dentiste en 1892, les soins, très coûteux étaient réalisés par des barbiers ou autres arracheurs de dents et ce, sans anesthésie.

De nos jours, la dentisterie promet à ses membres de nombreux avantages : savoir, niveau de vie élevé, prestige social, liberté professionnelle enviable. Cependant cette élite ne semble guère plus heureuse que le reste de la population, à tel point d'ailleurs que des comportements, pouvant aller jusqu'au suicide, ont été observés chez ces professionnels de santé et ont suscité de nombreuses recherches (13).

Le dentiste comme les autres professionnels de santé doit maintenir en permanence une image idéalisée de lui-même dans des conditions de plus en plus difficiles. Il doit être porté par une vocation qui parce qu'elle tend à disparaître, laisse le public désemparé diminuant ainsi l'admiration et la reconnaissance. Le soignant est au cœur du soin mais doit être invincible, centré sur son patient et à l'écoute de tout le monde sans que ses problèmes personnels n'envahissent son environnement professionnel. On attend donc de lui qu'il soit en bonne santé ou dans le cas contraire que cela ne soit pas perceptible aux yeux de ses patients. Il est donc difficile pour lui d'avouer ses difficultés de santé, surtout quand elles sont d'ordre psychique, de peur d'être incompris ou discrédité. Cela complique grandement l'accès aux soins pour le dentiste bien qu'il y soit familier. Il a alors le plus souvent recours au déni, aux addictions et à l'automédication. On comprend ainsi que le soignant supporte, compense jusqu'à ce qu'il finisse par craquer, ce qui correspond bien à la définition de l'épuisement professionnel (5) (7).

2. DONNÉES GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE

On sait aujourd'hui que l'épuisement professionnel ne touche pas seulement les professions d'aide telles que médecins, infirmiers, avocats, policiers ou enseignants. Il s'est aussi étendu aux salariés des entreprises qui devant des objectifs de plus en plus importants et la crainte du licenciement se voient eux aussi touchés par l'épuisement professionnel.

Plusieurs études nord-américaines et européennes nous démontrent que 48 à 52% des médecins se trouvent au premier stade d'épuisement émotionnel quand 16% éprouvent de la déshumanisation dans la relation à leurs patients. Un nombre moins élevé ressent un sentiment d'échec professionnel. Les statistiques montrent, heureusement, que seuls 2% de la population médicale présentent le syndrome de burnout complet avec les 3 composantes (EE, D, AP) (3).

Concernant les chirurgiens-dentistes, des études existent mais présentent de nombreux biais. De plus, il n'existe quasiment pas d'étude longitudinale, ce qui ne permet pas d'établir un lien de cause à effet entre les facteurs de risque et l'apparition d'un phénomène de burnout. Les principales données épidémiologiques relatives au chirurgien-dentiste sont répertoriées dans le tableau ci après.

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

Figure n°3 : Principales données épidémiologiques du burnout chez les chirurgiens-dentistes (14)

On constate d'une part, une différence de prévalence suivant les années et les pays. Cela peut être expliquée par les conditions de travail et le statut du chirurgien-dentiste qui varient selon les pays. D'autre part, le taux de non-répondants est particulièrement important. Au surplus certaines études évaluent le risque d'être atteint d'épuisement professionnel et non le degré de burnout. C'est pourquoi la diversité des outils de mesure ainsi que des interprétations rendent la comparaison des données difficiles.

3. CAUSES INTERNES ET EXTERNES : FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT DU CHIRURGIEN-DENTISTE

3.1. Introduction

Les facteurs sont nombreux et variés, nouveaux ou familiers, réels ou imaginaires, internes ou externes, positifs ou négatifs, présents, passés ou anticipés. Un événement anticipé peut même être plus stressant que l'événement lui-même. Par exemple, l'anticipation d'un traitement particulièrement délicat causera parfois plus de stress au dentiste que l'application de ce traitement. Les effets pernicieux de l'anticipation, de l'incertitude et de l'impuissance sont bien connus (5). Ces facteurs ont été associés soit au burnout mesuré ou perçu dans son ensemble, soit à une de ces dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, manque d'accomplissement personnel.

A l'heure actuelle, aucune étude fiable n'a permis d'établir une relation causale entre les différents facteurs énoncés précédemment et l'épuisement professionnel. Il est donc difficile de classer ces facteurs et d'en déduire leur rôle. Ils peuvent être à la fois causes et/ou conséquences d'un burnout (6).

3.2. Facteurs individuels

3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

3.2.1.1. Sexe

Aucun consensus n'existe entre le fait d'être un homme ou une femme et le burnout (15) (16) (17) (18) (19). Une étude américaine conclut que les femmes spécialisées en pédodontie ou en parodontie seraient plus touchées par la dépression (17). Hommes et femmes ne présentent pas de différences dans les dimensions de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel, mais les hommes seraient plus touchés par la dépersonnalisation. Cette différence serait due au nombre d'heures de travail plus important chez les hommes (16).

On peut donc conclure qu'il n'y a pas de différences significatives entre hommes et femmes concernant l'apparition du burnout chez le chirurgien-dentiste. Toutefois les facteurs de stress ainsi que l'impact sur leur santé diffèrent.

3.2.1.2. Age

La communauté scientifique ne s'accorde pas quant à l'existence d'une interaction entre l'âge et le burnout (17) (15) (18) (20) (21). On pourrait croire que l'expérience professionnelle est un élément protecteur du burnout, or il n'en est rien. Gorter constate que le risque de burnout n'augmente pas avec l'âge. Cependant, il constate qu'avec l'âge, la dépersonnalisation et la fatigue physique augmentent (18). De plus, lors d'une autre étude du même auteur datant de 2007, il ne relève pas de différence significative d'épuisement professionnel entre un groupe de chirurgiens-dentistes sortant de la faculté et ce même groupe 6 ans après (21). D'après Puriene qui a étudié les chirurgiens-dentistes lituaniens, l'âge et l'expérience permettraient une diminution de la nervosité et de la dépression associée au burnout et une augmentation de la résistance au stress. Parallèlement ces mêmes facteurs impliqueraient un risque plus élevé d'épuisement physique, d'anxiété et de solitude (20) (22). Il est donc difficile, à l'heure actuelle, d'établir un lien entre l'âge et le burnout.

3.2.1.3. Statut marital

Le fait de vivre en couple permet de mieux faire face aux stressors de la vie professionnelle (23) et augmenterait ainsi l'accomplissement personnel. Toutefois ce statut n'a pas d'impact démontré sur l'état d'épuisement émotionnel (24). En revanche une autre étude a révélé que vivre une vie conjugale insatisfaisante implique un risque de burnout plus élevé (25) (26).

3.2.1.4. Enfants

Le burnout ne semble pas directement relié au fait d'avoir des enfants même s'il semble corrélé à un épuisement émotionnel moindre et à une dépersonnalisation plus faible (27)(32)(29). Les difficultés familiales peuvent être à la fois un facteur de risque, une cause et/ou une conséquence de l'épuisement professionnel. 38% des chirurgiens-dentistes lituaniens pensent qu'il est difficile de concilier responsabilités professionnelles et vie de famille (29).

3.2.2. Hygiène de vie

3.2.2.1. Sommeil

Le stress et le sommeil sont étroitement liés. Le stress au travail entraîne des troubles du sommeil et inversement des troubles de sommeil induisent un stress supplémentaire au travail. Une étude anglo-saxonne a montré que les chirurgiens-dentistes sont plus vulnérables au stress et au burnout lorsqu'ils manquent de sommeil (30). Une autre étude hollandaise a constaté que 14% des chirurgiens-dentistes ont des troubles du sommeil (31).

3.2.2.2. Consommations de substances addictives

Consommer du tabac, de l'alcool ou des psychotropes est associé au burnout (32) (33) (30) (31), à l'épuisement émotionnel (28) (34) et à la dépersonnalisation (28). Ces consommations peuvent être induites par l'épuisement du dentiste qui trouve refuge dans des substances qui l'aident, momentanément et partiellement, à se détacher de ses soucis. Mais recourir à des substances addictives peut également modifier la qualité de la pratique et les perceptions personnelles et professionnelles du soignant conduisant à un état de burnout. 90% des chirurgiens-dentistes consomment régulièrement de l'alcool, pour la plupart en petite quantité (30). Cette consommation a tendance à augmenter le stress professionnel. La consommation d'alcool est la plus importante chez les dentistes de sexe masculin, au sein des cabinets libéraux, ayant entre 41 et 50 ans. De plus, cette consommation excessive d'alcool est présente dès les années d'études. Néanmoins, les chirurgiens-dentistes n'auraient pas plus de risque d'alcoolisme que le reste de la population (35).

3.2.2.3. Support social et loisirs

L'association entre le support social des collègues et certaines composantes du burnout n'apparaît pas clairement dans la littérature retenue (36). Cependant un bien être physique et mental permet de faire face aux stressés de la vie professionnelle de manière plus sereine permettant ainsi d'éviter l'isolement et la solitude (30) (31).

La pratique régulière du sport diminue le risque de burnout. 30% des chirurgiens-dentistes hollandais estiment avoir une mauvaise condition physique et 40% d'entre eux manquent d'exercice physique (31). Les dentistes britanniques pratiquent une activité physique au minimum 3 à 4 fois par semaine pour 57% d'entre eux (30). La pratique du sport permet d'avoir du temps pour soi, de se retrouver et de se changer les idées. Au moment de l'effort, une libération d'endorphine ayant un effet anxiolytique permet de diminuer le stress.

3.2.3. Vie professionnelle

3.2.3.1. Parcours scolaire

Chez les étudiants en odontologie, de nombreux facteurs de stress sont présents tels que le manque de temps libre, l'anxiété, la peur de faire des erreurs ou encore les examens. Les domaines les plus stressants pour les étudiants sont l'endodontie et la prothèse. La 4^{ème} année est la plus stressante car elle marque le passage en clinique lors de laquelle l'étudiant doit faire face à de nouvelles contraintes. Ils doivent apprendre à gérer le travail administratif (dossier patient, devis, facture), définir le plan de traitement (organisation, traitement compliqué), prendre en compte le temps (être à l'heure) et gérer les patients (antécédent important, anxieux). L'étudiant découvre les relations avec les patients et modifie son rapport avec ses professeurs jusqu'alors cantonné aux cours magistraux (4).

Une étude effectuée dans trois facultés d'odontologie a montré que 10% des étudiants ont un épuisement émotionnel important, 17% se plaignent d'un manque d'accomplissement personnel et 28% présentent des symptômes de dépersonnalisation. Des comportements d'addictions apparaissent dès les premières années d'étude avec une consommation excessive d'alcool, de tabac et de mauvaises habitudes alimentaires (4).

Avant même de commencer sa carrière professionnelle, le jeune chirurgien-dentiste est soumis à de nombreux facteurs de stress et de burnout auxquels il doit faire face afin de développer les meilleures stratégies d'adaptations (37).

3.2.3.2. Parcours professionnel et choix de carrière

Gorter a démontré que durant l'année qui suit l'installation, le dentiste se rend compte que ses attentes ne correspondent pas à la réalité, entraînant de la frustration, de l'apathie et de l'épuisement émotionnel. Il en ressort une impression générale de ne pas être préparé aux différents aspects du métier, particulièrement dans ses rapports à la loi, l'assurance, l'organisation du cabinet, le financement et l'encadrement des assistantes, prothésistes etc...(21). En milieu de carrière un des facteurs principaux du burnout est le manque de perspective de carrière. Le praticien réalise qu'il va falloir continuer des années, qu'il est prisonnier de sa propre pratique avec une faible possibilité de changer de carrière, souvent lié à une impression de plafonner (37). C'est également à cette période que l'on retrouve des conflits travail/vie de famille. Ce manque de perspective de carrière peut toucher aux 3 parties du trépied du burnout : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel (32). En fin de carrière, le chirurgien-dentiste peut faire face à des frustrations et des conflits, notamment à la suite de la mise en place de nouvelles technologies impliquant une réactualisation des compétences. Enfin, lorsque que la retraite approche, il faut penser à un réinvestissement vers d'autres activités, source potentielle de burnout (5).

Le fait d'être professeur dans une faculté permet d'avoir une vulnérabilité différente face à l'épuisement professionnel. Le rôle pédagogique peut être un facteur protecteur. Il permet d'augmenter la satisfaction professionnelle, de créer une évolution possible par promotion, de diminuer l'isolement et de conférer un certain pouvoir (sur les étudiants). Toutefois ce statut peut aussi être un facteur de risque supplémentaire (38). En effet, dans une étude réalisée aux Pays-Bas, les professionnels de santé cumulant le rôle de professeur à leur profession voient leur taux de burnout augmenter. La pression de publication d'articles entraîne une compétition au sein des professeurs et des universités ce qui a pour conséquence une augmentation du stress professionnel (39).

3.2.3.3. Engagement au travail

Le lien entre le burnout et l'engagement au travail a fait l'objet de nombreuses études. Il est caractérisé par 3 dimensions : une énergie élevée, une implication forte et un sentiment d'efficacité qui s'opposent aux 3 composantes du burnout. Gorter et Te Brake ont mené des études sur l'engagement au travail des chirurgiens-dentistes en s'appuyant sur «l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES)». L'UWES est caractérisée par 3 dimensions qui s'opposent aux 3 axes du burnout : la vigueur (l'énergie), le dévouement (participation) et l'implication (l'immersion) dans son travail (19) (40) (41).

Les dentistes présentent un taux élevé d'engagement qui leur octroie une motivation et une satisfaction professionnelle, les protégeant du burnout. Seulement cet effet positif sur le bien être au travail ne dure qu'un temps car au delà d'un certain seuil cela peut induire de l'épuisement professionnel (8) (19).

3.2.3.4. Satisfaction professionnelle

La satisfaction au travail, le sentiment d'être bien préparé à assumer sa pratique et la perception de son efficacité professionnelle sont positivement associés à un sentiment élevé d'accomplissement personnel (37). A l'inverse, un burnout élevé est associé au désir de reconversion. Cette satisfaction au travail est étroitement liée au patient et au retour de celui ci sur le travail du chirurgien-dentiste. Elle fait écho à un ressenti, contrairement aux ressources professionnelles qui peuvent être identifiables (22) (38).

80% des dentistes lituaniens sont satisfaits de leur travail. Ce qui leur procure le plus de satisfaction professionnelle sont les relations professionnelles et les relations avec les patients. Les facteurs ayant un impact significatif sur la satisfaction professionnelle sont : les revenus, des heures de travail raisonnables et une bonne appréciation de l'évaluation professionnelle (42).

3.2.4. Caractéristiques personnelles

3.2.4.1. Type de personnalité et troubles psychologiques

La personnalité est une combinaison de caractéristiques émotionnelles, d'attitude et de comportement d'un individu. Une série de caractéristiques de personnalité ont été étudiées, mises en relation et associées avec les composantes du burnout (43) (34) (36). Parmi celles ci on retrouve par exemple : le manque d'estime de soi, l'impatience, le profil carriériste, le perfectionnisme, des critères de performance très élevé, l'expression contrôlée de ses émotions, un grand sens du devoir, l'implication dans le travail, la capacité d'une attente prolongée d'une gratification.

D'après de nombreuses études, on retrouve des traits communs à de nombreux chirurgiens-dentistes qui sont déjà présents chez les étudiants pour la plupart d'entre eux : 74% ont une personnalité obsessionnelle. Ils sont dévoués professionnellement, idéalistes, très exigeants avec eux-mêmes et envers les autres, ayant une faible estime d'eux-mêmes, possédant un sentiment prononcé de culpabilité et un important besoin de reconnaissance (5) (13) (26). Pour autant les personnalités les plus exposées au burnout sont les personnalités narcissiques et borderlines. Ce sont des praticiens définis par une personnalité impulsive, instable, ayant un besoin d'admiration et de compétition excessif (26).

Une grande partie de ces praticiens ont une personnalité de type A, caractérisée par un esprit de compétition, un désir de réussite, une grande impatience, une hyperactivité et un investissement important dans leur travail (agressif, ambitieux, dominateur). Ils sont éternellement pressés par le temps, avec une envie permanente de se surpasser. Ils travaillent sur plusieurs choses à la fois, exigent beaucoup d'eux même et des autres. Ces individus présentent des risques élevés de maladie cardio-vasculaires et sont particulièrement touchés par le burnout et les maladies liées au stress en général (5) (44).

Un autre type de personnalité semble important car protecteur face au burnout : la hardiness ou hardiesse en français. Ce trait de personnalité décrit par Suzanne Kobosa comme de l'endurance, de la solidité et de la robustesse aurait un effet protecteur sur les événements stressants de la vie et semble être la ressource la plus puissante pour faire face au stress. Les dimensions de la hardiesse sont le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi. Cela permet d'aborder des situations problématiques de telle façon que le stress ressenti soit fortement réduit. Cela pourrait ainsi être une source de coping (1).

Les dentistes, comme la plupart des professionnels de santé, sont réticents à admettre avoir des troubles de nature psychologique. Ils se considèrent comme des êtres moins vulnérables car plus sensés et plus logiques que la moyenne. Ce refus d'admettre l'existence de situations critiques s'aggrave d'autant plus que les problèmes ne sont pas traités (1) (5).

Les problèmes de santé mentale et les affections psychologiques (anxiété, dysthymie, souci obsessionnel, idéations suicidaires,...) sont associés à l'une ou l'autre composante du burnout (28) (43). Toutefois on ne connaît pas le sens de ces associations (cause ou conséquence).

En ce qui concerne la détresse psychologique en particulier, elle est mesurée par le General Health Questionnaire GHQ-12/28 et apparaît associée au burnout dans ses 3 composantes (45) (24) (46). L'étude de Mc Manus (45) relève que la détresse psychologique augmente l'épuisement émotionnel et inversement. L'étude indique également que le manque d'accomplissement personnel et de réalisation de soi augmente la détresse psychologique. Ces associations maintiennent la personne en état de détresse et d'épuisement.

Ainsi la personnalité du soignant intervient dans la perception du stress et des moyens différents mis en œuvre pour y faire face. Cela fait appel à la notion de ressources personnelles.

3.2.4.2. Gestion du stress

Le stress est une réaction d'adaptation de l'organisme pour maintenir l'équilibre de l'état intérieur. Il est défini dans l'esprit de celui qui le perçoit. Un événement n'aura pas les mêmes effets chez tous les individus. La personnalité, la configuration des croyances, des buts, des valeurs, les engagements et les besoins comptent grandement. Le stress est également lié aux notions d'anticipation et de planification : une même situation n'aura pas les mêmes impacts si elle est attendue et prévue que si elle survient de manière imprévisible (5) (19).

Puisque le burnout peut être défini comme une réaction inadéquate au stress professionnel, la manière de gérer son stress aura un impact sur les différentes composantes du burnout. Les stratégies d'adaptation au stress ou «coping» sont des mécanismes de défense qui apparaissent comme des modérateurs de l'impact psychologique des facteurs de stress professionnel. Ces stratégies d'ajustement au stress correspondent à des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer des exigences internes et/ou externes spécifiques perçues

comme menaçantes ou débordant les ressources d'une personne. Ces stratégies sont centrées sur la recherche de solutions aux problèmes, l'émotion et la recherche de soutien social (47).

Il existe deux types de stratégies d'adaptation individuelles et inconscientes face au stress :

- *les stratégies passives* : elles sont caractérisées par le repli sur soi, l'isolement, l'évitement, le retrait psychologique et par des attitudes de résignation le plus souvent interprétées comme de la paresse, du désinvestissement et du détachement. Le discours est dominé par des mécanismes de défense tels que la dénégation, la rationalisation ou la distanciation. Ces stratégies passives sont d'une efficacité relative, ne mobilisant pas assez l'esprit combatif du soignant. Ce fonctionnement intervient en général dès l'exposition à la situation stressante et ce au sein de la vie professionnelle mais aussi de la vie privée pour évoluer ensuite vers un mode d'expression.

- *Les stratégies actives* : elles signent des expressions d'ouverture tant sur le plan verbal que comportemental. Les sentiments de rumination, de dépression voire même les pleurs sont contrecarrés grâce à un support social qui agit comme un libérateur permettant de garder le juste contact avec les patients. Le soignant partage avec ses collègues ses expériences, demande des conseils techniques, fait appel à l'environnement intra ou extra professionnel, pour avoir des réponses. Le support social repose sur le feed-back positif afin de maintenir son accomplissement personnel à un niveau convenable. L'esprit combatif et la mise en place de stratégies d'actions correspondent à la maîtrise personnelle des événements et apporte de la souplesse d'adaptation et fait appel à la hardiesse. On note également que la croyance, qu'elle soit religieuse ou personnelle, ainsi que le fait d'être fataliste semblent faciliter l'adaptation au stress (1) (34) (47).

Le choix de l'une ou l'autre des stratégies dépend étroitement des caractéristiques situationnelles même si la principale stratégie mise en place est la distanciation car plus accessible et immédiate. Ces stratégies d'adaptation sont des moyens mis en place pour faire face à la souffrance au travail. Elles s'expriment en fonction des mécanismes psychologiques et maintiennent l'individu en sursis mais ne sont en aucun cas des réponses objectives permettant d'obtenir une réduction de la charge psychique du travail. Quand ces stratégies ne sont plus efficaces, des psychopathologies peuvent alors apparaître telles que le stress post-traumatique ou l'épuisement professionnel (47).

Pour faire face aux stressseurs les plus importants (traiter les enfants, faire face à la pression du temps et maintenir un haut niveau de concentration), les dentistes optent pour des stratégies de «coping» plutôt actives comme la recherche de soutien social par leur entourage pour 78% d'entre eux, la pratique du sport régulièrement pour 64% d'entre eux et l'oubli du travail pour 59% d'entre eux (48). Les hommes et les femmes optent pour des stratégies d'adaptation différentes face au stress: les femmes parlent avec leur entourage et dépensent de l'argent contrairement aux hommes qui consomment plus d'alcool et de tabac, se tournent vers un passe temps comme le sport et change leur environnement de travail (48).

La gestion du stress doit être structurée, différenciée en fonction du sexe des participants et focalisée sur les besoins individuels propres à chaque praticien en tâchant d'intégrer les traits de personnalité de chacun. Une charge allostatique excessive, conséquence à long terme du stress, aura un impact néfaste sur le système immunitaire ainsi que sur le fonctionnement de la mémoire (49). En définitive, il y a autant de sources de stress que d'individus, et les symptômes sont aussi variés.

3.3. Facteurs intrinsèques, liés à la pratique de la dentisterie

3.3.1. Relation avec les patients

La relation entre le patient et son praticien a nettement évolué depuis quelques années. Auparavant, le patient avait une confiance aveugle en son dentiste tandis qu'aujourd'hui, avec les nombreuses sources d'informations existantes et notamment avec l'apparition d'internet, cette confiance est mise à rude épreuve. La diffusion des connaissances médicales amène les patients à jouer un plus grand rôle dans le diagnostic et le traitement. Le praticien doit faire face à une remise en question de ses compétences par le patient et ces derniers ne sont plus aussi fidèles à leur praticien qu'avant. Les soins médicaux sont de plus en plus perçus comme une commodité, et parallèlement la relation avec le patient est passée d'une relation de confiance à une relation contractuelle. Son rôle est de plus en plus démythifié et son autorité se voit menacée.

L'attitude des patients est un facteur souvent incriminé dans le burnout des professionnels de santé et est lié à la dépersonnalisation et au déficit de l'accomplissement personnel (37). Ceux qui souffrent de burnout estiment que les patients se montrent exigeants (50), formulent des demandes irréalistes, remettent en question leur autorité et leurs connaissances médicales et ils craignent des plaintes de leurs patients (23). A l'inverse, avoir des relations réussies avec les patients est perçu comme une gratification personnelle et professionnelle. Le stress relationnel est la principale source de stress pour le chirurgien-dentiste ce qui a pour conséquence une augmentation du taux de burnout (38) (51) (52) (53).

- **Une relation déséquilibrée** : le soignant est doté de connaissance et d'un savoir faire tandis que le patient gêné, souffrant ou malade livre son intimité.

- **Exigences et attentes irréalistes du patient** : aujourd'hui les patients sont de plus en plus exigeants, notamment dans le domaine esthétique. Ils veulent être soignés rapidement et avec un résultat parfait. Cette impossibilité à répondre aux attentes n'est pas toujours facile à faire entendre aux patients et cela induit une pression supplémentaire pour le chirurgien-dentiste. La confrontation répétée avec des patients exigeants sur une longue période induit une perception de déséquilibre entre l'investissement personnel mis dans son travail par le praticien et la reconnaissance de ses compétences par le patient (53) (54). Ce déséquilibre a pour conséquence l'épuisement des ressources émotionnelles du soignant. C'est la perception de ce déséquilibre plus que l'exigence réelle qui est associée au burnout (54).

- **Incivilité et agressivité** : les actes d'incivilité sont présents sous forme diverses: répondre au téléphone pendant la consultation, retard ou rendez-vous manqué sans prévenir, réflexions déplacées voire irrespectueuses, non paiement des soins. Toutes ces déconvenues diminuent la motivation du praticien ainsi que son estime de soi. Les actes d'agressivité sont plus rares (insultes, menaces de porter plainte) mais ont, tout comme les incivilités, un impact sur la santé mentale des chirurgiens-dentistes (5).

- **Peur, anxiété, angoisse** : le praticien est constamment confronté à ces émotions négatives en sachant que son intervention en est la cause. Cette anxiété empêche la détente du dentiste et alimente son propre stress. Un patient motivé et coopérant facilite le travail et diminue le stress du chirurgien-dentiste contrairement à un patient craintif et réticent. Les manifestations négatives de ce dernier risquent de provoquer une baisse de motivation et d'attention chez le praticien. Le traitement sera exécuté plus rapidement et donnera peut-être de moins bons résultats cliniques (37).

- **Problème d'acceptation du plan de traitement** : l'acceptation et le suivi de son plan de traitement par le patient est indispensable à une bonne relation lors du déroulement des soins. Un patient qui ne respecte pas certaines règles comme les recommandations d'hygiène bucco-dentaire ou qui annule ses rendez-vous donne au praticien le sentiment d'être inefficace et inutile. Le dentiste est donc parfois confronté à ce dilemme : effectuer un traitement non indiqué et se plier ainsi aux exigences du patient ou ne pas intervenir et renvoyer le patient chez lui. Cette situation est extrêmement frustrante pour le praticien qui se voit contraint de ne pas intervenir comme il a appris à le faire (5). Le praticien doit apprendre à se protéger de ces patients préjudiciables.

- **Difficulté devant la souffrance physique et la douleur du patient** : le sentiment d'être responsable de la douleur du patient peut engendrer une tension émotionnelle, une culpabilité et une forme de frustration et d'impuissance pouvant entraîner une profonde anxiété (5).

- **Manque de reconnaissance** : souvent les patients ne reconnaissent pas le travail effectué et refusent parfois de suivre les conseils donnés par leur dentiste comme les recommandations d'hygiène pour le maintien du résultat. A la longue le dentiste se sent privé de gratifications, d'autant que la plupart des patients rajoutent à la frustration en se plaignant du coût élevé des traitements. Ces reproches et ce manque de reconnaissance peuvent être mis en relation avec l'image négative du dentiste véhiculée par les médias, souvent considéré comme un escroc qui se fait de l'argent sur le dos de ses patients. Cette dévalorisation de la profession dans l'opinion publique diminue l'accomplissement personnel du praticien (51).

- **Manque de communication** : c'est l'élément clé de la relation patient/praticien. Bien que la pratique de la dentisterie favorise des actes techniques, il faut réussir à établir un mode d'échange efficace et agréable afin d'augmenter l'efficacité de cette relation. Le port du masque et la position bouche ouverte du patient ne facilitent pas cette communication pendant les actes. Cependant le message doit être reçu, vu, senti ou entendu, il doit être compris et accepté (5).

- **Peur de l'échec et de la possibilité pour le patient de porter plainte** : de nos jours, les patients sont de plus en plus procéduriers et n'hésitent pas à porter plainte ce qui est un facteur de stress supplémentaire pour le chirurgien-dentiste. La peur de l'échec est présente car le praticien sait que les conséquences juridiques, émotionnelles vont avoir un coût. Dans une étude britannique (30), plus de la moitié des chirurgiens-dentistes craignent des litiges ou des plaintes de leur patient ce qui est un facteur de risque supplémentaire de burnout.

- **Gérer les patients avec de lourds antécédents médicaux** : certains patients présentent des pathologies qui peuvent dépasser la sphère odontologique où le chirurgien-dentiste doit prendre en charge le patient d'une manière «médicale». Ses responsabilités sont alors accrues. Par exemple, il doit prendre en charge des patients à risque hémorragique ou oslériens. Ses sources de stress augmentent d'autant plus lorsqu' il n'est pas à proximité d'un centre hospitalier et peut se sentir démuni ou isolé.

3.3.2. Facteurs relatifs aux soins (Conditions générales de travail)

Il existe des divergences d'opinion quant au lien entre conditions de travail et burnout. Dans certaines études, il n'y a pas de lien alors que dans d'autres, le nombre de patients enregistrés au cabinet, le nombre de patients vu par semaine et le burnout sont proportionnels. Selon Lazarus, les facteurs décisifs dans le développement d'un burnout seraient la perspective individuelle ainsi que les mécanismes d'adaptation face aux conditions de travail, non pas les conditions de travail elles-mêmes. Des facteurs comme le support social au travail et à la maison, le degré d'investissement et les résultats sont extrêmement liés au burnout (37).

Le cabinet dentaire est un lieu exigu où le bruit et les odeurs sont caractéristiques. La pièce à main, la turbine, le détartreur à ultra-sons et la pompe à salive créent un environnement sonore important et monotone. On compte entre 70 et 110 dB pour ces instruments (5). Or le ministère de la santé considère qu'au dessus de 60 dB, il s'agit d'une nuisance sonore indiscutable.

Notre métier nous impose un travail minutieux et précis demandant une concentration permanente mêlant tout autant la vue, l'ouïe, l'odorat et le toucher tout en maintenant la plupart du temps une posture immobile provoquant des douleurs au niveau du dos dont souffrent 67% des praticiens (30).

L'aspect répétitif des gestes crée une monotonie pouvant entraîner de l'ennui et de l'isolement. Il a été montré que la répétition suscite un état pseudo-hypnotique pouvant diminuer la performance à plus ou moins long terme. Pour conserver une habileté satisfaisante, le praticien doit donc fournir un effort d'adaptation qui alourdit sa tâche (5).

3.3.3. Stress professionnel

Étant donné la définition du burnout, c'est sans surprise que le stress au travail a été souvent étudié comme facteur potentiel de burnout (55) (36) (50) (34). Selon l'OMS, le métier de chirurgien-dentiste apparaît comme le métier le plus stressant après celui de policier. Il est mesuré, soit à l'aide d'une liste de stressseurs potentiels (50)(ambiguïté et conflit de rôle, conflits avec les collègues, surcharge de travail...), soit par les composantes : demandes du travail (job demands) et ressources du travail (job ressources).

Le professionnel de santé acquiert la liberté de prendre des décisions de son propre chef par un sentiment d'accomplissement personnel élevé (55). A l'inverse, les exigences et plaintes répétées de la part des patients et les stressseurs de la pratique professionnelle elle même (flexibilité horaire, charge administrative élevée, contrôles qualité...) diminuent le sentiment d'accomplissement personnel et donc la capacité de prise de décision du praticien (16) (11).

3.4. Facteurs extrinsèques, lié à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession

Outre la gestion d'une micro-entreprise libérale, le dentiste est confronté à toutes sortes de contraintes médicales, déontologiques, administratives, juridiques et économiques. Ces considérations sont d'autant plus marquantes qu'elles sont en cette période de remise en cause, très évolutives et sans cesse changeantes : informatique, formation, évaluation, conventions, prévention en sont des exemples. Les facteurs spécifiques à la pratique dentaire tels que la responsabilité dans l'établissement d'un diagnostic, le choix d'un traitement, la prise de décision médicale, souvent comme autorité isolée, sont associés au burnout ou à l'une de ses composantes.

3.4.1. Responsabilités professionnelles

3.4.1.1. Pluridisciplinarité du métier de chirurgien-dentiste

Les soins demandent une minutie, une précision et impliquent parfois des difficultés auxquelles le chirurgien-dentiste doit faire face. Certains actes sont imprévisibles et le résultat peut ne pas être à la hauteur de la théorie. Même si le praticien a seulement une obligation de moyens pour tous les soins, il s'impose la plupart du temps une obligation de résultat, de qualité et cherche souvent la perfection. Il a le sentiment de ne pas avoir droit à l'erreur ce qui augmente d'autant plus la pression quotidienne. Il peut être confronté à une difficulté diagnostique et à une incertitude quant à la conservation d'une dent ou de sa vitalité. Il doit prendre une décision et suivant sa localisation géographique, il n'est pas toujours possible d'orienter le patient auprès d'une structure hospitalière. Il peut alors se sentir isolé et démunis comme vu précédemment dans ce chapitre (51).

A la gestion des soins vient s'ajouter des obligations administratives pour lesquelles il est rarement bien formé : aménagement des bureaux, du cabinet, sélection du personnel, relation avec les techniciens de laboratoire, etc. Le dentiste se retrouve perdu face aux institutions et doit gérer la «paperasse», l'équipement, l'organisation et le fonctionnement d'un cabinet dentaire qui représentent un investissement économique lourd.. Plus de la moitié des chirurgiens-dentistes hollandais ne se sentent pas préparés à la gestion d'un cabinet et aux responsabilités qui vont avec (21), tout comme nos confrères anglo-saxons (30). En cas d'absence et donc de rendement moindre, la patientèle s'éloigne. Le praticien est donc dès le départ confronté à de fortes responsabilités au quotidien dans plusieurs domaines de compétence.

Il doit jouer plusieurs rôles : homme d'affaires, technicien, gestionnaire du personnel, professeur, dentiste ce qui demande un effort d'adaptation considérable augmentant sa charge de travail(5). La diversité des responsabilités peut accroître la pression que le chirurgien-dentiste subit.

3.4.1.2. Aspects financiers et juridiques

Les contraintes financières auxquelles sont soumises les dentistes sont associées à un sentiment d'épuisement professionnel (28) (52) (50). En début de carrière, les charges financières sont très lourdes et la rentabilité est primordiale. Le praticien est obligé d'assumer seul toutes sortes de charges qui ne peuvent être différées et ce quelque soit ses obligations personnelles ou ses ennuis de santé. La non revalorisation des soins dentaires (en dehors de la consultation et des examens de prévention en 2013) depuis 1960 est une contrainte persistante qui ne permet pas aux cabinets d'être rentables et engendre des dépassements d'honoraires pour les actes non opposables comme la prothèse. L'aspect commercial prend une place importante dans la vie professionnelle du chirurgien-dentiste à laquelle il ne s'attend pas et pouvant être nuisible dans sa relation avec le patient. En outre, la hausse constante des frais d'assurance responsabilité civile, due à l'augmentation des poursuites pour faute professionnelle, vient alourdir ce fardeau.

Avoir eu affaire avec la justice est lié au burnout dans une étude sans que l'on sache si cet événement a participé à la dégradation de la santé mentale du soignant ou alors que le soignant s'est retrouvé dans ce type de conflit suite à son état (55).

3.4.1.3. Problèmes techniques

Gérer les problèmes techniques du quotidien tels que la panne d'une aspiration d'un fauteuil, d'un ultra-sons ou de la radiographie peut conduire à un épuisement émotionnel (51).

3.4.2. Gestion relationnelle

3.4.2.1. Équilibre vie privée/vie professionnelle

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Le sentiment d'un surinvestissement dans la vie professionnelle au détriment de la vie privée génère un déséquilibre qui se retrouve plus souvent chez les personnes en épuisement professionnel (50) et/ou émotionnel (36). Il semblerait que ce sentiment de déséquilibre précède l'épuisement, ce qui indiquerait qu'il s'agit d'une cause de burnout (36). Cet équilibre est lié plus particulièrement à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation mais peu à l'accomplissement personnel (37). Dans une étude lituanienne, la majorité des dentistes pensent qu'il est difficile de concilier vie privée et vie professionnelle car le temps passé en famille semble insuffisant, empêchant ainsi les loisirs et hobbies. Il est difficile pour le praticien de ne pas rapporter le stress du travail à la maison(29).

3.4.2.2. Relation privilégiée avec l'assistante

En 2013, une étude finlandaise a montré que l'épuisement professionnel peut se transmettre entre le dentiste et son assistante (et non l'inverse) et ce uniquement lorsque la relation entre les deux est vécue comme amicale et de confiance. Le dentiste est celui qui prend les décisions et qui dirige l'assistante. Il a un «pouvoir action» plus fort que sa subordonnée et donc un impact plus fort sur son bien-être et son humeur. Ainsi le transfert a plus de chance de se faire du dentiste vers son assistante que l'inverse. Des études montrent que les interactions fréquentes et positives entre le dentiste et son assistante sont une bonne chose car elles protègent le duo de l'épuisement au travail. Cependant au niveau individuel, ces mêmes qualités sont telles une épée à double tranchant et facilitent le transfert de l'épuisement d'une entité du duo à l'autre. Les relations humaines et la hiérarchie ont donc un rôle dans la transmission de l'épuisement professionnel (56).

3.4.2.3. Relation avec les autres professionnels de santé

Les relations avec l'assurance maladie (28) (50) (55) et les professionnels non-dentistes (prothésistes, assurance, comptable) (50) semblent liés au burnout. Des relations tendues et conflictuelles sont associées à un épuisement professionnel plus élevé ainsi qu'une diminution de productivité alors que de bonnes relations avec les confrères sont associées à un sentiment d'accomplissement personnel supérieur (55). Le burnout semble contagieux, que ce soit par «exposition directe» à la souffrance ou en raison d'une susceptibilité à la contagion émotionnelle. On ne sait cependant pas si le nombre de collègues en burnout ou le nombre de contacts avec un/des collègues en burnout joue un rôle dans la transmission du burnout (57).

3.4.3. Gestion de la pratique au quotidien

3.4.3.1. Pression du temps

Être à l'heure au rendez vous mais aussi dans l'avancé du traitement, travailler rapidement pour voir le plus de patients possibles, travailler constamment avec la pression du temps, être concentré pendant longtemps sans interruption entraînent une fatigue psychologique et physique(13) (41) (52). 64% des chirurgiens-dentistes révèlent que le facteur de stress le plus

important pour eux est le retard pris sur l'emploi du temps. Cette pression constante est liée à l'épuisement émotionnel (37).

3.4.3.2. Charge de travail

Le dentiste tend à une rentabilisation maximale de son temps pour accommoder le plus grand nombre de patients et ainsi faire face aux exigences financières de sa pratique. De plus, il se voit facilement alourdir sa journée de travail par l'accumulation d'imprévus comme la prise de rendez vous d'urgence entre deux patients, l'éternisation de certains rendez vous qui s'avèrent plus longs que prévu ou encore l'interruption des soins par des coups de téléphone par exemple.

La charge de travail est un facteur objectif dont l'incidence sur le burnout est bien connue (28) (50) (55) (36) (51). L'allongement de la journée de travail augmente le risque de solitude et d'épuisement professionnel (29). Trop de temps passé au cabinet a un impact négatif sur la sphère familiale. Cette organisation du travail propre à la dentisterie est aussi associée à l'épuisement professionnel (46). Dans une autre étude, un lien existerait entre le nombre de patients vu par semaine et le taux de burnout(37). Cette charge de travail va tendre à diminuer avec le temps car les jeunes chirurgiens-dentistes, ainsi que les femmes qui sont de plus en plus nombreuses au sein de la profession, tendent vers une diminution du temps passé au travail au profit de leur vie privée.

3.4.3.3. Formation continue

Différents aspects de la formation continue des dentistes, incluant la participation à des formations, l'appartenance à un groupe de confrères ou l'opportunité d'actualiser ses connaissances permettent une diminution du taux d'épuisement émotionnel (54) (58).

3.4.3.4. Organisation et lieu de pratique

Une seule étude française a investigué le lien entre burnout et pratique de groupe sans mettre en évidence une association entre ces deux variables (28). De même, la pratique en zone rurale n'est pas associée au burnout de manière univoque dans les différentes études (28) (52) (50).

Le fait d'être spécialisé (implantologie, parodontologie, pédodontie) ou non (omnipraticien) n'est pas non plus un facteur de risque même si dans une étude, la pratique de l'endodontie semble être la pratique la plus stressante, suivie de la prothèse tout du moins en début de carrière (4).

3.4.3.5. Système de soins

Les praticiens qui se plaignent de changements dans le système de soins de santé sont plus nombreux à présenter un épuisement professionnel élevé (50). Le passage de la NGAP à la CCAM a un coût en terme d'investissement émotionnel et de temps. En effet, il faut changer et réorganiser ses pratiques. Le praticien fait face à de nombreux bugs informatiques, empêchant la télétransmission et l'obligeant à utiliser des feuilles de soin pouvant à leur tour être refusées par de la sécurité sociale. Cela a pour conséquence le mécontentement des patients qui viennent se plaindre au cabinet. Il faut ainsi trouver une énergie suffisante pour faire face aux imprévus.

3.5. Conclusion

Tous ces facteurs de risque et ces stressors ne sont pas ressentis de la même manière, ni au même moment par chaque praticien. L'association de quelques uns suffit au déclenchement du syndrome d'épuisement professionnel.

4. MANIFESTATIONS ET RISQUES

4.1. Santé du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste doit avoir une bonne hygiène de vie et être en bonne santé pour pouvoir exercer au mieux son métier. Or les chirurgiens-dentistes présentent plus de problèmes de santé que les autres professionnels de santé. En effet, 10% des dentistes hollandais considèrent avoir un mauvais état de santé général tout comme les anglais (30) (31) et ce nombre atteint 50% chez nos confrères lituaniens (20). Selon Gorter, les problèmes de santé et le burnout sont liés chez les odontologistes et peuvent être chacun indifféremment cause ou conséquence de l'autre mais aussi les deux (31). De plus, comme la plupart des soignants malades, l'odontologiste sous-estime ses symptômes et a facilement recours à l'auto-médication. Cette peur, cette honte parfois, peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé à long terme. Les chirurgiens-dentistes doivent se ménager, apprendre à prendre soin d'eux et à s'octroyer du temps libre afin de se prémunir du syndrome d'épuisement professionnel.

4.2. Manifestations, symptômes et risques

Les symptômes qui apparaissent pendant l'évolution du syndrome d'épuisement professionnel viennent renforcer les causes qui l'ont engendré : un véritable cercle vicieux se met alors en place (5).

4.2.1. Sur le plan physique

Une fatigue persistante, chronique et un «mal de dos» sont les principaux symptômes de l'épuisement professionnel (5) (59) (60). En effet, 94% des dentistes ressentent une fatigue chronique ressemblant à de l'épuisement physique qui est à l'origine d'une lassitude persistante (60).

La douleur apparaît après la fatigue. Il peut s'agir de «mal de dos» dont souffrent 67% des dentistes britanniques et 91% des dentistes lituaniens ou encore des douleurs aux mains. Des céphalées sont aussi présentes chez 60% de nos confrères néo-zélandais (30) ou britanniques (30) au cours des 12 derniers mois.

Des troubles musculo-squelettiques(TMS) dont les affections les plus fréquentes sont les lombalgies, les cervicalgies, les tendinites et les douleurs articulaires sont fréquentes chez le chirurgien-dentiste et sont à l'origine de 25% des invalidités ou arrêts de travail des praticiens (44). On ne sait pas exactement en quel sens ils sont liés avec le burnout (cause ou conséquence), cependant, il est démontré que les facteurs aggravant les TMS sont les contraintes organisationnelles du milieu de travail ainsi que les contraintes psychosociales avec notamment l'insatisfaction au travail (61).

Les dérèglements physiologiques ont des conséquences sur la santé globale du chirurgien-dentiste : hypertension artérielle et maladies coronariennes dont le taux d'apparition est supérieur de 25% par rapport à la population générale (5), maladie cardio-vasculaires qui sont responsables de 7% des invalidités ou arrêt de travail en France (44) et diabète de type 2. Les mécanismes de protection de l'organisme sont altérés et engendrent une diminution des défenses immunitaires ce qui augmente le risque d'infection (rhume, gastro-entérite,...).

Des affections cutanées telles que le psoriasis ou des allergies peuvent être le signe d'un stress professionnel. Des troubles digestifs (gastro intestinaux et ulcéreux) comme des maux d'estomac et d'intestin sont retrouvés chez 60% des dentistes britanniques (30).

4.2.2. Sur le plan émotionnel et psychique

Un sentiment de culpabilité sera éprouvé à plusieurs égards. Il pourra se sentir coupable de ne pas passer assez de temps avec sa famille tout en culpabilisant de ne pas être plus présent à son travail. Un mépris de l'image de soi peut apparaître, le praticien est insatisfait de lui même et croit que son entourage l'est aussi (5).

Une rupture sociale fera suite à la détérioration progressive de la vie sociale par le biais d'un retranchement de sa part et une tendance à éviter les autres. Cela se traduira par une irritabilité, une susceptibilité et des reproches à l'égard du milieu professionnel (51).

Une diminution du sens de l'humour est constatée, le sujet perd progressivement sa capacité à ironiser la réalité, de rire de lui même et des problèmes quotidiens, il devient hypersensible. Tous les aspects de son existence lui posent problème : son travail, sa vie amoureuse, sa santé. Il a toujours l'impression que quelque chose ne va pas ou qu'un événement négatif le menace dans l'immédiat. Il a une moindre tolérance aux frustrations, fait preuve de méfiance voire d'agressivité et son humeur est changeante, il devient lunatique (5) (52).

Un sentiment d'impuissance fait aussi surface, le sujet se sent contrôlé de l'extérieur et à la merci de son environnement psychosocial. Il se sent incapable de maîtriser les situations auxquelles il est confronté quotidiennement et éprouve l'impression de ne rien pouvoir y faire (qui est un des sentiments de base de l'anxiété). Les comportements de fuite iront alors en s'amplifiant (59).

Des sentiments comme l'anxiété, la tristesse, le désespoir et même des idées suicidaires peuvent être identifiés. La dépression peut être la conséquence de l'aggravation de l'épuisement professionnel (62) et rarement l'inverse comme le démontre une étude finlandaise. Selon une étude américaine (17), 9% des dentistes sont en dépression et seulement 15% d'entre eux sont suivi par un spécialiste. Or la réticence des chirurgiens-dentistes à consulter est connue. La dépression non traitée est une maladie mentale grave qui peut conduire au suicide.

Les troubles psychiques sont responsables de 17% des arrêts de travail chez les chirurgiens-dentistes en France (53).

4.2.3. Sur le plan cognitif

Une distraction et une baisse de concentration pourront faire perdre au dentiste la notion de l'espace physique immédiat ce qui pourra être la source d'une augmentation du risque d'accident et de blessures professionnelles vu l'environnement restreint et complexe qu'est un cabinet dentaire.

Une diminution de l'attention, de la réflexion et de la créativité peut alors être identifiée.

Il a tendance à fuir toutes les situations potentiellement négatives, allant jusqu'à ne plus assumer normalement ses responsabilités et à refuser de relever de nouveaux défis. Il risque alors de ne plus être capable de mettre ses aptitudes à profit et d'être incapable de prendre une quelconque décision. Il prendra des décisions impersonnelles et moins coûteuses et aura aussi des difficultés mnésiques et des troubles de jugement (5) (51) (52).

4.2.4. Sur le plan comportemental

- **Mauvaise hygiène de vie** : un manque d'activité physique, une mauvaise alimentation et une consommation de tabac sont constatés chez les chirurgiens-dentistes (5). Cependant, seulement 4% des chirurgiens-dentistes fument (30).

- **Trouble du sommeil** : 60% des chirurgiens-dentistes britanniques ont des difficultés pour s'endormir et 50% se sentent fatigués sans raison (51). Le burnout détériore le sommeil, induit des insomnies et une sensation de fatigue au réveil.

- **Automédication** : plus de 60% des praticiens français y ont recours (63). Les psychotropes dont peuvent facilement disposer les dentistes, sont souvent un moyen de fuite privilégié, un moyen en apparence facile pour combattre l'effet de l'épuisement. Leur consommation peut entraîner une perte d'appétit importante, provoquer des manifestations évidentes de nervosité comme la moiteur des mains, générer des problèmes d'insomnie et aboutir à une diminution générale de la résistance qui favorise les invasions virales et microbiennes (5). 15% des chirurgiens-dentistes français consomment des psychotropes (64). La moitié des chirurgiens-dentistes prennent des myorelaxants, 12,5% sont sous sédatifs et un tiers des femmes ont recours aux anxiolytiques(63).

- **Consommation excessive d'alcool** : le stress et l'alcool sont liés chez les chirurgiens-dentistes (13) (21) (51). En Australie, nos confrères consomment 2 à 4 fois plus d'alcool que dans la population générale. Seulement d'après la même étude, les facteurs de vulnérabilité personnelle sont de plus forts prédicteurs de cette consommation excessive d'alcool que le stress lui-même (35). En France, 40% des chirurgiens-dentistes consomment de l'alcool mais il est difficile d'établir un lien entre l'épuisement professionnel et le fait de consommer de l'alcool (62).

- **Isolement vis à vis de son entourage, de sa famille et de ses amis** : le chirurgien-dentiste souffrant de burnout partage de moins en moins de temps avec sa famille et s'isole peu à peu ce qui détériore ses relations avec son entourage. La conciliation entre vie privée et vie professionnelle est difficile. Le praticien, dont l'irritabilité et la nervosité sont accrues a des relations conflictuelles au sein de son couple. De plus, un tiers des chirurgiens-dentistes ont divorcé.

- **Désinvestissement ou surinvestissement au travail** : un absentéisme pourra faire suite à la perception d'un travail de plus en plus intolérable, marqué par de nombreuses excuses comme le besoin de temps pour soi afin de reprendre le contrôle de ses problèmes (1).

- **Taux de suicide plus important que dans la population générale** : le burnout est un facteur de risque au suicide même si l'impact du stress professionnel sur le suicide des chirurgiens-dentistes n'a pas été scientifiquement prouvé. Ce taux de suicide plus élevé peut être induit par une accessibilité aisée aux médicaments et une absence de traitement des troubles psychiques pour la majorité d'entre eux (13) (52) (65).

5. CONCLUSION

Tous ces facteurs associés au burnout sont nombreux et variés et ne nécessitent pas d'être tous présents en même temps pour faire le tableau d'un burnout. La plupart des recherches sur les causes spécifiques du burnout ont mis en évidence des relations quantitatives entre différents facteurs psychosociaux de stress et la fréquence des symptômes des 3 composantes du burnout.

Actuellement les facteurs de burnout sont assez bien définis mais leur multiplicité et leur inter dépendance ne permettent pas d'établir de relations causales. Le manque d'études de bonne qualité ne permettant pas d'établir clairement des liens de causalité, il convient davantage de parler d'association. Toutefois, il est possible de grouper des facteurs et d'établir des corrélations avec les manifestations du burnout. Selon Cooper, le burnout est dépendant de 3 catégories de facteurs :

- Les facteurs concernant la charge de travail et plus particulièrement les exigences quantitatives et qualitatives spécifiques à la tâche (nature et fréquence des sollicitations).
- Les facteurs concernant les contraintes d'ordre psychosociales et organisationnelles ainsi que les relations des professionnels de santé entre eux et avec leurs patients (responsabilité, rôle, perspective de carrière).
- Enfin certaines caractéristiques individuelles (personnalité, stratégies d'adaptation, attentes) peuvent augmenter ou réduire la susceptibilité au burnout.

Néanmoins dans l'accomplissement de leur travail, la majorité des chirurgiens-dentistes éprouvent une satisfaction professionnelle qui contrebalance dans une certaine mesure ces facteurs de stress.

PARTIE 3 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU BURNOUT

1. INTRODUCTION

Alors que le problème du burnout professionnel devient de plus en plus répandu au sein de notre société, ce phénomène reste encore mal compris et mal défini. Une des conséquences de cette mauvaise définition du problème est la mise au point et l'application de stratégies de prévention mal adaptées et jusqu'à présent peu efficaces (2).

Les mesures idéales de prévention du burnout devraient empêcher celui-ci de survenir. Elles devraient donc agir sur les facteurs menant à l'épuisement professionnel. La plupart des études publiées se concentrent plutôt sur une diminution du niveau de burnout après une intervention. Or, comme le souligne Gorter, il n'est pas simple de différencier les personnes à «risque de burnout», de celles «en cours de burnout» ou en «burnout avéré» (66). La distinction entre prévention et traitement du burnout peut dès lors sembler arbitraire, et les mesures de prévention peuvent devenir des mesures thérapeutiques (67). Une manière de résoudre ce dilemme est de parler de prévention lorsque les personnes exercent encore une activité et donc sont à risque de burnout et de parler de traitement lorsque les personnes sont en arrêt maladie, donc en burnout. En Allemagne, les arrêts de travail chez les chirurgiens-dentistes sont principalement dus aux troubles musculo-squelettiques ainsi qu'à des troubles psychologiques incluant le burnout (12).

La prise en charge du burnout implique des changements personnels intérieurs dont la nécessité pour le médecin à aborder des dimensions introspectives, psychologiques, philosophiques, mythiques, communautaires, politiques et éthiques. Cette démarche ira de pair bien entendu avec des changements dans sa pratique quotidienne en organisant mieux son quotidien professionnel et familial et en l'ajustant à sa vie privée.

Les acteurs prenant en charge le burn-out s'accordent à dire qu'un arrêt de travail de 6 mois minimum est indispensable dès le diagnostic posé. La première étape est l'arrêt de travail, la plupart du temps associé à un traitement médical avec la mise en place d'un suivi auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre (68).

2. ARTICULATION DES FACTEURS D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET DES INTERVENTIONS POUR LES PREVENIR OU Y REMEDIER

La littérature fournit de nombreux facteurs associés au burnout mais vu le peu d'étude de bonne qualité qui existe, le sens de l'association n'est pas démontré.

Les interventions de prévention et de prise en charge peuvent être catégorisées en interventions centrées sur la personne (individuelles ou en groupe), organisationnelles ou combinant les deux. Ces interventions concernent tant l'aspect préventif que curatif de l'épuisement professionnel puisqu'il est difficile de faire la différence entre les deux.

2.1. Les interventions centrées sur la personne

2.1.1. Objectifs et facteurs concernés

Le but est d'améliorer ses compétences personnelles ou de changer certaines caractéristiques de la personnalité. Ces changements s'attachent principalement à la gestion du stress, au comportement et à la communication en établissant une série de conseils et de lignes de conduite.

Les facteurs concernés sont ceux associés au phénomène d'épuisement professionnel. La gestion de la relation praticien/patient, la communication de ses émotions et l'apprentissage de compétences et de savoirs professionnels spécifiques sont des facteurs de premier ordre. Dans ce type de programme d'intervention sont délivrées des techniques de relaxation et l'accent est mis sur l'intérêt du soutien social. Également, les traits de personnalité tels que le repli sur soi, l'anxiété, le souci obsessionnel, le sentiment d'inadéquation, l'agressivité latente ainsi qu'une mauvaise estime de soi sont des facteurs contributifs du burnout. Cette liste n'est pas exhaustive et d'autres facteurs dont nous ignorons le lien de causalité à ce jour complètent cette liste. Ainsi, si ces facteurs se révélaient bien être des signes avant-coureurs d'épuisement professionnel, ils pourraient faire l'objet d'intervention centrée sur la personne (6).

2.1.2. Interventions existantes

Les différents types d'interventions et leurs pistes d'action se regroupent en 6 catégories: formation, conseil, support social, relaxation, psychothérapie et interventions personnelles (6).

2.1.2.1. Auto-formations et formations

Acquisition d'une compréhension cognitive du rôle du stress

Une réponse à un stress peut être physique, comportementale, émotionnelle ou cognitive et la compréhension de ces différents effets peut permettre une meilleure adaptation. La perception viscérale des émotions permet de détecter et interpréter les messages que son corps envoie comme l'augmentation de tension ou toute autre variation émotionnelle qui les engendrent.

Restauration cognitive de la perception d'équité

Truchot s'intéresse à une cause potentielle de burnout : les relations difficiles avec les patients en se basant sur la théorie de l'équité. Cette théorie prédit que les individus ont tendance à rechercher des relations équilibrées et que, s'ils n'y arrivent pas, ils éprouvent de la détresse. La perception d'une relation inique (injuste à l'excès) conduit à un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation. D'autre part, une caractéristique intra-individuelle, l'orientation communautaire a un effet modérateur sur le burnout en cas d'iniquité perçue. Les personnes d'orientation communautaire élevée sont celles qui aident davantage en fonction des besoins des autres, sans attente de réciprocité et elles sont par conséquent moins sensibles à la perception de l'iniquité. Les résultats indiquent que les médecins, au même titre que les chirurgiens-dentistes, pourraient être mieux préparés à vivre des relations déséquilibrées (53).

Amélioration des compétences en communication

Le dialogue et la communication pendant l'examen général et l'examen bucco-dentaire, favorisent la relation de confiance. Tout au long de cet examen, l'information délivrée par le praticien doit être objective, claire et rassurante. Plus le dentiste sera habile à percevoir et à comprendre ces informations, pour y ajuster son propre comportement, plus son patient aura tendance à s'estimer généralement satisfait. D'autre part le dossier médical représente le principal support de communication entre praticiens et la qualité de sa tenue doit être améliorée car elle peut se répercuter sur la qualité de la prise en charge du patient.

Savoir imposer un climat par sa présence, calmer ou rassurer par exemple, décoder le langage non verbal, être capable d'écoute active pour susciter les confidences requises sont des éléments essentiels de la communication dans un contexte de relation professionnelle. Il faut s'exprimer positivement et simplement, éviter les propos inutiles qui font perdre un temps précieux, être en mesure de diriger l'échange et d'orienter une conversation. Il ne s'agit pas d'être poli et gentil mais d'être efficace et humain en s'adaptant à la personnalité propre de chacun, à l'âge et à l'appartenance sociale du patient. Le praticien doit s'assurer avant tout que le patient est apte à recevoir l'information et à donner par la suite son consentement libre et éclairé. Il s'agit bien du droit à l'information du patient. Ainsi, on a une répartition des rôles : le praticien conseille, le malade décide et devient donc un sujet actif. De ce fait, le plan de traitement doit être expliqué de façon compréhensible au patient ou son tuteur qui doit être également informé des limites et des risques du traitement proposé et donne, si nécessaire, par écrit leur consentement éclairé (5)(69).

La position spatiale est importante, il est préférable de communiquer face à face, position indiquant et favorisant la coopération et éviter au maximum la communication lorsque le patient est allongé ou pendant l'examen clinique.

La communication non verbale dont le contenu est généralement de nature émotionnelle permettra au praticien de déceler les émotions négatives comme l'anxiété et la peur et lui permettra ainsi d'agir en conséquence. L'expression faciale est la meilleure source d'expression et la plus riche. La posture, les mouvements, la variation des niveaux de tension musculaire ainsi que la variation dans l'intonation de la voix sont aussi de précieux indices (5).

Pour cela, il faut que l'équipe dentaire soit consciente qu'une bonne communication contribue à la qualité du service rendu. Il existe des programmes de communication organisés par des sociétés spécialisées en management des cabinets dentaires comme le groupe Binhas par exemple qui s'appuie sur une «communication multiple» c'est à dire l'application de plusieurs stratégies de communication en même temps afin de trouver celles qui seront les mieux adaptées à son propre cabinet (70).

Acquisition d'aptitudes en résolution de conflits

Tout professionnel qui communique efficacement avec ses patients sera plus apprécié et mieux compris. Le dentiste se doit donc, en toute intégrité professionnelle, d'écouter les critiques du patient, reconnaître les faits évidents expliquer au besoin ses décisions d'interventions. En cas d'erreur commise dans le diagnostic ou l'intervention dentaire, une bonne relation permettra sans doute au dentiste de la faire mieux accepter en reconnaissant les faits en exprimant des regrets. L'écoute des récriminations et des doléances du patient est non seulement primordiale mais préalable à toute explication de la part du dentiste.

Check-list : L'art de gérer le patient mécontent

1. Laissez le patient vider son sac, **sans l'interrompre ni anticiper ce qu'il va dire**. Écoutez attentivement son problème et ses attentes et observez ce qu'il exprime par son attitude.
2. **Accusez réception** de son point de vue et approuvez-le dans la mesure du possible : « *Je vous comprends* ». **Excusez-vous** de manière sincère et crédible au nom du cabinet dentaire si besoin en est en cas d'erreur de votre part.
3. **Posez des questions.**
4. **Reformulez** la réclamation, le mécontentement du patient.
5. **Dites ce que vous allez faire pour résoudre le problème** (si vous ne pouvez pas résoudre le problème, expliquez ce que vous allez faire et rassurez le Patient : « *Je vous comprends* », « *Je m'en occupe personnellement* »).
6. **Remerciez le patient** de sa franchise (car il n'y a rien de pire qu'un patient mécontent qui ne vous le dit pas).
7. **Recherchez une solution Gagnant-Gagnant** et concluez quand tout a été dit.

Figure n°4 : Gérer un patient mécontent (70)

D'autres part, il est primordial d'avoir à ses cotés un avocat afin d'être informé au niveau juridique de ses droits et devoirs.

Amélioration de la confiance en soi et de son assertivité

Accepter de ne pas être parfait et arrêter de nourrir des idées irrationnelles à propos du travail : arrêter de penser qu'il faut absolument être apprécié de tous les patients, parfaitement prospère, et heureux, sachant résoudre tous les problèmes des patients que l'on traite. Savoir ajuster la situation aux moyens dont on dispose et aux aptitudes réelles que l'on a, ce qui permettra de diminuer le stress (5).

L'assertivité est sa capacité à s'exprimer, parler de soi, livrer ses pensées, ses besoins, ses sentiments et à défendre ses droits sans empiéter sur ceux des autres. Il s'agit d'un développement personnel permettant de s'affirmer sans crainte ni agressivité dans la poursuite de ses objectifs (52) (71).

Acquisition d'aptitudes en gestion du stress ou des émotions

Un programme de gestion du stress a pour but d'aider l'individu à trouver des stratégies efficaces pour maintenir son stress à des niveaux acceptables par des stratégies cognitives et comportementales s'inscrivant autant dans le domaine physique, émotionnel que comportemental et dont la prise en charge se fait dans 3 directions : diminution des stressors dans l'environnement, développement de stratégies adaptées pour faire face à ceux des stressors qui n'auront pu être écartés, augmentation de la résistance au stress (44). La gestion du stress doit être structurée et focalisée sur les besoins individuels propres à chaque praticien en tachant d'intégrer les traits de personnalités de chacun (49).

D'autre part, il existe un diplôme d'université de «prévention et de gestion du stress au

travail» à Pau répondant au plan santé 2010-2014 dont le gouvernement a fait de la gestion du stress et des risques psycho-sociaux une priorité.

En Belgique, la clinique du stress du CHU de Brugmann assure la prise en charge des patients lorsque le stress est devenue pathologique. Le patient est en incapacité de travail temporaire pour une durée de 4 à 6 mois afin de traiter le problème à sa source. Dans un premier temps l'urgence est prise en charge, particulièrement au niveau comportemental. Les méthodes utilisées comprennent les thérapies cognitives et comportementales, la thérapie systémique, la sophrologie et la gestion des émotions. Dans un deuxième temps, on traite le fond des problèmes avec des méthodes psychanalytiques et psychodynamiques. Cette articulation de deux approches longtemps opposées (psychanalytique versus comportementaliste) est l'originalité de la prise en charge (6).

Approches cognitivo-comportementales

Les TCC (Thérapies Cognitives et Comportementales) peuvent aider à augmenter les compétences de travail, à surmonter ses faiblesses, à améliorer les stratégies de coping, à apporter un meilleur support social et des méthodes de relaxation. Elles obligent à travailler sur soi et à trouver des solutions par soi-même et des changements à apporter à une situation donnée. Maintenir une attitude positive entraîne l'espoir et l'engagement lié au travail. D'après Schaufeli et Bakker (72), cet engagement lié au travail est une mesure de bien être affectivo-cognitive multidimensionnelle caractérisée par l'énergie et le dévouement. Le fait de réussir à développer des sentiments de gratitude et d'accomplissement personnel est considéré comme important. Selon une étude hollandaise, ces TCC sont efficaces et permettent de diminuer le burnout des dentistes (73).

Auto évaluation et rétroaction

Utiliser des outils technologiques peut permettre aux praticiens de définir eux même leur niveau d'épuisement professionnel et de donner des stratégies de lutte contre celui-ci (74).

2.1.2.2. Conseil et support social

La recherche de conseil et de support social permet au praticien de mieux se prémunir du burnout en favorisant entre autre son accomplissement personnel.

- Conseil individuel ou guidance encadré par des professionnels capables de mettre en place de nouvelles stratégies dans la gestion individuelle de son cabinet. De nombreuses sociétés voient le jour dans ce domaine et il est primordial d'en trouver une de confiance.

- Communication régulière du stress ressenti, des frustrations et de sa fatigue à une personne de confiance (membre de la famille, pairs).

- Soutien par les proches : selon M. Delbrouck, être soutenu par ses proches (famille ou ami) est un élément clé des mesures anti-burnout (44).

- Soutien par les pairs : on retrouve des discussions de groupe, «team building» ou encore des groupes «Balint». Ces groupes de soutien ou de parole peuvent aborder le burnout de façon préventive dont l'objectif vise à améliorer la relation patient-praticien. Les groupes «Balint» font l'objet de rencontres régulières de soignants pour réfléchir à un cas clinique présenté par un membre du groupe et dont les relations soignant-soigné posent problèmes et questionnent. S'en suit un échange sur le cas clinique où chacun peut agir, interagir en questionnant, en exprimant son avis voire ses émotions. Chaque groupe est encadré par deux psychanalystes ou soignants ayant suivi un

parcours analytique personnel. Leur rôle est d'amener les participants vers les rapports à l'inconscient et vers leur implication personnelle professionnelle dans la relation de soin (67).

- Soutien auprès des collègues ayant souffert et résolu leur burnout

- Système de mentorat : aide conférée par un confrère chirurgien-dentiste plus expérimenté, apportant ses conseils et son accompagnement sur une longue période. Le but est d'avoir du soutien pour faire face aux difficultés afin d'être plus efficace dans sa pratique et de ne pas se sentir isolé surtout en début de pratique. Même si ce n'est pas dans notre culture française, toute forme de mentorat, allant des conseils donnés officieusement par des collègues à des dentistes employeurs à des programmes officialisés, peut favoriser une culture plus collégiale dans notre profession à l'avenir (6).

2.1.2.3. Relaxation

La relaxation peut se définir comme un état psycho physiologique inverse de l'état d'excitation. Se relaxer peut ainsi être une méthode adéquate pour réduire le stress. Il existe de nombreuses méthodes pour se relaxer. L'idée de base est 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.

Mini relaxation ou «relaxation flash»

Cette technique de «relaxation-récupération» ou «mini relaxations» permet au praticien de conserver la maîtrise et le contrôle de son comportement. Cet automatisme, qu'il aura appris, en plus de son confort personnel sera d'une influence efficace dans sa relation avec ses patients (44).

La plus utile dans la gestion du stress

- forme très limitée de relaxation
- brève
- exercices simples
- de multiples fois dans la journée, en « émailler » sa journée
- possible dans de nombreuses circonstances et en tous lieux (assis, entre deux patients, debout, en parlant...)

Conseils et avantages

- se programmer pour arriver à... un automatisme
- effet réel si connaissance et entraînement auparavant de la relaxation-récupération
- ne laisse pas le stress s'installer

Reprendre, mais très rapidement (1 à 5 minutes), les 5 points de la relaxation comportementale

1. Bien s'installer, même debout
2. Détendre muscles visage, épaule, membres
3. Contrôler sa respiration ventrale
4. Constater son bien-être
5. Reprise discrète, grande respiration, étirement

Figure n°5 : Technique de la mini relaxation (44)

PMR (Progressive Muscle Relaxation)

Une étude suisse auprès des étudiants en médecine a permis de mettre en évidence une diminution de l'épuisement professionnel à la suite de l'apprentissage de technique de relaxation PMR selon Jacobsen. La relaxation musculaire progressive implique une mise sous tension puis un relâchement des principaux groupes musculaires et elle vise à réduire les sentiments de tension, à

abaisser le niveau de stress et à induire la relaxation. Elle est censée diminuer l'excitation du système nerveux autonome et central et accroître l'activité parasympathique (75).

Méditation et pleine conscience

La méditation, issue d'une longue tradition, notamment orientale, mais pas seulement, repose sur un ensemble de techniques ou exercices qui génèrent concentration, paix intérieure, relaxation physique et mentale, propice à l'apaisement des ruminations qui envahissent la pensée. La méditation dite de pleine conscience semble particulièrement intéressante (76).

La MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) développée par J Kabat-Zinn en 1979 est un programme pour diminuer le stress basé sur la pleine conscience afin de diminuer l'anxiété, les douleurs chroniques et renforcer l'immunité. Il s'appuie sur la méditation de pleine conscience. Dans le champ médico-psychologique, cette technique laïque utilise les capacités de l'esprit pour faire cesser la souffrance et augmenter le contentement et la paix intérieure. S'entraînant à rester concentré et présent, les fruits de la pratique modifient les réactions et les comportements automatiques, libèrent les conditionnements, régulent les émotions pénibles et les pensées répétitives. Il s'agit de cours effectués sur une période de 8 semaines à raison de 2 heures de cours par semaine et d'une excursion de 7 heures. Ces cours sont basés sur 4 thèmes : «body scan» qui permet d'être conscient des différentes régions de son corps et de découvrir comment chaque partie se sent, sans essayer de changer quelque chose, mouvement de pleine conscience, méditation en marchant et assise et comment utiliser la pleine conscience durant le travail (77).

Technique de cohérence émotionnelle et cardiaque

Le logiciel «symbioline» est un outil interactif et ludique d'entraînement à la cohérence cardiaque et à la cohérence émotionnelle. Il permet de développer de nouvelles compétences dans la régulation des émotions face au stress et à l'anxiété. Il donne accès aux bases de la respiration par différents exercices de contrôle respiratoire et permet ensuite de travailler puis d'améliorer son équilibre physiologique face au stress par le biofeedback de cohérence cardiaque. Ce contrôle de la respiration va consister à respirer de façon régulière, profonde, très lente et en favorisant le temps expiratoire pour atteindre la cohérence cardiaque. Celle-ci est objectivée par les micro capteurs de l'électrocardiogramme et le logiciel. Le biofeedback va permettre de réguler et d'adapter la respiration pour obtenir une meilleure cohérence cardiaque. L'entraînement à la respiration par le ventre et à la gestion des émotions améliore le pourcentage de cohérence cardiaque et de cohérence émotionnelle et permet ainsi une meilleure adaptation du stress. La technique de cohérence cardiaque permet aussi une diminution des maladies cardio-vasculaires (14).

Luminothérapie

L'exposition des yeux à une lumière blanche d'intensité comprise entre 5000 et 10000 lux et à une distance de 30 cm des yeux du patient durant 30 à 120 minutes par jour est devenue le traitement de référence pour la dépression saisonnière. La réponse intervient entre la fin de la 1ère et la 3ème semaine de traitement. Associée à une TCC, l'efficacité du traitement est augmentée (78).

Musicothérapie

La musicothérapie est une thérapie qui cherche à utiliser les propriétés supposées de la musique et du sonore comme support afin de rétablir, maintenir ou améliorer les capacités sociales, mentales et physiques d'une personne. Une étude sur les infirmières en état d'épuisement professionnel a montré que six séances de musicothérapie ont permis de diminuer leur niveau de burnout et d'améliorer leur humeur (69).

Autres : Ateliers créatifs(couture, cartographie...), sophrologie, yoga, Taï-chi chuan (69) (79) (78) peuvent s'avérer efficaces pour se relaxer même si à l'heure actuelle aucune étude ne l'a scientifiquement prouvée.

2.1.2.4. Psychothérapie

Elle a pour but d'encourager les praticiens 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 elles sont vulnérables au stress tout en les aidant à trouver le moyen d'aborder leur vie professionnelle en minimisant les risques de burnout (69) (71).

La thérapie du récit

A l'aide du récit d'une expérience, le dentiste peut être assisté afin de mieux comprendre pourquoi il a ressenti la situation comme émotionnellement stressante. Le but étant de lui donner les outils nécessaires pour pouvoir lui même devenir le facteur de changement de sa propre vie. Cette autonomisation de la personne est atteinte par la réalisation de ses propres forces, de ses facultés à faire face à une situation et de ses attributs personnels par le biais du récit. De plus, une définition précise ou une redéfinition de l'équilibre de vie peut être atteint grâce à cette méthode (71).

2.1.2.5. Interventions personnelles

- Avoir un médecin de référence pour se faire diagnostiquer et soigner rapidement et de façon adéquate en évitant les consultations de couloir.

- Évaluer régulièrement ses objectifs professionnels et économiques, connaître ses forces et ses faiblesses, clarifier ses valeurs, définir des buts réalistes en accord avec les capacités concrètes du sujet. Redéfinir ses besoins et ses priorités (5).

- Savoir se remettre en question et canaliser son énergie (personnalité de type A) (6)

- Développer et maintenir des centres d'intérêts, hobby, activités créatives : le sport permet de diminuer le stress et a un effet positif sur la santé. Il permet une meilleure combativité face à l'épuisement, permet de canaliser la tension que provoque le besoin de fuir ou de combattre une situation désagréable ou dangereuse. Toutes ces activités permettent de chasser la lassitude engendrée par la monotonie (44) (68).

- Savoir reconnaître les limites de ses responsabilités à l'égard des patients et de la réussite de leur traitement. Souvent les patients sont eux-mêmes responsables de l'échec ou du succès d'un traitement suivant qu'ils suivront ou non les recommandations (d'hygiène par exemple) qui leur seront faites. De même savoir refuser de réaliser un traitement inapproprié en expliquant que c'est une question de conscience professionnelle (5).

- Prendre soin de soi : pratiquer des exercices physiques réguliers et favoriser d'autres habitudes de vie saine (alimentation équilibrée, sommeil), se reposer et s'octroyer du temps libre éviter les substances addictives (tabac alcool médicaments). La meilleure façon pour les chirurgiens-dentistes de se protéger du burnout est de prendre soin de soi (46).

- Rompre la monotonie : se tenir informer des dernières découvertes scientifiques et techniques par la lecture d'articles et des formations tout en les intégrant dans sa pratique permet au praticien de rompre la monotonie de son travail tout comme le changement régulier de la décoration de son cabinet (6).

- Cultiver l'humour car le rire donne un répit au stress et aux diverses tensions que comporte la pratique professionnelle (44).

- Reconnaître le versant positif et pas seulement la charge, le stress, le fardeau, se concentrer sur le processus plus que sur le résultat, apprécier les succès. Rechercher et accepter les compliments (6).

- Respecter ses besoins de spiritualité.

2.1.3. Conclusion

Les interventions peuvent être réalisées de manière individuelle ou s'adresser à un groupe préexistant ou créé pour les circonstances. Ces interventions devraient parfois être adaptées suivant le sexe des participants puisque plusieurs auteurs (17) évoquent des stratégies de coping légèrement différentes chez les hommes (plus d'évitement et de confiance en leurs capacités) et chez les femmes (plus de support social). De plus, selon Morse il est préférable d'utiliser une combinaison de différentes techniques de prévention du burnout plutôt que de tout reposer sur une seule (80). Par ailleurs, des pistes d'action sont proposées par de nombreux auteurs, sans qu'elles n'aient toutefois été implémentées ou évaluées. Nombre d'entre elles devraient permettre de développer, entre autres les compétences de coping. De manière générale, les interventions ciblées sur l'individu réduisent le burnout à court terme (6 mois ou moins) (69).

2.2. Les interventions organisationnelles et/ou centrées sur l'interface travail/personne

2.2.1. Objectifs et facteurs concernés

Les interventions organisationnelles ont pour but de proposer au praticien de modifier ses procédures ainsi que ses conditions de travail, de l'aider à gérer l'organisation pratique du cabinet ainsi que de lui donner les outils nécessaires pour faire face à la législation et à la réglementation toujours changeantes. Ces interventions au bien fondé et au caractère très factuel pourraient être développées et mises en place à un haut niveau décisionnel car elles concernent tous les praticiens. En effet, on ne peut nier le caractère éducatif et de sensibilisation au problème de burnout de ces interventions. Cependant, une mise en place systématique impliquerait une décision politique, une modification du système existant et un coût. On ne peut que regretter le manque d'influence des dentistes sur ce type de décision.

Les facteurs concernés :

- la relation praticien-patient : attentes, pression du résultat, litiges
- l'organisation du cabinet : gestion du planning, de la charge de travail et des ressources
- les relations humaines au sein de l'équipe de travail
- l'intégration de nouvelles technologies
- la contrainte de rentabilité du cabinet

- les modifications du système de soins ainsi que les échanges avec l'Assurance Maladie
- l'équilibre vie privée / vie professionnelle

Toutes ces mesures visent à redonner le pouvoir aux praticiens sur les conditions de travail afin qu'ils puissent reprendre le contrôle et mieux relativiser l'effet des stressseurs.

2.2.2. Interventions existantes

Plusieurs auteurs citent des exemples d'interventions organisationnelles ou centrées sur l'interface travail/personne. Dans certains cas, il s'agit d'interventions visant l'individu mais qui peuvent être organisées par des instances officielles (6).

2.2.2.1. Programme du cursus d'enseignement

- Sensibilisation des étudiants en odontologie à la problématique de l'épuisement professionnel. A l'heure actuelle, nous avons une heure de cours consacrée au burnout en 6ème année, il s'agit donc plus d'une initiation que d'une formation (6) (44).

- Intégration dans la formation de la promotion de la santé et des techniques de réduction du stress; changement de culture des étudiants (temps pour soi). La formation à la gestion du stress dès les études est indispensable pour éviter l'épuisement professionnelle (30). En France, la Société de Psychologie Odontostomatologique et Médicale (SPOM) propose un programme de gestion du stress aux étudiants en médecine.

- Orientation professionnelle et coaching des étudiants plus vulnérables en raison de leur profil de personnalité. Un suivi régulier pourrait être mis en place pour les étudiants «à risque» à raison d'une consultation tous les 6 mois chez un médecin généraliste par exemple. Il pourrait aussi être mis en place, comme cela existe déjà dans d'autres cursus pour des métiers stressants comme les pilotes de ligne, des tests psychologiques en même temps que le concours d'entrée, permettant de déceler les personnalités à risque (6) .

2.2.2.2. Programme de formation continue

- Acquisition d'une meilleure compréhension du burnout : la sensibilisation des dentistes à l'existence de la problématique de l'épuisement professionnel permet de mieux l'appréhender. Une étude de 2013, décrit un protocole d'intervention basé sur 16 heures de formation. Il s'agit de 4 sessions avec un travail personnel avant et après chaque session comprenant de la lecture d'articles, des exercices, des autos évaluations et des études de cas. L'objectif est d'apprendre à partir de l'expérience de travail des autres participants à reconnaître le processus et les risques de l'épuisement professionnel par auto questionnaire et/ou envoi de feedback. Cette intervention permet aussi par la prévention de transmettre des stratégies pour gérer les conséquences du burnout (physique, psychologique et social)(81).

- Organisation de conférences annuelles sur le burnout (6).

- Organisation de séminaire (interactif, en petit groupe, avec expert extérieur) et groupe de soutien commençant pendant les études et se poursuivant le long de la vie professionnelle (6).

- Organisation d'ateliers de relaxation et de gestion du stress : la SPOM (Société de Psychologie Odontostomatologique et Médicale) permet de développer des stratégies de gestion du stress dans la relation soignant-soigné et d'augmenter l'estime de soi. Elle organise des ateliers de formations, d'entraînement de stratégies de gestion de stress et de libre parole. Sur son site internet, se met en place un forum d'échange social entre les praticiens et l'accès libre aux informations concernant le stress professionnel (44).

- Gestion du stress des patients : utilisation du MEOPA (mélange équimolaire Oxygène-Protoxyde d'azote) ou de l'hypnose permet de diminuer l'anxiété du patient et par la même occasion le stress du chirurgien-dentiste qui pourra réaliser le soin en toute sérénité (5).

2.2.2.3. Amélioration dans l'organisation du cabinet

De nombreuses sociétés de «coaching» voient le jour. Le groupe Binhas, probablement le plus connu pour les chirurgiens-dentistes en France propose depuis 15 ans une optimisation de la gestion globale du cabinet dans les domaines de la gestion, du management, de l'organisation et de la communication.

Apprendre à devenir un chef d'entreprise

Il faut être formé aux bases de la gestion d'entreprise, afin de prendre la bonne décision au bon moment. Les investissements et les recrutements ne doivent plus être réalisés dans l'urgence mais à l'issue d'une réflexion structurée. En effet, le cabinet dentaire doit comme toute PME, respecter les objectifs fixés en début d'année. Pourtant, de nombreux chirurgiens-dentistes connaissent mal les éléments financiers vitaux et se contentent d'une gestion à posteriori. Il faut cesser d'attendre décembre et s'astreindre à consulter chaque semaine les indicateurs de vitalité du cabinet (chiffre d'affaires, dépenses, nombre de patients, ratio de nouveaux patients, nombre d'heures travaillées) (5) (21).

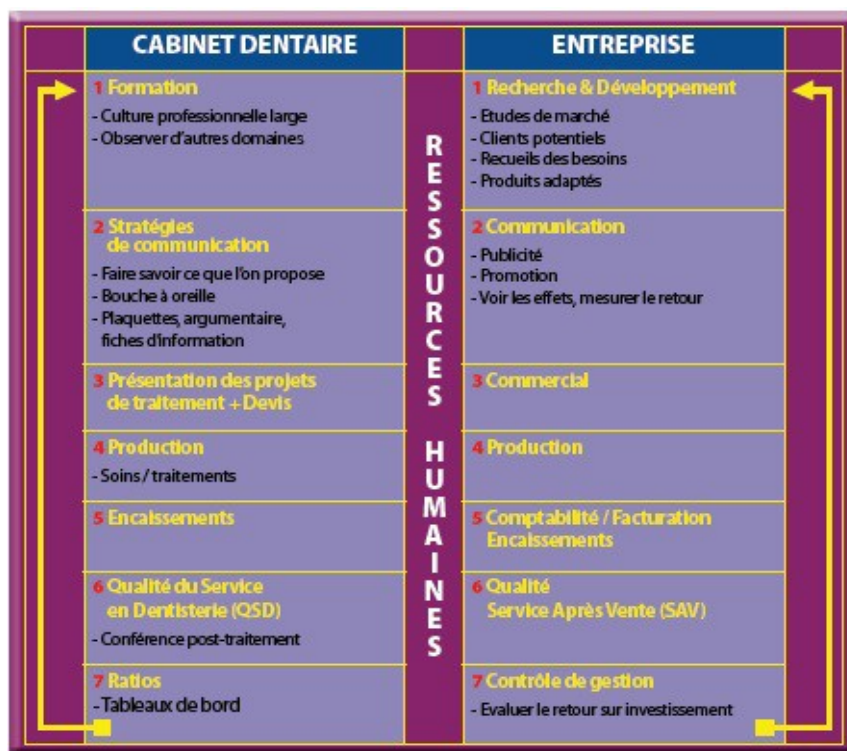


Figure n°6 : Les différents rôles du chef d'entreprise (82)

Amélioration de la gestion du temps de travail

Il faut gérer avec intransigeance son emploi du temps et savoir dire non, savoir s'arrêter, ne pas trop travailler et se préserver. Aussi, une pause entre chaque consultation est souhaitable. Il est conseillé de prévoir une plage horaire pour les urgences chaque jour afin de ne pas être débordé ou

en retard ce qui entraîne un stress supplémentaire. Afin d'éviter des journées interminables au cabinet, il est intéressant de prévoir un moment dans le temps habituel passé au cabinet pour la gestion administrative. Afin d'éviter aux patients de penser à leurs soins, d'appréhender le rendez-vous et d'avoir peur, il faut éviter trop d'attente avant le rendez-vous (5) (6). D'après Truchot, les facteurs visant à influencer les facteurs organisationnels du cabinet montrent une diminution durable du burnout (53).

Zoom sur les rendez-vous manqués et annulations

Les rendez-vous manqués et les annulations peuvent être les symptômes de problèmes profonds du cabinet. Un rendez-vous manqué est souvent un moyen détourné pour un patient de vous faire part d'une insatisfaction liée à son expérience chez vous. Voici quelques pistes pour limiter ces rendez-vous improductifs :

- 1.** Evitez de programmer des rendez-vous d'avance
- 2.** Faites prendre conscience à vos patients de la valeur de votre temps
- 3.** Formez votre secrétaire/assistante pour qu'elle n'ait pas une approche mécanique de l'agenda et qu'elle fasse preuve d'une autorité positive à l'égard des patients tout en restant à leur écoute
- 4.** Remettez toujours au patient un carton de rendez-vous (mémoire visuelle et kinesthésique) ou par téléphone, veillez à reformuler en fin de conversation la date et l'heure du rendez-vous
- 5.** Insistez auprès des patients sur le fait qu'en cas d'empêchements, ils doivent vous prévenir au moins 48H à l'avance
- 6.** Créez une liste d'attente de rendez-vous susceptibles d'être rapprochés pour pallier efficacement aux annulations tardives
- 7.** Etablissez un nombre maximum de rendez-vous manqués, non excusés, tolérables pour le cabinet, seuil au dessus duquel il est opportun de mettre un terme à la collaboration avec le patient.

Figure n°7 : Gestion du planning (83)

Amélioration des méthodes de travail et diversification de sa pratique

Adopter une attitude préventive permet d'échapper à certains pièges professionnels. Améliorer la posture pendant l'exécution des soins (grâce à la vision indirecte par exemple) évite l'apparition de problèmes circulatoires et de douleurs dorsales (5).

De manière interactive et en petit groupe, l'échange sur les méthodes de travail pratiquées au sein de cabinets différents peut se révéler bénéfique pour chacun. Échanger sur l'organisation du planning effectuée par les secrétaires (mise en place de rendez-vous plus longs afin d'en diminuer leur nombre et d'avancer plus vite avec moins d'interruption), sur la chaîne de stérilisation ou encore sur les méthodes d'obturation endodontique permet de comparer et de tirer les avantages et les inconvénients de chacun.

En plus de son activité de soignant et de la branche curative, le chirurgien-dentiste peut opter pour l'enseignement et la recherche afin de diversifier sa pratique.

Gestion de l'équipe et de ses patients

La pratique de la dentisterie impose un travail d'équipe, une mise en relation de plusieurs individus : les praticiens, les assistantes, les secrétaires et le patient. Cela forme une relation complexe, multiforme, fragile et susceptible d'évoluer rapidement, pouvant générer certains malaises, de l'anxiété et du stress tant chez le praticien que chez le patient. C'est donc la qualité de l'entente interpersonnelle qui va influencer celle du traitement, de la santé buccale du patient et du bien être professionnel et personnel du praticien (5). Une gestion adéquate est basée sur la reconnaissance et le respect des capacités de chaque membre, gage d'efficacité et de dynamisme et seule façon pour le patron d'être apprécié par son groupe et d'en retirer d'importants avantages personnels et affectifs. De plus, la mise en place de réunions régulières voire quotidiennes permet que chacun puisse s'exprimer et mettre éventuellement en exergue un problème ou une situation. Aussi, la rencontre des collègues en dehors du milieu de travail permet de partager les frustrations et fait disparaître le sentiment de solitude

1 Check-list réunion quotidienne	2 Check-list réunion mensuelle
<ul style="list-style-type: none">• Faire le bilan de la veille : assurer un retour sur les aspects positifs et les points d'amélioration pour l'équipe, ainsi que sur le suivi de certains dossiers patients	<ul style="list-style-type: none">• Faire le bilan du mois écoulé : retour sur les aspects positifs et les points d'amélioration pour les membres de l'équipe
<ul style="list-style-type: none">• Vérifier que la transmission des messages de la veille a bien été effectuée	<ul style="list-style-type: none">• Analyser les indicateurs clés d'activité afin que chacun soit informé de l'état d'avancement des projets et des objectifs, et prendre des mesures correctives si nécessaire
<ul style="list-style-type: none">• Analyser les rendez vous de la journée sous trois angles : clinique, administratif et relationnel	<ul style="list-style-type: none">• Informer sur la gestion du stock
<ul style="list-style-type: none">• Déterminer les moments de la journée pour recevoir les urgences	<ul style="list-style-type: none">• Former l'équipe suite à la mise en place d'un nouvel équipement, d'un nouveau protocole, etc.
<ul style="list-style-type: none">• Anticiper sur le planning assistante (disponibilité au fauteuil, créneaux de stérilisation, temps administratif)	<ul style="list-style-type: none">• Définir des stratégies de communication et services pour les patients
<ul style="list-style-type: none">• Faire le point sur le planning des formations et vacances à venir	<ul style="list-style-type: none">• Faire le point sur le planning des formations et vacances à venir
Durée : 10 à 15 minutes maximum Animation : Assistante et/ou Secrétaire	Durée : 1h à 1h30 Animation : Praticien(s)

Figure n°8 : Gestion des réunions au sein du cabinet (84)

Il faut apprendre à se protéger contre l'incivilité des patients et savoir se débarrasser des patients nocifs pour se protéger d'un des trépid du burnout : la diminution de l'accomplissement personnel.

Amélioration de l'ambiance et de l'ergonomie du cabinet

Le secrétariat et la zone d'accueil, nœud de la communication du cabinet doit avoir une place centrale permettant le contrôle des déplacements du patient. C'est là que se collectent, s'élaborent et se transmettent toutes les informations cliniques, para cliniques et extra cliniques. La salle d'attente doit être prévue à proximité immédiate de l'entrée, bien en vue du secrétariat.

Une organisation fonctionnelle de la salle de soins, circulation aisée et logique suivant la chaîne de décontamination (du sale vers le propre), avec la salle de stérilisation attenante si possible au cabinet est de mise. L'utilisation de cassettes et de bac réduit la confusion, améliore la vitesse et l'efficacité, réduit la fatigue visuelle, les efforts et le stress et elle permet d'élever la qualité des traitements.

Les équipements, la décoration, la musique, la vue extérieure sont des éléments importants du cabinet dentaire. Il faut prévoir une salle d'attente et un cabinet propre et agréable : magazines, musique, télévision afin que le patient s'y sente bien.

2.2.2.4. Organisation du système de soins

Le statut et la place du chirurgien-dentiste n'ont pas évolué depuis des années. Il se trouve décalé par rapport à la société et à ses attentes. Voici quelques pistes qui peuvent être mises en œuvre :

- Niveau de rémunération adéquat avec une revalorisation des soins et de la CCAM
- Implication des dentistes dans les décisions et actions qui les concernent
- Amélioration de l'image du dentiste dans les médias
- Communication au patient de messages pour qu'ils soient plus réalistes dans leur attentes
- Offre d'une assurance qui couvre la santé mentale : la sécurité sociale devrait reconnaître le burnout comme une maladie professionnelle selon trois niveaux de qualification : la dépression d'épuisement, l'état de stress répété conduisant à une situation traumatique et le trouble d'anxiété généralisée. Une meilleure prise en charge des soignants touchés est nécessaire car à l'heure actuelle, la souscription préalable et volontaire à un régime de prévoyance est indispensable pour compenser la perte des revenus en cas d'arrêt de travail prolongé voire de mise en invalidité.
- Organisation de la retraite et de la réorientation professionnelle : après un investissement important de temps et d'argent il est difficile de penser à la reconversion cependant il existe des opportunités variées : exercice en mutualité, chirurgien-dentiste conseil auprès de la sécurité sociale, enseignant, chercheur, spécialisation (orthodontie, chirurgie, implantologie).
- Possibilité de notifier, à une autorité compétente, les dentistes présentant des problèmes de santé pour améliorer leur prise en charge précoce
- Programme de dépistage : à l'heure actuelle, la médecine du travail n'est pas obligatoire pour les dentistes. Elle pourrait permettre la détection précoce du burnout chez les praticiens souffrant de burnout et les orienter vers une prise en charge adaptée.
- Offre de service de santé pour aider les dentistes qui en ont besoin, pour leur apprendre à se soucier de leur santé
- Diminution de la charge administrative et autres questions de bureaucratie
- Amélioration de la formation de la gestion des litiges
- Implication des autorités compétentes dans la prévention : par le biais d'une campagne auprès des étudiants et des chirurgiens-dentistes, le conseil de l'ordre et les syndicats pourraient sensibiliser sur le phénomène de burnout tout en apprenant à identifier les symptômes et à savoir où trouver de l'aide. La CNSD a créé en 2010 l'Observatoire National de la Santé des Chirurgiens Dentistes ayant pour objectif l'étude de la santé des praticiens et des troubles pouvant les amener à arrêter prématurément leur profession.

2.2.3. Conclusion

Les interventions organisationnelles et centrées sur l'interface travail/personne sont rarement décrites de manière approfondie et encore plus rarement évaluées. Celles qui le sont ne concernent pas les dentistes mais d'autres travailleurs dans le secteurs des soins de santé. L'effet positif de ce type d'intervention sur le burnout peut durer jusqu'à un an (69).

2.3. Les interventions combinées

Bien que présentes dans la littérature scientifique, les interventions combinant les stratégies centrées sur la personne et les stratégies organisationnelles sont prônées par plusieurs auteurs. Elles semblent d'ailleurs produire des effets plus durables, dépassant les 12 mois et devraient donc être plus présentes et plus disponibles (69).

2.4. Exemple de programmes d'interventions existants

2.4.1. Programmes spécifiques aux chirurgiens-dentistes

2.4.1.1. The Kent dental practitioners support service

Le but de cette intervention est d'identifier les problèmes et d'orienter les dentistes vers une assistance (financière, éducative, de management, clinique, personnelle) ou un conseiller spécifique. L'évaluation se fait grâce à une étude de cohorte avec plusieurs questionnaires : degré de stress, détresse psychologique et stratégie d'adaptation au stress. S'en suit un entretien personnel et des moyens sont mis à disposition pour faire face au stress: approche thérapeutique et de conseil, jeu de rôle et enseignement, identification de l'information et des ressources. Malgré le peu de participants, ce programme semble être un succès (52).

2.4.1.2. Van Der Consulting Agency, Zeist, The Netherlands

Ce programme, utilisé dans une étude de Gorter (66) a pour but de rétablir l'équilibre en comprenant mieux sa situation professionnelle et en établissant un plan d'action personnalisé en fonction de la situation. Les dentistes répondent au MBI et sont éliminés ceux qui consomment des substances addictives (alcool...), ceux qui sont en psychothérapie et ceux dont la motivation n'est pas la clé afin de ne pas biaiser les résultats. Ils sont invités à participer au programme qui se compose d'une consultation individuelle et de 3 sessions collectives basées sur les thèmes suivant :

- développement de perspectives professionnelles dont le but est de redécouvrir ses talents et sa motivation, se tourner vers de nouvelles perspectives et essayer de les inclure dans la vie personnelle et professionnelle.

- avoir l'esprit d'entreprise en étudiant sa propre pratique, les possibles pertes de temps et le développement personnel

- comment faire face à des obstacles et des dilemmes : comment faire des choix, voir ses priorités et agir efficacement, balance vie privée/vie professionnelle, apprendre à communiquer, gérer les conflits d'intérêts, recevoir du soutien.

Cependant ce programme d'intervention se concentre sur le développement de carrière, or les chirurgiens-dentistes ne sont pas forcément prêts. Le burnout étant corrélé à des problèmes de santé de dépression, des symptômes psychosomatiques et névrotiques, il est donc difficile pour une personne «fragile» de répondre convenablement aux suggestions. Ces personnes peuvent ressentir un sentiment de soulagement à court terme, cependant, les effets vont diminuer car des problèmes de santé plus importants et non réglés comme la dépression par exemple, vont refaire surface. Il faudrait donc un programme sur mesure, adapté à chacun, condition sine qua non pour avoir des effets à long terme. Le programme demande un investissement de temps, d'argent et surtout émotionnel.

2.4.1.3. Programme PHP (Physician Health Program)

Ce programme est né aux États-Unis et adapté dans certains pays comme au Canada en Australie ou encore au Royaume-Uni et constitue un programme de référence dans la prise en charge des médecins malades. Il est mis en place en 2008 au Royaume-Uni et s'adresse aux médecins et dentistes de Londres ainsi qu'à leur entourage. C'est un service de support professionnel par téléphone et par internet avec la mise en place de consultations et si nécessaire d'une orientation vers une structure de prise en charge.

Deux programmes sont proposés en fonction du besoin du soignant. Le PHP1 permet une psychothérapie brève en offrant 6 sessions de thérapie cognitive et comportementale, de thérapie familiale ou de thérapie de couple. Le PHP2 est mis en place si un traitement psychologique plus intense doit être proposé par le biais de cliniciens spécialisés dans les interventions thérapeutiques. Grâce à ce programme, 46% des personnes qui ont fait appel au PHP et qui étaient en arrêt de travail ont repris leur travail (6).

2.4.2. Programmes des autres professionnels de santé

Un nouveau programme d'intervention a été développé en Espagne. L'objectif de l'intervention est d'apprendre à partir de l'expérience de travail des professionnels participants à l'atelier à connaître et reconnaître le processus de l'épuisement professionnel ainsi que ses risques. Le deuxième objectif est la promotion de lignes de prévention par le biais de stratégies pour gérer et contrôler le processus de burnout et ses conséquences (physique, psychologique et sociale). Le programme est basé sur une formation de 16 heures. 8 heures sont divisées en 4 sessions de 2 heures, chaque session ayant un thème spécifique portant sur le syndrome d'épuisement professionnel et ses caractéristiques, les facteurs de stress et la gestion du burnout. 8 heures sont consacrées à du travail individuel : travail personnel avant et après chaque session, lecture bibliographique, étude de cas, exercices, auto évaluation.

Cependant, les résultats concernant l'efficacité de ce programme n'ont pas été publiés, les auteurs considéreront leur étude validée si une baisse de 20% du taux de burnout chez les professionnels de santé ayant participé au programme est constatée (81).

2.5. Conclusion

Tous les types d'intervention étudiés précédemment se révèlent bénéfiques. Tous amènent à une diminution du burnout et la meilleure combinaison possible est d'allier thérapie personnelle et thérapie organisationnelle. Cependant, cet effet décroît avec le temps. Au bout d'un an, la majorité

des progrès dus à l'intervention sont réduits à néant. Cependant, le praticien ayant participé au programme d'intervention garde mieux en tête l'importance du soutien social, arrive mieux à garder la main sur la gestion du cabinet et possède un meilleur équilibre entre l'investissement émotionnel et la satisfaction du travail fourni. Des programmes de rappels effectués chaque année permettraient de pallier ce problème mais aucune étude n'a porté ces rappels au delà de deux ans donc on ne peut que spéculer sur la pérennité d'une telle solution. De même, les programmes se basant sur une approche combinée des deux thérapies n'en sont qu'à leurs balbutiements. Leur développement et leur optimisation devraient permettre d'améliorer encore leur efficacité (6).

La multiplicité des publics concernés ainsi que le nombre d'évaluations partielles ou faussées sont deux des principaux facteurs ne permettant pas de dégager clairement une intervention type comme la solution au problème de burnout chez le chirurgien-dentiste en France. Cependant en prenant en compte les spécificités organisationnelles du cabinet ainsi que les traits psychologiques propres au chirurgien-dentiste, il est possible d'établir une liste d'actions permettant une réduction du phénomène de burnout dans notre profession. Enfin, on a vu que chaque catégorie d'intervention n'était pas spécifique à un type de facteurs en particulier. Par exemple, une amélioration de la relation praticien-patient passe par une meilleure gestion des litiges (intervention organisationnelle) mais également par de meilleures compétences en communication (intervention centrée sur la personne).

3. FACTEURS DE SUCCES DES INTERVENTIONS RELATIVES AU BURNOUT

3.1. Facteurs favorisant l'efficacité de l'intervention

Pour être efficaces, les interventions de prévention ou de prise en charge du burnout doivent être «sur mesure» et prendre en compte le sexe des participants ainsi que leurs besoins personnels. Bien sûr, des composantes de travail restent communes à toutes les personnes en épuisement professionnel.

De plus, pour soigner ou prévenir le burnout, il est nécessaire de le comprendre. Le participant doit assimiler que son état résulte d'une exposition prolongée au stress et aux frustrations. Le burnout n'est pas un événement brutal mais un état qui se développe insidieusement au quotidien. Il est donc primordial de développer des stratégies sur le long terme et nécessaire de prendre part à des séances étalées dans le temps. Pour ce faire, le programme initial peut être divisé en plusieurs étapes et des sessions de rappel peuvent être instaurées à intervalles réguliers pour pérenniser les bienfaits de l'intervention.

Pour renforcer l'effet de ces interventions ponctuelles que sont les séminaires ou les ateliers, une modification structurelle du métier de chirurgien-dentiste par la législation ou l'organisation du cabinet permettrait au praticien d'être mieux armé pour faire face aux stressés. Par exemple, afin de rétablir une relation saine avec le patient, le praticien ayant suivi une intervention sur le «détachement au travail» pourrait bénéficier d'une mesure structurelle lui permettant de transférer un patient trop exigeant à un collègue ou de le refuser.

Étant principalement basées sur le volontariat, les interventions touchent majoritairement des chirurgiens-dentistes déjà convaincus de leurs bienfaits. Il faudrait donc développer des stratégies de mise en avant des bénéfices de telles interventions afin de toucher les profils de

chirurgiens-dentistes réticents qui développeraient un phénomène de burnout (6).

3.2. Facteurs favorisant le taux d'acceptation et de participation à l'intervention

Participer à une intervention centrée sur la personne demande un investissement matériel et personnel fort au chirurgien-dentiste (6). Afin d'augmenter le nombre de participants il faut s'efforcer de :

- Limiter la durée de l'intervention
- Donner au praticien un large choix d'horaires pour l'intervention
- Développer des formats d'intervention individualisés afin que le groupe ne soit pas un frein à la participation de personnes timides ou mal à l'aise en public
- Rendre acteur les participants en leur permettant de définir une partie du contenu de l'intervention et d'interagir avec ce contenu
- Éviter de marteler le terme de burnout dès le début de l'intervention afin de ne pas stigmatiser les participants mais plutôt mettre l'accent sur le bien être au travail , par exemple
- Réduire au maximum le coût financier de l'intervention. Idéalement un coût nul.
- Organiser des interventions à proximité du lieu de travail ou du domicile
- Favoriser l'échange et le partage lors de l'intervention entre participants et entre participants et organisateurs
- Garantir l'anonymat et la confidentialité
- Obtenir le soutien de la hiérarchie professionnelle et de la législation pour dégager un climat favorable à l'intervention
- Sensibiliser les étudiants au phénomène de burnout

3.3. Conclusion

La majorité de la littérature étudiée est une réflexion sur le phénomène de burnout d'ordre général et ses conséquences. Il y a très peu de contenu de qualité s'attachant expressément au phénomène d'épuisement professionnel chez le chirurgien-dentiste. Il est évidemment difficile de mettre sur pied une telle étude car cela demande de grosses ressources financières pour toucher un grand nombre de participants. De plus, il est compliqué d'évaluer le taux de burnout chez l'individu; le diagnostic est pour la plupart auto-évalué, rarement évalué directement par un médecin ou un psychologue. Les échelles varient d'une étude à une autre et les variables jouant un rôle dans ce processus ne sont pas toujours clairement identifiées. (antécédents, causes ou conséquences). Ce manque de dénominateur commun entre les différents auteurs rend les données difficilement comparables et complique l'identification des éléments clés de la prévention du burnout.

Le MBI (Maslach Burnout Inventory) est l'outil le plus utilisé dans la littérature afin de mesurer le taux de burnout chez les personnes interrogées. Cependant, plusieurs versions de ce même questionnaire sont utilisées. Elles divergent que ce soit en nombre d'items ou en seuil de détection de phénomène de burnout. Les seuils utilisés pour qualifier le burnout de faible, modéré ou fort sont rarement ceux définis par Maslach et Jackson. Dans certaines versions, la composante d'«accomplissement personnel» est même évincée et redéfinie comme une caractéristique personnelle ne participant pas au phénomène de burnout. Dans d'autres études, le burnout est restreint à sa composante d'«épuisement émotionnel».

Les études n'utilisant pas le MBI comme outil de mesure du burnout existent. Mais, leurs données sont difficilement exploitables car on ne peut pas être sûr que le concept même du phénomène étudié soit le même.

Les interventions de prise en charge du phénomène de burnout sont rarement évaluées dans la littérature étudiée et jamais sur le long terme. Tout comme l'évaluation même du burnout, ces études à grande échelle se confrontent à un problème de moyens :

- biais de sélection : participants volontaires donc convaincus du résultat
- programmes d'interventions ponctuels
- faible nombre de participants
- grand nombre de types d'intervention
- pas ou peu de suivi des effets dans le temps post intervention

Il faut donc émettre des réserves quant à leurs conclusions.

Aucune étude publiée à ce jour ne permet de définir une intervention type permettant de répondre au problème de burnout du chirurgien-dentiste. Cependant, les facteurs associés sont en partie identifiés et des pistes de réflexion pour y remédier proposées. Il reste donc à développer des interventions spécifiques aux besoins de notre profession.

4. TROIS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES CHIRURGIENS DENTISTES

4.1. Dispositifs à bas seuil d'accès

Le dispositif à bas seuil d'accès s'inscrit dans un processus de prise en charge pas à pas où il fait figure de porte d'entrée dans le système de soins. Ils visent à aider les chirurgiens-dentistes en souffrance à exprimer leurs difficultés en vue de construire avec eux un projet cohérent de prise en charge, adapté à leurs besoins. Ces dispositifs insistent sur le respect de l'anonymat de l'appelant, de la confidentialité de la prise en charge et du support qu'ils fournissent aux professionnels de santé en difficulté, généralement insatisfaits de leur situation ou en crise (6).

4.1.1. Une activité de tri et de conseil des chirurgiens-dentistes en demande

Les appels téléphoniques sont réceptionnés au mieux 24h/24, 7j/7 puis filtrés; les appelants sont réorientés, selon l'urgence de leur demande et la gravité de leur cas, vers un conseiller ou autre dispositif de consultation et de traitement. Puisqu'il est difficile de dissocier le burn-out des troubles de la personnalité, de la dépression, des autres souffrances d'ordre psychosocial, des addictions et des troubles anxieux, il conviendrait de prévoir l'établissement de diagnostics différentiels incluant ces différents syndromes. Une activité de conseil peut s'inscrire sur plusieurs séances avec la possibilité de conserver le même conseiller. Les conseils peuvent être délivrés soit par un collègue généralement formé, agissant sur base volontaire, soit par un professionnel de l'écoute et du conseil.

En France, l'AAPML (l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) est créée en 2004 pour venir en aide aux médecins d'île-de-France en situation de difficultés psychologiques dans l'exercice de leur profession (85). Depuis 2005, l'AAPML propose en collaboration avec le Psya, cabinet spécialisé dans la prévention et la gestion des risques psychosociaux, un dispositif concret d'écoute téléphonique, d'accompagnement et de soutien psychologique au numéro unique 0 826 004 580 disponible 24h/24 et 7j/7 pour aider les médecins. En 2007, ce dispositif est étendu aux chirurgiens-dentistes.

L'AAPML met en place, avec l'aide du Psya, une assistance psychologique par téléphone, anonyme et confidentielle, garantie par le secret médical, tout en assurant un suivi des dossiers grâce à un identifiant communiqué lors du premier appel. C'est une structure de premier recours qui peut s'accompagner d'orientations adaptées pour les cas graves ou trop complexes qui ne peuvent être résolus par téléphone. Ainsi, si nécessaire l'orientation vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée est proposée. D'autre part, un dispositif d'urgence peut être mis en place en cas de risque de suicide ou de danger pour l'entourage.

Concrètement, 6 psychologues se relaient 24h/24 au sein de cette plate-forme. Une grille de recueil est systématiquement complétée par les psychologues après chaque entretien à des fins statistiques (jour, heures, durée, caractéristiques des appelants, leur demande). Chaque professionnel peut s'entretenir au maximum 5 fois avec les psychologues du réseau.

Les objectifs sont la prévention de l'arrêt d'activité, voire du suicide, chez les professionnels de santé pour cause d'épuisement professionnel, l'optimisation de la capacité d'écoute et l'amélioration de la relation médecin-patient mais aussi la réalisation d'économie dans le secteur de la santé. Selon une étude de 2012, les appelants sont majoritairement des femmes (56%), d'âge moyen compris entre 50 et 55 ans, et mariées (>70%), toujours en activité professionnelle (>80%). Parmi les appelants 59% sont des médecins généralistes, 33% sont des spécialistes ou membres de l'entourage du professionnel de santé et 5% sont des dentistes. Les problèmes évoqués relèvent de la vie professionnelle (40%), de la vie privée (22%), de l'articulation vie privée et vie professionnelle (25%) de l'activité soignante (13%). Les principaux problèmes traités sont les problèmes professionnels et les problèmes psychologiques. Les problèmes professionnels sont majoritairement représentés par la culpabilité ressentie suite à une erreur diagnostic ou à une erreur médicale, l'isolement psychologique et la gestion du risque pour les patients et pour eux mêmes. Les problèmes psychologiques sont caractérisés par l'anxiété, la dépression, les idées suicidaires et l'alcoolisme (86).

L'association est reconnue d'intérêt public depuis le 16 octobre 2014.

Depuis le mois d'avril 2013, la CNSD a mis en place une plate-forme téléphonique d'écoute au numéro unique 0142990204, disponible 24h/24, 7j/7 qui permet à un chirurgien-dentiste, lorsqu'il est confronté à une situation de souffrance au travail d'être aidé par des psychologues cliniciens qui aideront le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser les ressources personnelles, familiales, sociales pour traverser ce moment difficile.

Cette prestation par téléphone comprend un suivi pendant 2 mois avec un maximum de 3 entretiens planifiés sur la période et une orientation éventuelle vers une structure locale compétente. Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue orientera le chirurgien-dentiste vers une consultation avec un psychologue proche de son lieu de travail ou de sa résidence. Il pourra alors bénéficier d'un accompagnement de 12 séances prises en charge par mondial assistance France avec un maximum de 80 euros la séance. Si le bénéficiaire souhaite poursuivre au delà des 12 séances, le coût restant sera à sa charge.

4.1.2. Des activités d'éducation et de promotion de la santé et du bien être au travail

Ces activités ciblent les problèmes systémiques et la qualité du milieu du travail. Suite à son étude de 2012, l'AAMPL a mené différentes actions en terme de communication et de promotion du dispositif qui sont présentées dans le tableau ci après :

Publication	Titre de l'article	Date de parution
Impact-sante.fr	Burn-out des médecins : « la situation est explosive »	9 février 2012
Egora.fr	Non, les médecins ne sont pas des "super-héros"	17 février 2012
Quotidien du médecin	Épuisement professionnel du médecin : Comprendre et prévenir le burn out	2 avril 2012
Le Généraliste	10 règles d'or pour éviter le burn out	1 juin 2012

Communication et promotion AAPML	Dates
Expertise formation des soignants de soignants pour la consultation de prévention Groupe Pasteur Mutualité	12 mai 12
Formation médecins de soutien du Réseau ASRA	14 janvier 12
Formation « l'épuisement professionnel : l'éviter pour mieux soigner » partenariat Groupe Repères (Lyon)	8 et 9 juin 12
Animation FMC Burn out Amicale des médecins de Boulogne Billancourt (40 participants)	6 juin 2012
Expertise formation des soignants de soignants pour la consultation de prévention Groupe Pasteur Mutualité	29 sept 12
Formation « l'épuisement professionnel : l'éviter pour mieux soigner » partenariat Groupe Repères (Lyon)	19-20 oct 12
Intervention au MA CMA BMA International conference on physician health in Montreal	25-27 oct. 12

Au cours de chacune de ces interventions, l'AAPML a été présentée et des cartes plastifiées annonçant le numéro d'appel ont été distribuées.

Figure n°9 : Principales actions menées par l'AAPML en terme de communication et de promotion du dispositif (86)

4.1.3. Des séjours de réflexion et de formation

La Villa Sana en Norvège a été mise en place en 1998 à l'initiative de l'Association Médicale Norvégienne. Elle s'adresse aux médecins et spécialistes. Le programme est préventif et n'apporte pas d'intervention clinique. Il vise à améliorer la santé et la qualité de vie des médecins, à renforcer l'identité et la conscience professionnelle et à prévenir l'épuisement professionnel.

Après un contact par téléphone, par courrier ou par e-mail, le médecin se voit proposer un des deux types d'intervention en fonction de son état :

- Une journée d'assistance avec un conseiller : la session dure 6-7 heures en présence d'un psychiatre ou d'un spécialiste en médecine du travail. Le médecin décrit sa situation et détaille les facteurs contextuels, liés au travail ou non. Le conseiller identifie les sources d'identité, d'estime de soi, et de confiance en soi et analyse les stratégies de gestion du stress en vue d'analyser la situation évoquée et de suggérer des pistes pour la prendre en charge (par exemple entreprendre un traitement médical incluant la psychothérapie).

- Un séjour de 5 jours qui inclut des conférences quotidiennes (possibilités et contraintes dans la vie professionnelle, ressources individuelles et personnalité, concepts d'identité, de relations familiales, de communication, de travail en équipe et de prévention de l'épuisement professionnel), des groupes de discussion et de l'activité physique. Une session d'assistance individuelle est proposée durant la semaine. À la suite d'une conférence d'une durée de 90 minutes, des discussions de groupe sont basées sur les expériences personnelles des participants (90 minutes). Les participants peuvent ensuite entreprendre une activité physique (75 à 360 minutes) et une séance de conseil individuelle (60 minutes) au cours de la semaine.

Une étude scientifique avec un suivi de 1 à 3 ans a permis de mettre en évidence une réduction substantielle de stress, de l'épuisement émotionnel et du nombre de semaines en incapacité de travail (6).

4.1.4. Formation continue

En France, l'obligation de suivre chaque année un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) est effective depuis le 1er janvier 2013. Chaque praticien doit désormais s'inscrire dans le processus de DPC qui est basé sur l'acquisition de nouvelles connaissances, d'une part, et l'analyse des pratiques professionnelles, d'autres part. Chaque praticien libéral et/ou salarié, doit suivre au moins un «programme» par an. Ce programme ne se résume pas à la participation à une formation proprement dite, qu'elle soit «présentielle» (une journée ou une demi-journée) ou non présenteielle (e-learning, etc.)

Suivre un programme de DPC signifie que l'on entre dans un processus qui s'étalera sur plusieurs mois, au cours desquels le praticien commencera par dresser un état de ses connaissances et/ou pratiques, puis sera amené à acquérir des connaissances nouvelles et, enfin analysera l'évolution de sa pratique.

En pratique, c'est à partir du site internet www.ogdpc.fr que le praticien s'inscrit et choisit son programme dispensé par un organisme appelé «organisme de DPC» qui peut être une association, un établissement de santé, une entreprise, une université.

Même si un DPC par an est obligatoire, rien n'oblige un praticien à se former sur le burn-out en particulier, il s'agit donc d'une démarche personnelle. Il est par exemple possible de se former sur la relation professionnel de santé-patient.

En Norvège ou au Canada, il existe des formations conseil en séjour résidentiel. Elles offrent des possibilités de retraite en stage résidentiel où alternent formations en groupe et conseils individuels pour remédier aux problèmes de stress, burnout, problèmes familiaux et relationnels. Ces retraites peuvent durer un jour, un week-end ou une semaine, et accueillir les conjoints. Ces formations connaissent un grand succès et les thèmes de ces formations sont extrêmement variés : harmonisation entre temps de travail et vie de famille, gestion de conflits, préparation à la retraite, gestion de la fatigue, méditation pleine conscience, amélioration de sa résilience (6).

Toujours au Canada, il existe la formation virtuelle via un centre virtuel d'informations et de support destiné aux médecins. Ce site vise à offrir une information actuelle, fondée sur des données probantes, et des outils novateurs et conviviaux pour aider le médecin à prendre en charge sa santé. Il présente en ligne une liste exhaustive des ressources sur la santé et le bien-être des médecins, afin de permettre aux médecins d'acquérir de la résilience dans leur vie personnelle et professionnelle (6).

4.2. Dispositifs de coordination de soins

Les dispositifs de coordination de soins ne délivrent eux même ni traitement ni activité spécifique de conseil, mais réfèrent les requérants vers un réseau de professionnels, selon la nature des problèmes identifiés. La plupart des PHP s'inscrivent dans cette catégorie bien qu'ils développent de plus en plus d'activité de formations et de promotions de la santé (6).

4.3. Dispositif de traitement

Ces dispositifs supposent un savoir faire spécifique en matière de prise en charge curative des médecins. Que les services soient rendus par des médecins généralistes formés à cette pratique

ou par des spécialistes des problèmes d'addiction ou des problèmes psychiatriques, la spécificité du patient (qui est aussi soignant) guide toujours la pratique. Deux aspects sont souvent mentionnés comme méritant une attention particulière :

- le déni par les professionnels de santé de leurs propres problèmes de santé
- la relation particulière patient-praticien

On a vu précédemment des exemples de programme de prise en charge en France et à l'étranger. Il faut ajouter à cela une prise en charge des addictions ainsi que la possible prise en charge en ambulatoire. En outre, la prise en charge est idéalement assurée par des équipes multidisciplinaires, de manière à offrir une prise en charge globale incluant les multiples aspects problématiques (médicaux, relationnels, sociaux, juridiques, financiers, continuité de la pratique,...).

		France	Suisse	Québec	Australie	Espagne	Norvège	Irlande	UK (PHP)	UK (ISP)	UK (Doctors for Doctors)	Canada (Alberta PFSP)	Canada (Ontario PHP)
Niveau de prise en charge	Promotif		x	x		x		x				x	x
	Préventif		x	x		x	x	x				x	x
	Curatif	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Mode de prise en charge	Consultation + référer à des spécialistes en la matière	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	One Day					x	x			x			
	Séjour				x	x	x					x	
Philosophie de prise en charge	Libre accès et libre retrait	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	Référé par une personne externe		x	x	x	x				x	x	x	
	Adressé par un rapport de plainte			x		x				x		x	
	Information des instances régulatrices si non suivi du plan thérapeutique		x		x	x			x			x	
	Prise en charge limitée dans le temps	x					x			x			x
Public Cible	Médecins / étudiants en médecine	x	x		x	x			x	x	x	x	x
	Médecins + famille			x			x	x				x	x
	Autres professionnels	x				x	x					x	
Participation financière du médecin			x					?	?	?	x	x	x

Figure n°10 : Caractéristiques des dispositifs de prise en charge des médecins et autres professionnels de santé en souffrance (6)

En France, on constate que les programmes existants sont seulement réalisés au niveau curatif, aucun programme de promotion de la santé ou de prévention n'est à l'heure actuelle mis en place. Il existe un seul mode de prise en charge, limité dans le temps et sous une forme unique de consultation alors que les séjours ont fait leur preuve depuis des années comme la Villa Sana en Norvège.

5. Conclusion et recommandations

Afin de permettre la prévention du burnout et que l'engrenage de la prévention et de la prise en charge du burnout fonctionne, il est nécessaire qu'il prenne place dans un cadre institutionnel propice que nous appellerons Niveau 0. Dans le schéma ci-dessous, on voit comment les recommandations personnelles (Niveau 1), la suppression des causes de dysfonctionnement perçues (Niveau 2) et si nécessaire la prise en charge curative (Niveau 3) sont les 3 étapes de progression

dans la gestion de la prévention du burnout.

Cependant, ces stades sont intimement liés et interdépendants. Si cet engrenage cesse de fonctionner, le burnout s'installe alors et déclenche un arrêt de travail.



La prévention est primordiale, sachant qu'un burnout installé est difficile à guérir de manière totale et définitive. Les actions menées doivent relever d'une stratégie globale répartie dans le temps combinant des approches individuelles et organisationnelles. Faciliter l'accès et faire plus de publicités, pour ces programmes mixtes de réduction du burnout, permettrait une amélioration de la qualité de vie des praticiens et une économie certaine à long terme pour la société. Des cours de rappels devraient permettre à ces améliorations de perdurer dans le temps plus longtemps et pour un coût moindre qu'un programme complet.

En fonction des recommandations, différents acteurs peuvent être concernés plus ou moins directement : les dentistes à titre individuel, les associations scientifiques et professionnelles, les universités, les instances de gestion et de décision, le conseil de l'ordre, les mutualités et les associations de patients (6) (68).

CONCLUSION

L'épuisement professionnel touche de plus en plus de chirurgiens-dentistes en France. Sujet grave, parfois tabou, le burnout n'est pourtant pas une fatalité.

L'étude de la littérature et l'expérience clinique ne permettent pas de donner au burnout une spécificité propre tant sur le plan symptomatologique que sur le plan psychopathologique. C'est un phénomène multifactoriel tant sur le plan individuel que professionnel. Ces symptômes psychiques et somatiques sont polymorphes et aspécifiques (trouble anxieux, dépressifs, somatiques, ...). Des caractéristiques sociodémographiques et des traits de personnalité à risque, des conditions de travail difficiles et des comportements addictifs sont tous des facteurs susceptibles de provoquer le burnout. Les facteurs de stress corrélés à l'épuisement professionnel nous interrogent sur les manières de diminuer l'impact du travail auprès des soignants.

Les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés à deux impératifs vécus comme contradictoires, celui de la productivité et celui de la qualité des soins. Cette double contrainte n'est pas sans enjeux éthiques. Si le secteur de la santé et de l'action sociale présentent le taux de suicide le plus élevé dans la population générale, les chirurgiens-dentistes ont eux-mêmes un risque supérieur à celui de l'ensemble des autres médecins.

Les stressseurs les plus déterminants sont le manque de temps, la relation patient/praticien, le manque de soutien et la charge de travail. C'est une pathologie de la relation d'aide. Même si la relation à l'autre est constitutive de notre humanité, elle ne va pas de soi et présente des risques. Quelle distance établir pour apporter l'aide en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même?

Selon Burke et Richardsen, les insuffisances dans la validation des mesures proposées pour traiter le burnout sont dues principalement à l'absence d'une distinction claire entre les concepts de stress et burnout, l'absence d'un consensus sur un modèle étiologique et la tendance à concentrer les interventions sur un nombre limité de facteurs. Si la littérature qui concerne la "gestion du burnout" est relativement fournie, il n'en est pas de même pour la prévention du burn-out. En effet, en dehors des principes évoqués ci-dessus (réduction du stress à la source), il n'existe ni prescriptions ni instructions validées pour prévenir le burn-out. Le champ de l'expérimentation sur la prévention est donc largement ouvert.

Le métier de chirurgien-dentiste évolue, l'explosion des connaissances et des technologies en dentisterie (CFAO..), les tâches administratives de plus en plus lourdes représentent une constellation de facteurs qui ne facilitent pas la vie du chirurgien-dentiste. De même, les attitudes et les attentes des patients ont changé, et ceux-ci se comportent de plus en plus comme des consommateurs assertifs. Les professionnels de santé et les dentistes en particulier sont de moins en moins reconnus mais aussi de moins en moins respectés et les médias contribuent largement à cette perpétuelle image négative.

Le burnout a non seulement un impact sur la santé du dentiste qui en est affecté mais menace aussi indirectement la santé des patients. Le dentiste sera moins à même d'accomplir adéquatement ses tâches professionnelles : il adoptera une attitude négative avec ses patients et risquera de commettre des erreurs médicales. Il y a, dès lors, de bonnes raisons de s'inquiéter. Un bon système de soins doit aussi prendre soin de ses soignants.

Le chirurgien-dentiste tend à négliger son bien-être personnel, sa propre santé, nie ses problèmes, s'auto-traite et se montre réticent à consulter. De plus, les chirurgiens-dentistes n'ont pas

accès à la médecine du travail ce qui diminue l'accès à la médecine préventive. Il est donc difficile pour eux d'interrompre leur activité professionnelle pour raison de santé vu la difficulté de se faire remplacer et le risque de subir une perte de revenus importante non compensée. Il est donc indispensable pour le chirurgien-dentiste exerçant dans le secteur privé de souscrire de manière préalable et volontaire à un régime de prévoyance pour compenser cette perte de revenus en cas d'arrêt de travail.

Prévenir le burnout est primordial à deux niveaux. Tout d'abord au regard de la pauvre qualité de vie des personnes affectées ou à risque, mais également d'un point de vue économique cela permet de réduire l'absentéisme et d'améliorer le travail fourni et donc de faire des économies à la fois pour le praticien et pour l'état (69). Rappelons que la pathologie mentale induite par le travail coûterait aujourd'hui entre 3 et 5% du PIB en France selon le Bureau International du Travail (BIT).

L'enjeu majeur des prochaines années sera de mettre en place des approches individuelles de prise en charge des personnes en burnout, mais surtout au delà, d'évoluer d'une logique curative vers une logique préventive de la souffrance au travail. Dans ce domaine, tout reste à faire.

Ainsi, c'est en prenant conscience du principe d'incertitude et du fait que nous ne pourrons pas soigner tous nos patients comme nous le voudrions que nous nous protégerons au mieux du burnout. Nous avons à accepter notre imperfection et à rompre avec l'idée de sacerdoce, de penser vacances, loisirs, famille, de réorganiser son cabinet parfois et surtout de ne pas hésiter à demander de l'aide tant qu'il en est encore temps.

Nous pouvons conclure en citant Marc Aurèle : «donner moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux pas changer, le courage de changer celles qui peuvent l'être, et la sagesse de faire la différence entre les deux».

Mails envoyés aux maisons d'éditions des articles pour l'autorisation de reproduction des illustrations.

Ce mail a été envoyé à chaque maison d'édition pour chaque schéma qui a illustré ce travail.

“Authorization to reproduce a diagram.

Dear Sir/Madam,

I am currently in my last year of a doctorate in dental surgery at the University of Bordeaux, France. My thesis work focuses on “Prevention and management of burnout among dentists”. Some of my bibliographic and document searches belong to your publishing house. I am contacting you regarding the permission to reproduce one diagram in order to include it in my thesis. Please find attached to this letter the reference of the image.

The reproduction of this thesis will be restricted to the University of Bordeaux.

Please do not hesitate to contact me if you require further information.

Yours faithfully,

Marianne Ousset”

Figure 1 : Mail envoyé à : permissionsfrance@elsevier.com le 20/01/15 « Nous vous remercions de votre message. Votre demande sera examinée et nous vous répondrons dans un délai de quinze jours ouvrables, à moins que vous n'ayez spécifié une échéance plus proche. »

La réponse positive est toujours en attente.

Figure 5 : Mail envoyé à : web@information-dentaire.fr le 20/01/15 : Bonsoir. Nous avons eu la réponse du Docteur M.-C. Hugly pour la reprise des tableaux de son article sur le burn out. Aucun problème pour leur exploitation pour votre thèse du moment que vous citez les sources (auteur et éditeur). Excellente soirée.

Figure 9 : Mail envoyé à : contact@aapml.fr le 20/01/15 : “Madame, nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à nos projets et sommes ravis si nos documents peuvent vous être utiles. Nous vous serions gré de bien vouloir citer vos références dans votre thèse et si possible en obtenir un exemplaire pour notre information personnelle. Nous vous souhaitons beaucoup de réussite. Cordialement, Lauréline Dupré»

Figure 10 : Mail envoyé à : info@kce.fgov.be le 20/01/15: « Chère Madame, vous pouvez sans problème reprendre des tableaux et illustrations des rapports du KCE, à la seule condition de clairement mentionner leur origine. Bon travail! Cordialement, Karin Rondia»

BIBLIOGRAPHIE

1. Canouï P, Mauranges A. Le burn out à l'hôpital (4e édition). Paris: Elsevier Masson; 2008.
2. Guéritault-Chalvin V, Cooper C. Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte rendu de la littérature. *J Thérapie Comport Cogn.* juin 2004;14(2):59-70.
3. Delbrouck M. Burn-out et médecine. *Cah Psychol Clin.* 1 avr 2007;n° 28(1):121-32.
4. Pöhlmann K, Jonas I, Ruf S, Harzer W. Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. *Eur J Dent Educ.* 1 mai 2005;9(2):78-84.
5. Bourassa M. Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire. Groupéditions; 2008.
6. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Shamphelre J, De Troyer M, et al. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. Health Services Research (HSR). Bruxelles: centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2011.
7. Galam E. Le burn-out des médecins libéraux. *Le Généraliste.* 23 févr 2007;(2400).
8. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord.* déc 2007;104(1-3):103-10.
9. Samson L. La gestion des risques psychosociaux. Editions Tissot; 2012.
10. Les enjeux de la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle. NetPME.
11. Lourel M, Gueguen N, Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). *Prat Psychol.* sept 2007;13(3):353-64.
12. Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Factorial validity of the Maslach burnout inventory—Dutch version (MBI-NL) among dentists. *J Organ Behav.* mars 1999;20(2):209-17.
13. Sancho FM, Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dent J.* 1 déc 2010;60(6):411-8.
14. Hautefeuille N. Le syndrome d'épuisement professionnel (burnout) du chirurgien dentiste. Thèse: Odontologie, Nantes; 2013.
15. Ayers KMS, Thomson WM, Rich AM, Newton JT. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent.* 1 mai 2008;36(5):343-50.
16. Brake H te, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol.* oct 2003;31(5):321-7.
17. Mathias S, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Specialty and sex as predictors of depression in dentists. *J Am Dent Assoc.* oct 2005;136(10):1388-95.
18. Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MA. Professional burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol.* avr 1999;27(2):109-16.
19. Gorter RC, te Brake HJHM, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Positive engagement and job resources in dental practice. *Community Dent Oral Epidemiol.* 10 juill 2007;0(0).
20. Puriene A, Janulyte V, Musteikyte M, Bendinskaite R. General health of dentists. Literature review. *Stomatol Public Inst Odontol Stud Al.* 2007;9(1):10.

21. Gorter RC, Storm MK, te Brake JHM, Kersten HW, Eijkman M a J. Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. *Int Dent J.* 1 août 2007;57(4):279-85.
22. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-perceived mental health and job satisfaction among Lithuanian dentists. *Ind Health.* juill 2008;46(3):247-52.
23. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique.* 5 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
24. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and Burnout in the medical profession : An Italian study of General practitioners and hospital physicians. *Ind Health.* déc 2000;69(6).
25. Gorter RC, te Brake JHM, Eijkman M a. J, Hoogstraten J. Job resources in Dutch dental practice. *Int Dent J.* févr 2006;56(1):22-8.
26. Alemany Martínez A, Berini Aytés L, Gay Escoda C. The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* juill 2008;13(7):E444-50.
27. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry.* janv 2008;32(1):13-9.
28. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale.* déc 2004;33(22):1569-74.
29. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Occupational effects on the family well-being of dentists in Lithuania: a survey of dentists. *Med Kaunas Lith.* 2011;47(7):399-404.
30. Kay EJ, Lowe JC. A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005. *Br Dent J.* 14 juin 2008;204(11):E19; discussion 622-3.
31. Gorter RC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. Burnout and health among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci.* 1 août 2000;108(4):261-7.
32. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* août 2008;25(4):245-65.
33. Yaman MD, Soler P, Esteva MD. Burnout in European general practice and family medicine. *Soc Behav Personal.* 1 sept 2007;35(8):1149-50.
34. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Thiebaut E, Dumartin N, Sifakis Y. Job stress, coping and burnout among french general practitioners. *Eur Rev Appl Psychol.* 2000;50(3):309-14.
35. Winwood PC, Winefield AH, Lushington K. The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: a study of South Australian general dental practitioners. *Aust Dent J.* juin 2003;48(2):102-9.
36. Houkes I, Winants YHWM, Twellaar M. Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *J Occup Organ Psychol.* juin 2008;81(2):249-76.
37. Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci.* 1 déc 1998;106(6):999-1005.
38. Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ.* juin 2002;36(6):543-9.

39. Tijdink JK, Vergouwen ACM, Smulders YM. Publication Pressure and Burn Out among Dutch Medical Professors: A Nationwide Survey. *PLoS ONE*. 4 sept 2013;8(9):e73381.
40. Brake HT, Bouman A-M, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout and work engagement among dentists. *Eur J Oral Sci*. juin 2007;115(3):180-5.
41. Te Brake H, Smits N, Wicherts JM, Gorter RC, Hoogstraten J. Burnout development among dentists: a longitudinal study. *Eur J Oral Sci*. 1 déc 2008;116(6):545-51.
42. Purienne A, Petrauskiene J, Janulyte V, Balciuniene I. Factors related to job satisfaction among Lithuanian dentists. *Stomatol Issued Public Inst Odontol Stud Al*. 2007;9(4):109-13.
43. McCranie, Brandsma, E.W., J.M. Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians.
44. Théry-Hugly M-C. Le burn-out n'est pas une fatalité. *Inf Dent*. 5 nov 2008;90(38):2175-85.
45. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*. 15 juin 2002;359(9323):2089-90.
46. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. févr 2005;35(2):108-9.
47. Grebot E. Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2010;168(9):686-91.
48. Ayers KMS, Thomson WM, Newton JT, Rich AM. Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occup Med*. 1 juin 2008;58(4):275-81.
49. Bodner S. Stress Management in the Difficult Patient Encounter. *Dent Clin North Am*. juill 2008;52(3):579-603.
50. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 19 févr 2005;135(7-8):101-8.
51. Myers HL, Myers LB. It's difficult being a dentist: stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J*. 24 juill 2004;197(2):89-93.
52. Newton JT, Allen CD, Coates J, Turner A, Prior J. How to reduce the stress of general dental practice: The need for research into the effectiveness of multifaceted interventions. *Br Dent J*. 22 avr 2006;200(8):437-40.
53. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2009;167(6):422-8.
54. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav*. juin 2000;21(4):425.
55. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 5 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
56. Hakanen JJ, Perhoniemi R, Bakker AB. Crossover of Exhaustion between Dentists and Dental Nurses. *Stress Health J Int Soc Investig Stress*. avr 2014;30(2):110-21.
57. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W. Burnout Contagion Among General Practitioners. *J Soc Clin Psychol*. 1 mars 2001;20(1):82-98.

58. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Educ.* juin 2000;34(6):430-6.
59. Ayers KMS, Thomson WM, Newton JT, Morgaine KC, Rich AM. Self-reported occupational health of general dental practitioners. *Occup Med.* 1 mai 2009;59(3):142-8.
60. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-reported occupational health issues among Lithuanian dentists. *Ind Health.* août 2008;46(4):369-74.
61. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) - ameli-santé ; disponible sur <http://www.ameli-sante.fr/troubles-musculo-squelettiques-tms/definition-troubles-musculo-squelettiques.html>.
62. Hakanen JJ, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J Affect Disord.* 10 déc 2012;141(2-3):415-24.
63. Ginisty J. Résultats de l'enquête relatives aux maladies professionnelles des chirurgiens dentistes. *Bull Acad Natle Chir Dent*; 2002.
64. Gal D. Le syndrome d'épuisement professionnel du chirurgien dentiste en île de France. Thèse: Odontologie, Paris 7; 2008.
65. Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *J Affect Disord.* nov 2011;134(1-3):320-6.
66. Gorter RC, Eijkman MA., Hoogstraten J. A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Educ Couns.* avr 2001;43(1):23-30.
67. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med Oxf Engl.* mai 1998;48(4):237-50.
68. Avrillon V, Gandolfi G. Burn out: s'en sortir c'est possible. *Le Généraliste.* 20 juin 2014;(2688):9-13.
69. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Educ Couns.* févr 2010;78(2):184-90.
70. Binhas E. Insatisfactions de vos patients: comment les gérer? *Fil Dent.* juin 2008;(34):18-9.
71. Basson RA. Management and prevention of burnout in the dental practitioner. *Dentistry.* nov 2007;3(2).
72. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organ Behav.* 1 mai 2004;25(3):293-315.
73. Te Brake H, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Burnout intervention among Dutch dentists: long-term effects. *Eur J Oral Sci.* 1 déc 2001;109(6):380-7.
74. Te Brake H, Eijkman M, Hoogstraten J, Gorter R. Dentists' self assessment of burnout: an internet feedback tool. *Int Dent J.* 1 juin 2005;55(3):119-26.
75. Wild K, Scholz M, Ropohl A, Bräuer L, Paulsen F, Burger PHM. Strategies against Burnout and Anxiety in Medical Education - Implementation and Evaluation of a New Course on Relaxation Techniques (Relacs) for Medical Students. *PloS One.* 2014;9(12):e114967.
76. Mion G, Doppia M-A. Prise en charge des professionnels souffrant de burnout. *Prat En Anesth Réanimation.* juin 2014;18(3):193-200.

77. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(2):119-28.
78. Chneiweiss L. Le trouble affectif saisonnier. *Médecine Sommeil.* avr 2014;11(2):74-83.
79. Rada RE, Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc* 1939. juin 2004;135(6):788-94.
80. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Adm Policy Ment Health.* sept 2012;39(5):341-52.
81. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán JC. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract.* 17 nov 2013;14:173.
82. Binhas E. Gestion du cabinet: adoptez un comportement de chef d'entreprise. *Fil Dent.* déc 2007; (28):42-3.
83. Binhas E. Gestion des rdv: la colonne vertébrale de votre cabinet. *Fil Dent.* nov 2008;(37):44-5.
84. Binhas E. L'art des réunions au cabinet dentaire. *Fil Dent.* mai 2008;(33):22-3.
85. Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux. Le réseau d'aide aux médecins libéraux. disponible sur www.aapml.fr.
86. Galam E, Mouries R, Fumey A. Programme d'écoute et d'accompagnement psychologique au service des professionnels de santé libéraux - Bilan au 31 décembre 2012. AAPML; 2012.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples,

Je promets et je jure

D'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité
Dans l'exercice de l'art dentaire

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
Et n'exigerai jamais un honoraire au dessus de mon travail.
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés.
Admis à l'intérieur des maisons,
Mes yeux ne verront pas ce qui se passe.

Mes connaissances et mon état
Ne serviront ni à diffuser des propos non avérés,
Ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions
De croyance, de nation et de race
Viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure
De conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes
Et aux règles prescrits par le Code de déontologie

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre,
Qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession,
Honoré à jamais parmi les hommes.
Si je le viole et que je parjure,
Puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :