



HAL
open science

Les sources de stress au cabinet dentaire éprouvé par le chirurgien-dentiste

Rebecca Rimokh Valensi

► **To cite this version:**

Rebecca Rimokh Valensi. Les sources de stress au cabinet dentaire éprouvé par le chirurgien-dentiste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02383551

HAL Id: dumas-02383551

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02383551v1>

Submitted on 27 Nov 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

N° 036

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 08 juillet 2019

Par

Rebecca RIMOKH VALENSI

Les sources de stress au cabinet dentaire éprouvé par le chirurgien-dentiste

Dirigée par Monsieur le Professeur Philippe Pirnay

JURY

M. le Professeur Philippe Pirnay

Mme le Docteur Francesca Mangione

M. le Docteur Jean-Pierre Attal

M. le Docteur Gaël Millot

M. le Docteur Jonathan Sellem

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Invité



Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES		M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 04 septembre 2018

Remerciements

À M. le Professeur Philippe Pirnay

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine bucco-dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de service de l'hôpital Henri Mondor

Officier de l'ordre des palmes académiques

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire

Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie

Qui me fait l'honneur d'avoir dirigé cette thèse d'exercice et de présider ce jury. Je vous remercie infiniment d'avoir aiguillé mon travail vers la route de la rigueur et de la précision. Vos précieux conseils m'accompagneront tout au long de mon exercice. Merci pour tout le temps que vous avez consacré à parfaire mon écrit. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

À M. le Docteur Jean-Pierre Attal,

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Qui me fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. J'ai particulièrement apprécié votre pédagogie pendant mes études. Merci de m'avoir transmis votre savoir dans la joie et la bonne humeur. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Mme le Docteur Francesca Mangione

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Chirurgie orale

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Sorbonne Paris Cité

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Que je remercie grandement pour avoir accepté de participer à mon jury. Vous avez toujours été particulièrement attentionnée et attentive à mon égard. Merci pour tous vos conseils tant pratiques que personnels. Je vous estime énormément et suis très heureuse d'avoir partagé ces expériences avec vous.

À M. le Docteur Gaël Millot

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifié en Chirurgie orale

Ancien Interne des Hôpitaux

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Merci de m'avoir transmis votre passion de la chirurgie orale. Vous avez réussi comme personne, à me donner confiance en moi.

À M. le Docteur Jonathan Sellem

Docteur en Chirurgie dentaire

Qui me fait l'honneur de participer au jury de cette thèse, et pour qui les mots ne suffiront jamais pour exprimer toute la gratitude et la reconnaissance que je ressens à votre égard. Merci pour tout ce que vous avez pu m'apporter tant sur le plan technique que sur le plan humain. Je vous remercie infiniment d'avoir été un enseignant bienveillant et exigeant. Merci pour tous vos conseils, judicieux et pertinents. Merci de vouloir toujours tirer le meilleur de vos étudiants. Merci de m'avoir poussée dans mes réflexions et me permettre d'apprendre encore plus chaque jour. Enfin merci de m'avoir ouvert les portes de votre cabinet et de continuer à m'instruire avec délicatesse et passion. En somme, merci d'avoir été bien plus qu'un simple professeur.

De tout mon cœur, Merci,

Au corps enseignant de l'hôpital Henri Mondor:

- Au Dr Bdeoui : une grandeur d'âme, une gentillesse et une écoute incomparables. Vous pensez constamment à tout le monde, merci d'avoir été un réel pilier durant mes études.
- Au Dr Athouel : qui m'a transmis l'amour du travail bien fait. Je vous remercie pour tout ce savoir que vous nous avez transmis.
- Au Dr Orlu : sans qui j'aurais arrêté mes études trop tôt, vous avez su me donner confiance en moi, vous avez su être tolérant, vous avez su avoir les mots doux et justes pour me donner envie de continuer et de progresser, vous m'avez tellement appris, j'en serai éternellement reconnaissante.
- Au Dr Azoulay : qui incarne la délicatesse et la perfection dans les gestes, merci de votre patience lors de notre apprentissage et merci de continuer à me transmettre votre savoir.
- Au Dr Wasong : sans qui je n'aurais jamais été la même praticienne, vous avez révolutionné ma façon de réfléchir, merci pour votre enseignement mais avant tout merci pour votre personnalité et vos conseils qui m'ont permis d'évoluer et de travailler consciencieusement sans trop me prendre au sérieux.
- Au Dr Bataille : qui m'a énormément appris, tant sur le plan professionnel que humain, vous êtes une personne et un professeur exceptionnel. Je vous adore et espère pouvoir retravailler à vos côtés.
- Au Dr Seydi : merci de m'avoir appris à tolérer les patients âgés de moins de 10 ans, vous avez toujours été un professeur à l'écoute et qui m'a appris à prendre les choses avec humour.
- Au Dr Gaucher : notre maman à tous. Depuis ma deuxième année, avant même d'être ma professeure à l'hôpital vous vous souveniez de mon nom et me demandais de mes nouvelles dans les couloirs de la faculté, j'en étais extrêmement touchée. Puis arrivée à L'Hôpital, j'ai découvert vos qualités incroyables et j'ai découvert une personne que jamais de ma vie je n'oublierai. Vous êtes un exemple pour tous. Merci pour tout le savoir et l'amour que vous nous avez transmis, merci d'avoir toujours été présente pour chacun d'entre nous, constamment. MERCI POUR TOUT.
- Au Dr Rignon-Bret : merci pour tous vos conseils et votre humour.
- Au Dr Wulfman : merci pour votre tendresse et vos conseils justes.
- Au Dr Milliez : merci pour m'avoir transmis l'amour de la chirurgie et merci de vous être si bien occupé de ma maman.

A ma chère et regrettée grand-mère, Aimée-Ahouva, qui depuis ma naissance m'a donné le goût du travail, qui m'a soutenue inconditionnellement dans tous mes choix, qui a prié pour moi à chaque examen, qui était la plus heureuse à chacune de mes réussites, qui était fière plus que tout de sa petite fille, et surtout qui m'a aimée plus que tout. J'aurais tellement aimé que tu puisses assister aujourd'hui à la conclusion de tout cela, rien n'aurait été possible sans toi, je sais que tu nous protèges tous de là-haut, je t'aime.

A ma mère, qui a été mon pilier, qui m'a toujours aidée dans toutes les situations, et qui m'a tout appris pour ma vie, merci pour tout maman; et merci pour ton aide incommensurable pour cette thèse.

A mon père et à mes beaux-parents, merci pour votre soutien et votre amour.

A l'amour de ma vie, Samuel, merci pour ton soutien inconditionnel, ton amour et ta délicatesse, je suis si fière d'être ta femme. Bon courage pour la fin de ton internat, le monde est prêt à accueillir le meilleur chirurgien-orale qui soit.

A mes grands frères et à ma grande sœur, Daviel, Yoni, Mikhaël et Sarah, vous êtes les 4 premiers amours de ma vie, vous avez été comme des parents pour moi, et vous l'êtes toujours d'ailleurs. Merci pour votre bienveillance, merci pour tous les bons moments, je vous aime à la folie.

A mes beau-frère et belles-sœurs, Valérie, Magali, Sarah, et David, que j'aime comme mes frères et sœurs, merci d'être aussi génialissimes que vous l'êtes. Merci aussi à Sharone, Gab, Nao et Yaël, vous êtes les best.

A mon frère de cœur Alex, et à sa femme Noémie, merci pour tous ces délires partagés, et vivement que la famille s'agrandisse!

A tous mes neveux, merci pour votre confiance et vos sourires, ils sont les meilleurs soutiens. Tata continuera de vous donner des échantillons de brosse à dents et de dentifrice à vie. Ruben, je compte sur toi pour cartonner ta p1 et que dans 6 ans j'assiste à ta thèse!

A mon petit chou number one, Audrey, une amie sans frontière et une amie pour la vie, désolée pour tout ce que j'ai pu te souler avec dentaire mais c'était pour la bonne cause. Merci pour tout ce que tu fais pour moi constamment, je te souhaite de réussir dans ta carrière professionnelle et personnelle, et qu'on soit toujours à nos côtés.

A ma Judith, ma copine, tu es tellement exceptionnelle, tu as tant de qualités, j'espère être ton amie toute la vie, et je te souhaite énormément de réussite.

A Vanessa et Guy, les deux premiers praticiens qui m'ont fait entrer dans le monde du travail. Merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir ouvert vos cabinets, je ne l'oublierai jamais.

A Laurence et Franck, merci pour votre confiance et vos conseils.

A ADL, binôme de T1 et copain de toujours, sache que je te porte dans mon cœur.

A Jordan, Lauren, Jerry, Celia et Ishay, team Série A forever. Vous avez été les meilleurs compagnons d'études possibles, et désormais vous êtes parmi les meilleurs amis que j'ai. Merci pour tout.

A Laure et Laura, mes deux GPS durant toutes ces années, merci de m'avoir guidée et bien conseillée, vous êtes pour moi toutes deux des modèles. Merci pour toute votre aide.

A Ben, DanCo, Petit Sam et Ornell, Ytshak et Sharone, Ylan, Ilan, Toled, Gab Z, David et Léa, Lionel et Léa, vous serez toujours les bienvenus chez nous, je vous adore.

A toutes mes copines, sans qui je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui, merci pour tout.

Enfin, merci à Achem.

Table des matières

GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION.....	4
1 : MECANISMES DU STRESS ET EPIDEMIOLOGIE.....	7
1.1. MECANISMES DU STRESS	7
1.2. ÉPIDEMIOLOGIE	9
2 : ÉTUDE.....	12
2.1. MATERIEL ET METHODE.....	12
2.2. BIAIS DE SELECTION	13
2.3. QUESTIONNAIRE	14
2.4. RESULTATS	15
3 : DISCUSSION.....	18
3.1. FACTEURS DE STRESS MAJEURS	18
3.1.1. <i>La gestion du temps</i>	18
3.1.2. <i>La gestion des conflits</i>	23
3.1.3. <i>L'annonce de mauvaises nouvelles</i>	24
3.1.4. <i>La mutation de la profession</i>	28
3.1.5. <i>Les réactions des patients</i>	29
3.1.6. <i>La gestion des honoraires</i>	32
3.1.7. <i>Le stress environnemental du cabinet dentaire</i>	34
3.2. FACTEURS DE STRESS IMPORTANTS	38
3.2.1. <i>Le niveau d'exigence des patients</i>	38
3.2.2. <i>Les relations avec les organismes sociaux</i>	40
3.2.3. <i>La responsabilité médicale</i>	40
3.2.4. <i>La gestion des situations d'urgence</i>	42
3.3. FACTEURS DE STRESS MOINDRES	45
3.3.1. <i>La situation du praticien</i>	45
3.3.2. <i>La gestion de l'équipe professionnelle</i>	46
3.3.3. <i>La prise en charge de patients spécifiques</i>	48
3.3.4. <i>La pratique de la médecine bucco-dentaire</i>	53
3.4. FACTEURS PEU STRESSANTS.....	55
3.4.1. <i>Le décès d'un patient</i>	55

3.4.2.	<i>La localisation du cabinet</i>	55
3.4.3.	<i>La prise en charge de patient à risques (exemple du patient VIH)</i>	58
3.5.	REFLEXIONS AUTOURS DES REPNSES A LA QUESTION OUVERTE.....	60
3.5.1.	<i>L'image de la profession</i>	60
3.5.2.	<i>Réponses majoritaires de la part des chirurgiens-dentistes femmes</i>	62
3.5.3.	<i>Les femmes plus préoccupées par la gestion de leurs vies privées ?</i>	62
CONCLUSION		64
BIBLIOGRAPHIE		66
TABLE DES FIGURES		72
ANNEXES		73

Glossaire

ADF	Association Dentaire Française
AFD	Agence Française de Développement
AFGSU	Attestation de Formations aux Gestes et Soins d'Urgences
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
CARCDSF	Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes et des Sages-Femmes
CNO	Conseil National de l'Ordre
DPC	Développement Professionnel Continu
FSDL	Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux
GERES	Groupes d'Etudes sur le Risque d'Exposition des Soignants
HAS	Haute Autorité de Santé
MEOPA	Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote
ONCD	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONVS	Observatoire National de Violences en milieu de Santé
SEPS	Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

Introduction

Entre 1970 et 2007, le « stress » a été l'objet de près de 210 000 articles scientifiques publiés aussi bien dans des revues de médecine que dans des journaux de psychologie, d'économie, de droit et même de politique. En France, il a constitué l'axe prioritaire du programme « Sciences Biomédicales, Santé et Société » ayant mobilisé, de 2002 à 2006, des chercheurs de multiples disciplines¹. Dans le monde actuel, il induit de nombreuses entreprises d'épanouissement personnel, de relaxation et de coaching. Aujourd'hui, il paraît très tendance de parler de « stress » : des magazines sur le bien-être ont émergé, aussi bien que des reportages télévisés sur sa gestion, des publicités pour des formations anti-stress, des blogs dédiés au stress etc. On développe même des médicaments contre le stress, et pour les puristes, des remèdes naturels « anti-stress » (huiles essentielles, lavande, camomille, passiflore, magnésium, etc.).

Le substantif « stress » est même devenu un adjectif, puis un verbe, et peut apparaître comme un critère d'insertion sociale comme le présente M. Lorient dans son livre : *Je stresse donc je suis*.

En plus de son caractère populaire, le stress représente un véritable enjeu dans la société actuelle : c'est devenu un phénomène social qui soulève réflexion et attention. Cependant, il faut bien comprendre que ce stress, subi au quotidien, relève essentiellement de nombreuses causes inhérentes à la société elle-même:

- une intensification du travail pour accroître les gains de productivité;
- la recherche de la perfection;
- le culte de la compétition;
- des difficultés à concilier le travail et vie personnelle;
- une transformation profonde des valeurs et des normes sociales².

¹ Timsit-Berthier, « Évolution du concept de stress ».

² Renouard et Labeyrie, *Le stress*.

Il paraît essentiel de nos jours de cerner les causes et les conséquences de ce problème. En effet, l'apparition croissante de maladies dues au stress en France est déconcertante. L'OMS déclare le dit stress responsable de : maladies cardiaques, troubles musculaires³, pathologies mentales⁴... il semble aussi avoir un rôle dans le développement du cancer⁵, du tabagisme⁶, et d'une multitude de maladies psychosomatiques (chute de cheveux, acné, maux de têtes, troubles digestifs, etc.).

Le stress professionnel subsiste comme un phénomène connu et reconnu aujourd'hui. « De nombreuses études internationales font apparaître le stress comme le plus fréquent des risques psychosociaux. Selon l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail, le stress est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail, et le nombre de personnes souffrant d'un état de stress causé ou aggravé par le travail va probablement augmenter ⁷ ».

Comme le décrit P. Légeron dans son livre *Le stress au travail*, les sources d'angoisse professionnelle sont nombreuses et variées. Les chirurgiens-dentistes ne dérogent pas à cette règle : « Le métier de chirurgien-dentiste est un métier particulièrement stressant » déclare A. Amzalag⁸. Bien qu'il s'agisse d'un problème avéré en odontologie, il reste néanmoins un sujet tabou pour ces professionnels de santé⁹.

D'après J. Innocente « Le stress professionnel est une conséquence de l'exposition à des facteurs de risques de nature psychosociale rapportée avec l'organisation du travail¹⁰ ». Ainsi, l'organisation du travail en chirurgie dentaire est assez atypique : en effet, c'est une des rares disciplines de santé où toute l'organisation du travail repose sur un seul protagoniste. Le chirurgien-dentiste doit être polyvalent à l'extrême : il doit être avant tout un bon praticien, mais aussi un sérieux comptable, un expert en management, un directeur de ressources humaines, un excellent mécanicien, un ingénieur informaticien, un véritable plombier parfois, etc. Or, le stress peut nuire à sa performance et à l'efficacité des soins qu'il délivre¹¹, ainsi qu'à ses prises de décisions thérapeutiques¹².

³ Davezies, « Souffrance au travail, répression psychique et troubles musculo-squelettiques ».

⁴ Moon, Seo, et Park, « Perceived stress in patients with migraine : a case-control study ».

⁵ Krizanova, Babula, et Pacak, « Stress, catecholaminergic system and cancer ».

⁶ Guillaumier et al., « Financial stress and smoking within a large sample of socially disadvantaged australians ».

⁷ Brun et Milczarek, « Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health ».

⁸ Amzalag, *Codes de la relation dentiste-patient*.

⁹ Pirnay, « Au service de mon patient en tenant compte de ma santé. »

¹⁰ Innocente, « Le stress professionnel et le burnout chez les chirurgiens-dentistes ».

¹¹ Arora et al., « The impact of stress on surgical performance : a systematic review of the literature ».

¹² Chipchase, Chapman, et Bretherton, « A study to explore if dentists' anxiety affects their clinical decision-making ».

Notre travail consistera donc en l'identification des différents facteurs de stress pouvant affecter les chirurgiens-dentistes lors de leur pratique au cabinet dentaire. L'objectif de ce travail est donc, dans un premier temps, de faire prendre conscience aux praticiens de l'existence de cette réelle préoccupation de santé publique ; puis d'identifier les différents facteurs de stress afin de mieux les cerner ; et enfin permettre à l'avenir une meilleure prise en charge de la prévention de ce stress.

Dans un premier temps, nous analyserons une étude que nous avons menée auprès de plus 580 chirurgiens-dentistes français, permettant d'identifier et de hiérarchiser les différentes sources de stress pour le chirurgien-dentiste dans une pratique au cabinet dentaire. Puis, nous allons essayer de les analyser au vue de données confirmées et étudiées dans diverses revues et publications médicales.

Il est en effet important de prendre conscience de l'existence de sources multifactorielles de stress dans la pratique quotidienne de ce métier, comme l'explique Bourassa :

« Le stress est inhérent à la pratique dentaire. Identifier les facteurs de stress est la première étape pour faire face à la nature insidieuse du stress, des mesures préventives pouvant alors être mises en place efficacement. Bien que de nombreuses études aient été menées, aucune d'entre elles n'a identifié de facteur de stress spécifique commun à tous les praticiens, ce qui démontre les aspects multifactoriels et multidimensionnels du stress dentaire¹³ ».

Identifier le problème c'est déjà commencer à le résoudre. Le Dr Marie-Claire Théry-Hugly explique, dans un article de l'Information Dentaire paru en 2015, que pour les chirurgiens-dentistes :

« Le stress n'est pas une fatalité (...) encore faudrait-il apprendre aux praticiens à repérer les premiers signes du stress. En fait c'est la prévention du stress bien en amont qui s'impose (...) pour renforcer le bien-être et la qualité de vie au travail¹⁴ ».

¹³ Zakher et Bourassa, « Stress factors and coping strategies in the dental profession. »

¹⁴ Pirnay, « Au service de mon patient en tenant compte de ma santé. »

1 : Mécanismes du stress et épidémiologie

1.1. Mécanismes du stress

« Le stress provient d'une difficulté à gérer sur le long terme une tension au niveau physique et psychique. C'est une forme de déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Il est réversible et peut aussi être utile lorsqu'il incite à l'action salvatrice¹⁵ ».

De façon concise, il s'agit avant tout d'un **mécanisme de défense de l'organisme** : Le stress maintient un bon équilibre de façon positive et permet même l'émulation collective et le dépassement de soi. En 1925, Hans Selye, endocrinologue canadien, formalisa pour la première fois le concept de stress. Selon cet auteur, l'installation du stress se fait en trois phases : une phase d'alerte, puis une phase de défense et enfin une phase d'épuisement¹⁶.

Le stress représente donc une réaction physiologique et comportementale destinée à protéger l'individu. On peut comparer le rôle du stress à celui de la douleur : face à une situation dangereuse, ou une situation perçue comme exerçant une pression sur l'individu, celui-ci doit mobiliser instantanément ses ressources soit pour se défendre, soit pour fuir. Différents neurotransmetteurs interviennent dans la réponse au stress : l'adrénaline, la noradrénaline (intervenant dans le comportement de fuite), la dopamine (qui intervient dans la réponse positive à la situation) etc. De plus une activation de l'amygdale cérébrale facilite la réactivité du cerveau préfrontal : vigilance, concentration et mémorisation sont stimulées, ce qui aide donc positivement à l'adaptation à une situation¹⁷.

En approfondissant ses recherches, H. Selye développe les concepts de « stress positif » (ou favorable) et « stress négatif » (ou défavorable). Le modèle de H. Selye demeure le modèle de base définissant le stress, et sera approfondi et développé, notamment par Franca et Rodrigues en 1997. Une réaction positive est alors appelée « Eustress » (Figure 1), effort salubre de l'individu pour réagir à une situation qui génère des émotions positives : l'envie de se dépasser. Ainsi, dans la prise en

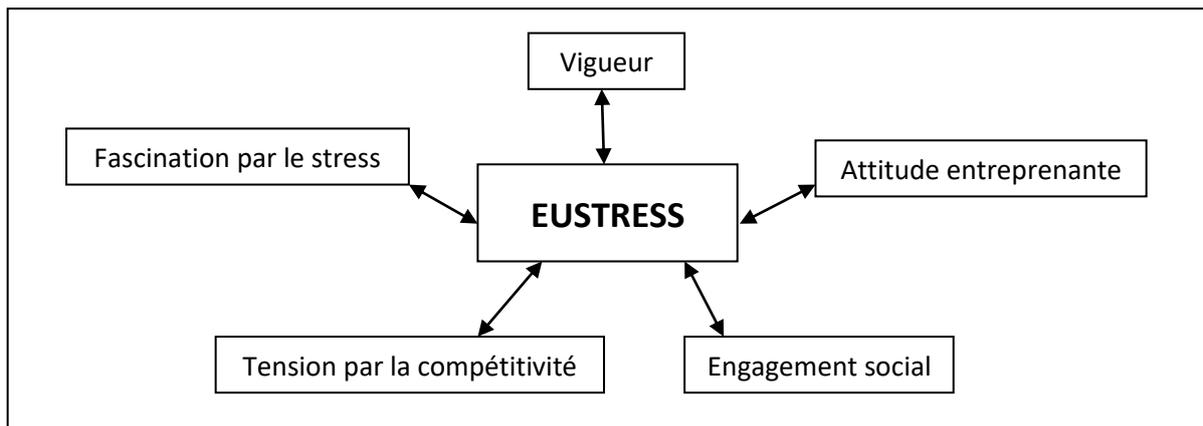
¹⁵ Bohl et Pirnay, *La peur du dentiste : comprendre et réduire l'anxiété des patients*.

¹⁶ Bonnafous, *Bien organiser son cabinet dentaire*.

¹⁷ Renouard et Labeyrie, *Le stress*.

charge d'un patient complexe, avec de grandes reconstructions prothétiques à envisager, où le patient apparaît anxieux et/ou exigeant, chaque séance de soin peut générer du stress inconscient au chirurgien-dentiste. Cependant, si au contraire ce dernier perçoit le soin présent comme un challenge et une occasion de se dépasser, de se perfectionner et d'essayer d'obtenir les meilleurs résultats possibles, alors la réaction face au stress devient une réaction positive.

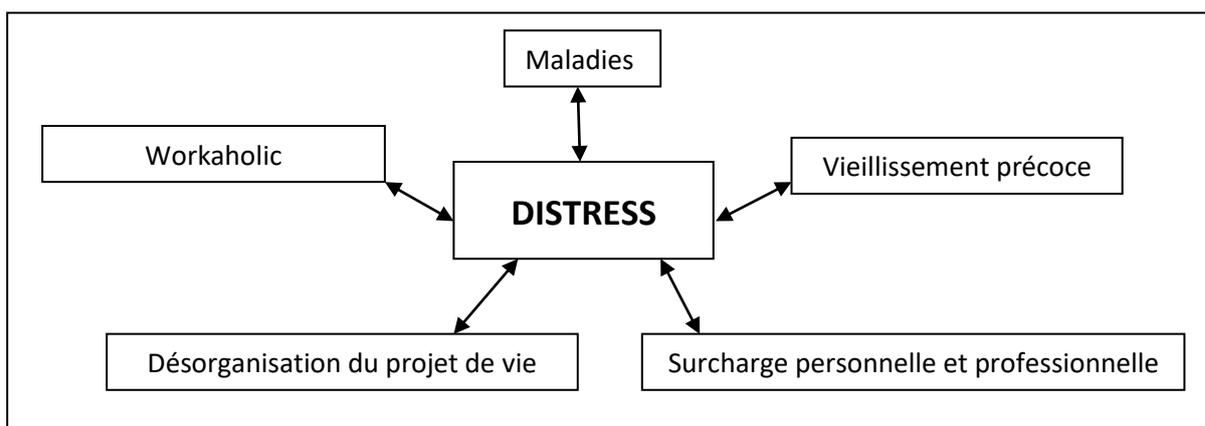
Figure 1 : Modèle de « l'Eustress » selon França & Rodrigues.



Source : França & Rodrigues. *Stress e trabalho : guia básico com abordagem psicossomática*, 1997.

A l'inverse, H. Selye nomme les réactions négatives au stress « Distress » (Figure 2) où l'individu voit ses capacités d'adaptation dépassées. Le lieu de travail peut s'avérer un lieu d'épanouissement mais aussi un lieu d'épuisement, un chirurgien-dentiste qui se laisse constamment surpasser par son stress ne vivra pas dans un modèle de travail positif.

Figure 2 : Modèle du « Distress » selon França & Rodrigues. 1997.



Source : França & Rodrigues. *Stress e trabalho : guia básico com abordagem psicossomática*, 1997.

« La pratique médicale est une activité humaine à haut pouvoir stressant¹⁸ », Il faut prendre en compte ce facteur humain. Il est humain d'éprouver du stress face à certaines situations. Les complications ou échecs ne résultent pas seulement d'une incompétence, mais du droit à l'erreur humaine. Le stress est une réaction physiologique, créée par le corps lors de multiples déclencheurs (une personne, une situation) ; cette mise en état psychologique de stress peut être ressentie à différents moments de la vie, et notamment sur le lieu de travail.

1.2. Épidémiologie

F. Bonnafous remarque que « le bureau international du travail classe les chirurgiens-dentistes dans le palmarès de tête des professions les plus sinistrées par le stress¹⁹ ». Le stress en médecine bucco-dentaire représente une réalité clinique à laquelle le praticien doit se préparer pour mieux appréhender son métier.

J. Niciolelo, en 2002, a réalisé une étude dans le but de déterminer les facteurs contribuant à la satisfaction professionnelle des chirurgiens-dentistes. L'étude avait démontré que 50 % d'entre eux demeuraient insatisfaits de leur travail, vu leur niveau de stress²⁰. Ce stress, présent et important dans la vie quotidienne du chirurgien-dentiste, engendre donc des conséquences notoires sur sa qualité de vie professionnelle et personnelle.

Selon une étude mexicaine de B. Pozos Radillo et al. réalisée en 2008, sur 256 chirurgiens-dentistes : 13.7 % présentent des niveaux élevés de stress chronique, 71.8 % un niveau moyen de stress et 14.5 % montrent un faible niveau de stress chronique²¹. Dans la même idée, une étude d'E.J. Kay et J.C. Lowe en 2005 sur 1000 chirurgiens-dentistes britanniques a prouvé que 86 % d'entre eux s'estimaient très ou assez stressés, mais qu'en majorité (83 %) semblaient satisfaits de leur vie²².

D'autres études révèlent que les nombreuses sources de stress engendrées par l'exercice de la chirurgie dentaire créent dans cette catégorie professionnelle une certaine dépréciation de leur profession par rapport aux autres métiers de santé dans une proportion de 15.7 % contre 5.5 %.

¹⁸ Bruers et al., « The impact of a formal complaint on Dutch dentists' professional practice : a survey study ».

¹⁹ Bonnafous, *Bien organiser son cabinet dentaire*.

²⁰ Niciolelo, « Satisfação profissional do cirurgiao dentista conforme tempo de formado. »

²¹ Pozos Radillo et al., « Stress-associated factors in mexican dentists ».

²² Kay et Lowe, « A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005 ».

D'ailleurs K.B. Hill affirme encore en 2010 que les chirurgiens-dentistes trouvent leur profession plus stressante que les autres praticiens²³.

Ainsi, d'après une étude datant de 2015 menée par CMV Médiforce, une filiale de financement de BNP Paribas, seulement 36 % des chirurgiens-dentistes recommanderaient à un jeune de se lancer dans cette profession, se sentant oppressés par la fiscalité, les contraintes administratives, le développement des cabinets low-cost, et les remboursements par les mutuelles²⁴.

Selon une autre étude menée par Opinion Way pour l'American express en 2016, 88 % des chirurgiens-dentistes considèrent leur métier beaucoup plus stressant aujourd'hui qu'il y a dix ans²⁵.

Une étude de S. Chipchase et H. Chapman en 2017, suggère que les chirurgiens-dentistes ne se montrent pas pleinement conscients de l'impact du stress sur leurs attitudes (diagnostique, soins, décisions thérapeutiques, etc.) et que pour beaucoup, ils refouleraient leurs émotions. Le possible manque de conscience des chirurgiens-dentistes de l'impact du stress sur leur pratique, suggère que cette réflexion améliorerait leur prise de décision clinique, et donc les résultats sur les patients²⁶. D'ailleurs, actuellement d'A. Plessas a entamé une étude pour examiner l'impact du stress sur les performances cliniques des chirurgiens-dentistes.²⁷

Enfin, en mars 2018, d'après une étude menée par le CNO, 96.4 % des chirurgiens-dentistes se sont déjà vus exposés à une situation stressante²⁸. L'évolution et la multiplication des études sur le stress au cours de ces dernières années révèlent une préoccupation de santé publique majeure.

En comparant le taux de mortalité par suicide dans différentes catégories professionnelles, on dénombre que l'anxiété sévit davantage chez les chirurgiens-dentistes avec un taux de 42.1 %, soit 12.3 % de plus que chez les sujets appartenant à d'autres catégories professionnelles²⁹. J. Renshaw démontre dans l'une de ses publications que les chirurgiens-dentistes constituent un groupe à risque

²³ Hill et al., « Dental practitioners and ill health retirement ».

²⁴ Information Dentaire, « Sinistrose. vie professionnelle. »

²⁵ OpinionWay, « Etude auprès des dentistes : quelles difficultés rencontrent-ils dans la gestion de leur cabinet ? »

²⁶ Chipchase, Chapman, et Bretherton, « A study to explore if dentists' anxiety affects their clinical decision-making ».

²⁷ Plessas et al., « Impact of stress on dentists' clinical performance : a systematic review ».

²⁸ Ordre national des chirurgiens dentistes, « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc ».

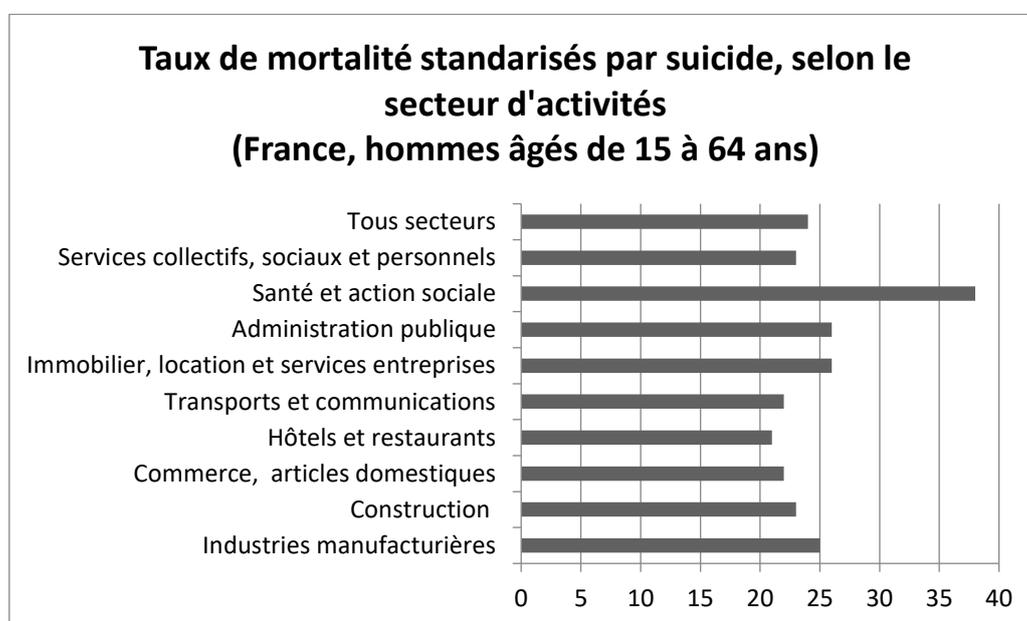
²⁹ Deslarzes et al., *Harmonie et efficacité au cabinet dentaire : ou l'art de concilier travail, argent et bonne humeur*.

élevé de suicide³⁰. Or, le professeur M. Lejoyeux, spécialiste en suicide, explique que le suicide pour 25 % des cas révèle un état de stress aigu³¹ :

« Je sais, en tant que spécialiste des suicides, qu'un quart d'entre eux sont « impulsifs », déclenchés par une situation de stress extrême. Les trois quarts des passages à l'acte sont au contraire motivés par des pathologies mentales, de type dépression ».

Un graphique réalisé par l'observatoire national du suicide (Figure 3), montre que la catégorie sociale comprenant le plus haut taux de mortalité par suicide chez les hommes en 2017, est celle de la santé et des actions sociales. L'étude précitée de mars 2018 par le CNO a également relevé que 14 % des chirurgiens-dentistes véhiculent ou ont déjà véhiculé des idées suicidaires³².

Figure 3 : Les décès par suicide chez les hommes



Source : Observatoire national du suicide, « Taux de mortalité standardisés par suicide, selon le secteur d'activités » 2017.

Le risque de dépression et de suicide omniprésent dans les métiers de santé s'appelle plus communément le SEPS. Il est à noter qu'en Ile-de-France, 60 % des chirurgiens-dentistes présentent un niveau pathologique d'une des trois composantes du burnout³³.

³⁰ Renshaw, « Dentist suicides ».

³¹ Lejoyeux, « Un stress aigu peut pousser au suicide ».

³² Ordre national des chirurgiens dentistes, « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc ».

³³ Pirnay, « Au service de mon patient en tenant compte de ma santé. »

2 : Étude

2.1. Matériel et méthode

Suite à la mise en évidence des potentiels facteurs de stress pouvant affecter le chirurgien-dentiste dans sa pratique au cabinet dentaire, nous avons cherché à les étudier pour tenter de les hiérarchiser.

Nous avons utilisé l'outil informatique « Google Forms » afin de mettre au point un questionnaire personnalisé permettant de cibler les réponses attendues. Utiliser Google Forms facilite également la mise en ligne du questionnaire, élément primordial puisque nous avons questionné les chirurgiens-dentistes uniquement par le biais d'un réseau social : Facebook. Enfin, cet outil permet l'anonymat des réponses, ce qui rassure de façon générale les répondants.

Le questionnaire a été élaboré de la manière la plus simple et la plus concise possible, afin de permettre aux chirurgiens-dentistes d'y répondre rapidement (moins de trois minutes), maximisant ainsi nos chances d'obtenir un taux de réponses élevé. Les thématiques proposées dans le questionnaire sont celles relevées lors de nos multiples recherches dans PubMed, la littérature grise, Internet, etc.

Nous avons proposé et mis en ligne notre questionnaire entre le 25 novembre 2018 et le 9 décembre 2018 sur le réseau social Facebook, dans le groupe ralliant actuellement le plus de chirurgiens-dentistes : « Dentistes de France ». En effet, ce groupe social compte 19 767 membres à ce jour, hommes et femmes, de tous âges et surtout de toutes les villes de France. Ainsi, nous avons pu collecter un échantillon assez représentatif de l'ensemble des chirurgiens-dentistes en France.

Nous avons publié un questionnaire simple comprenant trois questions :

- La première s'attachant à définir le sexe des praticiens,
- La deuxième concernant les facteurs de stress préalablement définis, avec des réponses fermées (« oui » ou « non »)

- Enfin, une ultime question à réponse ouverte courte est proposée, afin de laisser la liberté aux praticiens de mettre par écrit d'autres facteurs de stress qui leur semblent pertinents et que nous aurions omis dans notre listing.

Afin d'éviter les questionnaires incomplets, et donc non analysables, nous avons rendu obligatoires toutes les réponses aux questions pour valider le questionnaire. Nous avons fait des relances tous les trois jours (hors week-end et jours fériés) afin de garder une certaine visibilité.

La publication comprenant le questionnaire s'accompagnait d'un message expliquant ma démarche et incitant les divers confrères à répondre :

« CHERS(ES) CONFRERES, POUR QUELLES RAISONS ETES-VOUS STRESSES DANS L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION ?

Bonjour à tous,

Afin de conclure mes études de chirurgie dentaire à Paris V, je me vois dans la nécessité, comme vous l'avez sans doute tous été, d'effectuer une thèse d'exercice. Je réalise une étude portant sur les facteurs de stress qui affectent le chirurgien-dentiste au cabinet dentaire. Si vous êtes chirurgien-dentiste et que vous vous êtes déjà senti stressés lors de votre pratique quotidienne, merci de bien vouloir prendre un court instant pour répondre à ce questionnaire (environ 3 minutes seulement vous suffiront). Merci de ne remplir qu'un questionnaire par chirurgien-dentiste. Les informations communiquées ne seront nullement divulguées et resteront dans le plus grand anonymat.

Merci beaucoup pour votre participation et pour votre aide.

Rebecca Rimokh-Valensi».

2.2. Biais de sélection

L'étude contient quelques biais :

- Tout d'abord, nous sommes sur un réseau social : il y a donc statistiquement davantage de jeunes praticiens en nombre.
- De plus, dans ce groupe formé a priori de chirurgiens-dentistes de France, figurent également des étudiants (futurs praticiens), mais aussi quelques prothésistes, des assistantes parfois, et même des représentants de certaines industries dentaires (Zimmer, Mis,...)

- Il existe un biais inhérent à notre choix de sélection, le réseau social, qui ne sélectionne que les personnes ayant accès à celui-ci. Certains chirurgiens-dentistes ne sont donc pas représentés.
- Notre questionnaire cherchant à déterminer pour quelles raisons les chirurgiens-dentistes se sentent stressés, il va de soi que seuls les chirurgiens-dentistes se sentant stressés ont pris la peine d'y répondre.
- Enfin, une personne ayant pu remplir plusieurs questionnaires, nous avons donc implicitement imposé qu'une seule réponse par chirurgien-dentiste ne soit envoyée.

2.3. Questionnaire

Le questionnaire fut présenté comme ceci aux confrères et aux consœurs :

1) Vous êtes :

Une femme	OUI	NON
Un homme	OUI	NON

2) Ces situations engendrent-elles du stress dans votre pratique quotidienne ?

La gestion du temps (organisation du cabinet, retards, urgences)	OUI	NON
La gestion de l'argent (paiement des honoraires, gestion des frais)	OUI	NON
La gestion de l'équipe professionnelle (assistante, prothésiste)	OUI	NON
Les différentes situations d'urgence (urgences vitales, urgences traumatiques)	OUI	NON
Le stress environnemental du cabinet (imprévus techniques, nuisances sonores)	OUI	NON
Les relations avec les organismes sociaux et les organismes complémentaires	OUI	NON
La pratique de la médecine bucco-dentaire (technicité, nouvelles technologies)	OUI	NON
La recherche de votre responsabilité médicale	OUI	NON
L'annonce de mauvaises nouvelles (erreur, échec, complication, diagnostic général)	OUI	NON
La situation du praticien (cessation d'activité suite à un accident, grossesse)	OUI	NON
La localisation du cabinet (travailler en zones défavorisées, travailler en grandes villes)	OUI	NON
Le niveau d'exigence des patients	OUI	NON

Les réactions des patients (phobie, douleur, agressivité)	OUI	NON
La gestion des conflits avec les patients	OUI	NON
La prise en charge de patients (VIH, VHC)	OUI	NON
La prise en charge de patients à besoins spécifiques (enfants, personnes handicapées)	OUI	NON
Le décès d'un patient (réclamation de soins non honorés, condoléances)	OUI	NON
La mutation de la profession (nouvelle convention, multiplication de centres dentaires, tourisme dentaire)	OUI	NON

3) Y-a-t-il un autre facteur de stress important pour vous ?

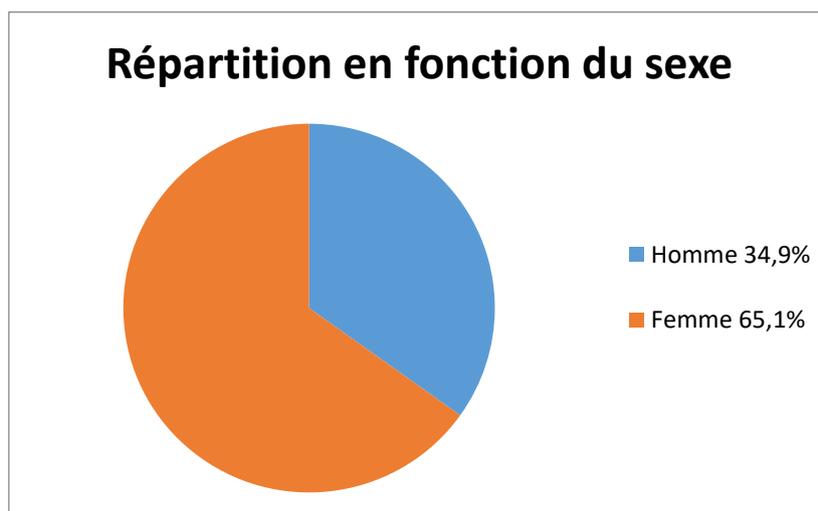
(Réponse courte)

2.4. Résultats

584 questionnaires furent remplis pendant notre période d'investigation. Soit une représentativité de près de 1.5 % des chirurgiens-dentistes de France.

- Répartition des réponses en fonction du sexe:

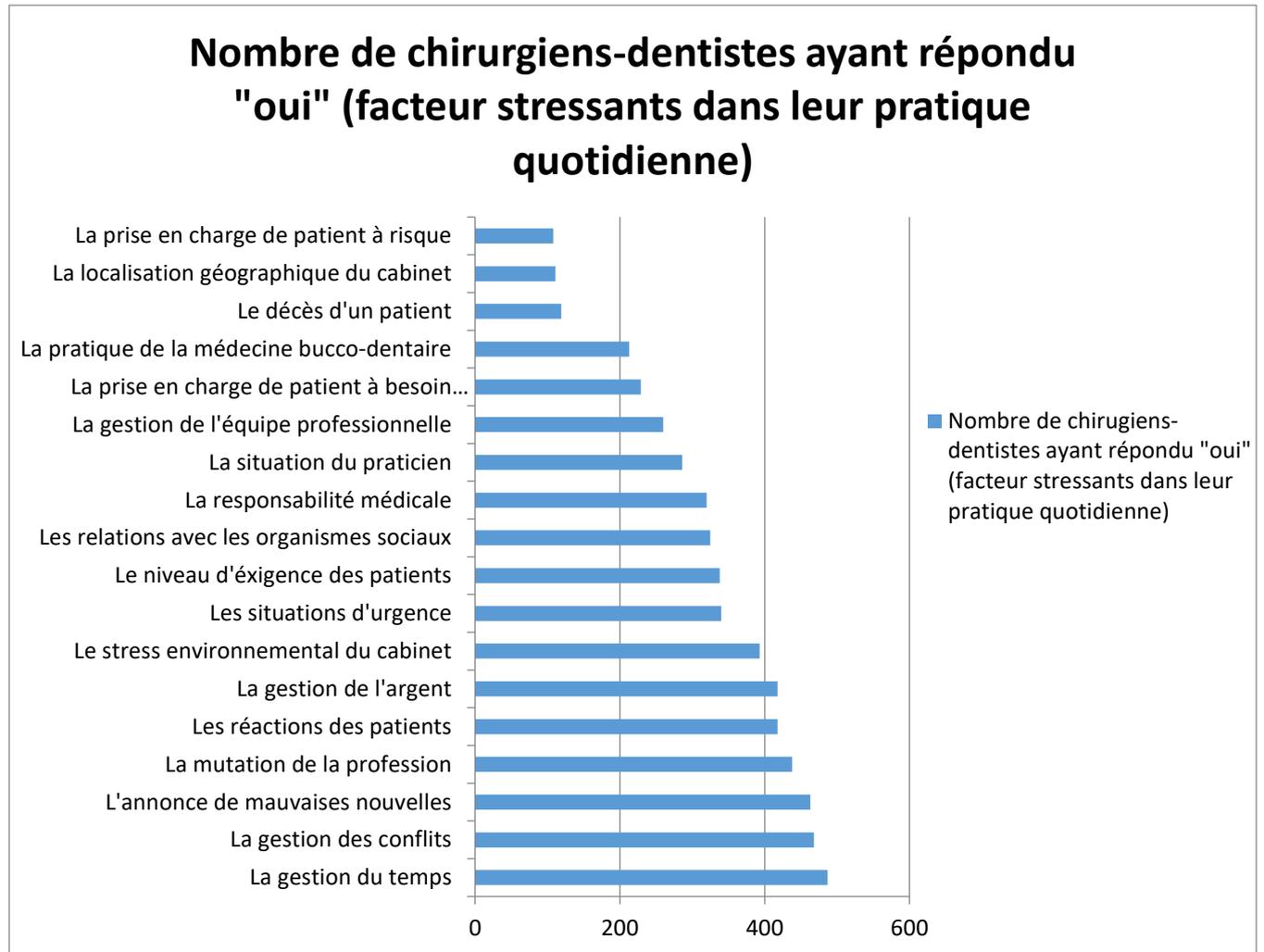
Figure 4 : Graphique représentant la répartition des réponses au questionnaire en fonction des sexes.



Source : Auteur, 2018.

- Répartition des réponses par question (Cf. Annexe)
- Répartition des Facteurs de stress sur la totalité des chirurgiens-dentistes :

Figure 5 : Graphique illustrant la répartition des facteurs de stress.



Source : Auteur, 2018.

La présente étude nous a permis de hiérarchiser les différents facteurs de stress préalablement définis par nos recherches et d'en tirer une classification (du plus au moins stressant en fonction du pourcentage de répondants « oui ») :

I. Facteurs de stress majeurs

- La gestion du temps (83.67 %)
- La gestion des conflits (80.41 %)
- L'annonce de mauvaises nouvelles (79.55 %)
- La mutation de la profession (75.25 %)
- Les réactions des patients (71.82 %)
- La gestion de l'argent (71.82 %)
- Le stress environnemental du cabinet dentaire (67.53 %)

II. Facteurs de stress importants

- Le niveau d'exigence des patients (58.07 %)
- Les relations avec les organismes sociaux (55.84 %)
- La responsabilité médicale (54.98 %)
- La gestion des situations d'urgence (58.42 %)

III. Facteur de stress moindres

- La situation du praticien (49.14 %)
- La gestion de l'équipe professionnelle (44.67 %)
- La prise en charge de patients spécifiques (39.35 %)
- La pratique de la médecine bucco-dentaire (36.59 %)

IV. Facteurs peu stressants

- Le décès d'un patient (20.44 %)
- La localisation du cabinet (19.07 %)
- La prise en charge de patient à risques (18.55 %)

3 : Discussion

3.1. Facteurs de stress majeurs

3.1.1. La gestion du temps

François Bonnafous affirme « qu'un planning bien géré contribue à réduire le stress. Sa gestion passe par celle du temps de travail du praticien, la gestion des urgences, des retards des patients, des rendez-vous décommandés à la dernière minute etc. », pour les chirurgiens-dentistes la gestion du temps est primordiale³⁴. J.C. Perny remarque qu'au cours de son exercice, le chirurgien-dentiste est soumis à plusieurs sources de stress, aussi bien physiques que psychiques, et la gestion du temps constitue une source constante de stress³⁵.

Le praticien doit constamment mesurer le temps qu'il doit répartir au cours d'une journée.

- Premièrement, le temps qu'il doit s'attribuer : ainsi, s'il prévoit une séance avec des soins sur plusieurs dents, il pourra fixer un certain temps pour chaque dent, à ne pas dépasser.
- Secondement, le temps qu'il attribue à ses patients, car le respect de la personne passe par le respect des horaires prévus. La gestion est notamment perçue comme principal facteur de stress de la profession et comme cause principale de mauvaise relation avec les patients et l'équipe soignante³⁶.

3.1.1.1. Les retards et les annulations

Un retard peut relever de la responsabilité du patient ou de celle du praticien. Dans les deux cas, il peut être une source de stress pour le praticien. Dans le premier cas, le praticien attend le patient et chaque minute écoulée lui cause du retard pour les patients suivants, entraînant alors une totale désorganisation de la journée de travail. De même, lorsque le praticien prend du retard avec un patient (en cause, la réalisation d'un acte plus complexe que prévu, une urgence se rajoutant à la séance,...) cela peut devenir une source de stress pour lui car les rendez-vous suivants vont se dérouler en moins de temps que prévu initialement. Il est important pour le patient que le

³⁴ Bonnafous, *Bien organiser son cabinet dentaire*.

³⁵ Perny, « Le stress et le fatigue du chirurgien dentiste au cours de l'exercice professionnel ».

³⁶ Hill et al., « Dental practitioners and ill health retirement ».

chirurgien-dentiste lui donne l'impression de prendre le temps de s'occuper de lui³⁷ ; le chirurgien-dentiste est avant tout un professionnel de santé, et ne pas prendre le temps nécessaire pour un patient donnera une mauvaise image de lui.

M. Hakerberg a questionné près de 485 chirurgiens-dentistes suédois au sujet des attitudes des patients leur occasionnant le plus de stress. Les réponses apportées ont permis de mettre en évidence que 38 % demeuraient « les annulations tardives ou omissions de rendez-vous ». Dans la même étude, les chirurgiens-dentistes ont été questionnés quant aux attitudes entraînant une forte augmentation de stress : Les réponses les plus significatives ont été, pour 69 % les arrivées tardives aux rendez-vous³⁸.

Ces chiffres montrent à quel point le respect du planning importe pour le chirurgien-dentiste. Il devient donc primordial d'expliquer aux patients qu'ils se doivent de prévenir d'éventuels retards ou annulations, et ce avec suffisamment d'avance pour que le praticien puisse s'organiser face à cet imprévu, ce qui permettrait d'amoindrir un stress potentiel.

« Les rendez-vous se succèdent de façon très serrée, des urgences peuvent en plus survenir et perturber cet emploi du temps chargé... Au stress de bien faire s'ajoute celui de ne pas prendre de retard. Au point que cela provoque des malaises chez certains³⁹ ».

Enfin, notons une autre conséquence de ces retards et annulations entraînant du stress pour le praticien : **l'image** qu'il va donner de lui-même et de son cabinet. Cette situation de stress pour certains praticiens importera davantage s'il s'agit d'un nouveau patient : « que va-t-il penser de moi ? ». L'image de soi pour le chirurgien-dentiste est primordiale à deux niveaux : d'une part, pour sa construction personnelle et son bien être, et d'autre part, pour l'établissement d'une bonne relation de soins avec son patient.

- Au niveau personnel, une bonne réputation procure de la satisfaction au chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, et les patients lui restent fidèles⁴⁰. En délivrant une bonne image, le chirurgien-dentiste inspire du respect, sentiment qui conditionne fortement son bien-être émotionnel.

³⁷ Ramseier et Wolf, « L'image de la médecine-dentaire (2e partie). Le médecin-dentiste idéal. »

³⁸ Hakeberg et al., « Swedish dentists' perceptions of their patients ».

³⁹ Observatoire national de la démographie des professions de santé (France), *Le rapport 2006-2007*.

⁴⁰ Yamalik, « Dentist-patient relationship and quality care 2. trust ».

- L'image et le professionnalisme du chirurgien-dentiste sont définis par de nombreux auteurs comme un facteur favorisant une relation réussie avec le patient⁴¹. Dans l'étude de Brosky et coll., 73 % des personnes interrogées ont indiqué que l'apparence et l'attractivité du chirurgien-dentiste influencent fortement leurs attentes concernant le traitement⁴².

Préconisations proposées :

Plusieurs solutions existent en fonction des tempéraments de chaque chirurgien-dentiste : Pour certains le patient sera informé des conséquences de son retard mais le soin sera tout de même réalisé. D'autres praticiens préfèrent annuler le rendez-vous pour montrer au patient la nuisance des retards. L'approche de ce problème doit être pensée en fonction des patients et des soins à réaliser, mais dans tous les cas il reste primordial de se montrer clair et d'expliquer son point de vue aux patients.

3.1.1.2. Les urgences

Les urgences ne sont **pas programmées** dans le planning initial de la journée. Ainsi, c'est au praticien de prévoir des créneaux horaires réservés pour lesdites urgences. Dans le cas contraire, il devra intercaler un rendez-vous urgent entre deux rendez-vous prévus initialement, ce qui va entraîner du retard pour le praticien, et lorsqu'il s'agit d'une urgence nécessitant non pas un simple examen mais un réel soin, ce retard va s'amplifier. Or, comme cité précédemment, prendre du retard sur son planning peut constituer une source de stress pour certains chirurgiens-dentistes.

La nature même de l'urgence peut être un facteur de stress pour le praticien. F. Prédine-Hug propose une classification des urgences dans le domaine bucco-dentaire afin de faciliter l'identification et la prise en charge pour le chirurgien-dentiste : est-ce une réelle urgence ? Il faut clairement identifier la cause de l'urgence, car la nature de celle-ci peut constituer une source de stress, en fonction de la capacité à pouvoir la gérer. O. Chabrilac, psychologue, explique que face à un évènement imprévu, le stress survient notamment parce que nous nous sentons incapables d'y faire face : « Se faire confiance, c'est se savoir outillé pour s'adapter à des circonstances imprévues⁴³ ».

⁴¹ Wolf et Ramseier, « L'image de la médecine dentaire (1ere partie) ».

⁴² Brosky et al., « Patient perceptions of professionalism in dentistry ».

⁴³ Chabrilac, « Je n'aime pas l'imprévu ».

De plus, la réaction du patient venant en urgence peut générer du stress. Le praticien devra alors maîtriser le sien ainsi que celui de son patient, et bien sûr jouer son rôle de thérapeute (Cf. 2.4.2).

Préconisation proposée :

Prévoir systématiquement dans son planning trente à soixante minutes (en fonction de son activité) dédiées aux urgences, potentiellement ajoutées à la journée, afin de limiter une éventuelle désorganisation et donc de réduire le stress.

3.1.1.3. L'organisation

F. Bonnafous explique que « le professionnel de santé indépendant doit être un thérapeute aguerri, un organisateur, un gestionnaire et un spécialiste en ressources humaines. Le cabinet dentaire devient donc une petite entreprise dont le chirurgien-dentiste est le gérant⁴⁴ ».

L'organisation représente un facteur de stress majeur dans la vie du chirurgien-dentiste. Une étude menée par l'American Express en 2016 souligne que pour 93 % des praticiens, le temps consacré aux charges de gestion du cabinet a beaucoup augmenté⁴⁵. Lors de cette étude, les chirurgiens-dentistes ont été questionnés au sujet des facteurs considérés comme stressants dans leur activité professionnelle. Les deux facteurs les plus importants, dégagés quasiment à égalité (environ 45 %), sont : la complexité des soins et la gestion du cabinet.

La gestion du cabinet demeure une partie intégrante de notre métier. Beaucoup de praticiens évoquent la notion de « surcharge » dans leur métier dans deux directions :

- les nombreuses contraintes (administratives, réglementaires, financières, informatiques, radioprotection, etc.)
- et des charges de plus en plus importantes (le matériel, les charges patronales, les formations post-universitaires, etc.).

Ainsi, une étude de l'American Express en 2016, remarque que pour 27 % des chirurgiens-dentistes, l'évolution du métier ces dix dernières années se définit par une amplification conséquente des contraintes administratives⁴⁶. Cette étude a également soulevé que sur les dix dernières années, le temps consacré à la gestion au cabinet dentaire par le chirurgien-dentiste a augmenté de façon

⁴⁴ Bonnafous, *Bien organiser son cabinet dentaire*.

⁴⁵ OpinionWay, « Etude auprès des dentistes : quelles difficultés rencontrent-ils dans la gestion de leur cabinet ? »

⁴⁶ OpinionWay.

significative (6 à 10h en moyenne par semaine)⁴⁷. Pour mener à bien ladite gestion du cabinet il faudra donc sacrifier une partie importante de son temps de soins.

Le chirurgien-dentiste doit aussi apprendre à gérer **son équipe** (assistante, prothésiste, etc.), maîtriser les techniques nouvelles pour assurer les meilleurs soins à ses patients et gérer les relations humaines (relation praticien-patient, praticien-assistante, etc.). Etre le « patron » de son cabinet recouvre beaucoup de responsabilités dans de divers domaines, entraînant beaucoup de stress pour le chirurgien-dentiste. En effet, le fait de devoir réaliser plusieurs tâches de façon concomitante épuise le cerveau. Sur les réseaux sociaux de marketing on parle de « *multitasking* » ou la capacité de mener plusieurs travaux à bien, en passant alternativement de l'un à l'autre. Or ce mode d'organisation est non seulement aliénant mais contre-productif. Un expert en marketing explique, en 2016, que « lorsque nous complétons une tâche que nous nous sommes assigné, le cerveau sécrète un shot de dopamine en récompense. Accro à la dopamine, il nous encourage donc à poursuivre ces tâches pour augmenter la fréquence des doses. Cependant, parallèlement il sécrète une production croissante de cortisol, l'hormone liée au stress ». Ainsi, s'assigner plusieurs buts simultanément va induire un stress physiologique pour le chirurgien-dentiste.

De plus, ce qui accroît le stress dû à la gestion du cabinet dentaire relève **d'un manque de formation** des chirurgiens-dentistes ; pour 83 % des praticiens, les professionnels sont peu, voire pas du tout formés à cette tâche⁴⁸. Beaucoup d'entre eux doivent suivre des formations en gestion, puisqu'ils ne l'ont pas reçu en formation initiale. Pour ceux qui ne se forment pas, l'apprentissage se fera au fur et à mesure de leur progression dans la profession. Ils risquent donc de se retrouver face à des situations surprenantes, et l'incapacité face à une situation engendre du stress.

Préconisations proposées :

Les chirurgiens-dentistes peuvent s'inscrire à des formations privées spécialisées dans la gestion des cabinets dentaires, on entend souvent parler de « management », « leadership », etc. Le praticien peut aussi découvrir une nouvelle approche de son cabinet, dans les magazines dentaires, tels que Information Dentaire, de nombreux articles prodiguent maints conseils et astuces.

⁴⁷ OpinionWay.

⁴⁸ OpinionWay.

3.1.2. La gestion des conflits

Les patients sont de plus en plus procéduriers et portent plainte plus fréquemment de nos jours que durant la décennie précédente. Ainsi, en dix ans, les conflits avec les patients ont augmenté de 46 %⁴⁹. En 2015, pour 100 chirurgiens-dentistes on recenserait environ 5 plaintes. La MACSF et Le sou médical ont établi un rapport annuel qui représente les risques professionnels en termes de responsabilité médicale, notamment les déclarations de sinistres consécutives à des réclamations de patients. Pour 2016 on notera une hausse de la fréquence des réclamations à propos de fractures d'instruments endodontiques et une progression des plaintes sur les actes d'implantologie de 31 %⁵⁰.

Malheureusement les chirurgiens-dentistes reçoivent relativement peu de formation dans la gestion des relations interpersonnelles et manquent ainsi de compétence en termes de résolutions de conflits⁵¹. Or, la peur de recevoir une plainte ou un litige est un facteur de stress, et cette peur est ressentie par plus de la moitié des chirurgiens-dentistes britanniques⁵².

Logos-Bordas définit le conflit comme « une action qui oppose violemment une personne à une autre, un groupe à un autre, une idée à une autre ». D'après une étude néerlandaise menée en 2016, un habitant consulte son chirurgien-dentiste environ 2.5 fois par an, ce qui représenterait en moyenne 2.5 millions de contacts par an entre patients et dentistes. De façon générale, tout se déroule bien, cependant au sein de cette multitude de contacts émerge des possibilités de conflits⁵³. Ces derniers cachent en fait souvent des divergences non verbalisées entre représentations du soigné et du soignant, lesquelles s'ajoutent à d'autres facteurs tels que l'attente ou la douleur⁵⁴.

Un rapport émis par le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes donne quatre causes principales de conflits en France :

- Une mauvaise compréhension des informations fournies par le praticien,
- Des complications survenant au cours des soins modifiant les coûts des traitements,
- La perte de confiance vis-à-vis du praticien,
- Les problèmes relationnels⁵⁵.

⁴⁹ OpinionWay.

⁵⁰ Jacoto, « Une sinistralité à la hausse en implantologie ».

⁵¹ Deslarzes et al., *Harmonie et efficacité au cabinet dentaire : ou l'art de concilier travail, argent et bonne humeur*.

⁵² Kay et Lowe, « A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005 ».

⁵³ Bruers et al., « The impact of a formal complaint on Dutch dentists' professional practice : a survey study ».

⁵⁴ Pirnay et Blaizot, « Face à l'agressivité d'un patient exigeant ».

⁵⁵ Bonnafous, *Bien organiser son cabinet dentaire*.

Le praticien se retrouve dans une position juridique et non plus de soignant, ce qui représente inévitablement un stress⁵⁶.

Plus important encore pour le chirurgien-dentiste au sortir d'un conflit, ce n'est pas seulement sa renommée ou sa façon de poursuivre les soins mais c'est l'aboutissement du conflit en Justice : la plainte. Une méta-analyse de plusieurs études a démontré qu'être confronté à une plainte d'un patient, a un impact considérable sur de nombreux chirurgiens-dentistes. Cela touche non seulement les différents aspects de la pratique professionnelle (diminution du plaisir de travailler, vision de chaque patient comme une menace potentielle, etc.), mais aussi le bien-être mental et physique, cela pouvant aller jusqu'à une situation de stress, un risque de dépression et/ou d'anxiété sévère. L'étude précitée a prouvé que 29 % des chirurgiens-dentistes ayant été confrontés à une plainte officielle ont été affectés de manière significative par cet événement (stress, attitude envers les patients,...)⁵⁷.

Préconisations proposées :

Face à un litige ou une plainte à l'origine d'un patient, il est primordial de prendre du recul sur la situation. Continuer à communiquer avec le patient permet fréquemment de résoudre le problème sans suites dommageables. En 2016, l'ONCD a recensé 3457 plaintes dont 80 % furent résolues à l'amiable⁵⁸. Enfin, il est vivement recommandé prendre conseil chez un assureur.

3.1.3. L'annonce de mauvaises nouvelles

Les chirurgiens-dentistes ne sont pas en principe les premiers concernés par la découverte de maladies graves, voire de maladies mettant en jeu le pronostic vital. Cependant, ils doivent parfois annoncer de mauvaises nouvelles telles une erreur (fracture d'une lime endodontique dans un canal), un aléa thérapeutique (une non-ostéointégration d'un implant), ou le diagnostic d'une lésion précancéreuse sinon cancéreuse.

⁵⁶ Bruers et al., « The impact of a formal complaint on Dutch dentists' professional practice : a survey study ».

⁵⁷ Bruers et al.

⁵⁸ Ordre national des chirurgiens dentistes, « Rapport d'activité 2016 ».

3.1.3.1. Les erreurs, les échecs et les complications

Au cours de sa carrière un chirurgien-dentiste peut être confronté à des complications, suite à une intervention en bouche. Il peut également se retrouver face à un échec de traitement (Figure 6), même s'il a tout fait dans les règles de l'art, comme par exemple lors des retraitements endodontiques. Il peut s'agir d'une erreur du praticien, ou d'un aléa thérapeutique, alors indépendant de son action.

Figure 6 : Caricature d'un chirurgien-dentiste face à une erreur de traitement.



Réponse du chirurgien-dentiste:

« Il y a une petite erreur, mais tu sais, tu es beaucoup mieux comme ça »

Source : Clicforum-Forum de la médecine dentaire. 2011.

Quelle qu'en soit la cause, un échec affecte le patient, et c'est au chirurgien-dentiste de l'annoncer, et le cas échéant d'y remédier. Cette erreur de traitement, cet échec thérapeutique ou cette complication, représentent bien entendu des facteurs de stress pour le chirurgien-dentiste :

- Le praticien, comme tout être humain, ressentira une anxiété face à ses faiblesses et ses limites.
- Il est responsable en cas de complications irréversibles, comme dans le cas d'une perte de sensibilité définitive suite à une lésion d'un nerf lors d'une chirurgie. C'est une responsabilité lourde, qui peut fortement stresser le praticien.
- Enfin, une relation avec un patient peut être perturbée de façon notable suite à une erreur ou une complication. L'échec thérapeutique met en péril la relation dentiste-patient jusqu'alors harmonieuse. Par exemple une prothèse qui ne satisfait pas le patient d'un point de vue occlusal, une couronne qui n'est pas intégrée esthétiquement par le patient, etc. Ainsi, il ne

s'agit pas forcément d'une erreur d'indication ou de conception d'un soin, mais le résultat ne convient pas au patient devenu anxieux ou énervé car on n'a pas répondu à sa demande. La relation praticien-patient est hélas entachée.

A noter, que ce facteur de stress est quand même à géométrie variable en fonction des praticiens. Ainsi, une perforation de membrane sinusienne lors d'une pose d'implant pour un spécialiste en chirurgie orale est un stress minime car il sait qu'il peut refermer et ré-intervenir à tout moment. De même pour un spécialiste en endodontie, pour qui fracturer une lime dans un canal ne sera pas source de stress.

Préconisation proposée :

Une erreur doit être perçue comme une opportunité d'apprentissage et l'occasion de corriger son geste. Elle invite à une réévaluation de ses objectifs puisqu'elle souligne un décalage entre le résultat souhaité et celui obtenu. L'échec représente d'ailleurs un élément-clé dans les grandes réussites du monde des affaires : on y parle d'ailleurs d'expérience et non d'échec.

3.1.3.2. Un diagnostic mettant en cause la santé générale

Dans de nombreux cas, le chirurgien-dentiste peut poser un diagnostic médical lourd, par suite d'une symptomatologie buccale.

Quelques situations pour illustrer nos dires:

- 1) Un patient se présente avec une gingivite ulcéro-nécrotique. Ainsi, la gingivite ulcéro-nécrotique fait partie des éventuels signes initiaux d'une infection par le VIH. En effet, elle possède une prévalence de 4 à 16 % chez les patients porteurs du VIH⁵⁹. Une étude menée par Shangase et al. de 2004 a évalué l'éventuelle séropositivité au VIH des patients se présentant avec une gingivite ulcéro-nécrotique dans une clinique dentaire et sans autre éventuel symptôme du VIH. Les analyses révélèrent que 69 % des patients étaient séropositifs au VIH⁶⁰.

Le chirurgien-dentiste peut donc se trouver en situation de devoir annoncer à un patient, venant pour un simple problème gingival, un diagnostic de séropositivité au VIH.

⁵⁹ Mataftsi, Skoura, et Sakellari, « HIV infection and periodontal diseases : an overview of the post-HAART era ».

⁶⁰ Shangase, Feller, et Blignaut, « Necrotising ulcerative gingivitis/periodontitis as indicators of HIV-infection ».

2) Un patient se présente avec des ulcérations buccales, communément dénommées « aphtes ». Les ulcérations buccales sont souvent une manifestation d'une déficience neutropénique. La pâleur des muqueuses, la présence de pétéchies et la présence d'ulcération muqueuse sont retrouvées dans 95 % des cas pour les formes aiguës de leucémies myéloïdes⁶¹.

Le chirurgien-dentiste peut donc avoir à annoncer un diagnostic de leucémie.

3) Un patient se présente en consultation de routine, le praticien note des lésions buccales suspectes... Il peut alors se trouver en première ligne pour diagnostiquer un cancer de la cavité buccale. À ce titre, il peut être le premier professionnel de santé à faire l'annonce de la lésion cancéreuse.

De nouveau, le chirurgien-dentiste se trouve en situation d'annoncer une nouvelle inattendue.

P.Pirnay dit que « Le moment de l'annonce est souvent redouté par le praticien⁶² ». C'est un facteur de stress certes peu fréquent, mais tout de même important pour le praticien, et ce pour plusieurs raisons :

- C'est une lourde responsabilité que d'annoncer la nouvelle, il faut maîtriser les bases de la communication afin d'être le plus compétent possible à l'annonce d'un tel diagnostic.
- La mauvaise nouvelle représente un véritable choc pour le patient, l'effet surprise et la gravité de la situation contribuent à cet état.
- La mise en cause d'un pronostic vital font sortir patient et praticien du domaine de l'odontologie pour basculer dans le domaine médical qui les dépassent tous deux.
- Le médecin chargé de l'annonce d'un cancer, du VIH, d'une leucémie, etc. doit pouvoir proposer une solution thérapeutique au patient, ou bien le rediriger correctement.

Préconisations proposées :

La HAS crée en 2008 des recommandations pour aider et accompagner les praticiens lors d'une telle annonce à un patient : une information simple et progressive, une attention particulière à la formulation, une abstention de vocabulaire ésotérique, un contrôle régulier de la compréhension, l'ouverture vers des espoirs réalistes, la proposition d'objectifs à court terme, etc⁶³.

⁶¹ O'hana et al., « Ulcérations buccales révélatrices d'une leucémie aiguë myéloïde de type 4 ».

⁶² Pirnay, « Comment annoncer à son patient un pronostic grave » ».

⁶³ Haute autorité de santé, « Annoncer une mauvaise nouvelle ».

3.1.4. La mutation de la profession

Un point très intéressant a pu être mis en évidence par l'étude, à savoir l'émergence d'un facteur de stress non encore publié : le stress majeur qu'engendre la mutation de la profession pour les chirurgiens-dentistes français, point qui n'a pas été relevé dans la littérature puisque nous sommes en plein bouleversement de la profession : multiplication d'ouvertures de centres dentaires low-cost, institution d'une nouvelle convention, tourisme dentaire,...

C'est aujourd'hui le 4^e facteur de stress le plus important pour les praticiens. Il est notable que pour la question à réponse ouverte, c'est le sujet mentionné le plus de fois : 19 fois « la peur de l'avenir de la profession » et 16 fois « la nouvelle convention ».

D'après la psychologue et psychothérapeute Cécile Kapfer, auteure de *Dépasser ses peurs* : « Cette peur est exacerbée par le fait que nous avons tendance à vivre en pilotage automatique la majeure partie de notre temps⁶⁴ ». Nathalie Martin, une psychologue-psychomotricienne explique d'où vient la peur du changement :

- **Le stress** : Que le changement soit choisi ou subi, le changement génère du stress. Celui-ci est une réaction naturelle de notre organisme liée au changement dans notre environnement. Le corps réagit au fait de s'adapter à une nouvelle situation.
- **La peur de l'incertitude** : Tout changement comporte une part d'inconnu, or nous avons besoin de certitude, d'où notre inconfort.
- **Le fait de vouloir tout contrôler** : L'homme est devenu un véritable gestionnaire de sa vie. Il veut tout gérer, afin que rien ne vienne contrarier ses plans. Le changement est donc mal accepté.
- **La peur de perdre** : N. Martin explique que le stress provient de la manière dont nous envisageons le changement. Nous imaginons que changer c'est perdre quelque chose, et c'est ce qui rend le changement encore plus difficile, et parfois même impossible. « Nous préférons parfois ne pas perdre quelque chose qui ne nous satisfait pas totalement, plutôt que de risquer d'aller chercher ce que nous voulons vraiment. »

Enfin, nous pouvons relever la peur récurrente de perdre une certaine liberté chez les praticiens. Le fait d'être limité dans certains actes, est ressenti par une majorité de praticiens comme une privation de liberté individuelle.

⁶⁴ Kapfer, *Dépasser ses peurs*.

3.1.5. Les réactions des patients

70 % des patients ont confiance en leur praticien déclare P. Pirnay ; cependant, il reste indéniable que malgré cette confiance bon nombre d'entre eux ne viennent pas avec plaisir chez le chirurgien-dentiste : « Au niveau social, une évolution négative s'est mise en place. Le regard des gens sur notre profession est positif dans le cabinet, mais négatif en dehors. Les gens ont toujours peur du dentiste et ne lui font pas toujours confiance⁶⁵ ».

3.1.5.1. Stress et odontophobie

La phobie est une crainte injustifiée et angoissante d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action⁶⁶. Selon le psychiatre Christophe André, 4 % de la population serait phobique des soins dentaires, qu'ils associent à la phobie du sang et de l'étouffement. L'odontophobie désigne la peur des soins dentaires, aussi bien que la crainte du chirurgien-dentiste lui-même⁶⁷. Les patients peuvent être apeurés par d'anciens traumatismes (mauvaises expériences passées), ou par des appréhensions spécifiques comme l'hématophobie (peur du sang), la bélérophobie (peur des aiguilles) etc.

Le traitement des patients anxieux a été noté comme un facteur de stress important pour le chirurgien-dentiste⁶⁸ : 50 % des patients sont angoissés à l'idée de venir se faire soigner et 50 % également éprouvent une réelle peur lors des soins⁶⁹. Les patients sont donc souvent stressés, et c'est au chirurgien-dentiste d'absorber et de gérer ce stress. Ce sentiment peut être communiqué au praticien, on parle du phénomène « d'induction physiologique »⁷⁰. Ce transfert de stress du patient vers le praticien s'explique à plusieurs niveaux :

- D'un point de vue sensoriel, il faut comprendre que lorsqu'un individu est stressé face à nous, notre corps répond de façon neurologique et sensorielle à ce stimulus particulier. « Le stress de l'autre est contagieux, parce que la personne fonctionne alors différemment. Son stress entraîne un changement de rythme qui ne correspond plus au nôtre: accélération des

⁶⁵ OpinionWay, « Etude auprès des dentistes : quelles difficultés rencontrent-ils dans la gestion de leur cabinet ? »

⁶⁶ Bohl et Pirnay, *La peur du dentiste : comprendre et réduire l'anxiété des patients*.

⁶⁷ Amzalag, *Codes de la relation dentiste-patient*.

⁶⁸ Moore et Brødsgaard, « Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients ».

⁶⁹ Deslarzes et al., *Harmonie et efficacité au cabinet dentaire : ou l'art de concilier travail, argent et bonne humeur*.

⁷⁰ The dentist, « Comment réduire le stress au cabinet dentaire ? »

mouvements, changement de tonalité de la voix, etc. En retour, nous réagissons à ces stimuli par une augmentation de notre propre stress, réalimentant le problème, etc.⁷¹ »

- En termes de communication, seulement 30 % des messages passent par la parole et 70 % de la communication est non-verbal (gestes, mimiques, regard,...) Ainsi un patient stressé, même muet, transmet le message par son corps, et notre corps réagit en retour.
- Enfin, d'un point de vue métaphysique, des auteurs expliquent que les émotions comme la peur, la colère, la frustration, sont un ensemble d'énergies, positives ou négatives, qui peuvent se transmettre d'un individu à un autre en fonction de la sensibilité et de la susceptibilité de chacun⁷².

Préconisation proposée :

Pour les patients particulièrement stressés, la prémédication sédatrice (Mépéridine, Hydroxyzine) est une alternative qui a fait ses preuves^{73 74}. D'autres approches se sont également développées telles que l'utilisation de MEOPA ou le recours à l'hypnose⁷⁵.

3.1.5.2. La douleur

Dans notre profession, l'anxiété est souvent liée à la douleur : « la peur d'avoir mal » d'un côté et « la peur de causer du mal » de l'autre. La peur de faire du mal provoque du stress au chirurgien-dentiste dans l'exercice de son métier⁷⁶. Le chirurgien-dentiste est tendu car il a le sentiment d'être responsable de la douleur de ses patients (par exemple lors de l'anesthésie, lors d'une pulpotomie), ce qui peut créer une certaine instabilité et une forme de frustration, pouvant mener à une profonde angoisse⁷⁷.

Préconisations proposées :

Depuis quelques années, les praticiens recourent, en nombre croissant, à l'hypnose pour taire la douleur de leurs patients^{78 79}.

⁷¹ Pellé-Douet, « Comment se protéger du stress ambiant ? »

⁷² Véringa, « Comment arrêter d'absorber les émotions des autres ».

⁷³ Lenahan, Wells, et Scarbecz, « A retrospective study of 248 pediatric oral sedations utilizing the combination of meperidine and hydroxyzine for dental treatment ».

⁷⁴ Mahdavi et al., « Intranasal premedication effect of dexmedetomidine versus midazolam on the behavior of 2-6-year-old uncooperative children in dental clinic ».

⁷⁵ Bohl et Pirnay, *La peur du dentiste : comprendre et réduire l'anxiété des patients*.

⁷⁶ Filho et Ribeiro, « O estresse ocupacional em cirurgiões-dentistas: o desafio da administração do trabalho ».

⁷⁷ Bourassa, *Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire*.

⁷⁸ Martinez et al., « Hypnoanalgesia, a complementary therapy for painful care procedures ».

⁷⁹ Payrau et al., « Fasciatherapy and reflexology compared to hypnosis and music therapy in daily stress management ».

3.1.5.3. Agressivité et violence

« Les comportements agressifs verbaux ou physiques des patients à l'égard des praticiens augmentent à l'hôpital et dans les cabinets libéraux. Derrière chaque attitude agressive se cache souvent un besoin non exprimé ou non reconnu qui peut générer mal être et souffrance. Néanmoins le praticien ne peut accepter l'irrespect, l'agressivité et ne doit pas satisfaire à toutes les exigences de ses patients⁸⁰. »

Une forme de stress est suscitée par l'insécurité au cabinet dentaire. En effet, les actes de violence, même verbale, nuisent au bien-être des chirurgiens-dentistes et de leurs équipes.

L'ONVS a mis en place un guide pour les chirurgiens-dentistes qui sont parfois confrontés à des situations de violences (cambriolage, vandalisme, agressions physiques, injures et menaces...). L'ONVS a recensé 115 déclarations d'incidents en cabinets dentaires en 2015 et 85 en 2016, dont 9 remarquables : les chirurgiens-dentistes avaient été agressés par coups et blessures volontaires. Enfin, en 2017, l'Observatoire de la sécurité des praticiens de l'Ordre a recensé 121 déclarations d'incidents survenus en cabinets dentaires.

Les chiffres de l'ONVS indiquent que la majorité des incidents (95 %) a lieu dans les cabinets de ville⁸¹. Travailler dans un cabinet et non en centre de soins pourrait être un facteur de stress supplémentaire pour un chirurgien-dentiste sachant qu'il risque statistiquement davantage de s'y faire agresser.

Préconisations proposées :

Il faut, dès la première consultation, diagnostiquer le patient agressif. Le chirurgien-dentiste doit s'assurer, dans le contrat de soin, qu'il peut lui faire confiance et le prendre en charge.

M. Garnier, secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes, met en garde les chirurgiens-dentistes : « Il ne faut pas banaliser les incivilités, les injures, les actes de malveillance qui pourraient être considérés comme mineurs, mais qui nuisent considérablement à l'ensemble de l'équipe dentaire. Les praticiens ont tendance à minimiser les agressions verbales, qu'ils ne considèrent pas comme de véritables agressions⁸²».

⁸⁰ Pirnay et Blaizot, « Face à l'agressivité d'un patient exigeant ».

⁸¹ Ordre national des chirurgiens dentistes, « Notre sécurité est l'affaire de tous ».

⁸² Ordre national des chirurgiens dentistes, « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire ».

3.1.6. La gestion des honoraires

Les différents aspects financiers sont ressentis comme un facteur de stress dans la profession par 63 % des chirurgiens-dentistes⁸³.

L'institut Viavoice interroge en 2013 près de 1000 français pour le groupe Pasteur Mutualité, quant au tarif des soins dentaires : pour 87 % d'entre eux, les soins dentaires sont trop chers⁸⁴. Cette idée de « soins dentaires trop chers » est transmise par les patients, et entretenue par les médias, si bien que le poids de cette image peut devenir une source de stress pour le praticien vis-à-vis de son patient : un chirurgien-dentiste rapporte que « dès que j'abordais le coût d'un traitement je m'excusais, j'avais l'impression que j'allais leur prendre leur argent⁸⁵. » Il existe donc pour le chirurgien-dentiste, un malaise dans le rapport à l'argent, et beaucoup de praticiens sont « complexés par l'aspect mercantile de l'annonce des honoraires⁸⁶. »

Or, cet honoraire n'est que la marque de reconnaissance de notre travail, car tout travail mérite salaire et le paiement devrait apparaître comme une formalité du parcours de soins. P. Pirnay explique d'ailleurs en 2012 le rôle psychologique joué par l'argent dans la pratique des soins : « Le paiement de l'honoraire permet de libérer les deux partis ». Le praticien, d'une part, qui doit être correctement rémunéré pour se dégager de tout souci matériel et pouvoir se rendre disponible pour ses patients. Le patient, d'autre part, qui à travers « l'argent paye sa dette et lui permet d'assumer la culpabilité qui découle du service rendu⁸⁷. »

Demander de l'argent déclenche une légère dose de stress pour certains chirurgiens-dentistes, notamment nos compatriotes français. En effet, en France, *parler d'argent est encore tabou* confirme J. Mossuz-Lavau, directrice de recherche au Cevipof et auteur de « L'Argent et nous », ouvrage paru en 2007, après une enquête de deux ans. La chercheuse avait auparavant réalisé un travail similaire sur la vie amoureuse et sexuelle des Français, et a été surprise par la gêne des personnes interrogées: « Les mêmes qui avaient parlé très librement de la sexualité avaient beaucoup plus de mal à parler de l'argent », indique-t-elle⁸⁸.

⁸³ Ordre national des chirurgiens dentistes, « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc ».

⁸⁴ Bohl et Pirnay, *La peur du dentiste : comprendre et réduire l'anxiété des patients*.

⁸⁵ Amzalag, *Codes de la relation dentiste-patient*.

⁸⁶ Rozenzweig, Rozenzweig, et Rozenzweig, *Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation*.

⁸⁷ Pirnay, *L'éthique en médecine bucco-dentaire*.

⁸⁸ Bouchet-Petersen, « Les Français n'aiment pas parler d'argent mais ils adorent savoir ».

Ce stress engendré par la demande des honoraires s'explique donc par le caractère tabou de l'argent dans **la société française**. J. Mossuz-Lavau remarque que « en France, on ne sait pas exactement ce que gagne notre famille, ou nos amis, et ce serait très mal élevé de leur demander. C'est très différent aux Etats-Unis, où quelqu'un vaut en grande partie ce qu'il gagne, ce qu'il pèse financièrement⁸⁹. »

Cette sociologue identifie trois raisons culturelles à cette pudeur :

- La tradition catholique qui donne une image négative de l'enrichissement personnel *une religion pour les pauvres, qui doit s'occuper des pauvres*
- L'influence du marxisme : l'idée profit ne se classe pas dans le domaine du bien.
- L'héritage de «la culture paysanne» qui caractérise la société française.

- Un auteur français, Y. Marec, appuie cet avis de la culture française réticente à parler d'argent, en apportant un nouvel élément culturel. Il explique que *«la Révolution française est née d'une crise financière au cours de laquelle fut remis en cause le fait que les ordres privilégiés ne payaient pas d'impôts et s'enrichissaient»⁹⁰*.
- Sigmund Freud ajoute que parler d'argent, c'est parler de ce que nous avons et de ce que nous n'avons pas, de nos manques et de nos frustrations, de nos rêves et de nos impuissances. Ce sujet tabou, engendre donc pour certains, du stress.

Si la demande de paiement engendre du stress pour le praticien, le non-paiement en représente une autre source. Bien que les impayés ou les retards de règlements ne sont pas les problèmes le plus fréquemment rencontrés par les chirurgiens-dentistes, ils n'en restent pas moindre lorsqu'ils surviennent. En effet, contrairement à ce qu'il se passe pour les médecins généralistes par exemple, les frais de cabinets dentaires sont très importants et réguliers. Ainsi les finances occupent une place plus prépondérante dans la pérennité de ces lieux de soins.

En 2016, un expert de RGC contentieux, spécialiste des impayés dentaires, nous explique cette source de stress. Les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé avant tout, mais aussi, comme dit précédemment, des gestionnaires. Ils doivent donc gérer leur cabinet dentaire comme toute entreprise, et peser les frais, les charges et autres dépenses à régler à la fin du mois, sous peine de se retrouver en délicatesse avec les fournisseurs⁹¹. Cependant, à l'inverse des entreprises dites à trésorerie positive, comme par exemple les géants de la grande distribution, qui font payer leurs

⁸⁹ Bouchet-Petersen.

⁹⁰ Aglan, Feiertag, et Marec, *Les Français et l'argent, XIXe-XXIe siècle : entre fantasmes et réalités*.

⁹¹ RGC, « Les impayés menacent la trésorerie de votre cabinet dentaire ».

clients au moment de leur passage en caisse mais règlent leurs fournisseurs dans un délai de 60 jours ce qui sécurise leur trésorerie, les cabinets dentaires sont des structures dites à trésorerie négative. Ils doivent « avancer » les sommes nécessaires à la réalisation des actes de soins puis en attendre le remboursement, qui survient souvent après un délai plus ou moins long durant lequel il faut continuer à exercer⁹². Les problèmes de non-paiement peuvent donc mettre en péril l'avenir de la trésorerie, et donc du cabinet. Le chirurgien-dentiste devra donc calculer la rentabilité à partir des recettes et des dépenses professionnelles, car un budget de trésorerie présentant un solde négatif deviendra une source de stress majeure. Il doit savoir maîtriser sa trésorerie afin de mettre en place un plan de financement adapté⁹³. La CNSD a notamment édité un article en mars 2018, dans « le Chirurgien-dentiste de France », donnant des conseils pour les chirurgiens-dentistes face aux impayés.

Préconisations proposées :

Certains comptables sont spécialisés dans la gestion des cabinets et autres structures dentaires, travailler en partenariat avec ce type d'experts peut donc en permettre une meilleure gestion. Les assistantes dentaires peuvent également participer à la gestion des honoraires et décharger ainsi le praticien.

3.1.7. Le stress environnemental du cabinet dentaire

3.1.7.1. Les imprévus techniques du cabinet

Plusieurs événements imprévus peuvent amener le chirurgien-dentiste à stresser, voire à paralyser son activité : Panne de fauteuil, interruption informatique, coupure d'électricité, dégâts des eaux, incendie, invasion de fourmis, etc.

J. Lecomte, spécialiste de psychologie positive explique dans le magazine Le Figaro santé que « le pire pour un individu est le sentiment d'impuissance⁹⁴ ». Ainsi, dans certains types de situations, le champ de compétence du chirurgien-dentiste étant dépassé, il se retrouve alors dans l'incapacité d'agir afin de pallier à ce problème. De plus, l'institut de cardiologie de l'université d'Ottawa explique que « si nous pensons que les exigences de la situation dépassent nos capacités d'y répondre, nous nous sentons en état de stress⁹⁵ ». Ainsi, le praticien qui se retrouvera par exemple face à une panne de

⁹² RGC.

⁹³ Fabrega, « Identifier et maîtriser les besoins de financement. »

⁹⁴ Lecomte, « Le pire pour un individu, c'est le sentiment d'impuissance ».

⁹⁵ University of ottawa, « Heart healthy living guide ».

fauteuil, ce qui se situe hors de son domaine de compétence, étant incapable de réparer ledit fauteuil. C'est ce sentiment d'impuissance qui engendrera du stress.

Ces imprévus impliquent également une réadaptation totale du planning de la journée. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le respect du planning est primordial pour le chirurgien-dentiste. Un tel évènement perturbe son planning probablement pour plusieurs heures, voire plusieurs jours, le temps qu'une intervention externe ne résolve le problème.

Enfin, il existe un enjeu financier qui accentuera le stress en fonction de l'objet concerné. Par exemple, si après un dégât des eaux il faut simplement changer du matériel consommable, la charge sera incomparable à celle exigée pour un fauteuil endommagé, donc à changer.

Préconisations proposées :

Les imprévus par définition ne sont pas maîtrisables. Pour réduire le stress engendré par ce type de situations, il est impossible de jouer sur la prévention, mieux vaut privilégier la rapidité d'intervention. Il sera donc intéressant de comparer les différents contrats avec les techniciens dentaires, pour optimiser le temps des réparations.

Il faut aussi privilégier l'organisation. Le cabinet doit mettre en place un recueil de procédures, cela aide à éviter les imprévus. Il faut aussi prendre le temps d'analyser les imprévus avec son assistante. Cela diminue le risque et permet de mieux réagir face à l'imprévu.

3.1.7.2. Le stress dû aux nuisances sonores

Il existe une source de stress, sous-estimée, mais pourtant néfaste : la nuisance sonore au cabinet dentaire. Le bruit ambiant, quand il est continu, agresse notre organisme. Plusieurs études, comme celle réalisée par les médecins E. Arnold et K. Boggs ont révélé que certaines stimulations sonores pouvaient faire basculer le corps dans une physiologie de stress⁹⁶. Leggat démontre qu'au-delà de 65 décibels la nuisance sonore peut avoir des **effets nocifs sur l'organisme**. Or, dans un cabinet dentaire le niveau sonore des équipements s'élève à 85 décibels⁹⁷. Cependant, n'étant pas soumis à la médecine du travail, les chirurgiens-dentistes ne cherchent donc pas à se protéger ; c'est là un manque d'information et de formation face aux dangers du bruit, bien réels.

⁹⁶ Arnold et Boggs, *Interpersonal relationships : professional communication skills for nurses*.

⁹⁷ Leggat, Kedjarune, et Smith, « Occupational health problems in modern dentistry : a review ».

D'anciennes études (Buffe ,1990 ; Chobaut et Lafon, 1985) et une thèse récente de C. Bernard-Masse en 2011, ainsi que divers articles ayant pour source l'ADTS 2008, prouvent qu'après 50 ans, un chirurgien-dentiste sur deux sans antécédent particulier présentent une atteinte irréversible de l'audition. Cette atteinte concerne principalement les fréquences aigues, du fait de l'utilisation quotidienne des turbines, des détartreurs...

Une étude menée par L. Melennec en 2008 sur le stress causé par les bruits a démontré que c'était surtout le **caractère répétitif**, plus que l'intensité du bruit qui crée un stress intense chez un individu⁹⁸. Ainsi, au cabinet dentaire de multiples sources de bruits peuvent devenir sources de stress: le téléphone qui retentit sans arrêt (surtout si l'assistante est monopolisée au fauteuil avec le praticien) ; la sonnerie du cabinet informant de l'arrivée du prochain patient ; également les sons émis par les instrumentations rotatives que le praticien entend en continu lors des soins.

Dans les tâches complexes, le bruit constitue un facteur additionnel de charge mentale et de stress, affectant la capacité de concentration du chirurgien-dentiste.

« En conditions réelles de travail, le bruit est associé à d'autres nuisances ou facteurs de charge et de stress. Il conviendrait de ne pas sous-estimer la contribution du bruit à la charge de travail et au stress professionnel⁹⁹. »

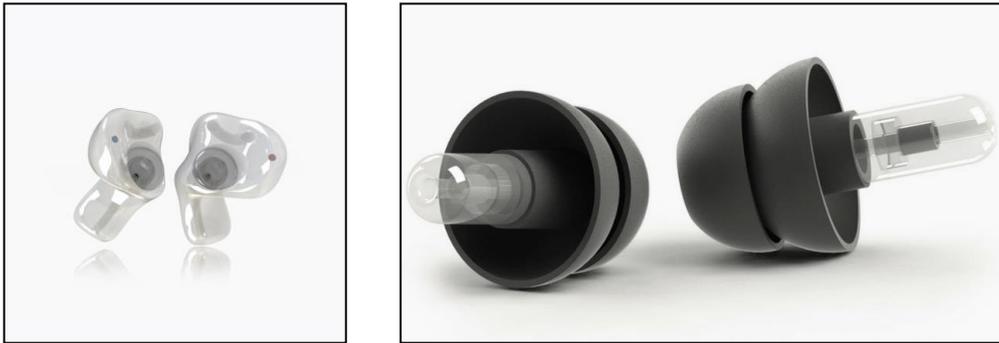
Préconisation proposée :

Il existe des protections auditives réalisées sur mesure par les audioprothésistes, appelées EarPad® (Figure 7) permettant de filtrer les bruits nocifs du cabinet dentaire, de protéger efficacement l'oreille contre tous les risques liés au bruit (surdité, acouphènes, hyperacousie, stress, fatigue auditive...), tout en préservant les sons provenant de la parole des patients.

⁹⁸ Melennec, « Etude sur le syndrome traumatique de stress dû aux bruits de voisinage ».

⁹⁹ Cerrone, « Les nuisances sonores au cabinet dentaire et leurs répercussions sur la santé du chirurgien-dentiste ».

Figure 7 : Présentation de deux types de protections auditives destinées aux chirurgiens-dentistes.



Source : EarSonics, « Protections auditives », 2017.

3.2. Facteurs de stress importants

3.2.1. Le niveau d'exigence des patients

La majorité des patients sont incapables de juger la qualité des soins dentaires qui leur sont prodigués, en revanche, ils exigent un résultat maximal et ce à un moindre coût.

Au début des années 1990, Kriesberg et Treiman ont relevé les caractéristiques données par des patients pour qualifier un « bon dentiste ». Au fur et à mesure des années, ces critères ont été validés et approfondis : la qualité des traitements, la personnalité du praticien, les compétences relationnelles, les compétences professionnelles, le minimum de douleur lors des soins, les honoraires raisonnables.

En France, les patients sont devenus de plus en plus exigeants et considèrent que les soigner est un devoir¹⁰⁰. L'étude de l'American Express de 2016 révèle pour 94 % des chirurgiens-dentistes un crescendo dans les exigences des patients sur les dix dernières années¹⁰¹. Humphris et Cooper répètent que le résultat souhaité par les patients devient une véritable source de stress et de tension pour le chirurgien-dentiste. Le manque d'appréciation de la qualité du travail explique la frustration concernant le coût des traitements¹⁰².

En dix années, les patients ont augmenté leur niveau **d'information** par eux-mêmes de 93 %¹⁰³. Ainsi, se renseignant en ligne sur les soins dentaires, ils arrivent au cabinet dentaire avec des idées préconçues sur les traitements qui leur conviendraient¹⁰⁴. Dans la société actuelle, les gens s'informent de plus en plus sur Internet, et ce dans tous les domaines. En tant que contre-mesure, C.Johnson recommande d'expliquer clairement au patient quels traitements sont nécessaires dans son cas¹⁰⁵. Le patient exhibera les propositions, tant valables que douteuses trouvées sur Internet, afin qu'elles puissent être confirmées ou corrigées par le chirurgien-dentiste¹⁰⁶.

¹⁰⁰ Amzalag, *Codes de la relation dentiste-patient*.

¹⁰¹ OpinionWay, « Etude auprès des dentistes : quelles difficultés rencontrent-ils dans la gestion de leur cabinet ? »

¹⁰² Humphris et Cooper, « New stressors for GDPs in the past ten years ».

¹⁰³ OpinionWay, « Etude auprès des dentistes : quelles difficultés rencontrent-ils dans la gestion de leur cabinet ? »

¹⁰⁴ Bonnafous, *Bien organiser son cabinet dentaire*.

¹⁰⁵ Rada et Johnson-Leong, « Stress, burnout, anxiety and depression among dentists ».

¹⁰⁶ Rada et Johnson-Leong.

« Il faut bien se rendre à l'évidence, de nos jours les professionnels de la santé sont considérés comme des prestataires de service. Cette analyse permet de mieux comprendre pourquoi les patients n'hésitent plus à poursuivre juridiquement leur praticien¹⁰⁷. »

Enfin, le niveau d'exigence des patients est particulièrement élevé en matière **esthétique**. Aujourd'hui, l'apparence correspond à une préoccupation essentielle dans de nombreux domaines. Pour le chirurgien-dentiste, réaliser des restaurations esthétiques deviendra une source de stress parce qu'il existe une part importante de subjectivité dans ce domaine. Selon R.Nossintchouk, l'esthétique est un domaine extrêmement délicat et peut être une grande source de conflit. En effet, même s'il existe des critères objectifs permettant de contrôler les différents paramètres d'une prothèse antérieure ou d'un composite, la dimension subjective du patient est importante et doit être prise en compte¹⁰⁸. Un praticien, même réalisant des soins parfaits et dans les règles de l'art, peut donc se retrouver face à un échec thérapeutique si le patient n'a pas les mêmes objectifs esthétiques que lui.

« Les praticiens ont aussi l'impression que les patients sont plus informés, et donc plus engagés dans le processus de soin. Ils s'intéressent davantage qu'avant, aux soins pratiqués dans leur bouche, posent des questions. Revers de la médaille, les patients seraient aussi plus enclins qu'autrefois à se plaindre lorsqu'un soin ne leur convient pas, y compris devant les juridictions appropriées... Lors des entretiens, les praticiens ont semblé particulièrement sensibles à cette tendance procédurière. Par les risques qu'une procédure fait peser sur leur réputation et leur exercice, et donc sur la survie du cabinet, les dentistes se sentent moins libres dans le soin qu'ils délivrent. «Les gens sont de plus en plus exigeants, on n'a pas le droit à l'échec. Du coup, on prend moins de risques: on extrait au lieu de tenter de sauver la dent. Je le vois surtout chez les jeunes, ils ne veulent plus prendre de risques¹⁰⁹. »

Préconisations proposées :

Considérer les avis des patients et prendre le temps de tout expliquer, permet une meilleure acceptation des soins. Il faut se montrer sûr de soi et de ses compétences, ce qui rassure les patients. Enfin, tout en restant à leur écoute, ne pas hésiter à proposer d'autres solutions aux patients que celles qu'émantées : Henry Ford avait l'habitude de dire *« Si j'avais demandé aux gens ce qu'ils voulaient, ils m'auraient dit : des chevaux plus rapides, à la place j'ai fabriqué des automobiles »*.

¹⁰⁷ Nossintchouk, *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*.

¹⁰⁸ Nossintchouk.

¹⁰⁹ Observatoire national de la démographie des professions de santé (France), *Le rapport 2006-2007*.

3.2.2. Les relations avec les organismes sociaux

Peu d'études récentes ont été réalisées à ce sujet, cependant la littérature grise révèle que ce facteur de stress semble important pour certains au sein de la profession. L'étude du CNO de mars 2018 notifie qu'une grande majorité des chirurgiens-dentistes considèrent les relations avec les organismes sociaux et complémentaires comme un facteur de stress majeur¹¹⁰ : 55 % des chirurgiens-dentistes répondants l'ont signifié comme tel, et plusieurs raisons ont été évoquées :

- 1) Pression syndicale
- 2) Pression par l'URSSAF
- 3) Absence de compréhension de la part des représentants (CNSD, syndicats dentaires, etc.)
- 4) Abandon de la part du conseil de l'Ordre en cas de besoin (plainte, etc.)

Nos recherches avaient mis en évidence d'autres explications :

- 1) Des témoignages rapportaient, que subir un contrôle demeure un véritable stress pour le chirurgien-dentiste: « L'analyse d'activité est une procédure lourde et traumatisante pour un confrère honnête, quel stress¹¹¹ » Le contrôle Urssaf est également une réalité pour le chef d'entreprise souvent mal vécue. Ainsi, en 2014 la FSDL avait questionné plusieurs chirurgiens-dentistes ayant subi des contrôles d'activité afin d'aider les autres professionnels.
- 2) Les chirurgiens-dentistes peuvent faire l'objet, dans leurs rapports avec les organismes d'assurance maladie (CPAM, RSI, MSA, complémentaires également), de plusieurs types de contentieux obéissant à des règles procédurales, à surtout une finalité distincte. Ces contrôles stressants impliquent des conséquences : contentieux, amendes, rétrocessions d'argent, interdiction d'exercer, emprisonnement, etc.

3.2.3. La responsabilité médicale

P. Pirnay affirme que « la responsabilité médicale est le fait d'assumer les conséquences d'un acte médical. » Le chirurgien-dentiste dispose d'un niveau **d'indépendance** élevé, il doit assumer parallèlement d'importantes responsabilités, ce qui est synonyme d'une attention permanente, et donc provoque de l'anxiété chez le professionnel de santé¹¹². De nos jours, la responsabilité médicale des professionnels de santé est également devenue une responsabilité légale : Les relations praticiens-patients reposent donc sur les liens imposés par la loi. (Ainsi, lors d'une visite de contrôle,

¹¹⁰ Ordre national des chirurgiens dentistes, « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc ».

¹¹¹ Chaigneau, « Contrôle d'activité par la Sécurité sociale ».

¹¹² Filho et Ribeiro, « O estresse ocupacional em cirurgiões-dentistas: o desafio da administração do trabalho ».

le chirurgien-dentiste réalisant un examen minutieux et attentif, ne peut se permettre de passer à côté d'une lésion suspecte, car en cas de problème, le patient peut légalement se retourner contre son praticien).

Un contrat de soin est un accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes ayant pour finalité de créer un lien. Cet accord constitue un ensemble de droits et de devoirs dont les personnes peuvent avoir à répondre devant l'ordre juridique ou disciplinaire. Il se crée donc entre le patient et le praticien un **contrat** au sens juridique, comme le définit l'arrêt de principe de la cour de Cassation (dit arrêt Mercier) du 20 mai 1936 : « Il se forme entre le médecin et son patient un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation involontaire de cette obligation est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle. »

P. Pirnay explique que « le praticien est responsable des suites dommageables des soins qu'il prodigue si eu égard à son obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs. »

La responsabilité médicale du chirurgien-dentiste est ainsi engagée quotidiennement, tant lors des soins, qu'en amont lors du diagnostic et de la prise de décision thérapeutique. Etant un observateur privilégié de la sphère orale, il peut être amené à examiner une lésion suspecte avant tout autre spécialiste, ce qui peut être déterminant dans la prise en charge d'une éventuelle pathologie. Un praticien qui soigne un patient en ignorance diagnostique, engage sa responsabilité médicale et l'expose à des risques conflictuels.

Le mot « responsabilité » englobe à la fois le constat de la responsabilité face à un échec, la peur de faire mal, etc. lesquels sont tous autant de facteurs de stress pour le chirurgien-dentiste.

Préconisations proposées :

Un sondage de la Commission Européenne révèle que près de 70 % des patients ont confiance en leur chirurgien-dentiste. Cependant, ils rêvent d'un praticien parfait, avec une pratique sans risques. Le Pr P. Pirnay, conseille d'informer ses patients de la réalité du métier, de ses doutes, et de les associer à ses prises de responsabilités, afin de gagner en liberté: « L'absence de risques (...)

aboutirait à l'absence de tout progrès. Le chirurgien n'aurait plus confiance en son patient car il ne verrait en lui que le risque d'échec et la remise en cause de sa responsabilité¹¹³. »

3.2.4. La gestion des situations d'urgence

Une autre source notable de stress est recensée dans plusieurs études, à savoir la prise en charge des urgences médicales au cabinet dentaire. Lors des situations d'urgences vitales, le praticien doit stimuler ses capacités d'adaptation, tant pour gérer son emploi du temps bien sûr bouleversé, que pour accueillir des patients dans un état particulier, et diriger son équipe pour affronter ce type de situations.

« Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé et, à ce titre, il doit être capable de prendre en charge une situation d'urgence médicale survenant dans son cabinet. Une urgence médicale est une situation pathologique aiguë pouvant mettre en jeu à court terme le pronostic vital du patient. Face à une situation d'urgence, le rôle du chirurgien-dentiste n'est pas d'établir un diagnostic précis mais de savoir détecter les signes d'alerte et dispenser les premiers soins dans l'attente d'une équipe médicale d'urgence. Pour cela le chirurgien-dentiste doit être capable d'identifier, d'évaluer et de décrire une telle situation. Il doit également avoir des capacités dans la mise en œuvre rapide des gestes et des attitudes adaptés. Enfin il doit posséder et maîtriser le matériel et les médicaments nécessaires à une prise en charge efficace du patient¹¹⁴. »

Pour le praticien en cabinet, une autre catégorie de situations s'avère particulièrement stressante : les urgences médicales, car le pronostic vital peut être engagé. Même s'il ne rencontre pas fréquemment ce type de situation, le chirurgien-dentiste doit être capable de réagir rapidement et efficacement. Pour lui, se retrouver face à une telle situation est un facteur de stress notable car selon la littérature actuelle, il est démontré qu'en majorité, les chirurgiens-dentistes ne se sentent pas capables de prendre en charge les urgences médicales survenant au cabinet dentaire¹¹⁵. Ce qui est le cas en moyenne 2 ou 3 fois par an. Les statistiques actuelles indiquent que :

- Près de 10 % des chirurgiens-dentistes déclarent ne jamais avoir été formés à affronter pareille situation ;
- Pour 40 % des praticiens formés, la dernière formation date de plus de 4 ans ;

¹¹³ Pirnay, *L'aléa thérapeutique en chirurgie*.

¹¹⁴ Dossiers de l'ADF, *Les urgences médicales au cabinet dentaire*.

¹¹⁵ Dossiers de l'ADF.

- Les chirurgiens-dentistes, pour une large majorité, se sentent capables de gérer un malaise mais pas un arrêt cardiaque¹¹⁶.

Au sentiment **d'impuissance** ressenti face à une urgence médicale, s'ajoute souvent la peur de la mort. En effet, le pronostic vital étant parfois engagé, ne pas réagir à temps pourrait entraîner la mort du patient. Or, les chirurgiens-dentistes, contrairement aux médecins urgentistes par exemple, ou aux infirmières, sont très rarement confrontés aux situations de décès. Récemment, seuls deux cas de décès au cabinet dentaire ont été recensés :

- En 2012, un enfant est décédé dans un cabinet de la ville de Douai, suite à l'inhalation du film de protection de la radio.
- En 2017, une patiente âgée est décédée suite à des soins, dans un centre dentaire de la ville de Grasse.

Le chirurgien-dentiste n'étant donc pas fréquemment confronté à ce type de situations, cela explique l'apparition du stress en pareille circonstance.

Enfin, dans les situations d'urgence médicale, le patient est en position de « personne en péril », ainsi le chirurgien-dentiste a l'obligation légale de lui porter secours. Ceci rajoute du stress au praticien qui, en plus d'être en situation délicate et urgente, devra penser à toutes les conséquences juridiques de ses actes « ai-je le droit de faire ceci ou cela, pour sauver la vie de mon patient ? » : « Hors le seul cas de force majeure, tout chirurgien-dentiste doit porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat si d'autres soins ne peuvent lui être assurés » (article R.4127-205 du code de santé publique), il s'agit de l'application déontologique du code pénal qui réprime *quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* (article 223-6 du code pénal). Un chirurgien-dentiste s'abstenant de porter secours à son patient est donc passible de deux sanctions, l'une disciplinaire et l'autre pénale. Ce délit de non-assistance à personne en danger est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende¹¹⁷.

¹¹⁶ Vaughan et Park, « Medical emergencies in the dental practice : management requirements and international practitioner proficiency. a scoping review ».

¹¹⁷ Dossiers de l'ADF, *Les urgences médicales au cabinet dentaire*.

Préconisations proposées :

Pour former les chirurgiens-dentistes à de telles situations, l'AFGSU (Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence) a été mise en place : Elle concerne les professionnels de santé, et donc les chirurgiens-dentistes, et a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et sa prise en charge, seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale.

3.3. Facteurs de stress moindres

3.3.1. La situation du praticien

Diverses situations placent le chirurgien-dentiste dans l'obligation de stopper momentanément sa pratique : il se retrouve en cessation temporaire d'activité (une maladie, un accident, ou une grossesse par exemple).

- Les **accidents** :

L'arrêt de travail temporaire entraîne une perte de revenus certes, mais il faut continuer à assumer le paiement des frais fixes (loyer, charges sociales et immobilières, remboursement de prêt, cotisations aux régimes obligatoires, etc.) Les chirurgiens-dentistes bénéficient de la couverture de la CARCDSF en cas d'incapacité de travail au-delà de 90 jours. S'il omet de s'assurer, ou s'il a souscrit une assurance prévoyance inadaptée et/ou sous-évaluée par rapport à son chiffre d'affaires et à ses frais professionnels, le praticien se retrouvera en situation financière délicate : il aura des frais conséquents à assumer, ce qui engendrera pour lui du stress¹¹⁸. Ainsi, pour un chirurgien-dentiste de 45 ans, selon les moyennes de la MACSF, disposant d'un revenu de 90 000 € pour 30 000 € de charges fixes : s'il est victime d'un accident avec 100 jours d'arrêt de travail, il percevra moins de 1 000 € de la CARCDSF pour un besoin de revenus de 22 500 € et des charges à assumer de 7 500 €, et devra donc couvrir seul 29 000 €.

- Les **grossesses** :

Pour les femmes chirurgiens-dentistes, un autre facteur de stress est lié à la maternité. En effet, pour une femme, l'annonce d'une grossesse est synonyme de changements radicaux dans sa vie : le congé maternité, l'absence de salaire pendant quelques mois, et le changement du rythme du travail à la reprise de celui-ci, etc. Néanmoins, ce facteur est à pondérer, il est plus prégnant pour les praticiennes exerçant en libéral que pour les salariées. Ainsi, pour ces dernières, des indemnités journalières leur sont versées, et leur emploi leur est réservé jusqu'à leur retour¹¹⁹. Voici pour preuve, le frappant témoignage d'une jeune praticienne au journal l'Express:

« Pour ma part, j'ai eu mon premier enfant à 26 ans. Au début de ma grossesse, je me suis renseignée auprès du conseil de l'ordre pour connaître mes droits. Une étape plutôt rapide car la liste des aides est assez restreinte. Tout d'abord, une allocation forfaitaire de repos maternel de 3218 euros est versée pour compenser partiellement la diminution de l'activité

¹¹⁸ Ordre National des Chirurgiens, « Quelles prévoyances optionnelles pour le praticien? »

¹¹⁹ Sigot, « Maternité, comment bien gérer congé et remplacement ».

professionnelle. Puis, il faut aussi compter sur une indemnité journalière de 53,11 euros. Ce sont malheureusement des sommes dérisoires par rapport aux charges que l'on doit continuer de payer pendant cette période entre l'Urssaf, la caisse des retraites et le loyer du cabinet. J'étais une jeune collaboratrice et je commençais à peine ma carrière. Je n'avais pas des revenus assez confortables pour mettre de l'argent de côté. J'ai ainsi été contrainte d'écourter mon congé maternité¹²⁰. »

Une étude néerlandaise visant à consigner les facteurs de stress au travail, propres à chaque sexe, indiqués par les chirurgiens-dentistes généralistes. L'étude a conclu que la cessation d'activité représente un facteur de stress plutôt féminin, tandis que pour les chirurgiens-dentistes masculins, la pression était plutôt due au manque de perspective de carrière et à la gestion des cabinets dentaires¹²¹.

Préconisation proposée :

Les chirurgiens-dentistes ont tout intérêt à souscrire un contrat d'assurance, nécessaire à leur sécurité financière en cas d'imprévue incapacité de travail.

3.3.2. La gestion de l'équipe professionnelle

En 2018, le CNO met en évidence que les relations avec le personnel sont ressenties comme étant un facteur de stress majeur par 46 % des chirurgiens-dentistes¹²². Notre étude révèle des chiffres tout à fait comparables : 44,7 % des praticiens répondants considèrent ce facteur comme prépondérant dans leur pratique quotidienne. La qualité et l'efficacité du chirurgien-dentiste passent par sa capacité à entretenir des bonnes relations avec son équipe soignante : « Les relations entre les membres d'une équipe soignante influent sur la qualité des soins prodigués¹²³. »

On distingue deux principales catégories au sein de l'équipe professionnelle engendrant du stress : les assistantes et les prothésistes.

¹²⁰ Seguin, « Dentiste libérale, j'ai été contrainte d'écourter mon congé maternité ».

¹²¹ Gorter, Eijkman, et Te, « Job stress and health in dentists ».

¹²² Ordre national des chirurgiens dentistes, « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc ».

¹²³ Rozencweig, Rozencweig, et Rozencweig, *Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation*.

1) Les assistantes, pour plusieurs raisons :

- Elles reflètent l'image du cabinet :

L'assistante est souvent la première personne avec qui le patient entre en contact. Elle devient donc en quelque sorte « le miroir » du cabinet. Le chirurgien-dentiste se souciera donc de choisir une assistante apte à cette représentation. « L'image de marque du cabinet est accrue par la présence d'une assistante qui assure l'accueil et l'information des patients. De plus, le recrutement d'une assistante renseigne sur le développement de la structure et, donc, rassure sur la compétence du praticien¹²⁴. »

- Leur présence est absolument indispensable au bon fonctionnement du cabinet.

L'absence d'assistante représente le principal stress pour le praticien. Pour la grande majorité d'entre eux, avoir une assistante est normal et travailler autrement est impensable : « Ça devrait être interdit de travailler sans assistante. Sans assistante, c'est impossible de garantir la chaîne de stérilisation. Même au niveau rentabilité, c'est plus intéressant d'avoir une assistante¹²⁵. » Ainsi l'efficacité d'un praticien va être drastiquement diminuée en l'absence de son assistante. En effet, d'après les études menées par le Groupe Edmond Binhas, les statistiques prouvent qu'un praticien travaillant seul passe 50 % de son temps hors du fauteuil, il doit lui-même réaliser la stérilisation du matériel, répondre au téléphone pendant les soins, et ces multiples interruptions entraînent pour lui distraction, confusion et stress¹²⁶. Le 12 Octobre 2018, la CNSD publie à ce sujet un « guide pour praticiens débordés », et détermine que les tâches de stérilisation, entretien du matériel et les tâches administratives représentent environ 6h20 pour 20 patients vus dans la journée. Il est donc indispensable d'avoir une assistante au cabinet.

2) Les prothésistes, pour plusieurs raisons :

- Les cabinets rencontrent régulièrement des difficultés avec leurs laboratoires de prothèses : délais de livraison non respectés, ajustage approximatif, teintes qui ne correspondent pas à celles choisies, ou éléments de bridges en suroclusion... Quel que soit le problème, le praticien, son patient et le prothésiste finissent déçus, ce qui crée inévitablement du stress et des tensions¹²⁷.
- Le rapport avec le prothésiste représente un facteur de stress pour le chirurgien-dentiste car il constitue à la fois¹²⁸ :
 - un rapport plein de respect et de tout ce qu'une relation humaine entraîne ;

¹²⁴ Binhas, « L'assistante dentaire : une alliée indispensable ? »

¹²⁵ Observatoire national de la démographie des professions de santé (France), *Le rapport 2006-2007*.

¹²⁶ Binhas, « L'assistante dentaire : une alliée indispensable ? »

¹²⁷ Rigal, « Optimisation de la communication entre le chirurgien-dentiste et le prothésiste dentaire grâce au numérique ».

¹²⁸ Rigal.

- un rapport économique;
- enfin un rapport technique, puisque cette relation repose sur les compétences évidemment techniques des deux protagonistes.

3.3.3. La prise en charge de patients spécifiques

3.3.3.1. Les enfants

Les enfants représentent une patientèle particulièrement anxiogène, c'est même le premier facteur stressant ressenti par 437 dentistes néozélandais¹²⁹. « Les soins aux enfants ne sont pas simples, en tout cas une grande partie d'entre eux occasionnent souvent stress et tension¹³⁰. »

Quatre causes principales ont été mises en évidence :

- 1) Tout d'abord, le chirurgien-dentiste doit comprendre que lorsque le parent accompagne son enfant au cabinet, il met en cause sa confiance envers le praticien, en quelque sorte la relation devient un « test » : « Il est important de comprendre que la qualité de notre relation à l'enfant est l'une des conditions de notre réussite professionnelle¹³¹. » Le lien tissé avec l'enfant aura de grandes répercussions sur la relation avec le parent et tout le reste de la famille, ce qui pourra aboutir à une totale adhésion familiale ou à une interruption totale de soins. « Le chirurgien-dentiste est un des seuls soignants que peuvent partager tous les membres d'une famille » et c'est en cela que le soin à l'enfant va être une source de stress pour le chirurgien-dentiste : « c'est souvent au travers des soins aux enfants que le reste de la famille « teste » le dentiste¹³². »
- 2) Ensuite, en 2015 il a été décrit qu'en réalité les soins prodigués aux enfants de **moins de 5 ans** seraient les plus problématiques¹³³. Une étude a été menée en 2018 par M. Glorifet sur la prise en charge bucco-dentaire des enfants en France, confirme cette hypothèse. L'étude a révélé que les enfants français présentaient en moyenne 24 % de dents non traitées contre une moyenne mondiale de 9 %¹³⁴. En se penchant sur les raisons de cet écart, il a été mis en évidence et à un niveau de preuve significatif, que 57 % des chirurgiens-dentistes français

¹²⁹ Ayers et al., « Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies ».

¹³⁰ Deslarzes et al., *Harmonie et efficacité au cabinet dentaire : ou l'art de concilier travail, argent et bonne humeur*.

¹³¹ Amzalag, *Codes de la relation dentiste-patient*.

¹³² Bonnafous, *Bien organiser son cabinet dentaire*.

¹³³ Rønneberg et al., « Dentists' self-perceived stress and difficulties when performing restorative treatment in children ».

¹³⁴ Kassebaum et al., « Global burden of untreated caries ».

éprouveraient difficulté et stress à soigner des enfants, essentiellement ceux de moins de 5 ans. Plusieurs raisons expliquent ceci : les praticiens dénoncent une formation initiale insuffisante (formation théorique insuffisante pour 74 % d'entre eux et formation clinique insuffisante pour 71 %). De plus, la relation thérapeutique avec un patient quelconque serait difficilement transposable à un petit enfant de 5 ans : 98 % des chirurgiens-dentistes qui présentent des difficultés à soigner les enfants déplorent un manque de coopération¹³⁵, qui se révèle à travers leur comportement :

« Les chirurgiens-dentistes pédiatriques sont exposés aux pleurs, aux saccades, à la colère et à divers autres comportements d'évitement des enfants. Ces conditions rendent les dentistes irritables ou les rendent nerveux puisqu'ils doivent dépenser de l'énergie pour les arrêter et s'adapter à de tels comportements¹³⁶.»

- 3) De plus, les actes quotidiens de chirurgie dentaire se complexifient chez un enfant, notamment **l'anesthésie** : d'après une étude récente de 2018, l'injection d'anesthésie chez l'enfant est soulevée comme la partie la plus stressante de l'occupation dentaire pédiatrique¹³⁷. Une étude similaire à été réalisée également en 2018, en Israël. Les praticiens concernés devaient noter sur une échelle de 1 à 10 les niveaux de stress pour les différents actes réalisés lors de la prise en charge d'une enfant. L'étude a confirmé que c'était l'injection de l'anesthésie qui était soulevée comme le plus stressant pour les omnipraticiens comme pour les spécialistes en odontologie pédiatrique¹³⁸. Davidovich et al. expliquaient ceci en 2015, par l'anatomie spéciale de la mandibule chez les enfants et par le manque de coopération de l'enfant pour ouvrir la bouche complètement¹³⁹.
- 4) Enfin, dans cette même étude de 2018 de M. Glorifet, une relation intéressante entre le stress et **l'argent** est pointée du doigt : 63 % des chirurgiens-dentistes questionnés pensent que la rémunération des soins pédodontiques est mauvaise par rapport au temps et à l'investissement personnel qu'ils y consacrent. Parmi ces praticiens, 70 % révèlent être stressés par les soins d'enfants. Alors que, chez les chirurgiens-dentistes pensant les soins pédodontiques comme

¹³⁵ Ashkenazi, Faibish, et Sarnat, « Dental fear and knowledge of children treated by certified pediatric dentists and general practitioners ».

¹³⁶ Farokh-Gisour et Hatamvand, « Investigation of stress level among dentistry students, general dentists, and pediatric dental specialists during performing pediatric dentistry in kerman, iran, in 2017 ».

¹³⁷ Farokh-Gisour et Hatamvand.

¹³⁸ De March, « Stress du praticien en odontologie pédiatrique ».

¹³⁹ Davidovich et al., « Levels of stress among general practitioners, students and specialists in pediatric dentistry during dental treatment ».

bien ou modérément rémunérés, le stress est moindre. On peut en déduire que si ces soins étaient valorisés, les praticiens présenteraient moins de réticence à les réaliser.

Aussi, Farokh dans son enquête sur les niveaux de stress en l'odontologie pédiatrique, remarque que ce sont plutôt les femmes chirurgiennes-dentistes qui stressent. Il explique ces résultats par ceux obtenus par Gambetta Tessini *et al.* en 2013, rapportant que les femmes sont plus réactives et empathiques avec les patients, ce qui les pousse à afficher un stress plus important¹⁴⁰. Ces résultats confirment que les femmes dentistes induisent un effet négatif sur les patients en raison de leurs sentiments émotionnels élevés et de leur humeur plus subtile. En conséquence, cela provoque des troubles de l'esprit, ainsi que de nombreuses contraintes pour elles¹⁴¹.

Préconisations proposées :

L'hypnose, les prémédications sédatives (Mépéridine, Hydroxyzine) fonctionnent très bien sur les enfants. L'utilisation de MEOPA représente néanmoins le produit de référence pour les actes et les soins douloureux chez l'enfant car il possède un ensemble de caractéristiques originales : rapidité et réversibilité d'action, effet antalgique et excellent profil bénéfice/risque (Recommandations 2014 de l'AFSSAPS).

3.3.3.2. Les patients handicapés

Selon la définition de l'OMS, « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises. »

Le terme « handicap » désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non. Que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension, on estime aujourd'hui à 6 millions le nombre de personnes touchées par un handicap en France. Toutes ces personnes ne font bien sûr pas face au handicap de la même manière. Plusieurs types de handicap sont répertoriés: mental, auditif, visuel, moteur, autisme, psychique, plurihandicap, polyhandicap, etc.

¹⁴⁰ Gambetta-Tessini *et al.*, « Stress and health-promoting attributes in australian, new zealand, and chilean dental students ».

¹⁴¹ Farokh-Gisour *et Hatamvand*, « Investigation of stress level among dentistry students, general dentists, and pediatric dental specialists during performing pediatric dentistry in kerman, iran, in 2017 ».

Pour les patients handicapés-moteurs (sans autre pathologie associée) c'est davantage un souci d'ergonomie plus qu'un véritable stress. Les soins aux patients handicapés psychiques ou mentaux sont, quant à elles, de véritables sources de stress pour les praticiens. K. Gambetta en 2016, a étudié l'attitude des équipes dentaires à l'égard de patients handicapés mentaux : une analyse factorielle a révélé que les chirurgiens-dentistes étaient réellement préoccupés par l'efficacité du traitement et par le stress engendré par le traitement de ces patients¹⁴².

« Les difficultés relationnelles avec les personnes handicapées mentales ou présentant des troubles de la personnalité ne permettent pas une prise en charge thérapeutique habituelle; les handicaps physiques, eux, nécessitent des aménagements d'accès aux soins mais la coopération pour les soins est la même que dans la population générale. Les handicaps sensoriels requièrent d'autres techniques de communication¹⁴³. »

Une enquête réalisée dans l'état de Virginie, aux Etats-Unis, auprès de personnes présentant un trouble psychiatrique, a dégagé quatre types de difficultés ressenties dans l'accès aux soins :

- la communication entre patient et médecin ;
- les connaissances des médecins sur les pathologies;
- le coût des soins ;
- l'effet de la maladie sur l'aptitude des patients à rechercher les soins¹⁴⁴.

Le problème prépondérant dans le traitement des patients handicapés est le manque de coopération avec le chirurgien-dentiste :

- Dans une étude rédigée en 2003 par l'AFD (Agence française de développement) sur les difficultés d'accès aux soins, 204 familles d'enfants porteurs d'une trisomie 21 ont été questionnées sur la prise en charge de leur enfant au niveau de la santé. De manière significative, les parents ont plus de difficultés à trouver un médecin pour leur enfant trisomique, que pour leurs autres enfants. Ce degré de difficulté est doublé lorsqu'il s'agit de consulter un chirurgien-dentiste. L'obstacle à la prise en charge par le secteur libéral est directement lié au manque de coopération du patient, qui conduit parfois le praticien à modifier son traitement, voire à y renoncer¹⁴⁵.

¹⁴² Bedi, Champion, et Horn, « Attitudes of the dental team to the provision of care for people with learning disabilities ».

¹⁴³ Folliguet, « La santé bucco-dentaires des personnes handicapées. »

¹⁴⁴ O'Day et al., « Primary care experiences of people with psychiatric disabilities : barriers to care and potential solutions ».

¹⁴⁵ Folliguet, « La santé bucco-dentaires des personnes handicapées. »

- En effet, une enquête réalisée en 2005 auprès de médecins libéraux dans l'état du Connecticut (USA) ayant pour objectif de recueillir les facteurs limitant la prise en charge a mis en évidence un obstacle majeur dans la réalisation des soins à ce type de patients : la difficulté de communication bilatérale¹⁴⁶.
- En France, en 2006, l'Assurance Maladie réalise une enquête nationale sur la santé bucco-dentaire des patients handicapés. 62 % des chirurgiens-dentistes questionnés confirment cette difficulté de communication. Une autre étude menée aux USA en 2005, relate même que 63 % des praticiens interrogés ont dû modifier la nature du traitement initialement prévu, suite au comportement d'un patient handicapé. D'ailleurs dans la plupart des cas, les soins conservateurs étaient impossibles et 42 % de ces praticiens déclaraient avoir renoncé totalement aux soins¹⁴⁷.

Une autre source de stress liée aux traitements de cette population spécifique est l'insuffisante formation des chirurgiens-dentistes à ce type de soins : « les principaux obstacles perçus par les praticiens étaient leur niveau de formation et le manque de motivation des accompagnants¹⁴⁸. » On retrouve la notion de formation initiale insuffisante ressentie par les chirurgiens-dentistes envers les patients handicapés :

A Amsterdam, 300 chirurgiens-dentistes de 29 hôpitaux d'enseignement ont été sélectionnés au hasard pour répondre à un questionnaire structuré. Une analyse d'égression multiple a été utilisée pour examiner les facteurs associés à la volonté des praticiens de traiter des patients gravement handicapés. Un programme de récompense financière fut proposé, ce qui accrut la volonté de 79 % des chirurgiens-dentistes basés dans les hôpitaux où l'on traite les patients gravement handicapés¹⁴⁹.

Préconisation proposée :

Aujourd'hui, des initiatives comme les réseaux Handident, forment des praticiens libéraux afin d'administrer les soins en dehors du système hospitalier et afin d'éviter les anesthésies générales par exemple. Pour cela, les praticiens sont spécialement formés et assistés pour utiliser une technique de sédation consciente à l'aide de protoxyde d'azote¹⁵⁰.

¹⁴⁶ Kerins et al., « Physician attitudes and practices on providing care to individuals with intellectual disabilities ».

¹⁴⁷ Folliguet, « La santé bucco-dentaires des personnes handicapées. »

¹⁴⁸ Adyanthaya et al., « Barriers to dental care for children with special needs : general dentists' perception in Kerala, India ».

¹⁴⁹ Tsai et al., « Changes and factors associated with dentists' willingness to treat patients with severe disabilities ».

¹⁵⁰ Galeotti et al., « Inhalation conscious sedation with nitrous oxide and oxygen as alternative to general anesthesia in preoperative, fearful, and disabled pediatric dental patients : a large survey on 688 working sessions ».

3.3.4. La pratique de la médecine bucco-dentaire

D'après une étude menée par Hill et al. datant de 1984, une des six sources de stress principales du chirurgien-dentiste est la recherche du perfectionnisme et des résultats idéaux¹⁵¹ ; cela n'a pas changé aujourd'hui. De plus, les relations interpersonnelles d'un chirurgien-dentiste se limitent majoritairement à celles avec ses patients, qui lui prodiguent des gratifications, ce dont tout homme a besoin pour garder une image saine de soi. De ce fait, la qualité des soins importe tout autant pour lui, que pour ses patients.

Le niveau d'exigence pour les soins les meilleurs possibles, entraîne l'utilisation des dernières technologies de pointe, et cette demande constante de perfection technique implique un réel stress¹⁵². La modernité dans notre métier s'applique non seulement aux récentes techniques qui apparaissent, mais aussi aux bases même du métier, à savoir au plateau technique qui s'enrichit de nouveaux matériels et matériaux (Figure 8).

Figure 8 : CEREC® dentaire : la CFAO révolutionne le Cabinet.



Source : Dentsply Sirona. 2018.

Le chirurgien-dentiste est soumis à une obligation de moyens. Son exercice actuel l'oblige à posséder un matériel conforme à des critères d'efficacité et de **modernité**, afin d'entreprendre des techniques de soins consensuellement reconnues, et conciliables avec les données acquises par la Science¹⁵³. Nous avons assisté progressivement à une évolution remarquable de notre profession. Cependant, une étude de l'American Express, réalisée par Opinion Way montre que 88 % des chirurgiens-dentistes trouvent leur métier beaucoup plus stressant aujourd'hui qu'il y a dix ans, et ce à cause de cette incroyable avancée technologique, malgré une imagerie plus précise et des techniques

¹⁵¹ O'Shea, Corah, et Ayer, « Sources of dentists' stress ».

¹⁵² Hill et al., « Dental practitioners and ill health retirement ».

¹⁵³ Nossintchouk, *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*.

simplifiées¹⁵⁴. Voilà donc dans l'évolution du métier une partie des sources de stress potentielles pour le chirurgien-dentiste.

Enfin, le **niveau d'exigence professionnelle** qu'il s'impose et l'insatisfaction qui en résulte sont pour lui source de stress¹⁵⁵. L'obligation de qualité et le perfectionnisme que s'impose un chirurgien-dentiste sont des facteurs de stress, car la recherche continue d'excellence crée de nombreuses frustrations¹⁵⁶. R.C.Gorter explique que les chirurgiens-dentistes ont tendance à faire des auto-évaluations négatives : sensation de diminution de l'accomplissement personnel d'où la tristesse¹⁵⁷. La satisfaction au travail n'est pas seulement bénéfique mais nécessaire pour préserver un exercice libéral serein. Quand ils débutent, les jeunes praticiens peuvent exercer de manière insatisfaisante, ils sont frustrés de ne pas pouvoir atteindre leurs objectifs (en terme de soins, de carrière, de revenus, etc.), pourtant 56 % d'entre eux ont une vision optimiste de leur métier dans l'avenir¹⁵⁸. Puis, au cours de leur carrière professionnelle, ils se heurtent à de nombreuses situations contrariantes (impossibilité de réaliser certains actes thérapeutiques sinon à perte, ingratitude des patients, perte de motivation professionnelle, etc.).

Préconisations proposées :

Les chirurgiens-dentistes ne devraient pas surenchérir leurs exigences envers eux-mêmes afin de garder une pratique pérenne. Penser à régulièrement réévaluer ses objectifs, tout en se positionnant dans une optique d'amélioration constante.

Rien ne sert non plus de faire la course à la modernité, *La science avance plus vite que l'Homme* disait Jean Bernard. Il faut donc laisser le temps faire sa part de travail, technique, psychologique, sur l'homme dans son rapport aux nouvelles technologies.

¹⁵⁴ Renouard et Labeyrie, *Le stress*.

¹⁵⁵ Hill et al., « Dental practitioners and ill health retirement ».

¹⁵⁶ Toussaint, « Démasquez votre stress : mieux vaut prévenir que guérir. »

¹⁵⁷ Gorter et al., « Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists ».

¹⁵⁸ OpinionWay, « Etude auprès des dentistes : quelles difficultés rencontrent-ils dans la gestion de leur cabinet ? »

3.4. Facteurs peu stressants

3.4.1. Le décès d'un patient

« La profession de chirurgien-dentiste est particulièrement stressante : les maladies sévères ou la mort d'un patient sont déstabilisantes pour un praticien, impliqué directement ou non, dans les soins de ce patient¹⁵⁹. » Cependant, seuls 20.4 % de nos confrères considèrent la mort d'un patient et ses conséquences comme facteur stressant dans leur pratique.

Ce qui s'explique ainsi :

- 1) La mort elle-même du patient cause du stress ;
- 2) Ce stress augmente lorsque le patient meurt de façon inattendue;
- 3) La discussion avec la famille du patient représente le moment le plus stressant pour le chirurgien-dentiste¹⁶⁰.
- 4) Le manque de formation à ce type de situation est évident¹⁶¹.
- 5) La réclamation à la famille, des éventuelles dettes du patient est un moment pénible¹⁶².

3.4.2. La localisation du cabinet

3.4.2.1. Milieu rural versus milieu urbain

Les professionnels de santé tels que les médecins ou les infirmiers sont concentrés dans le Sud de la France et en Ile-de-France. On observe la même disparité importante de densité des chirurgiens-dentistes entre le nord et le sud du pays (Figure 9), d'une part, et dans les grandes agglomérations au détriment des zones rurales, d'autre part¹⁶³.

Les densités les plus fortes s'observent dans les cinq régions du sud - Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Paca et Corse -, auxquelles il faut ajouter l'Ile-de-France et l'Alsace. A contrario, les densités les plus faibles concernent les régions périphériques de l'Ile-de-France : Centre, Basse-Normandie, Haute-Normandie et Picardie¹⁶⁴. Les organismes parlent de la « diagonale

¹⁵⁹ Amzalag, *Codes de la relation dentiste-patient*.

¹⁶⁰ Henry et al., « Response to patients' death and bereavement in dental practice ».

¹⁶¹ Klieb et Wiseman, « Death, dying and bereavement : a survey of dental practitioners ».

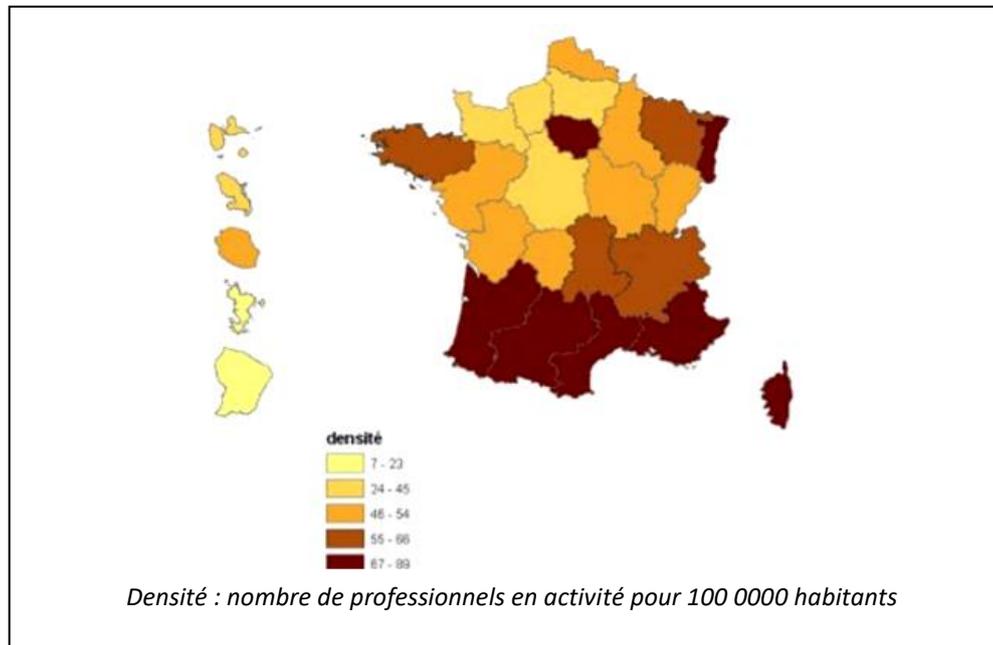
¹⁶² Pirnay, « Décès du patient avant la fin des soins ».

¹⁶³ Observatoire national de la démographie des professions de santé (France), *Le rapport 2006-2007*.

¹⁶⁴ Observatoire national de la démographie des professions de santé., « Etat des lieux de la démographie des chirurgiens dentistes ».

du vide », qui traverse la France du Nord-est ou Sud-ouest, et qui se révèle pauvre en densité médicale.

Figure 9 : Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1^{er} janvier 2013



Source : Observatoire national de la démographie des professions de santé, « Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1er janvier 2013 », 2013.

Cette inégalité de répartition s'expliquerait par deux facteurs majeurs :

- La **formation** :

La région de formation a de façon évidente un impact déterminant sur la région d'exercice. Dans la plupart des régions possédant une faculté dentaire, 60 % à 80 % des étudiants y restent pour exercer¹⁶⁵.

- Le **stress** :

Les praticiens des différentes spécialités médicales préfèrent travailler près de l'Atlantique ou de la Méditerranée, plus qu'en région parisienne où la population est à la fois stressée et stressante.

¹⁶⁵ Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Deux théories complémentaires expliquent pourquoi les grandes agglomérations véhiculent plus de stress:

- L'hyperstimulation sensorielle : la circulation, les bouchons, les grèves de métro, les pots d'échappement, le bruit, la lumière, etc. (Figure 10) stimulent notre intellect en permanence, mettant notre corps dans un état inconscient de stress aigu¹⁶⁶.
- La pollution : grâce à de nombreux d'indices, on sait que les polluants, dont certains ont une présence plus marquée en ville, ont un effet, non seulement sur les stéroïdes sexuels, mais aussi sur les hormones de stress. Ils perturbent notre système et ils augmentent notre taux de cortisol dans le sang, et génèrent un risque accru de stress chronique¹⁶⁷.

Figure 10 : Annonce d'un chirurgien-dentiste sur un réseau social.

Bonjour, vous souhaitez échapper au stress des grandes villes, aux heures passées dans la voiture ou tout simplement vous installez dans une région où il fait bon vivre. Alors rejoignez mon cabinet.
A 15 minutes au sud d'Angers au cœur du vignoble de l'Anjou, je recherche un(e) collaborateur(trice) pour faire face à la forte demande de rdv.
La patientèle est très agréable et sympathique.

Source : Facebook, 2018.

3.4.2.2. Les zones défavorisées

Pour les professionnels de santé, il existe un autre facteur de stress lié à la localisation géographique de la pratique : le fait de travailler dans des quartiers dit « sensibles ». Ce sont des quartiers où le niveau social est plutôt modeste, et où le niveau de vie est tel que les coûts des soins dentaires paraissent exorbitants par rapport à leurs revenus. Un médecin généraliste, le Docteur T. Cartier, a été agressé en février dernier dans son cabinet de Bobigny. Ce généraliste a été menacé de mort par un « *caïd* » qui exigeait le passage de son fils devant la file d'attente, sans prendre de rendez-vous. Il a depuis fermé son cabinet, après trois ans d'exercice dans cette ville de Seine-Saint-Denis. Il estime aujourd'hui que les chiffres sont probablement très sous-estimés, notamment dans les zones défavorisées, où règne un facteur de stress constant : la crainte de se faire agresser. Voici son témoignage :

¹⁶⁶ Allard, « L'impact du stress urbain ».

¹⁶⁷ Allard.

« L'un des problèmes majeurs est que l'on n'ose pas porter plainte. J'avais moi-même appelé la police avant de me rétracter. Le risque est trop grand car l'agresseur peut revenir au cabinet et rendre la vie du médecin plus difficile encore¹⁶⁸. »

Préconisations proposées :

Travailler en cabinet de groupe permet de ne pas se retrouver seul face à de telles difficultés. D'autres options peuvent être envisagées tel que mettre en place un système de télésurveillance au cabinet.

3.4.3. La prise en charge de patient à risques (exemple du patient VIH)

En 2000, l'association française de lutte contre le VIH « Aides », a mis en place un test téléphonique consistant à appeler des chirurgiens-dentistes pour prendre rendez-vous, tout en précisant leur séropositivité. Pour 440 dentistes contactés, environ un sur trois a opposé un refus de soins. En 2005, près de 350 personnes séropositives répondent à un questionnaire de Sida info service : 8 personnes sur 10 se disent victimes de discriminations survenues, une fois sur deux, dans le milieu médical¹⁶⁹.

Cependant, les mentalités et les prises de conscience ont évolué, prendre en charge un patient VIH représente beaucoup moins de stress pour la majorité des praticiens : 81.5 % des chirurgiens-dentistes interrogés dans notre étude indiquent ne pas être stressés par ce facteur. Pour les 18.5 % se sentant stressés par leur prise en charge, on explique ce stress à plusieurs niveaux :

- La peur :
 - Parfois derrière le stress se cache un sentiment de peur irrationnelle. S. Mekrami, psychologue, explique que la plupart de nos peurs ne sont pas innées mais induites par des expériences vécues ou entendues. Le psychisme se représente « une réalité indépendante » à lui tout seul, alors source d'angoisse.
 - Cette peur est aussi due à l'histoire de la maladie. Au tout début, l'opinion publique pensait que ce virus n'atteignait que les homosexuels et les personnes toxicomanes.
 - Puis, il y a la peur de la mort, car on meurt du SIDA.
 - Enfin, cette peur est entretenue par les fausses idées véhiculées sur le VIH : en 2017 un jeune sur cinq pense que le VIH peut être transmis par un baiser.

¹⁶⁸ Feertchak, « Le nombre d'agressions de médecins atteint un nouveau record ».

¹⁶⁹ Vialle, « Dentistes : encore mal à l'aise face au VIH ? »

- La méconnaissance du virus :

Les chirurgiens-dentistes français sont, pour 1/3 d'entre eux, stressés à l'idée de potentiellement pouvoir être contaminés lors d'un soin à un patient séropositif. Or, ce risque de transmission après une exposition percutanée à du sang contaminé par le VIH est estimé à 0,32 %. Le risque de transmission du VIH est quasi-nul alors que celui du VHB ou du VHC est bien plus élevé, « mais paradoxalement, ce risque est mieux accepté », déclare G. Pélissier, responsable scientifique au GERES (Groupes d'études sur le risque d'exposition des soignants)¹⁷⁰.

- La formation insuffisante:

La méconnaissance du virus des chirurgiens-dentistes relève également d'une information trop peu développée lors de leurs études initiales. La formation sur la prévention des risques ne représente qu'une dizaine d'heures de cours sur six années d'études, elle est déclarée « insuffisante » par le vice-doyen de la faculté de Paris V. De même au niveau de la formation continue : Les chirurgiens-dentistes peuvent assister à des congrès certes, mais peuvent également en filtrant les sujets des interventions, ne jamais s'informer sur le VIH¹⁷¹.

¹⁷⁰ Groupe énergies renouvelables, environnement et solidarité, « AES et risques ».

¹⁷¹ Vialle, « Dentistes : encore mal à l'aise face au VIH ? »

3.5. Réflexions autour des réponses à la question ouverte

3.5.1. L'image de la profession

Un autre facteur de stress a été mis en évidence par nos confrères : l'image de la profession et l'e-réputation. Une nouvelle fois, on note l'apparition de nouvelles sources de stress inhérente à la société. Nous vivons dans une société où tout se médiatise et où tout s'informatise, et surtout où les réseaux sociaux prennent une ampleur gigantesque. Il n'est donc pas surprenant de voir apparaître la peur d'y être mal vu. 17 répondants ont indiqué être stressés par l'image de la profession véhiculée par les médias, les politiques et les réseaux sociaux. 7 autres ont indiqué avoir peur des avis Google (Figure 11).

Figure 11 : Exemples d'avis Google péjoratifs, postés sur le profil Google de cabinets dentaires ou de chirurgiens-dentistes.



Source : Google, « Avis », 2018.

Par ailleurs, l'image de notre profession est également entre les mains des médias. M. Deslarzes constate en 2016 que les médias représentent une « ultime source d'alimentation de la peur¹⁷² » dans la société actuelle. Tous les médias, presse, radio, séries télé, publicités, etc. ne cessent d'alimenter les clichés relatifs aux chirurgiens-dentistes. Outre la vision négative que portent les médias sur les chirurgiens-dentistes (Figure 12), ils ont une forte influence sur la population : ils alimentent les angoisses des patients, pouvant aller jusqu'à créer des phobies. Pour exemple, il existe des dessins animés montrant aux enfants des chirurgiens-dentistes cyniques avec d'énormes pinces

¹⁷² Deslarzes et al., *Harmonie et efficacité au cabinet dentaire : ou l'art de concilier travail, argent et bonne humeur*.

pour « arracher » les dents, quoi de pire pour créer une énorme appréhension chez les enfants. De même, dans les films d'adultes, des clichés sont diffusés à l'insu des spectateurs¹⁷³. (Voir thèse de M. Franchiset, *Le Chirurgien-dentiste dans le cinéma et la littérature du XXe siècle*).

Figure 12 : Photo caricaturale postée sur un réseau social, représentant les préjugés de l'opinion publique vis-à-vis des chirurgiens-dentistes.



Source : Facebook. 2017.

De même, de fausses idées sur les coûts des thérapeutiques sont véhiculées : ainsi une publicité mensongère passait à la radio il y a quelques années, expliquant qu'un bridge de quatre dents coûtait 1500 euros, or une prothèse de ce type valant bien davantage, tout praticien demandant plus de cette somme pouvait passer pour un « escroc »¹⁷⁴.

Ainsi, lorsque nos patients viennent au cabinet dentaire, ils sont remplis de préjugés bercés par les médias. Ils attendent que nous leur proposons d'autres idées et cherchent à nous contredire, à leur avantage. De nos jours, de plus en plus de patients « challengent » leurs chirurgiens-dentistes. Pour ces derniers, cette inversion de situation avec le patient peut être déstabilisante, voire stressante. En effet, ledit stress se déclenche chaque fois que nous sommes face à un défi. Mr Guiraud-Chaumeil décrit le même problème de société chez les médecins :

« Les patients, ont transformé leur relation. De la confiance aveugle, de la soumission totale devant celui qui décide, ils ont évolué vers une exigence qui use et déstabilise. Ils ont droit à la santé. Ils demandent aux médecins d'être à leur service pour les

¹⁷³ Amzalag, *Codes de la relation dentiste-patient*.

¹⁷⁴ Amzalag.

guérir, pour vivre ou pour survivre. Ils font appel à eux pour tout et pour rien. Mal informés par trop d'informations, ils font plus confiance aux outils des médecins qu'aux médecins eux-mêmes. Ils prennent l'habitude d'exiger que les médecins soient à leur disposition¹⁷⁵. »

3.5.2. Réponses majoritaires de la part des chirurgiens-dentistes femmes

En France, en 2017, sont recensés 41 200 chirurgiens-dentistes en activité, et la DREES remarque que la profession s'est de plus en plus féminisée ces 15 dernières années, on compte 44 % de femmes chirurgiens-dentistes en 2016 contre 32 % en 2000¹⁷⁶. De plus, en 2017, les hommes représentent la majorité sur les réseaux sociaux : en ce qui concerne le réseau social Facebook, en moyenne 54 % des utilisateurs sont des hommes et 46 % sont des femmes. La majorité des praticiens est donc masculine physiquement et virtuellement en France.

Il est alors intéressant de se questionner sur le « pourquoi » nous avons eu une majorité de réponses féminines : peut-être les femmes sont-elles plus soumises au stress que les hommes, ce qui les induit à être alors plus intéressées par ce sujet ? Peut-être les femmes ressentent-elles plus de compassion envers leurs congénères que les hommes ?

3.5.3. Les femmes plus préoccupées par la gestion de leurs vies privées ?

Parmi les réponses à la question ouverte, 18 réponses mentionnaient la gestion et l'harmonisation de la vie professionnelle avec la vie privée. Il est à remarquer que sur ces 18 réponses, 17 ont été données par des chirurgiens-dentistes femmes.

Ainsi, la gestion du cabinet dentaire peut représenter un facteur de stress plus important pour les femmes chirurgiens-dentistes que pour les hommes. En effet, les femmes subissent une « charge mentale » importante. Le concept de charge mentale, est introduit par la sociologue Monique Haicault en 1984 dans son article *La Gestion ordinaire de la vie en deux*. Il présente le fait qu'au sein du foyer, la femme devra penser à beaucoup plus de tâches que l'homme d'un point de vue organisationnel. Même si de nos jours, la pensée féministe a évolué et que les tâches ménagères au

¹⁷⁵ Guiraud-Chaumeil, « La formation idéale d'un médecin ».

¹⁷⁶ Direction de la recherche des études des évaluations et des statistiques, « Etudes et résultats ».

sein d'un couple sont mieux distribuées, il est constaté qu'en 2018 la charge mentale demeure pour beaucoup le fait de la femme. Ainsi, la psychiatre A. Schneider dans son livre *la charge mentale des femmes... et celles des hommes*, explique que « les hommes souffrent nettement moins de ce "perfectionnisme domestique" qui étouffe certaines femmes».

Au cours de ces dernières années ce concept s'est élargi non plus seulement à la vie familiale mais aussi à la vie professionnelle : « Lorsqu'on parle de charge mentale, on évoque une somme de sur-sollicitations cognitives. Le quotidien est parsemé de nombreuses tâches plus ou moins stressantes et vous devez faire face à un grand nombre de réflexions¹⁷⁷». Ainsi cette charge mentale devient un générateur de stress lorsqu'elle devient trop importante: « Génératrice de stress, cette charge concerne surtout les femmes qui, en plus de leur emploi, s'assurent que la boutique tourne correctement¹⁷⁸».

Enfin, il est intéressant de noter que dans notre questionnaire, nous ne cherchions à déterminer les facteurs stressants du chirurgien-dentiste qu'au cabinet dentaire ; or nous avons relevé que plus d'une dizaine de praticiens répondaient dans la question ouverte : « l'harmonisation entre vie privée et professionnelle », voire pour un autre « la réaction de ma femme quand je rentre tard le soir ». La gestion de la vie privée n'est alors pas un facteur de stress au cabinet dentaire, mais elle y est intimement liée. On peut suggérer finalement que c'est la conjonction de tous ces stress qui met les chirurgiens-dentistes dans un état de stress plus important que leurs confrères du milieu médical.

¹⁷⁷ Chignard, « Travail ».

¹⁷⁸ Ton, « La "charge mentale", le syndrome des femmes épuisées "d'avoir à penser à tout" ».

Conclusion

Pour faire face au stress de la vie, l'Ordre National des chirurgiens-dentistes a mis en place une Commission de la solidarité à l'écoute des consœurs et des confrères, ainsi que de leurs proches. Cette Commission a pour objectif principal d'aider les chirurgiens-dentistes ou leurs proches en cas de maladie, de décès, de sinistre ou de grande difficulté. Son président, Jean Molla, conseiller national, examine les différentes demandes des praticiens : maladies, sinistres, impondérables qui peuvent conduire à une situation de détresse d'ordre professionnel, voire personnel. Pourtant, 85.7 % des chirurgiens-dentistes français ignorent l'existence de cette commission. De plus, ils déclarent pour 58.5 % d'entre eux qu'en cas de difficultés, ils n'y feront pas appel¹⁷⁹.

De nos jours, la victoire est aux réseaux sociaux vers lesquels les chirurgiens-dentistes préfèrent se tourner pour échanger directement, via des forums, avec confrères et consœurs.

Au fil des années, nous prenons conscience de ce que nous maîtrisons et de ce qui dépasse notre domaine de compétences. L'expérience permet également de mieux se connaître soi-même : Sommes-nous plus à l'aise au travail en tant que salarié ou en tant que praticien libéral ? En omnipratique ou dans une pratique spécialisée ? Dans un cabinet individuel ou dans un cabinet de groupe ? En se concentrant sur nos aptitudes, nous avons moins de peine à affronter l'échec, ce qui permet d'éviter certaines sources de stress. Il faut donner du temps au temps.

Notre profession est intrinsèquement stressante. Il faut donc savoir prendre du recul face aux tâches administratives, à la rentabilité, aux patients, à l'obligation de résultats, etc. D'ailleurs beaucoup de praticiens ne travaillent pas cinq jours par semaine. Plus de la moitié (50.3 %) des chirurgiens-dentistes français en 2018 affirment ne travailler que 4 jours par semaine et 27.2 % même 3 jours seulement¹⁸⁰. Pratiquer la chirurgie dentaire implique de longues journées de travail ; prendre du temps pour soi et mettre l'accent sur sa vie personnelle deviennent alors indispensables.

¹⁷⁹ Ordre national des chirurgiens dentistes, « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc ».

¹⁸⁰ Ordre national des chirurgiens dentistes.

- Le stress est lié à notre métier du fait même de sa nature, à savoir les soins de la bouche. Cette zone, essentielle du corps, est la porte d'entrée de l'intimité de nos patients. La bouche est aussi le centre du sourire, de la parole, c'est une zone de séduction, voire érogène. Elle a aussi une signification religieuse, on parle du « baiser de Dieu ». Freud a beaucoup détaillé le « stade oral » où absolument toutes les sensations et la découverte du monde passent par la bouche.

- Le stress est dû à la nature de notre pratique : nous ne sommes pas simplement « dentistes » mais « chirurgiens-dentistes », et être chirurgien requiert maintes compétences, engendre moult responsabilités et de nombreuses exigences. Nous ne sommes plus seulement passifs, observant et posant un diagnostic, mais actifs, notre main agissant et devant guérir. Une grande partie du stress inhérente à notre profession est ce pan chirurgical : il faut avoir une attention très précise, agir sur une zone bien définie, avoir un geste méticuleux. Là où la main œuvre, elle doit réussir.

Bibliographie

- Adyanthaya, A., N. Sreelakshmi, S. Ismail, et M. Raheema. « Barriers to dental care for children with special needs : general dentists' perception in Kerala, India ». *Journal of the indian society of pedodontics and preventive dentistry* 35, n° 3 (2017): 216-22. https://doi.org/10.4103/JISPPD.JISPPD_152_16.
- Aglan, A., O. Feiertag, et Y. Marec, éd. *Les Français et l'argent, XIXe-XXIe siècle : entre fantasmes et réalités*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2011.
- Allard, S. « L'impact du stress urbain ». *La presse*, 3 décembre 2013. <https://www.lapresse.ca/vivre/sante/201312/03/01-4717198-limpact-du-stress-urbain.php>.
- Amzalag, A. *Codes de la relation dentiste-patient*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007.
- Arnold, E., et K. U. Boggs. *Interpersonal relationships : professional communication skills for nurses*. 5th ed. St. Louis : Saunders-Elsevier, 2007.
- Arora, S., N. Sevdalis, D. Nestel, M. Woloshynowych, A. Darzi, et R. Kneebone. « The impact of stress on surgical performance : a systematic review of the literature ». *Surgery* 147, n° 3 (2010): 318-30. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2009.10.007>.
- Ashkenazi, M., D. Faibish, et H. Sarnat. « Dental fear and knowledge of children treated by certified pediatric dentists and general practitioners ». *ASDC journal of dentistry for children* 69, n° 3 (2002): 297-305, 235.
- Ayers, K. M. S., W. M. Thomson, J. T. Newton, et A. M. Rich. « Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies ». *Occupational medicine* 58, n° 4 (2008): 275-81. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqn014>.
- Bedi, R., J. Champion, et R. Horn. « Attitudes of the dental team to the provision of care for people with learning disabilities ». *Special care in dentistry* 21, n° 4 (2001): 147-52.
- Binhas, E. « L'assistante dentaire : une alliée indispensable ? » *Le fil dentaire*, 2010. <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/l-assistante-dentaire-une-alliee-indispensable/>.
- Bohl, J.-P., et P. Pirnay. *La peur du dentiste : comprendre et réduire l'anxiété des patients*. Malakoff : Éditions CdP, 2016.
- Bonnafous, F. *Bien organiser son cabinet dentaire*. Paris : Quintessence International, 2014.
- Bouchet-Petersen, J. « Les Français n'aiment pas parler d'argent mais ils adorent savoir ». *Libération*, 15 avril 2013. http://www.liberation.fr/societe/2013/04/15/les-francais-n-aiment-pas-parler-d-argent-mais-ils-adorent-savoir_896454.
- Bourassa, M. *Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire*. Longueuil : Groupéditions, 2008.
- Brosky, M. E., O. A. Keefer, J. S. Hodges, I. Pesun, et G. Cook. « Patient perceptions of professionalism in dentistry ». *Journal of dental education* 67, n° 8 (2003): 909-15.
- Bruers, J. M., B. Van Dam, R.C. Gorter, et M. Eijkman. « The impact of a formal complaint on Dutch dentists' professional practice : a survey study ». *BMC Oral health* 16, n° 1 (2016): 104. <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0295-8>.
- Brun, E., et M. Milczarek. « Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health ». European risk observatory report. Luxembourg : office for official publications of the european communities, 2007.
- Cerrone, R. « Les nuisances sonores au cabinet dentaire et leurs répercussions sur la santé du chirurgien-dentiste ». Thèse d'exercice, Université Claude Bernard, 2012. <http://n2t.net/ark:/47881/m6nk3bz9>.

- Chabrilac, O. « Je n'aime pas l'imprévu ». *psychologies.com*, 18 octobre 2016. <http://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Personnalité/Articles-et-Dossiers/Je-n-aime-pas-l-imprevu>.
- Chaigneau, D. « Contrôle d'activité par la Sécurité sociale ». FSDL, Fédération des syndicats dentaires libéraux, 2018. <https://www.fsd.fr/edito/contrôle-dactivite-secu/>.
- Chignard, A. « Travail : comment alléger sa charge mentale ? » *Psychologies.com*, 26 janvier 2018. <http://www.psychologies.com/Travail/Souffrance-au-travail/Stress-au-travail/Reponses-d-expert/Travail-comment-alleger-sa-charge-mentale>.
- Chipchase, S. Y., H. R. Chapman, et R. Bretherton. « A study to explore if dentists' anxiety affects their clinical decision-making ». *British dental journal* 222, n° 4 (2017): 277-90. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.173>.
- Davezies, P. « Souffrance au travail, répression psychique et troubles musculo-squelettiques ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 2, n° 15 (2013). <http://journals.openedition.org/pistes/3376>.
- Davidovich, E, Y Pessov, A Baniel, et D Ram. « Levels of stress among general practitioners, students and specialists in pediatric dentistry during dental treatment ». *Journal of clinical pediatric dentistry* 39, n° 5 (2015): 419-22. <https://doi.org/10.17796/1053-4628-39.5.419>.
- De March, P. « Stress du praticien en odontologie pédiatrique ». *I.D. L'information dentaire* 100, n° 32 (2018): 4.
- Deslarzes, M., J. Bakkers, S. Padrutt, L. Shorderet, C. Clerc, et P. Jevan. *Harmonie et efficacité au cabinet dentaire : ou l'art de concilier travail, argent et bonne humeur*. Les Ulis : Edp sciences, 2016.
- Direction de la recherche des études des évaluations et des statistiques. « Etudes et résultats ». DREES, 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1026.pdf>.
- Dossiers de l'ADF. *Les urgences médicales au cabinet dentaire*. Paris : Association dentaire française, 2011.
- Fabrega, B. « Identifier et maîtriser les besoins de financement. » *I.D. L'information dentaire* 98, n° 34 (2016): 28-36.
- Farokh-Gisour, E., et M. Hatamvand. « Investigation of stress level among dentistry students, general dentists, and pediatric dental specialists during performing pediatric dentistry in kerman, iran, in 2017 ». *The open dentistry journal* 12 (2018): 631. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010631>.
- Feertchak, A. « Le nombre d'agressions de médecins atteint un nouveau record ». *Le figaro*, 4 avril 2018. <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/04/04/01016-20180404ARTFIG00205-le-nombre-d-agressions-de-medecins-atteint-un-nouveau-record.php>.
- Filho, G.I.R, et D.M. Ribeiro. « O estresse ocupacional em cirurgiões-dentistas : o desafio da administração do trabalho ». *Saúde em revista*, 2012. <https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v12n32p7-20>.
- Folliguet, M. « La santé bucco-dentaires des personnes handicapées. » Rapport handicap, 2006. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_handicapees.pdf.
- Galeotti, A., A. Garret Bernardin, V. D'Antò, G. Ferrazzano, T. Gentile, V. Viarani, G. Cassabgi, et T. Cantile. « Inhalation conscious sedation with nitrous oxide and oxygen as alternative to general anesthesia in preoperative, fearful, and disabled pediatric dental patients : a large survey on 688 working sessions ». *BioMed research international* 2016 (2016): 7289310. <https://doi.org/10.1155/2016/7289310>.
- Gambetta-Tessini, K., R. Mariño, M. Morgan, W. Evans, et V. Anderson. « Stress and health-promoting attributes in australian, new zealand, and chilean dental students ». *Journal of dental education* 77, n° 6 (2013): 801-9.
- Gorter, R. C., M. A. Eijkman, et JH Brake Te. « Job stress and health in dentists ». *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde* 108, n° 2 (2001): 54-58.

- Gorter, R. C., M. K. Storm, J. H. M. te Brake, H. W. Kersten, et M. a. J. Eijkman. « Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists ». *International dental Journal* 57, n° 4 (2007): 279-85.
- Groupe énergies renouvelables, environnement et solidarité. « AES et risques ». GERES. Consulté le 23 octobre 2018. <http://www.geres.org/aes-et-risques/>.
- Guillaumier, A., C. Paul, K. Palazzi, et B. Bonevski. « Financial stress and smoking within a large sample of socially disadvantaged australians ». *International journal of environmental research and public health* 14, n° 3 (2017). <https://doi.org/10.3390/ijerph14030231>.
- Guiraud-Chaumeil, B. « La formation idéale d'un médecin ». *Les tribunes de la santé*, n° 16 (2007): 35-43. <https://doi.org/10.3917/seve.016.0035>.
- Hakeberg, M., G. Klingberg, J. G. Noren, et U. Berggren. « Swedish dentists' perceptions of their patients ». *Acta odontologica scandinavica* 50, n° 4 (1992): 245-52.
- Haute autorité de santé. « Annoncer une mauvaise nouvelle ». HAS, 2008. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf.
- Henry, R. G., H. A. Johnson, M. M. Holley, et A. L. Kaplan. « Response to patients' death and bereavement in dental practice ». *Special care in dentistry* 15, n° 1 (1995): 20-25.
- Hill, K. B., F. J. T. Burke, J. Brown, E. B. Macdonald, A. J. Morris, D. A. White, et K. Murray. « Dental practitioners and ill health retirement : a qualitative investigation into the causes and effects ». *British dental journal* 209, n° 5 (2010): E8. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2010.814>.
- Humphris, G. M., et C. L. Cooper. « New stressors for GPs in the past ten years : a qualitative study ». *British dental journal*, 1998.
- Information Dentaire. « Sinistrose. vie professionnelle. » *I.D. L'information dentaire* 98, n° 18 (2015): 7.
- Jacoto, D. « Une sinistralité à la hausse en implantologie ». *Ordre national des chirurgiens dentistes* 154 (2017): 14-16.
- Kapfer, C. *Dépasser ses peurs : connaître, maîtriser, se libérer : un programme adapté à chacun*. Paris : Ellébore éd., 2011.
- Kassebaum, N. J., E. Bernabé, M. Dahiya, B. Bhandari, C. J. L. Murray, et W. Marcenes. « Global burden of untreated caries : a systematic review and metaregression ». *Journal of dental research* 94, n° 5 (2015): 650-58. <https://doi.org/10.1177/0022034515573272>.
- Kay, E. J., et J. C. Lowe. « A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005 ». *British dental journal* 204, n° 11 (2008): E19; discussion 622-623. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.490>.
- Kerins, G., K. Petrovic, J. Gianesini, B. Keilty, et M. Bruder. « Physician attitudes and practices on providing care to individuals with intellectual disabilities : an exploratory study ». *Connecticut medicine* 68, n° 8 (2004): 485-90.
- Klieb, H., et M. Wiseman. « Death, dying and bereavement : a survey of dental practitioners ». *Special care in dentistry* 28, n° 2 (2008): 58-60. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2008.00017.x>.
- Krizanova, O., P. Babula, et K. Pacak. « Stress, catecholaminergic system and cancer ». *Stress* 19, n° 4 (2016): 419-28. <https://doi.org/10.1080/10253890.2016.1203415>.
- Lecomte, J. « Le pire pour un individu, c'est le sentiment d'impuissance », 2017. <http://sante.lefigaro.fr/article/-le-pire-pour-un-individu-c-est-le-sentiment-d-impuissance-/>.
- Leggat, P. A., U. Kedjarune, et D. R. Smith. « Occupational health problems in modern dentistry : a review ». *Industrial health* 45, n° 5 (2007): 611-21.
- Lejoyeux, M. « Un stress aigu peut pousser au suicide ». *Le Parisien* Fait divers (2007). <http://www.leparisien.fr/faits-divers/un-stress-aigu-peut-pousser-au-suicide-03-02-2007-2007737749.php>.

- Lenahan, M., M. Wells, et M. Scarbecz. « A retrospective study of 248 pediatric oral sedations utilizing the combination of meperidine and hydroxyzine for dental treatment ». *The journal of clinical pediatric dentistry* 39, n° 5 (2015): 481-87. <https://doi.org/10.17796/1053-4628-39.5.481>.
- Mahdavi, A., M. Fallahinejad Ghajari, G. Ansari, et L. Shafiei. « Intranasal premedication effect of dexmedetomidine versus midazolam on the behavior of 2-6-year-old uncooperative children in dental clinic ». *Journal of dentistry* 15, n° 2 (2018): 79-85.
- Martinez, J., M.P. Delaunay, N. Tomasso, A. Guy, et T. Joffre. « Hypnoanalgesia, a complementary therapy for painful care procedures ». *Revue de l'infirmière* 67, n° 242 (2018): 27-28. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2018.03.018>.
- Mataftsi, M., L. Skoura, et D. Sakellari. « HIV infection and periodontal diseases : an overview of the post-HAART era ». *Oral diseases* 17, n° 1 (2011): 13-25. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2010.01727.x>.
- Melennec, L. « Etude sur le syndrome traumatique de stress dû aux bruits de voisinage », 2008. http://site.louis-melennec.fr/le_bruit.htm.
- Moon, H., J. Seo, et S. Park. « Perceived stress in patients with migraine : a case-control study ». *The journal of headache and pain* 18, n° 1 (2017): 73. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0780-8>.
- Moore, R., et I. Brødsgaard. « Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients ». *Community dentistry and oral epidemiology* 29, n° 1 (2001): 73-80.
- Nicolielo, J. « Satisfaçao profissional do cirurgiao dentista conforme tempo de formado. » *Revista de faculdade de odontologia de bauru* 10, n° 2 (2002): 69-74.
- Nossintchouk, R. *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*. Paris : Editions CdP, 1998.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé. « Etat des lieux de la démographie des chirurgiens dentistes », 2013. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). *Le rapport 2006-2007*. Paris : La Documentation française, 2008.
- O'Day, B., M. Killeen, J. Sutton, et L. Iezzoni. « Primary care experiences of people with psychiatric disabilities : barriers to care and potential solutions ». *Psychiatric rehabilitation journal* 28, n° 4 (2005): 339-45.
- O'hana, D., M. Baudet-Pommel, I. Barthélémy, et L. Devoize. « Ulcérations buccales révélatrices d'une leucémie aiguë myéloïde de type 4 ». *Médecine buccale chirurgie buccale* 21, n° 1 (2015): 37-41. <https://doi.org/10.1051/mbcb/2015005>.
- OpinionWay. « Etude auprès des dentistes : quelles difficultés rencontrent-ils dans la gestion de leur cabinet ? », 2016. http://opinionlab.opinionway.com/dokumenty/opinionway_american_express_dentistes.pdf.
- Ordre national des chirurgiens dentistes. « Burn out chez les chirurgiens-dentistes : le choc ». *La lettre*, n° 166 (2018): 4-9.
- . « Déclarer les agressions verbales subies au cabinet dentaire », 2008. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=725&cHash=f0407420f24bd847b5b427fe295d2f07.
- . « Notre sécurité est l'affaire de tous ». *La lettre*, n° 159 (2017): 12-14.
- . « Quelles prévoyances optionnelles pour le praticien ? », 2008. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=429&cHash=3c0656a3227ae6c2a8de36fef68c9814.
- . « Rapport d'activité 2016 », 2017. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/RA2016/files/assets/common/downloads/RA_2016_ONCD_WEB_V2.pdf.

- O'Shea, R. M., N. L. Corah, et W. A. Ayer. « Sources of dentists' stress ». *Journal of the american dental association* 109, n° 1 (1984): 48-51.
- Payrau, B., N. Quere, E. Breton, et C. Payrau. « Fasciatherapy and reflexology compared to hypnosis and music therapy in daily stress management ». *International journal of therapeutic massage & bodywork* 10, n° 3 (2017): 4-13.
- Pellé-Douet, C. « Comment se protéger du stress ambiant ? » Psychologies.com, 12 octobre 2011. <http://www.psychologies.com/Bien-etre/Stress/Gestion-du-stress/Articles-et-Dossiers/Apprendre-a-moins-stresser/Comment-se-protger-du-stress-ambiant>.
- Perny, J.-C. « Le stress et le fatigue du chirurgien dentiste au cours de l'exercice professionnel ». Thèse d'exercice, Université de Nancy, 1991.
- Pirnay, P. « Au service de mon patient en tenant compte de ma santé. » *I.D. L'information dentaire* 97, n° 43 (2015): 34-36.
- . « Comment annoncer à son patient un pronostic grave » ». *I.D. L'information dentaire* 91, n° 14 (2009): 748-51.
- . « Décès du patient avant la fin des soins ». *I.D. L'information dentaire* 100, n° 10 (2018): 33.
- . *L'aléa thérapeutique en chirurgie*. Paris : L'Harmattan, 2008.
- , éd. *L'éthique en médecine bucco-dentaire*. Paris : Espace ID, 2012.
- Pirnay, P., et A. Blaizot. « Face à l'agressivité d'un patient exigeant ». *I.D. L'information dentaire* 99, n° 42 (2017): 40-41.
- Plessas, A., M. B. Delgado, M. Nasser, Y. Hanoch, et D. R. Moles. « Impact of stress on dentists' clinical performance : a systematic review ». *Community dental health* 35, n° 1 (2018): 9-15. https://doi.org/10.1922/CDH_4118Plessas07.
- Pozos Radillo, B.E., T.M. Tórriz López, M. Aguilera Velasco, M. Acosta Fernández, et G.J. González Perez. « Stress-associated factors in mexican dentists ». *Brazilian oral research* 22, n° 3 (2008): 223-28.
- Rada, R. E., et C. Johnson-Leong. « Stress, burnout, anxiety and depression among dentists ». *Journal of the american dental association* 135, n° 6 (2004): 788-94.
- Ramseier, C. A., et C. A. Wolf. « L'image de la médecine-dentaire (2e partie). Le médecin-dentiste idéal. » *Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie* 122, n° 3 (2012): 5.
- Renouard, F., et L. Labeyrie. *Le stress : anticiper et gérer*. Paris : Espace ID, 2016.
- Renshaw, J. « Dentist suicides ». *British dental journal* 215, n° 11 (2013): 593-94. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.1144>.
- RGC. « Les impayés menacent la trésorerie de votre cabinet dentaire ». RGC contentieux dentaire. Consulté le 5 août 2018. <https://www.rgc-contentieux-dentaire.com/single-post/2016/09/18/Les-impay%C3%A9s-menacent-la-tr%C3%A9sorierie-de-votre-cabinet-dentaire>.
- Rigal, J. « Optimisation de la communication entre le chirurgien-dentiste et le prothésiste dentaire grâce au numérique ». Thèse d'exercice, Université de Nice, 2017. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01628548>.
- Rønneberg, A., K. Strøm, A. B. Skaare, T. Willumsen, et I. Espelid. « Dentists' self-perceived stress and difficulties when performing restorative treatment in children ». *European archives of paediatric dentistry* 16, n° 4 (2015): 341-47. <https://doi.org/10.1007/s40368-014-0168-2>.
- Rozencweig, D., G. Rozencweig, et S. Rozencweig. *Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation*. Paris : Quintessence international, 2014.
- Seguin, A. « Dentiste libérale, j'ai été contrainte d'écourter mon congé maternité ». L'Express.fr, 2 juin 2017. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/dentiste-liberale-j-ai-ete-contrainte-d-ecourter-mon-conge-maternite_1914068.html.
- Shangase, L., L. Feller, et E. Blignaut. « Necrotising ulcerative gingivitis/periodontitis as indicators of HIV-infection ». *SADJ* 59, n° 3 (2004): 105-8.
- Sigot, F. « Maternité, comment bien gérer congé et remplacement ». *I.D. L'information dentaire* 98, n° 20 (2018): 32-33.

- The dentist. « Comment réduire le stress au cabinet dentaire? » The dentist, 6 juillet 2013. <http://thedentist.fr/comment-reduire-le-stress-au-cabinet-dentaire/>.
- Timsit-Berthier, M. « Évolution du concept de stress ». *Res-Systemica* 10, n° Spécial (2014). <http://www.intelligence-complexite.org/fileadmin/docs/1406timsit.pdf>.
- Ton, E. « La “charge mentale”, le syndrome des femmes épuisées “d’avoir à penser à tout” ». LExpress.fr, 2017. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/la-charge-mentale-le-syndrome-des-femmes-epuisees-d-avoir-a-penser-a-tout_1906874.html.
- Toussaint, M. « Démasquez votre stress : mieux vaut prévenir que guérir. » *Les cahiers de l'ADF*, n° 7 (2000): 12-17.
- Tsai, W.C., P.T. Kung, H.H. Chiang, et W.C. Chang. « Changes and factors associated with dentists' willingness to treat patients with severe disabilities ». *Health policy* 83, n° 2-3 (2007): 363-74. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.02.011>.
- University of ottawa. « Heart healthy living guide », 2018 . <https://www.ottawaheart.ca/document/heart-healthy-living-guide>.
- Vaughan, M., et A. Park. « Medical emergencies in the dental practice : management requirements and international practitioner proficiency. a scoping review ». *Australian dental journal* 63, n° 4 (2018): 455-66. <https://doi.org/10.1111/adj.12649>.
- Véringa, S. « Comment arrêter d’absorber les émotions des autres ». *Esprit Spiritualité Métaphysiques ESM* (blog), 13 février 2015. <https://www.espritsciencemetaphysiques.com/comment-arreter-dabsorber-les-emotions-autres.html>.
- Vialle, E. « Dentistes : encore mal à l’aise face au VIH ? » *Le journal du sida*, n° 210 (2009). http://www.arcat-sante.org/a/JDS/article/980/Dentistes_Encore_mal_a_l_aise_face_au_VIH.
- Wolf, C. A., et C. A. Ramseier. « L’image de la médecine dentaire (1ere partie) ». *Revue mensuelle suisse d’odontostomatologie* 122, n° 3 (2012): 6.
- Yamalik, N. « Dentist-patient relationship and quality care 2. trust ». *International dental journal* 55, n° 3 (2005): 168-70.
- Zakher, R., et M. Bourassa. « Stress factors and coping strategies in the dental profession. » *Journal (canadian dental association)* 58, n° 11 (1992): 905-6, 910-11.

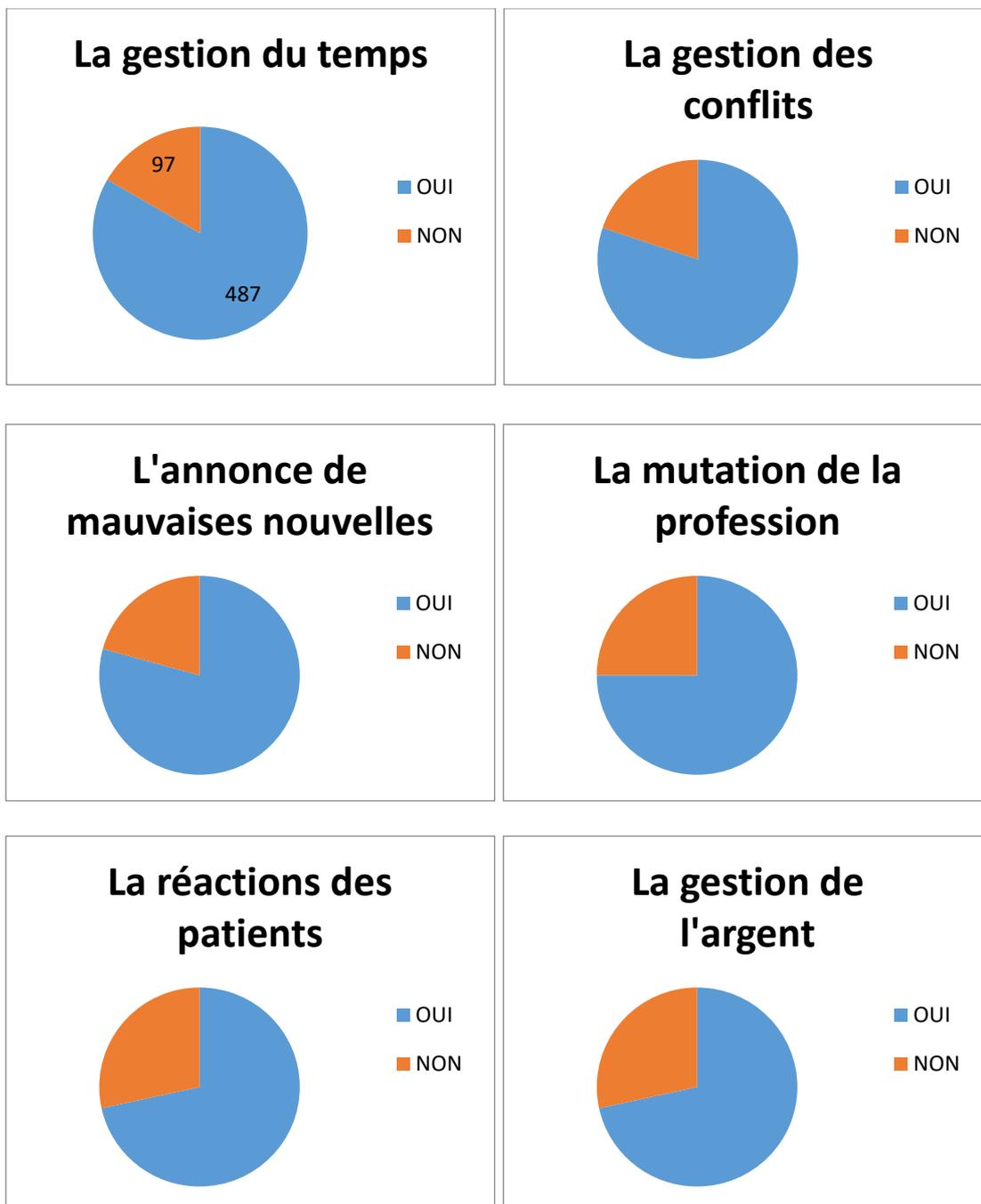
Table des figures

Figure 1 : Modèle de « l'Eustress » selon França & Rodrigues.	8
Figure 2 : Modèle du « Distress » selon França & Rodrigues. 1997.	8
Figure 3 : Les décès par suicide chez les hommes.	11
Figure 4 : Graphique représentant la répartition des réponses au questionnaire en fonction des sexes.	15
Figure 5 : Graphique illustrant la répartition des facteurs de stress.	16
Figure 6 : Caricature d'un chirurgien-dentiste face à une erreur de traitement.	25
Figure 7 : Présentation de deux types de protections auditives destinées aux chirurgiens-dentistes.	37
Figure 8 : CEREC® dentaire : la CFAO révolutionne le Cabinet.	53
Figure 9 : Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1 ^{er} janvier 2013	56
Figure 10 : Annonce d'un chirurgien-dentiste sur un réseau social.	57
Figure 11 : Exemples d'avis Google péjoratifs, postés sur le profil Google de cabinets dentaires ou de chirurgiens-dentistes.	60
Figure 12 : Photo caricaturale postée sur un réseau social, représentant les préjugés de l'opinion publique vis-à-vis des chirurgiens-dentistes.	61
Figure 13 : Graphique représentant la répartition des réponses « oui » et « non » par question.	73

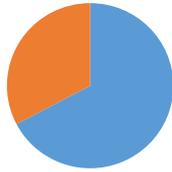
Annexes

Diagrammes des réponses par question au questionnaire.

Figure 13 : Graphique représentant la répartition des réponses « oui » et « non » par question.

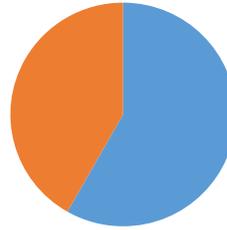


Le stress environnemental du cabinet



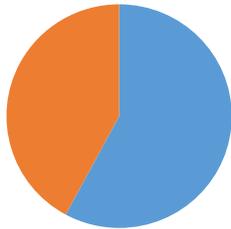
■ OUI
■ NON

Les situations d'urgence



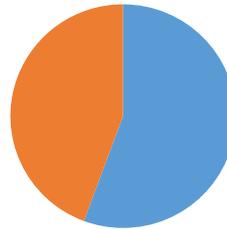
■ OUI
■ NON

Le niveau d'exigence des patients



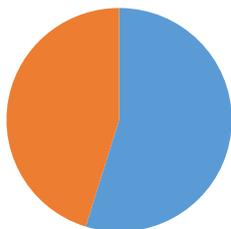
■ OUI
■ NON

Les relations avec les organismes sociaux



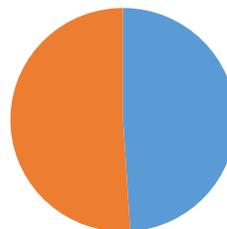
■ OUI
■ NON

La responsabilité médicale



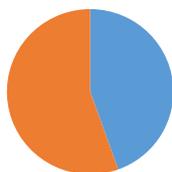
■ OUI
■ NON

La situation du praticien



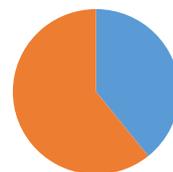
■ OUI
■ NON

La gestion de l'équipe professionnelle



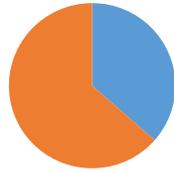
■ OUI
■ NON

La prise en charge de patients à besoin spécifiques



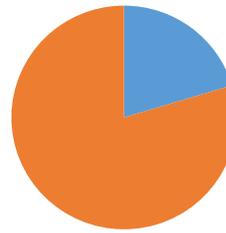
■ OUI
■ NON

La pratique de la médecine bucco-dentaire



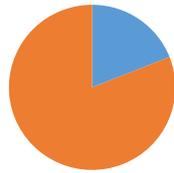
■ OUI
■ NON

Le décès d'un patient



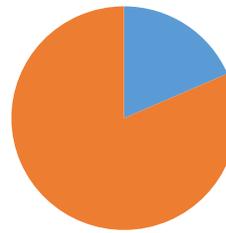
■ OUI
■ NON

La position géographique du cabinet



■ OUI
■ NON

La prise en charge de patient à risque



■ OUI
■ NON

Source : Auteur, 2018

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Professeur Philippe PIRNAY

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes

Professeur Frédéric DARDEL

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Les sources de stress au cabinet dentaire éprouvé par le chirurgien-dentiste

Résumé :

Le stress au travail est un sujet spécialement au goût du jour dans notre société clairement stressée et stressante. Le stress professionnel exerce un poids sur la santé des français. Les chirurgiens-dentistes représentent une catégorie professionnelle particulièrement touchée par le stress et les maladies qui lui sont associées. Les éléments développés dans cette thèse d'exercice mettent en évidence, de façon non exhaustive, les différents facteurs de stress pour les chirurgiens-dentistes ayant une activité libérale en cabinet dentaire. Dans ce contexte, notre étude tente d'identifier les sources de stress et de les hiérarchiser. Elle apporte une aide au praticien pour cerner ledit stress. Prendre conscience des multiples sources de stress au travail et les prendre en charge restent deux objectifs primordiaux pour le chirurgien-dentiste, afin de trouver des moyens pour anticiper ou pour remédier à toute situation de stress.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés français (fMesh et Rameau) :

Stress professionnel -- Dissertations universitaires ; Relations dentiste-patient -- Dissertations universitaires ; Dentistes -- Stress lié au travail -- Thèses et écrits académiques ; Effets du stress -- Thèses et écrits académiques

English keywords (Mesh) :

Occupational Stress -- Academic Dissertations ; Dentist-Patient Relations -- Academic Dissertations

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge