BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2012 THESE N° 2012 LYO 1D 055

T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 10 juillet 2012

par

GAUTHERON Marion

Née le 28 octobre 1985, à SAINT-VALLIER (71)

LE BURNOUT CHEZ LES CHIRURGIENS-DENTISTES

JURY

Monsieur le Professeur Henry MAGLOIRE	**Président**
Madame le Docteur Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Stéphane VIENNOT	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Matthieu FABRIS	**Assesseur**
Madame le Docteur Françoise VIALLE	**Assesseur**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Président de l'Université	M. le Professeur F-N. GILLY
Vice-Président du Conseil Scientifique	M. le Professeur P-G. GILLET
Vice-Président du Conseil des Etudes et de Vie Universitaire	M. le Professeur P. LALLE
Directeur Général des Services	M. A. HELLEU

SECTEUR SANTE

Comité de Coordination des Etudes Médicales	Président : Mme le Professeur C. VINCIGUERRA
Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur. J. ETIENNE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme le Professeur C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directeur : Mme le Professeur C. VINCIGUERRA
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. le Professeur Y. MATILLON
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directeur : M. le Professeur P. FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. le Professeur F. DE MARCHI
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. le Professeur C. COLLIGNON
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. C. VITON, Maître de Conférences
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. P. FOURNIER
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : Mme le Professeur V. MAUME DESCHAMPS
Institut Universitaire de Formation des Maîtres De l'Académie de Lyon (IUFM)	Directeur : M. R. BERNARD, Maître de Conférences
Observatoire de Lyon	Directeur : M. B. GUIDERDONI, Directeur de Recherche CNRS
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités
Vice-Doyen : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

SOUS-SECTION 56-01: **PEDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER
Maître de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ

SOUS-SECTION 56-02 : **ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Maîtres de Conférences : M. Jean-Jacques AKNIN, Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, M. Laurent MORGON, Mme Claire PERNIER, Mme Monique RABERIN

SOUS-SECTION 56-03 : **PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS
Maître de Conférences M. Bruno COMTE

SOUS-SECTION 57-01 : **PARODONTOLOGIE**

Professeur des Universités Emérite : M. Jacques DOURY
Maîtres de Conférences : M. Bernard-Marie DURAND, Mme Kerstin GRITSCH M. Pierre-Yves HANACHOWICZ, M. Philippe RODIER, Mme Christine ROMAGNA

SOUS-SECTION 57-02 : **CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION**

Professeur des Universités M. Jean-Loup COUDERT
Maître de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN, M. Jean-Pierre FUSARI

SOUS-SECTION 57-03 : **SCIENCES BIOLOGIQUES**

Professeurs des Universités : M. Henry MAGLOIRE, M. J. Christophe FARGES
Maîtres de Conférences : Mme Odile BARSOTTI,, M. Christian RIBAUX, Mme Béatrice RICHARD, Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE

SOUS-SECTION 58-01 : **ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Pierre FARGE, Mme Dominique SEUX
Maîtres de Conférences : Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 : **PROTHESE**

Professeurs des Universités : M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
Maîtres de Conférences : M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, M. Gilbert VIGUIE, M. Stéphane VIENNOT, M. Bernard VINCENT

SOUS-SECTION 58-03 : **SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTIQUES, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE**

Professeur des Universités : M. Olivier ROBIN
Maîtres de Conférences : M. Patrick EXBRAYAT, Mme Brigitte GROSGOGEAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

A Monsieur le Professeur Henry MAGLOIRE

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Habilité à Diriger des Recherches

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

La rigueur et la qualité de vos enseignements n'ont d'égales que votre sympathie et votre disponibilité.

Nous vous souhaitons une bonne continuation dans votre nouvelle vie aux quatre coins du monde.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre admiration.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

A Madame le Docteur Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Ancien Interne en Odontologie
Docteur de l'Université Grenoble 1

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de prendre place dans ce jury.

Nous avons pu apprécier tout au long de notre cursus votre compétence et votre gentillesse.

Votre disponibilité et votre engagement nous ont permis de découvrir un autre aspect de notre profession au Centre Léon Bérard.

Soyez assurée de notre admiration et de notre gratitude.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

A Monsieur le Docteur Stéphane VIENNOT

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Ancien Interne en Odontologie
Docteur de l'Université Lyon I

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

Nous avons eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement alliée à votre sens de la pédagogie et de votre humour durant ces années d'études.

Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

A Monsieur le Docteur Matthieu FABRIS

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon

Ancien Interne en Odontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

Nous tenions à vous remercier pour votre sympathie et votre disponibilité.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

A Madame le Docteur Françoise VIALLE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions infiniment d'avoir accepté de diriger notre travail et de nous avoir guider avec enthousiasme et bienveillance.

Nous avons pu bénéficier de vos qualités professionnelles et de vos conseils durant les vacations d'urgences à l'hôpital Edouard Herriot.

Veuillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

LE BURNOUT CHEZ LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Table des matières

Introduction 1

1. Le Burn-out 2

1.1. Les termes 2

1.1.1. Burnout syndrom 2

1.1.2. Karoshi 2

1.1.3. Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants (SEPS) 3

1.2. Définitions, origine, concept 3

1.2.1. Freudenberger 3

1.2.2. Maslach 4

1.2.3. Cherniss 6

1.2.4. Pines 6

1.2.5. Shirom 7

1.3. Manifestations et conséquences du burnout 7

1.3.1. Manifestations physiques 7

1.3.2. Manifestations émotionnelles 8

1.3.3. Manifestations cognitives 9

1.3.4. Manifestations comportementales 9

1.4. Mesure du burnout 10

1.4.1. Maslach Burnout Inventory (MBI) 10

1.4.2. Burnout Mesure (BM) de Pines 13

1.4.3. Mesure du burnout de Shirom-Melamed (S-MBM) 14

1.5. Diagnostic différentiel 15

1.5.1. La dépression 15

1.5.2. L'encéphalomyélite myalgique ou syndrome de fatigue chronique 17

2. Stress et coping 18

2.1. Le stress 18

2.1.1. Définition du stress, stress et burnout 18

2.1.2. Les différents types de stress 18

2.1.2.1. Le stress aigu 18

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.1.2.2. Le stress post-traumatique 19
2.1.2.3. Le stress chronique 19
2.1.3. Les théories du stress 19
2.1.3.1. Le stress comme stimulus 19
2.1.3.2. Le stress, une réponse physiologique 20
2.1.3.3. Le modèle interactionnel 20
2.1.3.4. Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman 21
2.2. Le coping 21
2.2.1. Définitions 21
2.2.2. Les différentes stratégies de coping 22
3. Causes 23
3.1. Les exigences du travail 23
3.1.1. Conditions de travail 23
3.1.1.1. La position de travail 23
3.1.1.2. Sollicitation des sens 24
3.1.1.2.1. Exposition aux bruits 24
3.1.1.2.2. Gestes et vision 24
3.1.2. Charge de travail 25
3.1.3. Pressions administratives, légales et financières 26
3.1.4. Conflit travail/famille 27
3.2. Les relations interpersonnelles 27
3.2.1. Relations praticien/patient 27
3.2.1.1. Le patient mis à nu 27
3.2.1.2. Mauvaise image du chirurgien-dentiste et manque de reconnaissance 28
3.2.1.3. Sentiment d'injustice vis-à-vis du patient 29
3.2.1.4. Les patients « difficiles » 29
3.2.2. Le soutien social 30
3.3. Les facteurs individuels 31
3.3.1. L'engagement dans son travail 31
3.3.2. Tendance au perfectionnisme 32
3.3.3. Comportement de type A 34
4. Données épidemiologiques 35
4.1. Tour d'horizon 35

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

4.2. Données démographiques 36
4.2.1. Age 36
4.2.2. Sexe 36
4.2.3. Statut marital 36
4.3. Conditions d'exercice 36
4.3.1. Seul ou en groupe 36
4.3.2. Exercice spécialisé 37
4.3.3. Temps de loisir, sport 37
5. Moyens curatifs et préventifs 38
5.1. Prévention au niveau individuel 38
5.1.1. Prévention primaire 38
5.1.1.1. Organisation du cabinet 38
5.1.1.2. Prévention du stress des patients 39
5.1.2. Prévention secondaire 39
5.1.2.1. Changer sur le plan psychologique 40
5.1.2.2. De meilleurs conditions physiques et physiologiques 40
5.1.2.3. Changer ses comportements 41
5.1.2.4. Changer son environnement de travail 41
5.2. Prévention au niveau collectif 42
5.2.1. Formation initiale 42
5.2.2. Formation continue 42
5.2.3. Médecine du travail 43
5.2.4. Conseil de l'Ordre et syndicats 43
5.3. Traitement du burnout 43
Un exemple fourni par un chirurgien-dentiste 45
Conclusion 47
Bibliographie 48

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

Le phénomène de burnout est évoqué de plus en plus dans notre société. Ce mal-être dans le monde du travail transparaît dans de grandes entreprises, telles que France Telecom, qui a connu une vague de suicides très médiatisée en 2010. (23) Dans les hôpitaux, un malaise général s'installe : pas assez de personnel et trop de travail engendrent fatigue et lassitude chez les soignants. Quand le travail rend malade, les employés « craquent » sous la pression. (1)

Qu'en est-il du métier de chirurgien-dentiste? Réputés pour avoir un taux de suicide élevé, d'être anormalement sujets aux divorces, les chirurgiens-dentistes exerceraient-ils une profession particulièrement stressante? (2) Comment éviter le burnout et quels sont les moyens pour y remédier lorsque'il entre dans la vie d'un chirurgien-dentiste ?

Nous verrons tout d'abord les définitions, les manifestations et les méthodes d'évaluation du burnout.
Puis nous nous intéresserons au stress, intimement lié au burnout, et aux stratégies employées pour y faire face, alias stratégies de coping.
Nous passerons ensuite en revue les différentes causes du burnout, qui sont liées à l'environnement de travail et aux relations avec les autres, mais aussi aux traits de caractères.
Nous nous pencherons sur un ensemble de données épidémiologiques du burnout.
Enfin, nous expliquerons les modes de prévention pour se protéger du burnout, au niveau individuel et collectif.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Le burnout

1.1. Les termes

Le terme de burnout étant à la mode, il est important de définir ce qu'est le burnout et d'éviter d'en faire un « fourre-tout » des revendications professionnelles afin de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail. De plus, il y a un risque d'utiliser le burnout comme diagnostic général qui masquerait une réelle pathologie psychiatrique (dépression, anxiété...).

1.1.1. Burnout syndrom

Le terme de burnout vient de l'anglais. «To burn » signifie « brûler », « flamber ». Tandis que «to burn out » peut se traduire par « s'éteindre », « s'user », évoquant une combustion totale, comme une bougie qui se consume entièrement. Cette image reflète l'épuisement émotionnel d'un individu engagé dans son travail et qui consomme peu à peu ses ressources jusqu'à se retrouver « vidé » de son énergie.

1.1.2. Karoshi

Ce terme japonais désigne la « mort par excès de travail ». Reconnue comme maladie professionnelle au Japon, la mort d'un employé ou son invalidité permanente, causée par une maladie cérébro-vasculaire ou maladie cardiaque ischémique, donne droit à des indemnités versées par l'Etat à l'employé ou ses ayant-droits. La connotation violente de l'épuisement professionnel au Japon se place dans une culture prônant le bien collectif, le travail, au détriment de l'individu. Les employés se « sacrifient » pour l'entreprise. D'après une étude, les deux tiers des personnes touchées travaillaient plus de 60 heures par semaines, tout en ayant accumulé plus de 50 heures supplémentaires au cours du mois précédent. (30)

1.1.3. Syndrome d'épuisement professionnel des

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

soignants (SEPS)

C'est sous la traduction de syndrome d'épuisement professionnel des soignants que le concept a été importé en France. Pourtant ce terme n'est pas le plus adapté. En effet, beaucoup moins imagé que le « burnout », le SEPS ne reflète pas la notion d'usure totale véhiculée par le terme anglais. « L'épuisement professionnel » semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. On peut noter qu'un travail dit pénible conduit après des années à une fatigue physique, mais sans comporter l'épuisement psychique caractéristique du burnout. Un terme comme « usure professionnelle » ou « usure au travail », mettant plus l'accent sur une évolution progressive du syndrome aurait sans doute été plus adapté.

De plus, le SEPS serait spécifique à certaines professions, les professionnels de la relation d'aide, alors qu'il est admis aujourd'hui que le phénomène peut toucher toutes les catégories professionnelles.

En conséquence, à défaut d'une traduction française satisfaisante, nous utiliserons le terme burnout, qui nous semble plus approprié, au cours de cet exposé.

1.2. Définitions, origine, concept

Au fil des ans, plusieurs auteurs ont étudié le burnout, aboutissant à des définitions qui se complètent plutôt qu'elles ne s'opposent. Nous verrons tout d'abord l'origine du concept avec Freudenberger et Maslach, puis la définition donnée par Cherniss pour illustrer la différence entre l'état de burnout et le processus de burnout. Enfin nous terminerons avec Pines et Shirom qui ont tous deux élaboré un instrument de mesure du burnout.

1.2.1. Freudenberger

Herbert Freudenberger, psychiatre et psychothérapeute, est souvent considéré comme celui qui a découvert le burnout lorsqu'il observe le phénomène en 1974. Travaillant alors dans une « free clinic » à New York, il remarque qu'en un an les jeunes bénévoles accueillant les drogués changent de comportement. Dépassés par leurs émotions, faisant preuve d'irritabilité, de colère, mais aussi de cynisme, ils ont du mal à faire face aux nouvelles situations et aux tensions. Ils souffrent de fatigue,

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

maux de tête, insomnies, troubles gastro-intestinaux. S'engageant dans des stratégies de surenchère, ils travaillent plus mais de façon inefficace, et s'isolent de leurs collègues. Freudenberger désigne l'ensemble de ce tableau clinique par le terme de burnout. Il estime que le phénomène apparaît quand les bénévoles se rendent compte de la futilité de leurs efforts : ils s'aperçoivent peu à peu que les toxicomanes n'écoutent pas leurs conseils et ne sortent pas de la spirale de la drogue malgré leur aide. (20)

En 1980, il définit conjointement avec Richelson le burnout comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail. » Dans cette définition, les facteurs individuels jouent un rôle important dans l'apparition du syndrome, qui frappe les individus engagés et dévoués à une cause. (11)

1.2.2. Maslach

Chercheuse en psychologie sociale, Christina Maslach a permis grâce à son travail important sur le burnout d'asseoir et de valider le concept, tout en créant un outil de mesure. Elle considère que les causes du burnout proviennent essentiellement de l'environnement de travail et qu'il est donc susceptible de toucher indifféremment tous les individus. (26)

Elle observe dès 1976 que lors de leur exercice, les professionnels de soins expérimentent aussi bien des émotions positives, comme la guérison d'un enfant, que négatives, comme l'annonce du diagnostic d'un cancer en phase terminale ou un conflit entre collègues à propos d'un traitement. Dans ces situations, ils ressentent un sentiment d'échec, qui peut les amener à remettre en cause leurs compétences et leur capacité à travailler dans ce domaine. Au cours d'une discussion avec un magistrat, Maslach découvre que les avocats nommés auprès de personnes en difficulté sociale éprouvent les mêmes contrariétés Elle émet alors l'hypothèse d'un burnout affectant les professionnels de la relation d'aide.

Grâce à des questionnaires et des entretiens auprès de différents corps professionnels (enseignement, santé, social), Maslach et Jackson identifient trois dimensions dans le burnout et le définissent en 1981 comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

réduction de l’accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d’autrui. » Au départ, une quatrième dimension, l'implication, avait été retenue, mais rapidement abandonnée car elle se confondait avec l'accomplissement personnel. (41)

L'épuisement émotionnel (EE) se traduit par un vide d'émotions, les ressources émotionnelles étant dilapidées. L'individu atteint ressent frustrations et tensions. Il manque d'énergie, de motivation pour son travail qui devient une corvée: «[Les patients] me fatiguent tous, je n'arrive plus à les supporter, ils m'agacent avec leurs problèmes, je leur parle brutalement, je suis débordée et je ne sais pas dire non, j'ai envie de les mettre à la porte... » (43)
L'épuisement émotionnel est considéré comme le point de départ du burnout. (42)

La dépersonnalisation (DP) une stratégie de défense face à l'épuisement émotionnel et représente la dimension interpersonnelle du burnout. Elle s'exprime par des attitudes distantes, cyniques (p. ex. « vu comment il est habillé celui là, on peut oublier la prothèse fixée »), impersonnelles (p. ex. « le retraitement de 14h30 est en retard ») et négatives envers les patients et les collègues (p. ex. « mon assistante est vraiment une incapable, elle me gêne plus qu'elle ne m'aide »). Elle peut aboutir à des formes de rejet, de stigmatisation et de maltraitance. Le patient n'est plus une personne que l'on soigne mais est réduit aux soins qu'il nécessite : « Celui-là qui transpire, il n'arrête pas de parler, de me poser des questions, il bouge tout le temps, on perd du temps... Il va s'arrêter oui ! » (43) Ainsi, le patient-objet se doit d'être docile et n'a pas droit de parole.
En fait, l'individu met une certaine distance entre lui et les autres pour se protéger des pressions et du stress dus à leurs attentes et à leurs demandes.

La réduction de l'accomplissement personnel (AP) désigne la dévalorisation par l'individu de ses compétences et de ses capacités à accomplir son travail, ainsi que la diminution d'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Il se sent incapable de satisfaire aux exigences de son travail et de son entourage : « Je n'y arriverai jamais. »
C'est la dimension auto-évaluative du burnout et la conséquence de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation.

Maslach et Jackson considèrent le burnout comme un état, celui de la personne atteinte.

1.2.3. Cherniss

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cherniss décrit le burnout comme un processus. Selon lui, la relation entre l'individu et son environnement, s'influençant mutuellement, aboutit au burnout.

1) Au cours d'entretiens auprès de jeunes débutants leur carrière professionnelle, il observe un déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu. Ce déséquilibre qui induit un stress est pour lui la première étape du burnout.
2) La deuxième étape, conséquence du stress, est la tension (strain) : c'est une réponse émotionnelle constituée de fatigue physique et d'épuisement émotionnel.
3) La troisième étape est une désillusion qui aboutit à un changement des comportements et des attitudes : réduction des buts initiaux et de l'idéalisme, développement d'attitudes cyniques et détachées, grande complaisance pour ses propres besoins. Cherniss considère qu'il s'agit d'un coping défensif.

Les causes du burnout se situent ici dans l'environnement de travail (conflits) mais aussi au niveau de l'individu (attentes inadaptées, formation insuffisante).

1.2.4. Pines

Pines considère que le travail représente une quête existentielle pour la plupart des individus. Ainsi un individu «brûlant» de motivations et d'attentes se consumerait dans le burnout à cause de son décalage par rapport à la réalité de son travail. Ceux qui entrent dans la vie active partagent certains espoirs : avoir une influence significative, du succès, être apprécié, et pour les professionnels de l'aide, faire pour et avec les autres.

Pines définit le burnout comme un « état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par une longue implication dans des situations exigeantes émotionnellement. »
1) L'épuisement physique se traduit par un manque d'énergie, une fatigue chronique, des douleurs physiques et psychosomatiques.
2) L'épuisement émotionnel regroupe des sentiments de désespoir, d'impuissance, d'être pris au piège.
3) L'épuisement mental concerne le développement d'attitudes négatives envers soi même, son travail, sa vie.
Ce n'est pas l'échec en tant que tel qui provoque le burnout mais la perception que quelque soient les efforts, on ne peut avoir un impact significatif.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pines a élaboré un outil de mesure du burnout. Son champ de recherches sur le burnout s'étend des milieux professionnels aux conflits politiques et aux relations de couple.

1.2.5. Shirom

Shirom définit le burnout comme une « réaction affective au stress permanent et dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles », qui se manifeste par une « combinaison de fatigue physique, d'épuisement émotionnel et de lassitude cognitive. »

Cette définition renvoie quasi exclusivement à la dimension EE de Maslach et Jackson. En effet, Shirom considère que l'épuisement émotionnel est la base du burnout, la dépersonnalisation n'étant qu'une réaction de coping et la réduction de l'accomplissement personnel une conséquence du burnout.

1.3. Manifestations et conséquences du burnout

Les manifestations et les conséquences du burnout se confondent. (44)

1.3.1. Manifestations physiques

Le symptôme le plus typique est la fatigue chronique. Celle-ci est persistante et n'est pas soulagée par une période de repos.
Le syndrome de burnout s'accompagne de nombreuses manifestations psychosomatiques : douleurs ou symptômes inexpliquées telles que :

- douleurs musculo-squelettiques (en particulier mal de dos),
- céphalées
- troubles digestifs
- troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie)
- rythme cardiaque élevé au repos

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

- élévation des niveaux de cholestérol, triglycérides, acide urique
- risques cardiovasculaires et de diabète de type 2 augmentés.

Ainsi le burnout affecte directement la santé de l'individu touché. (44)

1.3.2. Manifestations émotionnelles

Sur le plan psychique, de nombreux symptômes peuvent être rencontrés, variant suivant la personnalité en proie au burnout :

- irritabilité,
- humeur changeante,
- moindre tolérance aux frustrations,
- susceptibilité,
- méfiance,
- anxiété,
- sentiment d'impuissance,
- tristesse,
- désespoir, état dépressif pouvant générer des idées suicidaires.

Agressivité et humeur lunatique pénalisent l'individu dans sa relation aux autres qui supportent mal cette tension.

Dans les cas extrêmes, l'individu submergé par ses idées noires tombe en dépression grave. Or une dépression non traitée augmente le risque de suicide. Près de 70% des personnes qui décèdent par suicide souffraient d’une dépression. (19)

1.3.3. Manifestations cognitives

Les troubles de la cognition comprennent :

- une diminution de l’attention, de la réflexion et de la créativité,
- des difficultés mnésiques,
- des troubles du jugement,
- une incapacité à prendre une décision.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

En conséquence, l'individu est handicapé dans son travail, ses performances et ses capacités étant diminuées.

1.3.4. Manifestations comportementales

Les manifestations comportementales du burnout sont variées et on les retrouve au niveau de l'individu, de ses relations et de son travail.

Au niveau de l'individu, le burnout s'accompagne :

- d'une mauvaise hygiène de vie : manque d'activité physique et sportive, prise de risques,
- de pratiques addictives : consommation accrue de tabac, d'alcool, de café, de médicaments à visée anxiolytique ou pour soulager les somatisations. (21, 37)

Dans sa vie privée, l'individu a tendance à s'isoler de ses amis et même de sa famille, se comportant parfois de manière distante et « professionnelle » avec ses enfants. Le burnout, en s'invitant dans la sphère familiale, génère souvent des divorces.

Dans le milieu professionnel, on remarque deux styles de comportements différents. Soit l'individu s'investit encore plus, travaillant au delà de ses limites mais de manière inefficace, perdant de la productivité. Soit il s'implique moins et s'éloigne de son travail. Fréquemment, le souhait de changer de métier est exprimé.

De plus, un individu épuisé émotionnellement aura tendance à prendre des décisions impersonnelles et moins coûteuses en temps et/ou en argent. Ainsi, en affectant les prises de décision, le burnout est un danger pour l'exercice professionnel. (4)

1.4. Mesure du burnout

1.4.1. Maslach Burnout Inventory (MBI)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le Maslach Burnout Inventory est un des seuls outils de mesure validé et de maniement facile. Traduit dans de nombreuses langues, il permet de mesurer le burnout auprès de groupes importants et d'en étudier systématiquement les causes. C'est l'instrument le plus utilisé pour mesurer le burnout, ce qui permet une comparaison aisée entre les différentes études.

Il est composé de 22 items évaluant les trois dimensions du burnout : épuisement émotionnel (neuf items), la dépersonnalisation (cinq items), l'accomplissement personnel (huit items).
Chaque item est une affirmation renvoyant au travail et suivie d'une échelle en sept points (de 0=jamais à 6= tous les jours), évaluant la fréquence selon laquelle la personne a ressenti l'expérience, l'émotion ou le sentiment en question. Dans la 1ere version du MBI, il était prévu d'évaluer l'intensité en plus de la fréquence. Mais les recherches ayant montré que intensité et fréquence étaient fortement corrélées, seule la fréquence est en général mesurée.

Le MBI a été conçu pour les professions de l'aide. Mais des recherches récentes montrent la continuité du construct de burnout à travers toutes les professions (Leifer et Schaufeli, Truchot) et il a donc été adapté aux autres professions. On compte actuellement trois versions : MBI Human Service Survey pour les professionnels de l'aide, le MBI Educators Survey destiné aux enseignants, le MBI General Survey destiné à l'ensemble des professionnels. Cette dernière version est différente quant à son contenu et son nombre d'items (16) : il évalue l'épuisement émotionnel (5 items), le cynisme (cinq items) et l'efficacité professionnelle (six items).

MASLACH BURNOUT INVENTORY
(Human Service Survey)

Indiquez la fréquence des affirmations suivantes d'après cette échelle : 0 : Jamais ; 1 : Quelques fois par an ; 2 : Une fois par mois; 3 : Quelques fois par mois; 4 : Une fois par semaine; 5 : Quelques fois par semaine; 6 : Tous les jours.

	0	1	2	3	4	5	6
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.							
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.							
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que							

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

j’ai à affronter une autre journée de travail.							
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.							
5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.							
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.							
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.							
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.							
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.							
12. Je me sens plein(e) d'énergie.							
13-Je me sens frustré(e) par mon travail.							
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.							
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.							
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.							
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.							
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.							
20. Je me sens au bout du rouleau.							

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.							
22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.							

Les scores EE, DP et AP sont mesurés séparément : on calcule le total de points pour chaque dimension.

L'épuisement émotionnel correspond aux questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Son score est bas en dessous de 17, moyen entre 18 et 29, élevé au dessus de 30.

La dépersonnalisation correspond aux questions 5, 10, 11, 15, 22. Son score est bas en dessous de 5, moyen entre 6 et 11, élevé au dessus de 12.

L'accomplissement personnel correspond aux questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Son score est bas en dessous de 33, moyen entre 34 et 39, élevé au dessus de 40.

Un burnout élevé est indiqué par de hauts scores d'EE et de DP et un faible score d'AP.

Bien que sa validité ait été prouvée, le MBI peut faire l'objet de plusieurs critiques.

Tout d'abord, les frontières entre les scores de burnout (élevé, moyen, bas) ont été définies artificiellement et on sait pas à quel type de symptômes et d'état d'épuisement ils correspondent. On ne peut pas dire avec certitude à partir de quel moment un individu souffre de burnout. Maslach et Jackson ont déterminé les limites à partir d'études du burnout sur 11067 individus : le tiers ayant les plus haut score de burnout (EE et DP élevé, AP bas) ont été considéré comme souffrant d'un burnout élevé.

Ensuite, il faut noter l'influence de la culture sur le burnout. Il est important d'établir des étalonnages nationaux. Les Etats-Unis ayant en moyenne des résultats plus élevés, il est possible que le travail y soit plus stressant qu'en Europe, notamment à cause de l'insécurité lié au travail.

De plus, l'effet du « travailleur en bonne santé » doit être pris en compte. Il désigne le fait que les études fixant les limites entre burnout bas, moyen et élevé ne prenaient en compte que des gens travaillant, relativement en bonne santé, excluant ceux en arrêt maladie ou ayant changé de profession à cause des effets du burnout, d'où un risque de sous estimation des niveaux réels de burnout.

Enfin, utiliser le MBI, c'est accepter la définition du burnout de Maslach et Jackson. La définition et la mesure du burnout restent prisonnières de cet instrument. (41, 44)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.4.2. Burnout Measure (MB) de Pines

C'est l'échelle la plus utilisée après le MBI. Le Burnout Measure comprend 21 items, gradué d'une échelle en sept points allant de jamais à toujours. Il existe une version courte en 10 items, plus simple d'utilisation. Aucun item ne fait explicitement référence à l'environnement de travail. Le BM est unidimensionnel et l'individu obtient un score global.

Le degré de burnout mesuré par le BM est plus fortement corrélé avec la dimension EE du MBI qu'avec les autres. Il est aussi fortement corrélé avec les exigences du travail, l'insatisfaction professionnelle, l'intention pour le salarié de quitter son emploi ou encore les plaintes psychosomatiques.

BURNOUT MEASURE DE PINES

Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre sentiment afin de répondre à la question posée:
1 : jamais ; 2 : presque jamais ; 3 : rarement ; 4 : parfois ; 5 : souvent ; 6 : très souvent ; 7 : toujours.

En pensant à votre travail, globalement…

	1	2	3	4	5	6	7
1 …vous êtes-vous senti(e) fatigué(e)							
2 …vous êtes-vous senti(e) déçu(e) par certaines personnes							
3 …vous êtes-vous senti(e) désespéré(e)							
4 …vous êtes-vous senti(e) « sous pression »							
5 …vous êtes-vous senti(e) physiquement faible ou malade							
6 …vous êtes-vous senti(e) « sans valeur » ou « en échec »							
7 …avez-vous ressenti(e) des difficultés de sommeil							
8 …vous êtes-vous senti(e) délaissé(e)							

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

9 …vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)							
10 …pouvez-vous dire « J'en ai assez »/« Ca suffit »							

1.4.3. Mesure du burnout de Shirom-Melamed (S-MBM)

Le S-MBM a été conçu par Shirom et Melamed d'après la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll.

Il évalue les ressources physiques, émotionnelles et cognitives d'un individu. Il est composé de quatorze items, accompagnés d'une échelle mesurant la fréquence en 7 points allant de presque jamais à presque toujours.

La perte de ces ressources conduit à une fatigue physique (items 1 à 6), une lassitude cognitive (items 7 à 11) et un épuisement émotionnel (items 12 à 14).

D'après Hobfoll, le stress apparaît quand les ressources d'un individu sont menacées, quand elles sont perdues, ou quand l'individu investit des ressources sans obtenir les gains attendus en retour. De plus, suivant son principe de primauté des pertes, un individu ayant perdu une ressource est plus susceptible d'en perdre une autre. Ainsi le burnout serait le résultat d'un cycle de pertes sur une longue période. (44)

Contrairement aux MBI et BM, cette conception permet de faire clairement la différence entre le burnout et :

- les perceptions du stress précédant le burnout,
- les stratégies pour faire face au burnout, comme prendre de la distance avec les patients,
- les conséquences du burnout telles que la diminution des performances.

QUESTIONNAIRE « MELAMED SHIROM BURNOUT MEASUREMENT »

Indiquez la fréquence des états décrits qui correspondent à votre vécu au travail :

1 : Presque jamais; 2 : Très peu fréquemment; 3 : Peu fréquemment; 4 : Parfois; 5 : Souvent;

6 : Très souvent; 7 : Presque toujours.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Je me sens fatigué(e).							
2. Je n'ai aucune énergie pour aller au travail le matin.							
3. Je me sens physiquement vidé(e).							
4. J'en ai par-dessus la tête.							
5. J'ai l'impression que mes batteries sont à plat.							
6. Je me sens épuisé(e).							
7. Je peine à réfléchir rapidement.							
8. J'ai du mal à me concentrer.							
9. J'ai l'impression de ne pas avoir les idées claires.							
10. J'ai l'impression que je n'arrive pas à concentrer mes pensées.							
11. J'éprouve de la difficulté à réfléchir à des choses complexes.							
12. Je me sens incapable de ressentir les besoins de mes collègues et des patients.							
13. Je sens que je ne peux pas m'investir émotionnellement avec les collègues et les patients.							
14. Je me sens incapable d'être proche de mes collègues et des patients.							

D'après l'Université des Sciences Sociales de Toulouse, LIRHE – CNRS

1.5. Diagnostic différentiel

1.5.1. La dépression

La dépression désigne un état de perte de motivation et d'élan vital chez un individu. Plusieurs symptômes peuvent être associés tels que perte d'espoir, d'envie, d'estime de soi, anxiété, angoisse, fatigue, tristesse, pensées négatives, intentions suicidaires... (8, 9)

Elle est définie par l'Association Américaine de Psychiatrie dans son manuel diagnostique et

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

statistiques des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM) selon les critères suivant (3) :

1) L'individu présente au moins cinq de ces neufs symptômes depuis au moins deux semaines :

- Humeur dépressive,
- Diminution du plaisir et de l'intérêt pour toutes choses,
- Perte d'appétit et de poids d'au moins 5% par mois,
- Troubles du sommeil : insomnie ou hypersomnie
- Troubles de la concentration
- Troubles du comportement : agitation ou ralentissement des activités
- Sentiments de culpabilité, manque de valorisation de soi
- Fatigue et perte d'énergie
- Pensées de mort et de suicide

2) Ces symptômes entraînent une détresse et perturbent les relations sociales et le travail de l'individu.

3) Ces symptômes ne sont pas liés à l'utilisation de médicaments, d'une drogue, ni à un problème médical.

4) Ces symptômes ne sont pas le résultat d'un deuil.

On peut noter trois points qui différencient le burnout de la dépression :

- L'origine du burnout est facilement identifiable, liée au travail, tandis que les causes de la dépression sont souvent plus floues.
- Les conséquences du burnout affectent essentiellement la vie professionnelle, contrairement à la dépression qui touche en même temps les sphères privée et professionnelle.
- Dans le burnout domine un sentiment d'épuisement global, alors que la dépression est marquée par la tristesse.

Burnout et dépression partagent des symptômes, surtout en ce qui concerne l'épuisement émotionnel mais sont distincts dans leur origine et leur développement. (4)

1.5.2. L'encéphalomyélite myalgique ou syndrome de fatigue chronique

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'encéphalite myalgique est une maladie neurologique caractérisée essentiellement par une fatigue inexpliquée et persistante (durant plus de six mois), non soulagée par le repos. Des symptômes peu spécifiques peuvent être associés : douleurs musculaires et articulaires, malaise généralisé, céphalées...

Actuellement, l'hypothèse d'une étiologie virale est avancée, ainsi qu'une possible prédisposition génétique. D'autres éléments seraient susceptibles de déclencher la maladie : un traumatisme physique, une anesthésie, l'exposition à des polluants environnementaux, à des produits chimiques ou à des métaux lourds, l'immunisation.

Cette pathologie apparaît souvent de façon soudaine, entraînant une détérioration rapide et importante de la santé. Elle peut toucher toutes les catégories d'âges, tous les groupes ethniques et tous les niveaux socio-économiques. (30)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Stress et coping

2.1. Le stress

2.1.1. Définition du stress, stress et burnout

Les définitions du burnout font souvent référence à la notion de stress. Quand au burnout, il serait le résultat d'un stress professionnel persistant.
Schaufeli et Buunk différencient ainsi stress et burnout : « Le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques. En contraste, le burnout peut être considéré comme le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources et ainsi d'un stress professionnel prolongé. » (44)
Le stress serait donc le résultat d'une tension passagère, tandis que le burnout résulte de tensions continues. Le burnout s'applique spécifiquement au travail tandis que le stress qualifie des tensions éprouvées dans tous les moments pénibles : deuil, maladie, déménagement...
De plus la notion de stress peut désigner aussi bien un élément de l'environnement (un stimulus ou un stresseur) que la tension ressentie (la réaction aux stresseurs).

2.1.2. Les différents types de stress

2.1.2.1. Le stress aigu

Le stress aigu se rencontre quand l'individu doit réagir rapidement face à une situation nouvelle, imprévue : un accident, un bruit intense, une dispute. La menace est claire, l'état d'anxiété augmente rapidement en réaction. Le retour à l'état physiologique et psychologique normal est rapide, le temps éloignant l'événement.

2.1.2.2. Le stress post-traumatique

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Il apparaît chez les personnes qui éprouvent de la détresse en souvenir d'une expérience particulièrement traumatisante : accident, agression, confrontation à la mort. Le stress post-traumatique peut être ressenti des mois ou des années après l'évènement.

2.1.2.3. Le stress chronique

Il résulte d'une exposition longue et répétée à des agents stressants, pas toujours identifiés clairement par l'individu. Les tensions s'accumulent progressivement et peuvent avoir des effets nocifs : troubles du sommeil, maladies cardio-vasculaires, symptômes dépressifs, problèmes cognitifs, immunodépression... Le stress chronique draine lentement l'énergie et les ressources personnelles, qui s'épuisent au contact des mini-stresseurs, sans déclencher d'alarme chez l'individu et donc sans coping, engendrant des états pathologiques. C'est ce stress que l'on retrouve dans le burnout.

2.1.3. Les théories du stress

2.1.3.1. Le stress comme stimulus

Dans les années 1940-1950, le stress est défini comme ce qui arrive à l'individu et non ce qui se passe en lui. Les stimulus sont des propriétés objectives et mesurables de l'environnement telles que bruit, fumées, charge de travail... Intervient alors le concept d'élasticité : quand on applique un poids, une force sur une barre de métal, celle-ci va se déformer. Si la force est faible, le métal retrouve sa forme initiale mais au delà d'une certaine force, le dommage subi est permanent : c'est la limite d'élasticité.

Ainsi en extrapolant ce concept à l'homme, chaque individu serait apte à supporter une certaine somme de stress ; au delà de cette limite, un stress même mineur serait insupportable, occasionnant des effets pathologiques. (44)

2.1.3.2. Le stress, une réponse physiologique

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

A l’opposé de la définition précédente, ici le stress n’est pas le stimulus qui provoque une tension mais la réponse au stimulus.

Pour Cannon, l'organisme tend à maintenir un équilibre constant, l'homéostasie. Quand des agents internes ou externes engendrent des modifications trop importantes, l'organisme déclenche des processus physiologiques pour rétablir l'équilibre. Ainsi il définit le stress comme la réponse adaptative à toute sollicitation excessive. Cette réponse est non spécifique au stresseur.

Seyle, dans la continuité de Cannon, décrit le Syndrome Général d'Adaptation composé de trois phases :

- Pendant la phase d'alarme, l'organisme mobilise ses forces pour faire face à l'urgence : les mécanismes de défenses sont activés et préparent à l’action : production d’adrénaline, accélération du rythme cardiaque.
- Vient alors la phase de résistance durant laquelle l'organisme s’adapte à la situation stressante et tente de lutter contre les perturbations physiques ou psychiques. Cependant si la situation perdure, l’organisme risque de s’affaiblir.
- La dernière phase est l'épuisement des capacités de lutte de l'organisme.

D'après Seyle, la vie d'un individu est une succession de processus d'adaptation aux conditions changeantes de l'environnement, toute demande bonne ou mauvaise entraînant les mêmes réponses biologiques de l'organisme. L'individu est alors passif. (17)

Mais ces deux grands modèles stimulus-réponse négligent tous deux le contexte dans lequel apparaissent le stresseur et la réaction à celui-ci. De plus ils n'expliquent pas le fait que deux personnes confrontées au même stresseur répondent de manière différente. (28)

2.1.3.3. Le modèle interactionnel

Ce modèle présente le stress comme une interaction entre l'individu et la situation. Il étudie le lien de cause à effet entre le stimulus et la réponse de l'individu, entre les stresseurs environnementaux et les réactions modelées par les caractéristiques individuelles.

2.1.3.4. Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ce modèle repose sur le concept d'évaluation cognitive : l'individu ne répond pas passivement au monde extérieur : il l'évalue et réagit en fonction de cette évaluation .Le stress apparaît lorsque l'individu évalue l'évènement comme menaçant et dépassant ses capacités de faire face. Ainsi, le stress n'est pas dans la personne ni dans l'environnement mais résulte de la transaction entre les deux, expliquant donc les variations de réactions entre deux individus face au même stresseur. La relation entre stresseur et individu n'est pas statique, chacun pouvant influencer l'autre.

Pour Lazarus et Folkman, l'évaluation cognitive se fait en deux temps :

- **Evaluation primaire : l'individu analyse la situation dans laquelle il se trouve. Il définit l'évènement auquel il fait face comme une menace, un défi, ou comme non pertinent, inintéressant.**
- **Evaluation secondaire : l'individu examine ensuite ses ressources disponibles et envisage plusieurs réactions possibles face à la menace.**

Du résultat de ces deux évaluations dépend la stratégie adoptée face à l'évènement : agir directement, chercher du soutien, ne rien faire... L'évaluation médiatise la relation entre le stresseur et la façon d'y faire face : ce qu'on appelle le coping. (28)

2.4. Le coping

2.4.1. Définitions

Le terme coping vient de l'anglais « to cope with » qui signifie « faire face à ». Il désigne les stratégies d'ajustement mises en place pour supporter une situation ou pour diminuer la tension provoquée par celle-ci.

Folkman et al. définissent le coping comme les « efforts cognitifs et comportementaux de la personne pour réduire, minimiser, maîtriser ou tolérer les exigences internes et externes de la transaction personne/environnement évaluée comme éreintante ou dépassant les ressources de la personne. » (44)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.4.2. Les stratégies de coping

Face à un même évènement, un individu peut utiliser successivement plusieurs stratégies de coping. Par exemple, il peut choisir d'affronter une menace. Suivant l'efficacité de son action, il pourra maitriser ou non le stresseur, puis changer de stratégie après réévaluation de la situation.

Les stratégies de coping peuvent être classées en deux grandes catégories :

- celles centrées sur le problème : résolution du problème, affronter la situation
- celles centrées sur l'émotion, aussi appelées coping palliatif : minimisation de la menace (« Je me suis dit que ce n'était pas si grave. »), réévaluation positive («Je suis sorti plus fort de cette épreuve. »), auto-accusation, évitement-fuite, recherche de soutien social.

Le coping centré sur le problème est choisi préférentiellement si la situation paraît maîtrisable. En général, il est plus efficace que le coping centré sur l'émotion, qui est surtout utilisé quand le stresseur ne paraît pas modifiable. Les stratégies d'évitement peuvent être utiles ponctuellement, mais à long terme elles sont nocives puisque rien n'est fait pour changer la situation. Dans certains cas, un coping d'action (comme vouloir tout contrôler) peut se révéler nocif. (17)

Les différentes stratégies de coping seraient utilisées préférentiellement suivant la personnalité de l'individu (par exemple quelqu'un d'extraverti aura tendance à se tourner vers les autres, tandis qu'une personne névrosée ruminera des pensées noires dans son coin) mais dépendent avant tout de la situation. (6, 44)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Causes

3.1. Les exigences du travail

3.1.1. Conditions de travail

De nombreux aspects du travail de chirurgien-dentiste sont physiquement fatigants.

3.1.1.1. La position de travail

Le chirurgien-dentiste travaille soit assis, soit debout. La position idéale n'existe pas et il faut choisir la plus naturelle.

La position assise avec le patient allongé est la plus confortable, les articulations sont moins sollicitées et le retour veineux est facilité par diminution de l'effet de la pesanteur. Le corps repose sur trois points d'appui : plantaire, ischiatique et fémoral, l'angle tronc-cuisse doit être supérieur à 90°.

Cependant, certains actes peuvent être plus faciles debout : prise d'empreinte, extractions. Les pieds doivent rester dans le prolongement du corps afin d'éviter de travailler penché.

Les deux positions peuvent entraîner des pathologies: troubles musculo-squelettiques, troubles circulatoires des membres inférieurs... De fait, la quasi totalité des praticiens se plaignent de douleurs, surtout pendant les cinq premières années d'exercice. D'après Murtomaa, 22% des chirurgiens-dentistes trouvent les positions de travail fatigantes, au point de trouver le métier désagréable à long terme. (27)

Chaque segment de la colonne vertébrale souffre :

- Chez les hommes, les douleurs sont signalées à 42% au niveau lombaire, 34% au niveau cervical et 24% au niveau dorsal.
- Chez les femmes, elles sont situées à 36% au niveau lombaire, 41% au niveau cervical et 24% au niveau dorsal.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Il est à noter que les lombalgies sont plus fréquentes chez les praticiens travaillant en vision directe qu'en vision indirecte, respectivement à hauteur de 60% contre 40%. (13)

Les chirurgiens-dentistes sont des sujets à haut risque de pathologie vertébrale.

3.1.1.2. Sollicitation des sens

Bien qu'elle ne soit pas la principale source de stress, l'agression constante des sens du chirurgien-dentiste contribuent à augmenter agacement et fatigue. (36)

3.1.1.2.1. Exposition aux bruits

D'après une commission du Ministère de la Santé, un niveau sonore supérieur à 60dB est une source indiscutable de nuisance. Or cette limite est largement dépassée dans le cadre de l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste.

En effet, de nombreux instruments génèrent du bruit :

- le détartreur à ultrasons : 90 dB pour une fréquence de 40 000 Hz,
- la turbine : jusqu'à 110 dB, soit plus qu'une moto,
- l'aspiration : 70 dB.

Le praticien est exposé tout au long de la journée à un niveau sonore d'environ 85 dB, résultant du fonctionnement de l'aspiration et de la turbine. (5)

3.1.1.2.2. Gestes et vision

Les actes de dentisterie concernent une zone restreinte du corps humain : la cavité buccale.
Le praticien travaillant sur une ou plusieurs dents se focalise sur une zone encore plus réduite. Les gestes sont très techniques et précis et demandent une attention soutenue. Travailler de façon minutieuse exige une grande concentration de la part du chirurgien-dentiste, et ce avec chacun de ses patients. De plus c'est souvent en fin de journée, après 17h, quand le praticien commence à fatiguer qu'il doit voir le plus de patients. (2)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

3.1.2. Charge de travail

Le chirurgien-dentiste peut être confronté à un excès de travail tant sur le plan quantitatif que qualitatif. (22)

La surcharge qualitative désigne le fait de ne pas pouvoir réaliser son travail de manière satisfaisante, par manque de compétences ou manque de temps. Il n'est pas toujours possible de répondre complètement aux doléances du patient, de conserver une dent trop délabrée ou de soulager totalement la douleur. Cela peut être vécu comme un échec par le praticien, qui remet en cause son savoir-faire clinique.

La surcharge quantitative se manifeste par un trop plein de travail, de patients dans un temps limité, faisant de la journée de travail une course contre la montre. (14) Cependant, plus que l'amplitude horaire, c'est le nombre de patients suivis qui amènent à un surmenage. Notamment, l'écart entre le nombre réel de patients vus par jour et le nombre souhaité par le praticien contribue à l'apparition du burnout. (44)

Pour une profession libérale ayant la possibilité de gérer son emploi du temps, les chirurgiens-dentistes ont un temps de travail élevé : en 2000, 38% des praticiens travaillaient plus de 10h par jour, 51% entre 8 et 10h, 10,9% entre 5 et 8h, sur 5 à 6 jours pour 56,8% des hommes et 39,9% des femmes, sur 3 à 4 jours pour 60,1% des femmes et 44,6% des hommes. (13)
Les pressions de patients toujours plus nombreux, mais aussi des raisons financières, incitent le praticien à faire fonctionner son cabinet au maximum, parfois au détriment de sa vie privée.

Cependant depuis quelques années s'amorce une diminution du temps de travail. Les jeunes chirurgiens-dentistes privilégient une collaboration plutôt que le rachat d'un cabinet. Investissant moins au départ, ils peuvent se permettre de moins travailler que leurs aînés. De plus, grâce à la rétrocession d'honoraires du collaborateur, le praticien propriétaire peut alors diminuer son activité sans diminuer son chiffre d'affaire.

3.1.3. Pressions administratives, légales et financières

Au sein du cabinet, le chirurgien-dentiste assume d'autres rôles que celui de soignant.
Tout d'abord, le praticien a de nombreux devoirs administratifs :

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

- gestion de la comptabilité,
- gestion des stocks,
- rédaction de courriers aux confrères,
- relations avec le Conseil de l'Ordre et les syndicats,
- relations avec le dentiste-conseil et la Sécurité Sociale,
- envoi des notes d'honoraires,
- négociations avec les fournisseurs,
- déclarations d'impôts.

Toutes ces contraintes administratives s'ajoutent au temps passé au fauteuil. (34) Certaines tâches peuvent être déléguées à une secrétaire ou une assistante, mais d'autres requièrent l'intervention du praticien.

De plus, la profession doit faire face à la multiplication de contentieux et de procédures judiciaires. Les patients acceptent de moins en moins un échec thérapeutique. Le chirurgien-dentiste est de plus en plus confronté à une obligation de résultats et non de moyens. Or, le jugement sanction est un facteur de stress important. (2)

Enfin, le praticien gère l'aspect financier : budget, investissements, évolutions à donner au cabinet. Le rachat ou la création d'un cabinet représente une prise de risque non négligeable. La rentabilité d'un cabinet est moindre qu'il y a 30 ans. De nombreux consommables jetables augmentent les coûts de fonctionnement. (2)

Ainsi, le praticien n'est pas seulement un soignant mais aussi un chef d'entreprise. Il doit également jouer le rôle de manager : organiser le travail avec son ou ses assistantes, éventuellement une secrétaire et veiller à instaurer une ambiance saine propice au travail. (6)

Ces différents aspects conduisent à un conflit de rôles. Plusieurs de ces tâches sont incompatibles entre elles : la réalisation de l’une rend difficile, voir impossible la réalisation de l’autre ; les obligations administratives empiètent sur le temps passé au fauteuil. Ces attentes contradictoires engendrent une tension psychologique favorisant l'apparition du burnout. De plus, la formation initiale n'aborde quasiment pas ces sujets et le chirurgien-dentiste sortant de la faculté peut se sentir bien démuni face à toutes ces responsabilités. Dans une étude néerlandaise de 1997, Gorter et al. notent que le travail est plus stressant que prévu pour 45,1% des jeunes diplômés et le management plus difficile pour 43,4% d'entre eux. (15)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

3.1.4. Conflit travail/famille

Répondre aux nécessités professionnelles s’avère parfois incompatible avec la vie familiale. Les longues journées de travail du chirurgien-dentiste laissent peu de place pour sa vie privée. Il a moins de temps pour ses responsabilités familiales, moins de temps de repos et de loisirs.

Or le conflit entre la sphère professionnel et la sphère familiale favorise le burnout.

3.2. Les relations interpersonnelles

3.2.1 Relations praticien/patient

3.2.1.1. Le patient mis à nu

Le rapport praticien/patient est une relation asymétrique dans laquelle le chirurgien-dentiste est en position dominante, détenteur d'un savoir et d'un savoir-faire dont il va faire bénéficier le patient qui lui livre son intimité. (12)

L'intrusion dans la vie privée du patient débute dès le questionnaire médical. Le patient doit révéler à un étranger des informations très personnelles, mais nécessaires au bon déroulement des soins.

Surplombant le patient lors des soins, le praticien domine ensuite physiquement le patient allongé et entre dans son périmètre intime, en s'approchant à une distance inférieure à 45 cm.

Enfin, il pénètre la cavité buccale, lieu hautement symbolique. La bouche est un carrefour vital: elle permet la respiration, l'alimentation, la communication. C'est également un symbole érotique.

De plus, certains soins peuvent traumatisants : lors de l'avulsion d'une dent, le patient peut se sentir amputer d'une partie de lui-même.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le chirurgien-dentiste transgresse un tabou social : celui de voir le patient tel qu'il est et non tel qu'il voudrait qu'on le voit. En effet le patient ne peut dissimuler au praticien l'attention qu'il porte réellement à son hygiène et la façon dont il prend soin de lui.

3.2.1.2. Mauvaise image du chirurgien-dentiste et manque de reconnaissance

Toutes ces formes d'intrusion dans l'intimité du patient ont un impact négatif sur l'image qu'il a de son chirurgien-dentiste.

En fait, la mauvaise image de la profession est ancrée historiquement. Le diplôme de chirurgien-dentiste a été instauré seulement en 1892. Au onzième siècle, les médecins ont abandonné les gestes de chirurgie dentaire, comme l'avulsion ou l'incision d'abcès. Plusieurs siècles de soins médiocres, coûteux, sans anesthésie, réalisés par des barbiers ou autres arracheurs de dents ont contribué à donner au chirurgien-dentiste une image d'escroc sans qualification réelle. (12)

Aujourd'hui, les chirurgiens-dentistes souffrent d'être peu reconnu:

- par leurs patients, pour qui le cabinet dentaire reste un endroit stressant,
- par le public : dans l'imaginaire collectif, le dentiste se situe entre un tortionnaire sadique et un arnaqueur. De nombreux films (« Le dentiste », « Nemo ») entretiennent la peur du chirurgien-dentiste. A propos d'un article d'un journal en ligne traitant du burnout dans notre profession , les internautes sont loin de compatir et s'en rapportent à l'adage que l'argent fait le bonheur : « Moi je pleure quand je pense au profond désarroi de mon dentiste ! Il ne sait même pas ce qu'il va manger demain et plus encore, où il va dormir ce soir ! » ou encore « La prochaine fois que je vais chez le dentiste je laisserai un ticket restaurant. » (35)
- par les autorités administratives et les pouvoirs publics. (29)

3.2.1.3. Sentiment d'injustice vis-à-vis du patient

La relation praticien/patient peut être ressentie comme inéquitable. Le praticien investit du temps, de l'énergie dans les soins. En retour, il reçoit un paiement. Mais il peut aussi attendre une forme de gratitude de la part du patient ou des efforts pour aller mieux. Un patient non compliant, qui ne suit pas les conseils, qui refuse le traitement proposé, engendre de la frustration chez le chirurgien-dentiste qui se sentira déficitaire. Ainsi le paiement financier des soins ne suffit pas toujours à

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

satisfaire le praticien. (6, 34)

D'après Truchot, le sentiment d'injustice est générateur de burnout. Une étude qu'il a réalisé auprès de médecins français (2001) montre que 17, 3% seulement ont le sentiment d'entretenir une relation équitable avec leurs patients. 55,3% se sentent sous-bénéficiaires, et 27,4% sur-bénéficiaires. (44)

3.2.1.4. Les « patients difficiles »

Les patients sont sources de plusieurs contrariétés pour les praticiens. (5, 45)

En tête, les retards et rendez-vous manqués sans explication agacent le chirurgien-dentiste. Les retards risquent de déranger un planning déjà très chargé. Tandis que l'absence d'un patient est un gaspillage de temps et d'argent (lié au coût de fonctionnement du cabinet).

Les patients sont de plus en plus exigeants. L'idéal serait que le praticien soit toujours à l'heure, les soins rapides et sans douleur et le coût raisonnable. Mais leurs attentes ne sont pas toujours réalisables... Il faut faire attention à ne pas confondre droit aux soins et droit à la guérison et à la santé.

Mieux informés grâce à Internet, les patients pensent parfois mieux connaître la maladie et la thérapeutique que le praticien. Dans la plupart des cas, c'est cependant l'inverse, praticien et patient étant en décalage à cause du langage médical et scientifique.

Le praticien est régulièrement confronté à des patients phobiques. Or le stress du patient se communique au chirurgien-dentiste (l'inverse est également vrai) et il n'est pas toujours facile de gérer ce type de patient. Il est important de les mettre en confiance afin que les soins se passent le mieux possible.

Outre ces désagréments, le praticien rencontre parfois des patients véritablement désagréables et agressifs, voir violents. Quand le courant passe mal, le praticien peut être contraint de feindre politesse et empathie. Si le conflit prend trop d'ampleur, il peut mettre fin au contrat de soin.

La gestion de toutes ces difficultés demandent des ressources d'énergie importantes aux praticiens et peuvent conduire à la fatigue et au burnout. On peut cependant noter que même si les patients causent de nombreux tracas aux praticiens, la plupart du temps les relations sont plaisantes et

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

apportent un sentiment de satisfaction au chirurgien-dentiste. Patients et praticien se choisissent mutuellement.

3.3.2. Le soutien social

Le soutien social, venant des collègues ou des amis, de la famille, modère les effets du burnout.
L'entourage aide à affronter une difficulté en apportant une aide matérielle, des conseils, un soutien émotionnel ou d'estime (valorisation).

Or le chirurgien-dentiste est souvent dans une situation d'isolement. La nature de notre métier, très spécialisé, rend les discussions difficiles avec les proches, qui ne comprennent pas forcément nos problèmes. (2)
Au travail, le praticien est en contact essentiellement avec son assistante, les prothésistes, des confrères spécialistes.

Actuellement, les praticiens se regroupent de plus en plus au sein de sociétés (Société Civile de Moyens, Société Civile Professionnelle, Société d'Exercice Libéral) ou en collaboration. Travailler au sein d'un cabinet comprenant plusieurs praticiens permet de bénéficier de conseils, d'aide pour les interventions complexes, tout en réduisant les risques financiers. De plus, cela permet aux jeunes praticiens de mieux s'intégrer dans l'environnement professionnel local (Conseil de l'Ordre, confrères, spécialistes...) (37)

La formation continue permet également de briser l'isolement dont souffrent certains praticiens.

3.3. Les facteurs individuels

On peut se demander dans quelle mesure il faut prendre en compte les facteurs individuels dans la survenue du burnout. D'après Maslach et Jackson, le burnout provient uniquement de l'environnement de travail, et est donc susceptible de toucher tous les individus. Cependant, de nombreuses recherches rejoignent l'idée que certains individus sont plus vulnérables au stress que d'autres. (44)

3.3.1. L'engagement dans son travail

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

La façon dont un individu s'engage, la signification qu'il donne au travail, ses aspirations, ses valeurs, les récompenses qu'il attend, déterminent son orientation de carrière.

Il existe quatre orientations :

- L'activiste social : peu soucieux de lui, il cherche à amener un changement social et à améliorer la situation de ses patients. Son travail représente plus un engagement qu'un emploi.
- Le carriériste : il recherche le succès sous toutes ses formes : prestige, responsabilités, argent, reconnaissance sociale...
- L'artisan : il valorise les occasions d'exercer son savoir-faire et de développer de nouvelles compétences.
- L'égoïste : il se concentre sur sa vie personnelle : loisirs, famille, amis. Pour lui, le travail n'est qu'un moyen de gagner sa vie.

On peut s'identifier un peu à chacun des portraits. Mais à un moment donné de son activité professionnelle, une des identités domine les autres. S'engager dans son travail à la façon d'un artisan confère une protection vis-à-vis du burnout. (16, 39)

Tableau d'orientation de carrière des médecins libéraux à l'entrée dans la profession et aujourd'hui (d'après Truchot, 2001) (44)

	Au début	Aujourd'hui
Égoïste	9.5%	35,00%
Activiste	39.9%	13.75%
Carriériste	8,00%	8.25%
Artisan	42.6%	43,00%

On constate qu'en début de carrière, la plupart des médecins (80%) sont artisans ou activistes, c'est à dire qu'ils aspirent à atteindre une bonne qualité de soins, développer leur compétences et avoir un impact positif sur la profession. Ce qui est le signe « normal » d'un engagement social et professionnel pour une activité aidante.

Mais aujourd'hui, la proportion entre activistes et égoïstes est inversée.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une étude auprès de chirurgiens-dentistes montre le même phénomène. (37)

Ce changement reflète un réajustement des aspirations, suite à une possible désillusion professionnelle.

En effet, le jeune praticien a souvent une vision idéaliste du métier, au travers duquel il recherche une valorisation : être apprécié et aimé. La réalité du travail le conduirait à revoir ses idéaux à la baisse, à changer son orientation de carrière, cela avec ressentiment.
La pratique de l'art dentaire est une vocation pour certains. D'après un rapport du Ministère de la Santé, c'est en fait un choix par défaut pour un étudiant sur deux au terme du concours de médecine.(29)

Ce décalage entre aspirations et réalité est un facteur favorisant le burnout.

3.3.2. Tendance au perfectionnisme

Le perfectionnisme est une façon de penser, une croyance, un schéma de base qui déterminent certains comportements et attitudes.

Un perfectionnisme sain, s'exprimant de façon positive, donne à l'individu la motivation et l'énergie nécessaires pour atteindre ses buts. Quand il estime avoir investit suffisamment de temps et d'efforts, il en retire la satisfaction du travail bien fait. Sa valeur personnelle ne dépend pas du jugement des autres et il reconnaît qu'il peut commettre des erreurs. Son succès est possible car ses attentes sont réalistes en fonction de ses capacités.

Dans le perfectionnisme pathologique, l'individu s'astreint à des exigences trop élevées pour lui et considère qu'une erreur n'est pas envisageable : tout doit toujours être parfait. Ainsi toute tâche se pare d'une importance capitale : que ce soit la rédaction d'une lettre de motivation ou bien de la liste de courses. Le besoin de plaire aux autres et la crainte d'être jugé négativement entretiennent cette peur de l'échec. De plus, il se trouve dans une situation où il ne peut pas gagner : s'il réussit, son succès était prévu et il n'en tire aucune satisfaction ; s'il échoue, il est frustré et exige encore plus de lui même par la suite. Ainsi, tentant d'éviter ses faiblesses et ses imperfections l'individu se démène jusqu'à épuisement. (5)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Or en dentisterie, la notion de perfection est recherchée dès le début des études. Lors des travaux pratiques et pendant les vacations cliniques, rigueur et minutie sont exigées par les enseignants, tant dans les gestes techniques que dans les connaissances théoriques. Les étudiants sont ainsi conditionnés à rechercher l'excellence. (12)

Pourtant le plan de traitement idéal élaboré par le chirurgien-dentiste pour son patient passe souvent à la trappe faute de temps, d'argent, de motivation. Les soins conservateurs et surtout prothétiques sont en fait une succession de compromis, les patients privilégiant souvent les aspects esthétiques et financiers au détriment des considérations fonctionnelles et techniques. (34, 36)

Ces situations peuvent amener des sentiments de frustration et de désillusion chez le praticien qui ne peut exercer son art comme il l'entend. (18)

3.3.3. Comportement de type A

Friedman et Rosenman, cardiologues américains, remarquent au terme d'une étude d'une dizaine d'années que certains individus au comportement particulier présentent un risque deux fois plus élevé de développer une pathologie cardiovasculaire que les autres.
Le type A est le comportement du stressé : ambitieux, dominateur et impatient, l'individu possède un fort esprit de compétition. Toujours pressé par le temps, il travaille sur plusieurs projets à la fois. Il a du mal à se relaxer et est très exigeant envers les autres. (3,6)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. Données Epidémiologiques

4.1. Tour d'horizon

Tout d'abord, nous allons voir un comparatif de plusieurs d'études des niveaux élevés de burnout dans différentes professions : épuisement émotionnel (EE) élevé , dépersonnalisation (DP) élevée, accomplissement personnel (AP) bas. (30)

Médecins généralistes et spécialistes	EE élevé	DP élevé	AP bas
2001, n=393, Bourgogne	47,20%	32,80%	29,20%
2002, n=407, Champagne-Ardenne	42,30%	44,50%	37,40%

Médecins généralistes	EE élevé	DP élevé	AP bas
2003, n= 307, Loire	26,00%	30,00%	19,00%
2005, n=496, Indre et Loire	25,00%	29,00%	25,00%
2006, n= 226, Alpes Maritimes	25,00%	31,00%	20,00%
2007, n=221, France	27,10%	32,60%	27,10%

Personnel hospitalier	EE élevé	DP élevé	AP bas
2002, n=60, CHU Montpellier, infirmières.	13,00%	15,00%	50,00%
2003, n= 70, CH Narbonne, infirmières, aides-soignantes et ASH.	3,00%	11,00%	39,00%

Pharmaciens	EE élevé	DP élevé	AP bas
2007, n=188, Loire Atlantique	14,00%	38,00%	21,00%

Chirurgiens-Dentistes	EE élevé	DP élevé	AP bas
1990, n =230, Finlande (27)	21,80%	10,50%	1,20%
2008, n=209, Haute-Garonne (30)	14,40%	12,40%	24,90%
2008, n=122, Ile de France (12)	28,20%	32,40%	47,20%
2009, Herault (46)	17,10%	10,00%	4,90%

4.2. Données socio-démographiques

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

4.2.1. Age

L'âge ne paraît pas avoir un impact significatif sur l'apparition du burnout, même si un pic est observé durant les trois premières années d'exercice. (31)
L'accomplissement personnel semble augmenter avec l'expérience. (15,18)

4.2.2. Sexe

A travail égal, hommes et femmes ne présentent pas de différence face au burnout. (27)
Cependant, les hommes accumulant souvent plus d'heures de présence au cabinet que les femmes, ils sont plus sujets à la dépersonnalisation. (31)

4.2.3. Statut marital

Les personnes seules semblent plus vulnérables au burnout que celles en couple, avec des enfants. La famille apporte soutien social et moments de détente, même si elle peut aussi être à l'origine d'un conflit travail/famille. (27, 31, 38)

4.3. Conditions d'exercice

4.3.1. Seul ou en groupe

Les praticiens travaillant seuls, et sans personnel sont plus exposés au burnout que ceux exerçant dans un cabinet de groupe, aidés d'une assistante ou d'une secrétaire. (31)

4.3.2. Exercice spécialisé

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les praticiens spécialisés (orthodontie, implantologie...) sont moins touchés par le burnout que les chirurgiens-dentistes généralistes. Ils présentent un sentiment d'accomplissement personnel plus élevé que leurs collègues. (31)

4.3.3. Temps de loisir, sport

Les chirurgiens-dentistes pratiquant un sport sont moins stressés que les autres. La pratique d'une activité physique permet de se défouler et d'évacuer le stress. (10, 18)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

5. Moyens préventifs et curatifs

Différentes techniques d'intervention sont utilisées pour prévenir, réduire et traiter le burnout. Proches de celles utilisées pour lutter contre le stress, elles tiennent compte des trois dimensions du burnout et du stade auquel se trouve l'individu.

5.1. Prévention au niveau individuel

5.1.1. Prévention primaire

La prévention primaire a pour but de prévenir le burnout en éliminant ou en réduisant les sources de tension conduisant au burnout.

5.1.1.1. Organisation du cabinet

Au sein du cabinet, il est important de faciliter le travail du praticien.

L'agencement des salles doit permettre une circulation aisée. La salle de soins doit être organisée de manière fonctionnelle, instruments à portée de main. La salle de stérilisation accolée permet de débarrasser et nettoyer le fauteuil rapidement entre chaque patient.

Au niveau du planning, il est important de prévoir des plages horaires pour les urgences. En effet une journée au cabinet passe rarement sans apporter son lot d'urgences qui modifient le planning au dernier moment, entraînant des retards et du stress. Ainsi, une vingtaine de minutes prévues matin et après-midi pour les urgences permettent une gestion plus sereine. Et même s'il n'y a personne, c'est l'occasion de prendre une pause pour se relaxer.

Pour éviter des heures supplémentaires au cabinet, pourquoi ne pas prévoir un moment pour la gestion administrative durant les heures habituelles d'ouverture du cabinet, en milieu d'après-midi par exemple.

Les méthodes visant à influencer les facteurs organisationnelles montrent une diminution durable du burnout. (44)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

5.1.1.2. Prévention du stress des patients

Puisque le stress est communicatif, il s'agit de détendre les patients au maximum.

La consultation chez le chirurgien-dentiste est souvent chargée d'appréhension. Si de surcroît le cabinet est sombre, résonnant du bruit du marteau-piqueur venant de la rue, le patient risque d'être quelque peu stressé.

Le cabinet doit être propre et clair, agréable tant pour le patient que le praticien. Un temps d'attente court évite au patient de trop penser aux soins et à ses peurs. La salle d'attente doit disposer de magazines sur des sujets variés, de jeux pour enfants.

La diffusion d'une musique calme, comme de la musique classique aide à apaiser le patient (et détendre le praticien).

Pour certains patients très anxieux, le recours à l'hypnose peut se révéler utile, tout comme l'utilisation de MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène – Protoxyde d'Azote), surtout chez les enfants.

Un patient détendu c'est un dentiste heureux.

5.1.2. Prévention secondaire

La prévention secondaire a pour but de réduire la prévalence du burnout en aidant les individus à faire face aux stresseurs professionnels. C'est le mode d'intervention le plus utilisé.

Comme le remarquent Maslach et Goldberg : « Ce qui est notable est l'absence de stratégies qui cherchent réellement à éliminer ou modifier les stresseurs du lieu de travail. Il semble admis que le travail soit stressant, la seule question est comment faire face à un tel stress. »

Même si les individus sont mieux entraînés à gérer le stress, le bénéfice de ce genre d'interventions disparaît rapidement sans changement significatif des pressions liées au travail.

De plus, cela tend à les rendre responsables de leur burnout plutôt que l'environnement de travail.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Développer des stratégies de coping fait partie de la prévention secondaire. Newman et Beehr en distinguent quatre catégories**.** (44)

5.1.2.1. Changer sur le plan psychologique

Prendre le temps d'une réflexion sur soi-même permet de :

- mieux se connaître,
- prendre conscience de ses difficultés,
- identifier les agents stressants afin de s'en débarrasser,
- redéfinir ses besoins et ses priorités.

Après une remise en question, il peut être intéressant d'opter pour un mode de vie plus relaxé, voir d'adopter des techniques de relaxation et de détente telles que le yoga, le tai-chi chuan, la sophrologie ou encore la méditation. (25, 33)

5.1.2.2. De meilleures conditions physiques et physiologiques

Il est important d'avoir une bonne hygiène de vie (33) :

- Éviter les toxiques : alcool, tabac, médicaments... ,
- Avoir une alimentation saine et équilibrée,
- Pratiquer une activité physique régulière : marche, course, natation.... ,
- Se reposer : dormir suffisamment dans une pièce calme et sans lumière.

5.1.2.3. Changer ses comportements

Il faut réussir à :

- canaliser son côté type A,
- prendre du temps pour les loisirs, les vacances,
- passer des moments avec famille et amis,

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

– apprendre à dire non à un patient.

Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent aider à modifier ses habitudes et surmonter ses faiblesses. Elles obligent à travailler sur soi, trouver des solutions par soi-même et déterminer les changements à apporter à une situation donnée. (37)

5.1.2.4. Changer son environnement de travail

Ici il s'agit carrément de changer de métier pour un emploi moins exigeant.

Pour un chirurgien-dentiste, hautement qualifié mais très spécialisé, la reconversion n'est pas aisée. De plus, abandonner la profession après des investissements importants en temps et en argent peut sembler un échec, ce qui est encore un peu plus déprimant pour les individus atteints de burnout. (14)

Cependant la profession offre des opportunités variées : exercice en cabinet, en mutualité, chirurgien-dentiste conseil auprès de la Sécurité Sociale, enseignement, recherche, spécialisation en orthodontie, chirurgie, implantologie... De plus des passerelles existent entre différentes professions médicales.

Ainsi, les opportunités de carrière sont nombreuses au sein de la profession et chacun peut choisir ce qui lui convient le mieux.

5.2. Prévention au niveau collectif

5.2.1. Formation initiale

Maslach fait la constatation suivante : « Il semble évident que les professionnels de santé et des services sociaux doivent recevoir une formation et une préparation spéciales pour travailler en contact avec d’autres personnes. Alors qu’ils sont bien formés pour acquérir certaines compétences

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

de soins et de service, ils ne sont pas souvent bien armés pour supporter des interactions émotionnelles, répétées et intenses. »

Ainsi, acquérir une formation adéquate permet de limiter les effets des stresseurs. Mais si la formation initiale permet d'acquérir les savoirs et techniques relatifs aux soins, elle pêche par manque d'enseignements concernant les relations avec les patients et la gestion administrative d'un cabinet. (34)

A Lyon, ces sujets sont abordés en dernière année durant quelques heures de cours. Mais par manque de temps, il s'agit plus d'une initiation que d'une véritable formation.

5.2.2. Formation continue

La formation continue a pour but l'acquisition de nouvelles connaissances et techniques, que ce soit dans le domaine purement dentaire (endodontie, implantologie...) ou des sciences humaines (utilisation de l'hypnose lors des soins, aide à la communication patient/praticien). Ainsi, le chirurgien-dentiste peut se perfectionner après sa sortie de la faculté et rompre la monotonie du quotidien en s'améliorant sans cesse. (36)
De plus, rencontrer des confrères, que ce soit lors d'une formation continue, pendant un congrès ou au sein d'un groupe de parole, permet de partager son expérience de tous les jours et libérer certaines tensions. (25)

5.2.3. Médecine du travail

La médecine du travail n'est pas obligatoire pour les chirurgiens-dentistes. Elle pourrait permettre la détection précoce des praticiens souffrant de burnout et leur proposer un suivi et un traitement adapté.

5.2.4. Conseil de l'Ordre et syndicats

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Un effort de prévention de la part du Conseil de l'Ordre permettrait de sensibiliser étudiants et praticiens au problème du burnout : connaître le phénomène, en identifier les symptômes chez soi ou un confrère, demander ou proposer une aide.(40)
Le CNSD (Confédération National des Syndicats Dentaires) a créé en 2010 l'Observatoire National des Chirurgiens-Dentistes avec pour objectifs l'étude de la santé des praticiens et des troubles pouvant les amener à un arrêt prématuré de leur profession. (7)

5.3. Traitement du burnout

Ici, il s'agit de traiter le burnout par une prise en charge psychologique et médicale de l'individu atteint, et non de prévenir son apparition. L'objectif du traitement est de retrouver la santé et de concevoir comment accomplir son travail sans s'épuiser.

L'arrêt de travail est souvent nécessaire mais ne doit pas être trop long, sous peine de rendre la reprise encore plus difficile. Le repos accordé par le congé maladie est essentiel mais ne suffit pas à guérir du burnout.

Le changement est le point-clé du traitement. L'individu doit reprendre le contrôle sur sa vie. Pour cela il doit d'abord comprendre ce qu'il l'a amené à l'épuisement professionnel. L'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre est alors la bienvenue pour accompagner l'individu dans sa démarche et son questionnement :

- Quelles sont les sources de stress dans mon travail?
- Pourquoi ces situations me stressent-elles?
- Quelles peurs ou perceptions m'ont empêché de passer à l'action pour tenter de changer la situation?
- Quels changements puis-je apporter dans mon exercice professionnel?
- Quelle importance j'accorde à mon travail? Laquelle aimerai-je lui donner?
- Mon milieu de travail me convient-il?

L'individu doit prendre conscience des causes de son burnout et changer en conséquence. (32)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans la majorité des cas, un traitement médicamenteux n'est pas nécessaire. Il est cependant obligatoire en cas d'épisode dépressif majeur, le médecin prescrira des antidépresseurs pour aider à surmonter l'épreuve. (37)

Vivre un burnout et en guérir peut être l'occasion d'un nouveau départ professionnel, de repartir sur de bonnes bases en ayant redéfini ses priorités. (24)

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

UN EXEMPLE FOURNI PAR UN CHIRURGIEN-DENTISTE

Notre confrère, au cours de ses conférences sur l'hypnose, n'hésite pas à se mettre à nu et à dévoiler les difficultés qui l'ont démoli avant la prise de conscience de son burnout. De ce fait, de nombreux confrères viennent sans honte se confier et exprimer leur profond mal-être.

Ainsi une femme de quarante ans, pleine de charme, s'est littéralement effondrée lorsqu'elle a enfin laissé sa détresse faire surface. Notre confrère lui a longuement parlé en thérapeute et l'a pressé de contacter au plus vite le numéro de téléphone de SOS Burnout des médecins (aujourd'hui ouvert aux chirurgiens-dentistes). D'après lui, cette femme était dans un tel état de fragilité qu'un individu peu scrupuleux ou mal intentionné aurait parfaitement pu profiter de la situation.

Cet exemple illustre différents facteurs du burnout :

– De nombreux chirurgiens-dentistes en burnout s'accrochent jusqu'à la limite de leurs forces Lorsqu'ils craquent, ils sont très vulnérables parce que pas toujours conscients de leur état.

– L'état de fragilisation lié au burnout met en danger la vie professionnelle du chirurgien-dentiste mais aussi sa vie privée.

– Les formations peuvent parfois avoir un effet anxiogène sur les praticiens en limite de burnout car elles ne présentent que les cas parfaits et non pas les échecs possibles. Le praticien peut ressentir un décalage avec sa pratique quotidienne et s'en trouver démoralisé.

– Lors d'une conférence, les collègues rencontrés pourraient servir de confidents mais notre société érige le paraître comme mode de fonctionnement et il n'est pas facile d'avouer ses faiblesses à ses pairs.

– De nombreux coach apparaissent pour aider nos confrères en détresse contre des rémunérations de plus en plus conséquentes. Malheureusement très peu d'entre eux connaissent la réalité exacte du métier de chirurgien-dentiste et ils risquent d'empirer la situation d'une personne déjà très fragilisée au lieu de l'améliorer.

– Sans s'en rendre compte, le praticien peut facilement tomber dans des conduites addictives : alcool, tabac, médicaments, aventures...

Comme le note l'Information Dentaire n°27, il est appréciable de voir l'interêt porté par les chirurgiens-dentistes au stress et à l'impact négatif dans leur travail. Cependant les moyens mis en

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

oeuvre pour y remedier se heurtent à des blocages : manque de temps, d'argent et surtout une difficulté à se remettre en question, espérant que les choses s'arrangeront d'elles mêmes.

Aujourd'hui les sciences humaines et les activités de relaxation à la portée de tous permettent de mieux se comprendre, de changer ses méthodes, de trouver un rythme travail/détente plus adapté et d'améliorer nos conditions de vie et de travail.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSION

Peut-on parler du burnout comme du nouveau mal du siècle ?

Du fait de la nature stressante de notre profession, il peut affecter tout chirurgien-dentiste, et ce de manière plus ou moins grave. Lorsque l'individu « craque » sous la pression, il est particulièrement vulnérable. Face à la maladie, toute personne éprouve le besoin de calmer son angoisse en donnant du sens à ce qu'il vit pour retrouver l'envie de vivre. Le burnout peut amener une prise de conscience sur son stress, ses peurs, ses exigences sociales et familiales et ses propres besoins.

De plus, le burnout n'est en rien une fatalité. Même si l'exercice de la dentisterie génère nécessairement du stress, des actions simples et faciles à mettre en œuvre peuvent en atténuer les effets. La prévention reste le meilleure des remèdes. De nombreuses activités et formations permettent à chacun de trouver la forme d'exercice qui lui convient.

Enfin, les recherches sur le sujet sont loin d'être terminées et de nombreuses pistes attendent d'être explorées. Notamment, il n'existe pas d'étude à l'échelle nationale en France sur le burnout des chirurgiens-dentistes.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

BIBLIOGRAPHIE

1. Baumann A. Burn out : quand le travail rend malade. 2e édition. Paris : Ed. J. Lyon, 2007

2. Bonnet V-A. Le suicide chez les chirurgiens-dentistes. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Lyon 1 : 2006 : 038.

3. Caducée. Dépression majeure [en ligne]. Disponible sur http://www.caducee.net/DossierSpecialises/psychologie/depression-majeure.asp#definition (Page consultée le 20/06/2012)

4. Canouï P., Mauranges A. Le burn out à l'hôpital. 4e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.

5. Caron A. Les différents facteurs de stress du chirurgien-dentiste : concepts généraux et spécificités. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Toulouse 3 : 2004.

6. Cooper CL., Watts J., Kelly M. Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental practitioners in the UK. Br Dent J. 1987 Jan 24;162(2):77-81.

7. CNSD. Un observatoire pour veiller à la santé des praticiens [en ligne]. Disponible sur http://www.cnsd.fr/services-a-outils/observatoire-nationale-de-la-sante-des-chirurgiens-dentistes (Page consultée le 17/06/2012).

8. Delbrouck M., Frenette J. Le burnout du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. 2e édition. Bruxelles : De Boeck, 2008.

9. Estryn-Béhar M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris : Masson, 2002.

10. Estryn-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes : Presse de l'Ecole des hautes études en santé publique, 2008.

11. Freudenberger HJ. Staff burn out. J Soc Issues. 1974; 30:159-65.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

12. Gal D. Le syndrome de l'épuisement professionnel chez le chirurgien-dentiste en Ile-de-France. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Paris VII: 2008: 089.

13. Ginisty J. Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles des chirurgiens-dentistes. Bulletin de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire. 2002; 45-4.

14. Gorter RC., Albrecht G., Hoogstraten J., Eijkman MAJ. Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. Eur J Oral Sci. 1998; 106:999-1005.

15. Gorter R., Storm M, Te Brake H., Kersten H., Eijkman M. Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. Int Dent J. 2007 Aug;57(4):279-85.

16. Gorter RC., Te Brake HJHM., Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Positive engagement and job ressources in dental practice. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36:47-54.

17. Graziani P., Swendsen J. Le stress : émotions et stratégies d'adaptation. Paris : Nathan, 2004.

18. Howard J., Cunningham D., Rechnitzer P., Goode R. Stress in the job and career of a dentist. JADA, 1976 Sept; 93:630-36.

19. Info-dépression. Quel est le risque de suicide? [en ligne]. Disponible sur http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique16 (Page consultée le 20/06/2012)

20. Jaggi F. Burnout : guide pratique. Chêne-Bourg (Suisse) :Éd.Médecine et Hygiène, 2008.

21. Kay E., Scarott D. A survey of dental professionals'health and well-being. Br Dent J. 1997; 183:340-45

22. Légeron P. Le stress au travail. Paris : O. Jacob, 2001.

23. Le Figaro. Cinq suicides en quinze jours chez France Telecom [en ligne]. Disponible sur http://www.lefigaro.fr/emploi/2010/09/10/01010-20100910ARTFIG00551-cinq-suicides-en-quinze-jours-chez-france-telecom.php (Page consultée le 22/04/2012)

24. Maire P. Petit traité de résilience à l'usage des surmenés. Paris : Editions Jouvence, 2012.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

25. Manoukian A. La souffrance au travail : les soignants face au burnout. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2009.

26. Maslach C., Leiter P. Burnout : le syndrome d'épuisement professionnel. Paris : les Arènes, 2011.

27. Murtomaa H., Haavio-Mannila E., Kandolin I. Burnout and its causes in Finnish dentists. Community Dent Oral Epidemiol. 1990 Aug;18(4):208-12.

28. Moch A. Le stress de l'environnement : de la perception au stress. Saint-Denis : Presses Universitaires de Vincennes, 1989.

29. ONDPS. Présentation de l'analyse de la profession de chirurgien-dentiste effectuée par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé [en ligne]. Disponible sur http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome3.pdf (Page consultée le 19/06/2012).

30. Orechia M-A. Epuisement professionnel (burnout) des chirurgiens-dentistes : évaluation chez les praticiens de la Haute-Garonne. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Toulouse 3 : 2008.

31. Osborne D., Croucher R. Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England. Br Dent J. 1994; 177:372-77.

32. Passeportsanté. Epuisement professionnel (burnout) [en ligne]. Disponible sur http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=epuisement_professionnel_pm#P164_19479 (Page consultée le 17/06/12)

33. Rada RE., Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. JADA. 2004; 135:788-94.

34. Robert MS., Norman LC, William AA. Sources of dentists'stress. JADA 1984; 109:48-51.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

35. Rue89. Les dentistes n'ont plus le moral [en ligne]. Disponible sur http://www.rue89.com/2010/09/22/les-dentistes-nont-plus-le-moral-167865 (Page consultée le 20/06/2012).

36. Sancho FM., Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists : myth or reality? Int Dent J. 2007 Aug; 57(4):279-85.

37. Sevignac F-X. L'épuisement professionnel ou burnout chez le chirurgien-dentiste. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Aix-Marseille II : 2011.

38. Te Brake H., Bloemendal E., Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:321-7.

39. Te Brake H., Bouman A-M., Gorter R., Hoogstraten J., Eijkman M. Professional burnout and work engagement among dentists. Eur J Oral Sci. 2007; 115:180-85.

40. Te Brake H., Eijkman M., Hoogstraten J., Gorter R. Dentists'self assessment of burnout : an internet feedback tool. Int Dent J. 2005; 55:119-26.

41. Te Brake JHM., Bouman AM., Gorter RC., Hoogstraten J. Eijkman MAJ. Using the Maslach Burnout Inventory among dentists : burnout measurements and trends. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36:69-75.

42. Te Brake H., Smits N,. Wicherts JM., Gorter RC., Hoogstraten J. Burnout development among dentists : a longitudinal study. Eur J Oral Sci. 2008; 116:545-51.

43. Théry-Hugly M-T. Le bonheur d'être dentiste. L'information dentaire 2008; 38:1-8.

44. Truchot D. Epuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod, 2008.

45. Vernet L. Le stress du chirurgien dentiste : enquête auprès de 148 praticiens. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Lyon 1 : 1990 : 073.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

46. Wrorzynski A. Le burnout des chirurgiens-dentistes: mythe ou réalité. Thèse d'exercice Chir. Dent.: Montpellier 1 : 2010.

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)

N°2012 LYO 1D 055

GAUTHERON Marion – Le burnout chez les chirurgiens-dentistes
(Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2012.000)
N°2012 LYO 1D 055

Le burnout, aussi connu sous le nom d'épuisement professionnel, est susceptible de toucher tout individu au travail. Il résulte de l'accumulation de différents stresseurs, qui, à long terme, conduit à un épuisement émotionnel, à une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel.

Actuellement, en France, les chirurgiens-dentistes sont de plus en plus touchés par le burnout. Notre profession comporte en effet de nombreux facteurs de stress. Les patients sont à l'image de la société, toujours plus exigeants et stressés. Certains comportements des chirurgiens-dentistes sont également en cause.

La prévention du burnout passe par une remise en question de son environnement de travail et de soi. Le déclenchement d'un burnout amène l'individu à prendre conscience de sa manière parfois inadéquate de penser le travail. N'est-ce pas l'occasion de prendre un nouveau départ ?

Rubrique de classement : Psychologie

Mots-clés :
- Epuisement professionnel
- Stress
- Dentisterie

Mots clés en anglais:
- Burnout
- Stress
- Dentistry

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Henry MAGLOIRE

Assesseurs : Madame le Docteur Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD
Monsieur le Docteur Stéphane VIENNOT
Monsieur le Docteur Matthieu FABRIS
Madame le Docteur Françoise VIALLE

Adresse de l'auteur : Marion GAUTHERON
2 E Rue Georges Simenon
21000 Dijon

GAUTHERON
(CC BY-NC-ND 2.0)