

**EXTRAIT**

# Le stress du dentiste<sub>APPROCHE</sub>

A PARTIR D'UNE OBSERVATION  
DE 150 CHIRURGIENS DENTISTES ET ETUDIANTS  
EN ODONTOLOGIE DE PARIS

GILBERT LAZAR

UNIVERSITE LYON 2 – PSYCHOLOGIE – DEPARTEMENT FPP  
28 septembre 2012



# TABLE DES MATIERES

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b><u>POUR INTRODUIRE.....</u></b>                                       | <b>5</b>  |
| DEFINITIONS ET CAUSES .....  | 6         |
| SYMPTOMES DU STRESS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE.....                       | 7         |
| <b><u>LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT.....</u></b>                           | <b>8</b>  |
| DESCRIPTION .....  | 12        |
| FONDEMENTS THEORIQUES .....  | 12        |
| QPM ET LA BIO IMPEDANCE.....   | 12        |
| RESISTANCE ET PH.....  | 15        |
| POURQUOI UN DENTISTE STRESSE ? .....                                     | 16        |
| PRESENTATION ET ANALYSE DU TEST « MBI » (MASLACH BURNOUT INVENTORY)..... | 20        |
| L'INTERPRETATION : .....   | 23        |
| LA CORRESPONDANCE QPM© - MBI ©.....                                      | 24        |
| <b><u>STRESS, ANXIETE ET ANGOISSE.....</u></b>                           | <b>32</b> |
| LES DONNEES QPM.....   | 33        |
| L'EPUISEMENT EMOTIONNEL OU PROFESSIONNEL .....                           | 34        |
| LA DEPERSONNALISATION OU L'EMPATHIE .....                                | 38        |
| L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL.....   | 41        |
| <b><u>LES ELEMENTS D'ANALYSE DE QPM.....</u></b>                         | <b>51</b> |
| AU NIVEAU DE L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE.....                            | 51        |
| <b><u>LE TEST M. B. I. ....</u></b>                                      | <b>57</b> |
| <b><u>BIBLIOGRAPHIE.....</u></b>   | <b>59</b> |
| SUR LE STRESS ET LES RSP .....   | 59        |
| L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE .....  | 60        |
| LE BURN OUT DES SOIGNANTS.....   | 61        |
| SUR LES TESTS.....   | 61        |
| SUR LE STRESS DES CHIRURGIENS-DENTISTES .....                            | 61        |
| DOCUMENTS DIVERS .....   | 62        |



# POUR INTRODUIRE

---

Qui aujourd'hui n'a pas dit "je suis stressé" au moins une fois dans la semaine ?

Les tests sur "êtes vous un "bon" stressé ?" fleurissent dans les quotidiens, les hebdomadaires, tant professionnels, féminins qu'autres.

UN SYMPTÔME" A LA MODE ?

Les forums consacrés au stress sont légion sur internet. Rien qu'en français, un des principaux moteurs de recherche identifie 171 000 000 pages sur les mots "stress" et "forum", 210 000 000 sur le mot "stress" uniquement...

Mais au delà de ce recensement forcément simpliste, et qui n'a d'intérêt – limité – que de montrer l'occurrence d'un mot, voire d'un "symptôme", de quoi parle-t-on, notamment de la place du psychologue et de celle de praticien en hypnose, gestion du stress en particulier ?

Pourquoi engager un tel sujet et l'appliquer à une activité, une profession spécifique, celle de chirurgien-dentiste ?

Que peut-on en dire alors d'un point de vue biologique, physiologique, psychologique ? Peut-on se contenter de retenir les déclarations des membres de cette profession ou peut-on approcher le stress par le biais de mesures physiques ?

Au delà de l'exercice statistique d'un examen de ces réponses déclaratives, des éléments tirés de ces mesures, que peut-on dire d'une part de la fiabilité de ces outils d'une part, du rapport entre déclaré et mesuré d'autre part ?

Tel est, globalement, le propos de ce travail qui s'inscrit dans le cadre de la formation master en psychologie en FPP" délivré en psychologie par l'Université Lumière, Lyon 2.

# LE STRESS - DEFINITION ET SYMPTOMES

---

Il s'agit d'une réaction d'adaptation de l'organisme pour maintenir l'équilibre de l'état intérieur (principe de l'homéostasie).

Le stress, d'un point de vue biologique, est donc la réponse de l'organisme à toute demande qui lui est faite.

Le regard de quelqu'un, un mot, le ton employé, gagner au loto, préparer son mariage, peu dormir, la présence du chef dans le bureau, une remarque,... tous ces facteurs de stress vont générer une **réaction de l'organisme** que l'on nomme stress.

Il est nécessaire de bien différencier le stress (la cause, le stimulus), du stress (la réaction de l'organisme) et de ses conséquences (la maladie, l'anxiété, l'irritation, etc.).

Le stress professionnel répond de son côté à une autre définition, qui renvoie à l'environnement et à la perception du salarié.

Selon l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail le stress est ressenti lorsqu'un déséquilibre est perçu entre ce qui est exigé de la personne et les ressources dont elle dispose pour répondre à ces exigences. Bien que le stress soit perçu psychologiquement, il peut également porter atteinte à la santé physique.

Le stress à court terme, engendré par exemple par l'obligation de respecter un délai, ne constitue pas un problème en soi, il peut en effet stimuler chacun à donner le meilleur de soi-même. **Le stress devient un risque pour la santé et la sécurité lorsqu'il est éprouvé dans la durée.**

## *DEFINITIONS ET CAUSES*

Le stress est ressenti lorsqu'un déséquilibre est perçu entre ce qui est exigé de la personne et les ressources dont elle dispose pour répondre à ces exigences.

Bien que le stress soit perçu psychologiquement, il peut également porter atteinte à la santé physique.

Les facteurs habituellement considérés comme propices au stress d'origine professionnelle sont une absence de droit de regard sur les tâches et leur exécution, le fait d'imposer des exigences inadéquates aux travailleurs, un manque de soutien des collègues et de l'encadrement.

Le stress résulte d'un manque d'adéquation entre notre travail et nous, de relations de qualité médiocres, de manifestations de violence physique ou psychologique sur le lieu de travail et de conflits entre notre rôle dans le cadre professionnel et à l'extérieur de celui-ci.

Les réactions à des circonstances identiques varient d'un individu à un autre. Certaines personnes sont mieux armées que d'autres pour répondre à des exigences élevées. L'important est la manière dont l'individu évalue subjectivement sa propre situation. Il n'est pas possible de déterminer le

degré de stress qu'une situation est susceptible de causer en se fondant exclusivement sur les caractéristiques de cette situation.

Le stress à court terme, engendré par exemple par l'obligation de respecter un délai, ne constitue pas un problème en soi, il peut en effet stimuler chacun à donner le meilleur de soi-même. **Le stress devient un risque pour la santé et la sécurité lorsqu'il est éprouvé dans la durée.**

### *SYMPTOMES DU STRESS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE<sup>1</sup>*

Le fait de ressentir un stress peut modifier la façon dont une personne ressent, pense et se comporte. Les symptômes sont les suivants:

En ce qui concerne l'organisation:

- absentéisme, taux élevé de rotation du personnel, respect des horaires médiocre, problèmes de discipline, harcèlement, réduction de la productivité, accidents, erreurs et augmentation des coûts d'indemnisation et de soins de santé.

En ce qui concerne l'individu :

- réactions émotionnelles (irritabilité, anxiété, insomnies, dépression, hypochondrie, aliénation, syndrome d'épuisement professionnel, problèmes familiaux);
- réactions cognitives (difficultés de concentration, problèmes de mémoire, d'apprentissage et de prise de décision);
- réactions comportementales (abus de drogue, d'alcool, de tabac; comportement destructeur), et
- réactions physiologiques (problèmes de dos, immunité affaiblie, ulcères gastroduodénaux, problèmes cardiaques, hypertension).

---

<sup>1</sup> Source : Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

# LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

---

Les études sur le stress couvrent des approches scientifiques très différentes. Quel que soit le champ théorique, chacun cherche à connaître les mécanismes qui déclenchent, organisent, et mettent fin à la réaction stressante. Dans tous ces travaux, les intérêts sont nombreux, et les enjeux y sont passionnants. Le résultat est certes toujours au centre des débats, mais le psychologue ne peut oublier le bien-être personnel de l'individu.

Les recherches au plan physiologique montrent que l'organisme met en place une série de réactions pour tenter de préserver un état d'équilibre. Ce processus complexe illustré, en premier lieu, au travers du Syndrome d'Urgence de CANNON (1928), puis ensuite par le Syndrome Général d'Adaptation de SELYE (1936), et plus récemment par le Système Régulateur du Stress de CHROUSOS et GOLD (1992) est intéressant. Par l'apport de connaissances de plus en plus précises, CHROUSOS et GOLD parviennent à montrer que les réactions initiales, mises en place pour réagir au stress, deviennent, au bout d'un certain temps, des facteurs de risque dans l'apparition de la maladie. Ce qui était au départ, une source d'adaptation devient ensuite une source de perturbation. Dans le domaine sportif, des ajustements répétitifs aux différentes sources de stress parviennent à affaiblir la santé des sportifs. Ils s'associent à des périodes de blessure, à une diminution des motivations. Ce qui, momentanément, avait conduit le sportif à être performant, peut progressivement l'amener à régresser. Cette mutation dans le temps, permet de comprendre pourquoi, au delà d'une certaine période, les organismes stressés parviennent à ne plus être efficaces. Des niveaux d'intensités trop importants, des périodes de stress trop longues amènent un certain nombre de dysfonctionnements qui s'installent insidieusement. C'est le cas, par exemple de certains mécanismes physiologiques qui se mettent en veille après être hyper-sollicités. Les phénomènes inflammatoires et immunologiques en constituent un exemple.

Prenons un exemple pour mieux saisir l'évolution des adaptations au stress. Imaginons, un sujet qui s'adapte à une situation de stress en augmentant momentanément sa fréquence cardiaque pour solliciter le système adrénérgique. Dans un premier temps, cette réponse à court terme constitue une adaptation efficace. Cependant s'il s'agit d'un sportif, cette réaction est plus problématique. Si l'athlète n'est pas engagé dans une épreuve, il n'est pas gênant d'avoir une fréquence cardiaque maximale. Cependant si cet état se prolonge durant l'effort, il paraît difficile pour ce sportif de pouvoir faire face à la fois aux demandes physiques de l'effort et aux conséquences physiologiques du stress.

La prise en compte de ces données biologiques, même si elle est intéressante, ne peut pas amener une compréhension complète du stress et de ses mécanismes. Les modèles physiologiques cherchent à comprendre les régularités des réactions, alors que le psychologue s'intéresse aussi et surtout à la variabilité inter et intra-individuelle. L'expérience stressante est très différente d'un

sujet à l'autre. Chacun dispose de vécus originaux, d'apprentissages différents qui induisent des lectures distinctes des événements

Tous les sportifs ne résistent pas à la pression médiatique, à l'enjeu, à la pénibilité de l'entraînement de la même façon. Certains se laissent submerger par les situations, d'autres parviennent à rester efficaces parce qu'ils y apposent des modes de réaction adaptées qui préservent leur santé. Les différentes approches biologiques n'expliquent pas toujours ces différences, même si la complexité des processus mis en jeu et leurs effets interactifs laissent entrevoir de multiples réactions possibles.

D'autres approches telles que les modèles transactionnels du stress de LAZARUS et FOLKMAN (1984, 1985), d'ENDLER (1993) nous permettent d'avoir un point de vue complémentaire. L'ensemble de ces travaux nous montre que le stresser n'existe pas à priori mais qu'il est le résultat d'une transaction effectuée entre le sujet et son environnement, et dans laquelle on doit intégrer de multiples paramètres. Certains événements sont stressants pour certains, pas pour d'autres. Des événements à priori identiques peuvent même devenir plus ou moins stressants pour un même individu. Il est important d'envisager le fonctionnement du sujet de façon dynamique et de tenir compte d'une variabilité inter-individuelle. Dans le contexte sportif, les conditions climatiques difficiles ne sont pas toujours stressantes, elles ne révèlent pas toujours les mêmes intensités de stress. En fonction de l'enjeu de la compétition, du niveau de motivation du sportif, des ressources dont il dispose au moment de l'événement, celui-ci prend une tonalité particulière. Le milieu sportif est empreint de situations extrêmes qui exhibent la complexité de la situation stressante. On peut évoquer le cas d'Alain BLONDEL devenu Champion d'Europe de décathlon en 1994. Grâce à une performance en perche réalisée dans des conditions dantesques (pluie, perche glissante, vent latéral qui rendait difficile la course avec la perche ainsi que l'action de piqué dans le butoir), l'athlète surpassa ses adversaires. Ce qui était perçu stressant pour ses adversaires ne le fut pas pour le Français. Le décathlonien n'avait pas traduit le contexte comme un épisode dangereux et redoutable. Son mode d'interprétation fut bien différent. Pour lui, le contexte avait pris la forme d'un défi. Compte tenu de son niveau en perche, de son classement intermédiaire au moment de cette épreuve, il savait qu'il pouvait faire la différence sur ses adversaires directs, et accéder ainsi au titre de Champion d'Europe.

Cet exemple, puisé parmi tant d'autres, montre bien comment une situation a priori identique pour tous peut être interprétée différemment.

La variabilité inter-individuelle des situations stressantes peut être comprise par le concept d'évaluation cognitive, qui, constitue un élément central dans la compréhension du stress. L'introduction de cette notion, permet de mieux expliquer comment les individus peuvent percevoir ou non un sentiment de menace pour une même situation. Certains schémas d'analyse amènent parfois des interprétations systématiquement stressantes, et l'exposition répétée au stress n'est pas salutaire pour la santé. Des champs de connaissances issus à la fois de la médecine et de la psychologie, montrent et permettent de mieux comprendre les mécanismes qui peuvent déclencher certaines pathologies suite à des événements stressants. BRUCHON-SCHWEITZER et DANTZER

(1994) insèrent dans leurs travaux, les notions de prédictors, de modérateurs, ainsi que les critères d'ajustement ou de non-ajustement dans le stress. Derrière ces notions, on trouve l'idée que les sujets disposent de caractéristiques personnelles, de fragilités ou à l'inverse de résistances différentes face aux situations. Toutes ces données tentent de montrer que l'environnement social et/ou humain peut modérer ou amplifier l'impact d'un phénomène.

On ne peut plus penser, par exemple, que les blessures d'un sportif sont exclusivement dépendantes de désordres physiologiques, ou de façon tout aussi restrictive qu'elles sont l'unique fait de perturbations psychologiques. D'autres variables, telles que le milieu social, ou les antécédents médicaux, doivent être prises en considération.

L'état actuel des connaissances sur le stress concerne différents champs théoriques. Les sciences biologiques et les sciences humaines mobilisent des savoirs théoriques et pratiques qui rendent compte de la complexité du stress. Dans notre étude, nous serons amenés à présenter l'ensemble de ces connaissances, en les approfondissant à des degrés différents. En effet, l'étude du stress dans un contexte sportif nous oblige à mobiliser à la fois des données qui rendent compte à la fois du fonctionnement physiologique et psychologique.

Mais notre préoccupation première sera de réfléchir sur les stratégies ou encore les modes d'affrontement que le sujet met en place pour minimiser ou réduire les effets d'une situation jugée comme stressante.

Quelle que soit la nature du stress, et son intensité, les données théoriques montrent que le sujet déploie un arsenal de stratégies pour tenter de faire face aux perturbations dont il est victime. Indépendamment du résultat, Lazarus et Folkman (1984) désignent sous le nom de coping les efforts cognitifs et comportementaux du sujet, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler ou tolérer) la demande de la situation stressante. Ceci tend à montrer que les individus s'organisent spontanément pour atténuer l'impact du stress. Mais l'origine de ces fonctionnements est l'objet de discussions animées. Il existe aujourd'hui un débat théorique qui s'est installé autour de ce concept de coping. Billing et Moos (1981), Bolger (1990), Endler (1988) montrent que certains traits de personnalité prédisposent le sujet à utiliser certaines formes d'affrontement. Ceci laisserait entrevoir une certaine stabilité des stratégies indépendamment de la nature de l'événement. Lazarus et Folkman (1984) soutiennent l'idée d'un coping beaucoup plus contextuel, sans pour autant rejeter catégoriquement l'influence des traits de personnalité.

Le stress est un **trouble de l'adaptation** qui survient lorsque la **demande professionnelle** rend l'**adaptation** de l'individu à son environnement impossible.

Le stress résulte d'un **déséquilibre** entre:

- Les **ressources** de la personne,
- Et les demandes de l'environnement.

Selon Lazarus et Folkman, 1984 : «Le stress psychologique au travail est une réponse de l'individu devant les exigences d'une situation pour laquelle il doute de disposer des ressources nécessaires pour y faire face».

Par conséquent, le stress n'est pas fonction du niveau absolu des exigences, mais de l'écart perçu entre les exigences et sa propre capacité à y faire face.

Toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées

1 travailleur européen sur 3 est affecté par le stress au travail soit plus de 40 millions de personnes, représentant plus de 1 million de journées de travail sont perdues<sup>2</sup>.

Le stress dans une certaine mesure peut avoir des effets positifs, dynamisants : le stress peut donc être stimulateur ou au contraire perturbateur.

---

<sup>2</sup> - 2000 european survey on working conditions.

# LE PROCEDE QPM<sup>©</sup>

---

## *DESCRIPTION*

Chaque être humain possède une "cartographie" bioélectrique qui lui est propre. C'est sur cette constatation et ce fondement, utilisant la bioimpédance ou bio-conductibilité du corps humain comme substratum, qu'a été conçu QPM (Quantic Potential Measurement), outil notamment de mesure du stress.

Le principe utilisé repose sur l'émission et la récupération successives de micro-courants. Ceci permet grâce à 540 mesures différentes (trois séries successives de 180 mesures, dans un processus qui durent environ 40 secondes), de faire une analyse numérique entrecroisée des dérivations bioélectriques induites. Ces mesures aboutissent à un tableau de la bio-conductibilité des zones du corps, de la bioimpédance, de la force électro-motrice, de la tension de surface et de certaines fréquences. Cette analyse révèle également l'influence de neuro-médiateurs et d'hormones libérées par le cerveau, au niveau des échanges cellulaires dans l'organisme.

QPM<sup>©</sup> s'appuie donc sur une technologie bio-électronique pour effectuer une mesure des caractéristiques biochimiques corporelles, en particulier celles engendrées par les états de stress.

## *FONDEMENTS THEORIQUES*

QPM s'appuie en grande partie sur les théories de l'Intelligence Emotionnelle et les travaux de Daniel GOLEMAN<sup>3</sup>.

## *QPM ET LA BIO IMPEDANCE*

### **MESURES DES RESISTANCES DES SYSTEMES ET ORGANES DU CORPS HUMAIN**

En 1954, le Docteur Rheinhold VOLL (1909-1990), médecin allemand de Plochingen, mesure par électro-acupuncture (organomètre de Voll), la résistance des organes et des systèmes du corps humain, au passage d'un courant continu de 1,28 V (tension minima à appliquer entre 2 électrodes pour obtenir le passage du courant sans altérer les systèmes biologiques). Plusieurs milliers de malades ont été ainsi testés. Ses travaux ont été corrélés et publiés en 1986, par Fritz Albert POOP, savant de réputation mondiale, au Centre de biophysique cellulaire de Kaiserslautern, en Allemagne.

VOLL a ainsi pu mesurer les résistances des organes et systèmes de l'homme. **Ces résistances varient entre 1000 et 2 KOhms**. Un individu sain en équilibre homéostatique présente des valeurs

---

<sup>3</sup> - David GOLEMAN – *L'intelligence émotionnelle*. Robert Laffont. 1997.

de 100 KOhms par branches de mesures, avec des bornes comprises entre 140 et 94 KOhms. Toute augmentation des résistances signant un processus d'hyporéactivité, d'hypofonctionnement (supérieur à 140 k ohms), et toute diminution des résistances signant, soit un processus irritatif (entre 94 et 71 KOhms), soit un processus inflammatoire, soit une intoxication (résistances inférieures à 70 KOhms).

### **LA MESURE DES MICRO COURANTS BIOLOGIQUES**

Les travaux de recherche en **bioélectronique** de L.C. VINCENT ont permis l'élaboration de techniques de mesure des micro-courants biologiques. Cette méthode a été automatisée et informatisée par la société allemande Medtronik.

Elle est basée sur la notion « d'**électrotitration** ». Le champ électrique créé par un générateur entre 2 électrodes cutanées, alternativement anode puis cathode, induit une polarisation du volume biologique traversé par ce champ ; le flux des électrons se transformant en courant d'ions. En appliquant la **loi d'Ohm**, le système peut ainsi calculer les quantités d'ions H<sup>+</sup> (acides) et basiques (HCOO<sup>-</sup> acide performique) des différents tissus des zones traversées.

**Les processus d'oxydoréduction** obéissent à des lois et des contraintes très étroites. Ils règlent en permanence tous les mécanismes cellulaires d'équilibre de membranes, d'échanges ioniques, d'activités enzymatiques, des pressions osmotiques, oncotiques, du rh2, du pH et, en fin de compte, du champ électrique humain. Ainsi la bioélectronique de Vincent permet, par l'analyse des pH, des résistivités et des potentiels redox (rH2) du sang, de l'urine et de la salive, la mesure des micro-courants biologiques.

L'application de la loi d'Ohm au système biologique, permet d'obtenir des indications sur les zones de moindre résistance, de résistance normale ou de haute résistance. Ce qui permet le diagnostic des zones traversées sous forme de bio conductivité diminuée, de bio conductivité physiologique ou de bio conductivité augmentée.

### **LA BIO-IMPEDANCE COMME OUTIL "TECHNIQUE"**

L'analyse de bio-impédance (BIA), utilisé de plus en plus dans le domaine de la santé, donne toute une série de différentes mesures qui témoignent de l'état de santé général d'un sujet. Dès lors, en utilisant ces mesures à titre de valeurs repères, il est possible de surveiller la progression vers une meilleure santé ou meilleur état général. C'est cela que le procédé QPM met en œuvre dans ses domaines d'application.

**Santé cellulaire globale:** Il s'agit d'un indicateur de l'état de santé global des cellules et, par conséquent, de l'état physique en général », ce que donne notamment dans le « langage » de QPM la mesure de la Stabilité Biophysique.

**Composition corporelle :** Bien des gens pensent que le pourcentage de graisse et de muscles du corps est important principalement pour les athlètes ou les personnes qui tentent de perdre du poids. Selon le corps médical, ce serait tout à fait faux. En fait, plus le sujet présenterait de tissus adipeux, plus son corps serait sujet à l'inflammation. Or, l'inflammation impose un stress au foie, au système immunitaire et aux glandes surrénales. Elle constitue également un important facteur de risque pour de nombreuses maladies, comme les maladies cardiaques.

L'usage de la bio-impédance est de plus en plus utilisée en diététique et médecine du poids pour obtenir d'ailleurs une mesure de la masse adipeuse et hydrique du corps.

**Eau à l'intérieur/extérieur des cellules** : La faible présence de liquide cellulaire est bien souvent causée par une carence en électrolytes, en magnésium et en potassium. L'intégrité de la membrane cellulaire peut être caractérisée par un état souple semi-perméable. Cet état permet le transport de liquides et de substances à travers la membrane cellulaire. Quand la membrane d'une cellule perd son intégrité et sa capacité à transporter les liquides dans la cellule, l'état de santé de la cellule régresse, et la cellule perd son hydratation. On pourrait facilement comparer une cellule en santé à un raisin, et une cellule qui ne l'est pas, à un raisin sec.

**Hydratation** : La plupart des gens ne boivent pas assez d'eau et sont chroniquement déshydratés. Quand le corps renferme, ne serait-ce qu'un minimum d'eau, le métabolisme ralentit. Un faible niveau de déshydratation peut causer de nombreux autres problèmes de santé, comme les maux de tête, la fatigue, le besoin physiologique de glucides ou de sucre, et plusieurs autres affections.

L'impédance bioélectrique est une méthode largement utilisée pour estimer la composition du corps. La technologie est relativement simple, rapide et non-invasive. La composition corporelle représente la masse de graisse par rapport à la quantité de tissus maigres. L'intérêt porté à la mesure de composition corporelle grandit à mesure que les gens se rendent compte que c'est une meilleure estimation de la santé que le poids seul. En effet, connaître le pourcentage de tel ou tel tissu par rapport au poids total est plus représentatif.

Cette technique de mesure est utilisée dans divers cadres, incluant les cliniques, les clubs de sport, les centres de remise en forme (détermination du régime alimentaire, d'exercices à effectuer), les hôpitaux, l'armée (contrôle de la masse musculaire des militaires) et est utilisée sur un large spectre de population (âge, poids, état de santé). Les applications les plus courantes sont la nutrition, l'endocrinologie, la médecine et biologie du sport, l'obstétrique et le métabolisme, la néphrologie, la réanimation et la cancérologie, la physiologie, l'anthropométrie (obésité), la réadaptation fonctionnelle, la kinésithérapie, la médecine aérospatiale.

La bio-impédance ne mesure pas la masse de graisse de l'organisme, la technologie détermine l'impédance électrique des tissus qui permet d'estimer le TBW, c'est à dire le Total Body Water ou masse d'eau corporelle. En utilisant ce résultat, la masse de graisse peut être estimée (Fat Free Mass ou FFM).

C'est fort de ce constat et de l'analyse et de l'étude des usages de cette technique en médecine aérospatiale, notamment par les médecins russes chargés de suivre les cosmonautes durant les séjours de longue durée, que l'idée d'utiliser ce procédé pour l'analyse et l'étude du stress a donc été retenue et mise en application.

## RESISTANCE ET PH

| Pourcentage (%) | Résistance (KOhm) | pH Extracellulaire | pH Intracellulaire | pH tissus moyens |
|-----------------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| 100             | 2                 | 6,98               | 6,45               | 6,73             |
| 90              | 6,5               | 7,03               | 6,515              | 6,78             |
| 80              | 11                | 7,08               | 6,58               | 6,83             |
| 70              | 19                | 7,13               | 6,63               | 6,88             |
| 60              | 27                | 7,18               | 6,68               | 6,93             |
| 50              | 35                | 7,23               | 6,73               | 6,98             |
| 40              | 43                | 7,28               | 6,78               | 7,03             |
| 30              | 55,5              | 7,33               | 6,83               | 7,08             |
| 20              | 68                | 7,38               | 6,88               | 7,13             |
| 10              | 84                | 7,39               | 6,89               | 7,14             |
| 0               | 100               | 7,4                | 6,9                | 7,15             |
| -10             | 125               | 7,41               | 6,91               | 7,16             |
| -20             | 150               | 7,42               | 6,92               | 7,17             |
| -30             | 270               | 7,47               | 6,97               | 7,22             |
| -40             | 390               | 7,52               | 7,02               | 7,27             |
| -50             | 430               | 7,57               | 7,07               | 7,32             |
| -60             | 470               | 7,62               | 7,12               | 7,37             |
| -70             | 690               | 7,67               | 7,17               | 7,42             |
| -80             | 910               | 7,72               | 7,22               | 7,47             |
| -90             | 955               | 7,76               | 7,25               | 7,52             |
| -100            | 1000              | 7,8                | 7,28               | 7,57             |

**SOURCE : CHIFFRES SELON LE SERVICE DE NEUROPHYSIOLOGIE ET BIOPHYSIQUE DU PROFESSEUR ALIMI A L'HOPITAL DE LA PITIE SALPETRIERE, PARIS.**

# **G. LAZAR © - NE PAS REPRODUIRE SANS L'AUTORISATION DE L'AUTEUR**

---

## *POURQUOI UN DENTISTE STRESSE ?*

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) place la profession de chirurgien-dentiste parmi les plus sujettes au stress.

En effet, outre son propre stress lié par exemple à la pratique d'un acte chirurgical de précision ou encore à la gestion de son activité libérale, le praticien doit également gérer le stress des membres de son équipe et surtout de ses patients.

Ce constat qui fait l'objet de quelques publications et d'un énoncé verbal chez les professionnels du secteur, comme si cela était une évidence face à laquelle on ne peut rien dire ni faire, a servi donc de base à l'objet de cette étude, qui par le biais de l'approche statistique, comme mentionné en début de ce travail, a pour but de vérifier la véracité de cette affirmation en croisant test déclaratifs reconnus et mesures assises sur un procédé s utilisant la bio-impédance du corps, avec l'espoir de voir ainsi ce processus validé également.

# LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE

---

Le dispositif initial retenu pour cette exploration comportait trois temps :

- le recueil d'une série de trois mesures par le procédé QPM, avant, et après un soin sur le lieu d'exercice, cabinet privé ou centre de soins de l'hôpital, et une troisième, en dehors du contexte professionnel, à mon cabinet ;
- la passation d'un test sur le burnout élaboré et conçu par Christina MASLACH, le M.B.I. (Maslach Burn Out Inventory). Ce test se passa lors de la première mesure durant le temps de préparation du matériel QPM. Compte tenu de son organisation, ce test est rapide à compléter, dans un maximum de 5 minutes. C'est un test devenu public, dont l'analyse est facilement disponible sur internet.

La passation en ligne du test du Baron, via internet après envoi individualisé d'une adresse de connexion et d'un identifiant anonymisant chaque participant. Ce test est assez long, car comportant 133 question ; il demande entre 30 et 45 minutes pour être entièrement complété. Les résultats ne sont pas accessibles au participant et doivent faire l'objet d'une restitution individualisée, dont l'interprétation est réservée aux psychologues habilités par ECPA, l'organisme qui gère ce test en France.

Une première phase de collecte des données se déroula de fin mars à juin 2011 dans les locaux du service d'odontologie de l'hôpital de la Salpêtrière, où une salle fut mise à ma disposition, ainsi que dans quelques cabinets dentaires privés<sup>4</sup> situés dans Paris intra-muros, l'étude ayant été géographiquement limitée pour des questions de temps de transports et de logistique.

Durant cette phase, près de 150 sujets, praticiens seniors et juniors, étudiants de 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année en études dentaires et une dizaine d'assistantes dentaires (celles-ci à la demande du Professeur AZERAD) participèrent à la première phase du travail.

Il fut essentiellement recueilli alors une mesure par QPM et un test MBI, la seconde mesure posant déjà un problème de recueil, les sujets ne revenant pas malgré la "pression" qui leur fut mise par le responsable de l'unité.

Dès lors, la question du protocole apparut du fait de la grande difficulté à mobiliser les sujets pour collecter 3 mesures d'une part, celle hors du lieu d'exercice étant de fait "oubliée" et par la très faible participation au test du Baron<sup>®</sup>, en dehors de quelques dentistes libéraux, malgré les relances systématiques, tant pour des questions de faible mobilisation (les étudiants exprimant un manque de temps notamment) que par des problèmes informatiques, certains services (messagerie de type "@hotmail " ou " @gmail" par exemple) refusant tous les messages adressés via le service d'ECPA, organisme qui administre, traite et gère le test.

---

<sup>4</sup> Ce contact avec des dentistes privés fut notamment facilité par la coopération du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Paris

De ce fait, seule une dizaine de questionnaires furent complétés pendant toute cette phase, et de plus avec des écarts de temps importants avec le moment de réalisation des mesures.

Cette difficulté dans cette phase du travail, quant à la collecte de l'information a donc abouti à conduire deux investigations distinctes :

- l'une liant les mesures issues de QPM aux résultats du MBI, test sur le burnout, pour laquelle 130 résultats sont disponibles ;
- l'autre entre le test du Baron et QPM sur une quarantaine de sujets seulement.

Face à cette incapacité à mettre en œuvre la méthodologie qui avait été élaborée, j'ai, avec l'appui du Professeur AZERAD, proposé de reprendre cette seconde phase de l'étude.

J'ai conservé l'idée de comparer les résultats issus respectivement d'une mesure par QPM et d'un test Baron, mais en faisant passer ce test au moment de la réalisation de la mesure. Pour cela, j'ai modifié le dispositif, me déplaçant avec des ordinateurs pour permettre aux sujets de remplir les questionnaires sur place et non plus sur invitation par mail. Ainsi j'ai pu mener de front une mesure et laisser deux participants remplir leur questionnaire.

Ceci a permis de récolter un total de 36 couples de mesure-test d'une part chez les dentistes et d'en faire réaliser 5 autres par des professionnels travaillant sur le stress professionnel et intéressés par la connaissance de ces outils. Ceci a permis ainsi de réunir un échantillon de 41 sujets, qui sont venus compléter les chirurgiens dentistes installés qui avaient accepté de participer et réaliser ces deux moments, mesure et test. Je ne les retiendrais finalement pas car le contexte des mesures ne permet pas une comparaison pertinente du fit de l'absence de cohérence des situations professionnelles et du trop faible nombre de participants non dentistes

Cette difficulté dans cette phase du travail, quant à la collecte de l'information a donc abouti à conduire deux investigations distinctes :

- l'une liant les mesures issues de QPM aux résultats du MBI, test sur le burnout, pour laquelle 130 résultats sont disponibles ;
- l'autre entre le test du Baron et QPM sur une quarantaine de sujets seulement. Il s'avère que ce nombre est nettement insuffisant pour pouvoir conclure quant à la corrélation entre ce test et les données mesurées. Nous reviendrons dans la dernière partie sur cet élément de l'étude.



# LE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

---

## *PRESENTATION ET ANALYSE DU TEST « MBI » (MASLACH BURNOUT INVENTORY)*

En anglais, « burnout » signifie « s'user », « s'épuiser ».

Christina Maslach, en 1982, chercheuse américaine en psychologie sociale, a défini le « burnout » selon trois caractéristiques :

- L'épuisement émotionnel : la personne n'a plus d'énergie et ressent un fort sentiment de fatigue émotionnelle et physique marquée par la hantise de devoir se rendre à son travail.
- La dépersonnalisation : renvoie à des attitudes impersonnelles, détachées, négatives, voire méprisantes envers les personnes dont il est chargé. (Ex : l'infirmière parle du « traumatisme crânien de la chambre 28 », au lieu de citer le nom de son patient).
- L'échec de l'accomplissement personnel : dévalorisation de ses propres compétences, sentiment d'échec personnel accompagné d'une baisse d'estime de soi.

Ces trois dimensions seront les trois sous-échelles du MBI développé par Maslach et Jackson en 1982, qui serviront ainsi à mesurer l'épuisement professionnel. Il est précisé que cet état n'est pas passager mais dure dans le temps. Plus récemment, le « burnout » a été défini comme : « *Une réaction affective au stress permanent et dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles, qui comprennent l'expression de l'épuisement émotionnel, de la fatigue physique et de la lassitude cognitive* » (Shirom, 2003, p. 248, cité par TRUCHOT).

### **L'ORIGINE**

Destiné au départ au personnel médical Initialement, le test du MBI a été créé pour mesurer l'épuisement professionnel dans le milieu médical (médecin, infirmières, personnel administratif médical, employés de milieu hospitalier). Dans la pratique, on constate que ce test a été généralisé à tous types d'institutions et d'organisations. Ce test, s'adressant au départ à une population spécifique qu'est le personnel médical, il faudrait changer quelques items pour permettre une adaptation du test à d'autres milieux professionnels (ex : « patients », « clients », ou « élèves ») tels que les employés, les cadres ou encore les enseignants. Par ailleurs, avoir un niveau élevé de dépersonnalisation est significatif de la présence de « burnout » (que l'on comprend aisément si l'on se place dans la peau d'un médecin par exemple), alors que pour certains métiers, notamment ceux en rapport avec le commerce, la distance affective ou émotionnelle à l'égard de ses clients est, à l'inverse, considérée comme positive voire même nécessaire.

## LIMITES DE L'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon a été réalisé sur 11067 personnes résidant aux Etats-Unis. Les 33,3 % ayant les scores les plus élevés représentent ainsi la fourchette d'un niveau élevé de « burnout », les 33,3 % suivant un niveau moyen, et enfin les 33,3% restant correspondent à un score de « burnout » faible. L'échantillonnage qui a permis l'élaboration de ce test a donc été divisé en trois groupes. Ces frontières ont été artificiellement créées et n'ont aucun fondement clinique. Nous ne pouvons pas affirmer avec certitude à partir de quel score un individu souffre réellement de « burnout ». Par ailleurs, ces normes proviennent d'un échantillon américain et rien ne démontre qu'elles soient aménageables à d'autres pays. Deux raisons principales expliquent cela : - Le « burnout » dépend largement de la culture. Ces bornes ont été établies sans tenir compte des personnes étant en arrêt de travail, ou celles ayant quitté leur profession à la suite de tensions internes ressenties. Pour Karasek et Theorell, 1990, l'évaluation du « burnout » est biaisée par « l'effet du travailleur en bonne santé » où l'on exclut d'office les plus hauts niveaux de « burnout ». Le MBI permet simplement de dégager une tendance pour constater un « burnout ».

## VALIDITE DE LA COTATION

Cet instrument de mesure comporte 22 items et trois dimensions (ou sous-échelles) :

- l'épuisement émotionnel, évalué à l'aide de 9 items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20).

Ex : « Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ».

- la dépersonnalisation, évaluée à l'aide de 5 items (5, 10, 11, 15, 22).

Ex : « Je suis devenu insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ».

- l'accomplissement personnel au travail, mesuré par 8 items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Ex : « J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail ».

Les items du test sont joints en annexe.

## LE TEST : DESCRIPTION

Le MBI est un modèle multidimensionnel, mesurant trois scores différents, et fournissant ainsi une approche plus complète que les approches unidimensionnelles. Cependant, la définition du « burnout » reste séquestrée à cet instrument et masque peut-être d'autres dimensions non prises en compte ici et qui permettraient de révéler l'ensemble de la diversité du phénomène (organisation de travail, relations hiérarchiques,& ).

À l'origine, il était demandé d'évaluer chaque item en fonction de deux critères : la fréquence et l'intensité (cette dernière était cotée de 1 à 7, très peu à énormément). Actuellement, du fait de certaines corrélations observées entre les deux évaluations, le critère d'intensité a été abandonné, et cela peut constituer une limite. En effet, certains auteurs soulignent malgré tout : « Qu'il est peut-être utile à des fins de recherche, de recourir à cette double évaluation, d'autant plus que le contexte professionnel implique un rythme d'activité irrégulier et imprévisible ; l'évaluation des symptômes selon leur intensité est dans ce cas plus pertinente et plus aisée que l'évaluation selon la fréquence » (Girault-Lidvan, « Psychiatrie française », p. 32).

Cet outil est assorti d'une échelle de Lickert en 7 points (0 : Jamais à 6: Tous les jours) selon la fréquence.

L'échelle de fréquence, utilisée dans ce test, est précise (« jamais », « une fois par jour », « plusieurs fois par semaine ») et permet d'éviter les biais en rapport à des mots pouvant apparaître comme trop généraux (ex : « parfois », « souvent », « de temps en temps ») faisant davantage appel à la subjectivité du sujet. Néanmoins, on ne peut pas être certain que l'écart entre « plusieurs fois par an » et « une fois par mois » est le même que l'écart entre « plusieurs fois par semaine » et « tous les jours ».

### **1. DEF AUT DE CONSISTANCE INTERNE**

Au niveau de la consistance interne, un défaut majeur réside. En effet, les trois dimensions ne possèdent pas le même nombre d'items. Il existe seulement cinq items pour mesurer le niveau de dépersonnalisation et cette dimension regroupe des thèmes différents tels que le rejet, la mise à distance d'autrui ou encore l'hostilité.

### **2. VALIDITE CONVERGENTE PEU CONVAINCANTE DE « L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL »**

Concernant la validité convergente, c'est-à-dire : « Jusqu'où des mesures de différents aspects du même comportement donnent des résultats équivalents » (Rosenthal et Rosnow, 1984, cités par GREBOT) Les auteurs montrent qu'elle est respectée. Cependant, les deux dimensions ayant les corrélations les plus significatives avec les autres tests mesurant le « burnout » sont l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. La validité convergente de la sous-échelle « accomplissement personnel » reste à démontrer et n'offre pas de liens nets pour mesurer le « burnout ». En effet, Lee et Ashforth, en 1990, ont réalisé une étude auprès de 181 cadres d'un service social aux Etats-Unis. Ces derniers ont pu constater que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation étaient davantage liés à la tension psychologique et physiologique et que l'accomplissement personnel était associé à des perceptions de performances et l'utilisation de contrôle. Le non-accomplissement personnel au travail pourrait être une conséquence de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation mais ne mesurerait pas le « burnout » lui-même.

### **3. QU'EN EST-IL DE LA FIDELITE DU TEST ?**

Ce test possède une bonne stabilité dans le temps (reproductibilité), sa fidélité test/re-test est donc respectée. En effet, lorsque le MBI est administré deux fois au même groupe de participants avec un intervalle d'un mois entre les deux passations, on obtient des coefficients de corrélations s'étalant de 0.60 à 0.82. Lorsque la durée entre les deux passations s'allonge, les corrélations diminuent légèrement et sont à 0.60 mais restent tout de même élevées. Les résultats ont dévoilé que la catégorie « épuisement émotionnel » offre la meilleure stabilité dans le temps. Ces résultats confirment que le « burnout » correspond à un état durable et non pas une affection provisoire. Par ailleurs, près de 90% des recherches empiriques utilisent cet instrument dont les propriétés métriques sont jugées satisfaisantes.

## *L'INTERPRETATION :*

Les scores s'obtiennent rapidement : il faut compter environ une quinzaine de minutes. La passation et l'interprétation sont réalisables rapidement (25 minutes au total). Le test possède donc un intérêt économique.

L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel sont mesurés séparément.

Ainsi, l'individu n'a pas un score global de « burnout », mais chacune des trois sous-échelles fait l'objet d'un score spécifique.

Il faut donc procéder au total des points des items dans chacune des dimensions, sachant que « jamais » = 0 ; « plusieurs fois par an » = 1 ; « une fois par mois » = 2 ; « plusieurs fois par mois » = 3 ; « une fois par semaine » = 4 ; « plusieurs fois par semaine » = 5 et « tous les jours » = 6 points.

- **Concernant l'épuisement émotionnel** : Pour un total inférieur à 18, il s'agit d'un score faible. Pour un total compris en 18 et 29, il s'agit d'un « burnout » modéré. Pour un total de 30 ou plus, l'épuisement professionnel est considéré comme élevé.

- **Concernant la dépersonnalisation** : Pour un total inférieur à 6, le score est faible. Pour un total compris entre 6 et 11, le score relève un « burnout » moyen. Pour un total de 12 ou plus, le score de « burnout » est élevé.

- **Concernant l'accomplissement personnel au travail** : Un total de 40 ou plus suggère un fort taux d'accomplissement personnel et un « burnout » bas ou inexistant.

Un total compris entre 34 et 39 indique un score modéré de « burnout ». Enfin, un total de 33 ou inférieur signifie un score faible d'accomplissement personnel au travail et en contrepartie un score de « burnout » élevé. Un score élevé sur les deux premières dimensions (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) correspondrait ainsi à un niveau de « burnout » élevé.

Un score faible concernant l'accomplissement personnel serait lui aussi révélateur d'un « burnout » élevé. Or, les bornes strictes en intervalles ne permettent pas de prendre en compte un score élevé de « burnout » si les résultats sont dans la partie inférieure à 1 ou 2 points près et inversement.

Ce problème se retrouve d'ailleurs dans tous les tests sollicitant un classement des individus où des seuils sont nécessaires. Autre limite : ce test est interprétable uniquement dans un contexte particulier et devrait être poursuivi par des observations comportementales des sujets, connaissance des comportements, addictions, maux etc. Cela permettrait une mesure plus précise et complèterait l'état réel de « burnout » de la personne.

Si le « burnout » est avéré, on pourrait imaginer que le sujet concerné soit pris en charge par un suivi psychologique lui permettant de retrouver la motivation et l'envie d'aller travailler.

Par ailleurs, les résultats du test doivent être restitués avec le cadre de passation : l'individu était-il stressé au moment où il a passé le test, venait-il de rompre avec son conjoint ou avait-il eu une nouvelle particulièrement positive ?

L'échelle MBI établie selon le modèle de Maslach et Jackson est ainsi fréquemment utilisée dans les travaux scientifiques pour ses qualités psychométriques, de validité et de fidélité, à travers 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel au travail.

Chaque question est évaluée par des indicateurs de fréquence (faible - moyen - élevé) ou d'intensité

Le "burn-out syndrome" des soignants comporte 3 symptômes : **l'épuisement émotionnel** (démotivation, sensation d'insurmontable), **une réduction de l'accomplissement personnel** (auto-évaluation négative entre autres), et **une tendance à dépersonnaliser ses patients**. Le "MBI"<sup>5</sup> est une grille d'analyse qui permet de quantifier ces critères.

Ce test n'est pas un outil de diagnostic médical ni psychologique. Il ne peut pas remplacer l'examen clinique d'un médecin ni celui d'un psychologue, pour déterminer si vous souffrez ou non d'une condition médicale.

### *LA CORRESPONDANCE QPM© - MBI ©*

Après concertation avec les concepteurs de QPM, le schéma de concordance suivant fut adopté, en fonction des indicateurs et des modalités d'élaboration de QPM d'une part, de la lecture des documents liés au test Baron d'autre part.

| Terminologie QPM                          |                    |    | MBI                           |    |
|---|--------------------|----|-------------------------------|----|
| somme(IE56;IE59)/4                        | Empathie Sociale   | 2A | Accomplissement Professionnel | AP |
| (IE10 + IE63)/2                           | Aptitudes Sociales | 2B | Dépersonnalisation            | D  |
| SB < 0 et BR<=15<br>confirmé par PP5<=2,5 |                    |    | Epuisement Professionnel      | EP |

Les indicateurs de QPM retenus sont ainsi :

SB : Stabilité Biophysique : mesure de l'état physique général d'une personne

BR : Besoin de Reconnaissance

2A : moyenne des données portant sur les paramètres de la mesure de l'empathie

IE56 - Bien écouter

IE57 - Deviner le besoin des autres et apporter des réponses

IE58 - Etre attentif aux signaux émotionnels

---

<sup>5</sup> Source : " Maslach, C., Susan E. Jackson (1981). The measurement of experienced burnout, Journal of occupational behaviour, Vol 2, 99-113")

- IE59 - Etre sensible et comprendre les autres
- IE60 - Accroître la satisfaction des autres et leur fidélité
- IE61 - Comprendre les besoins des autres et apporter des solutions
- IE62 - Offrir spontanément une assistance chaleureuse
- IE63 - Soutenir le point de vue de l'autre et être un conseiller
- IE64 - Faire des critiques utiles et discerner les insuffisances des autres
- IE65 - Guider et conseiller à bon escient
- IE66 - Reconnaître les atouts des autres et savoir les récompenser
- IE67 - Accepter toutes les visions du monde
- IE68 - Intégration des différences culturelles
- IE69 - Rapports harmonieux avec toutes les classes et ethnies
- IE70 - Rejet des préjugés et de l'intolérance
- IE71 - Détecter les réseaux d'influence qui comptent
- IE72 - Saisir les tenants et les aboutissants des problèmes de l'autre

2B : moyenne des données portant sur les aptitudes sociales d'un sujet

- IE73 - Influence
- IE74 - Communication
- IE75 - Direction
- IE76 - Sens de la médiation
- IE77 - Concrétiser les changements
- IE78 - Nouer des liens
- IE79 - Sens de la collaboration et de la coopération
- IE80 - Mobiliser une équipe

IE 10 : Extraversion du moi social

IE 56 : Bien écouter

IE 57 : Deviner le besoin des autres et apporter des réponses

IE 58 : Etre attentif aux signaux émotionnels

IE 59 : Etre sensible et comprendre les autres

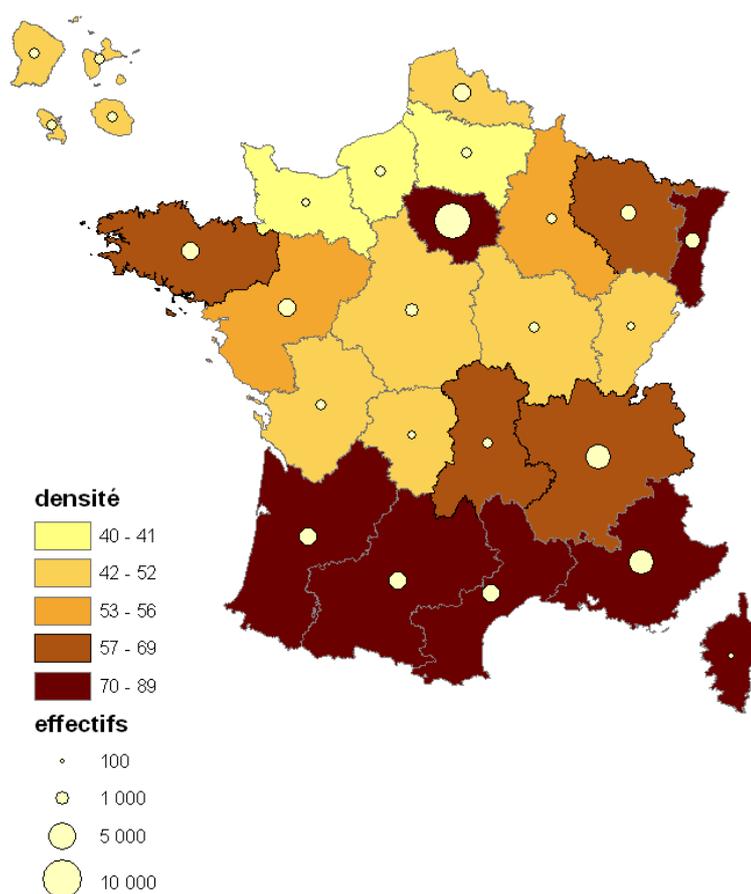
IE 63 : Soutenir le point de vue de l'autre et être un conseiller

# LA POPULATION ETUDIEE

---

Les chirurgiens-dentistes sont environ 41 000, dont 90% à exercice libéral, en France.

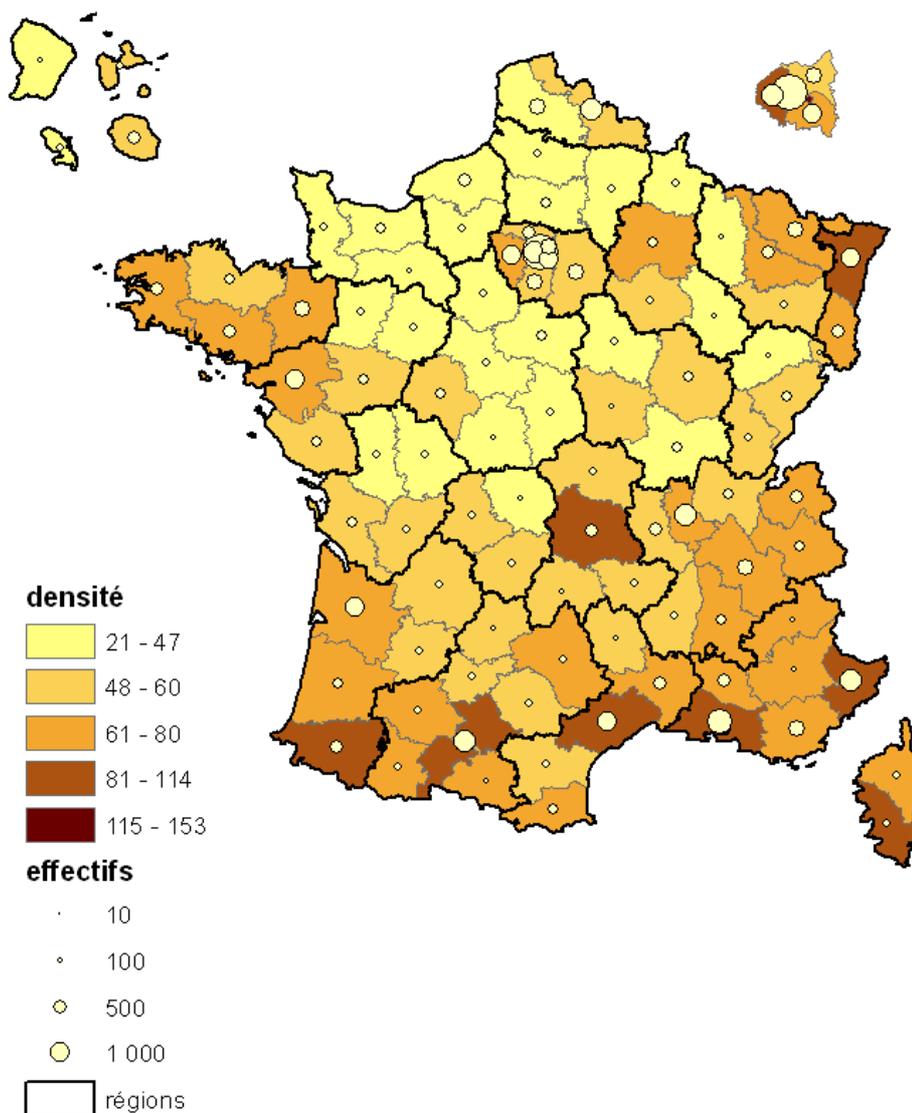
Densité et effectifs de chirurgiens-dentistes  
par région au 1er janvier 2010



© IGN -DREES 2010

Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2008 - Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

## Densité et effectifs de chirurgiens-dentistes par département au 1er janvier 2010



*Sources* : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2008 - Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

# CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION MBI-QPM

---

L'étude comparative entre les résultats du test MBI et les mesures QPM a porté sur 132 sujets, se répartissant de la manière suivante :

| Situation/Nombre      | H  | %     | F  | %      | Total |
|-----------------------|----|-------|----|--------|-------|
| Assistantes dentaires | 0  | 0,0%  | 11 | 100,0% | 11    |
| Praticiens seniors    | 7  | 43,8% | 9  | 56,3%  | 16    |
| Praticiens juniors    | 3  | 75,0% | 1  | 25,0%  | 4     |
| Etudiants 5° Année    | 20 | 30,8% | 45 | 69,2%  | 65    |
| Etudiants 6° Année    | 20 | 55,6% | 16 | 44,4%  | 36    |
| TOTAL                 | 50 | 37,9% | 82 | 62,1%  | 132   |

Par praticiens juniors, nous entendons des chirurgiens dentistes exerçant depuis moins de 5 ans, les seniors ayant plus de 5 ans d'expérience soit en cabinet, soit en milieu hospitalier, soit dans les deux.

Nous pouvons remarquer que la population féminine de notre échantillon représente les 2/3 de la population totale, ce qui s'explique d'une part par la prise en compte des assistantes dentaires dans celui-ci, la plus forte sensibilisation des étudiantes pour le sujet de l'étude.

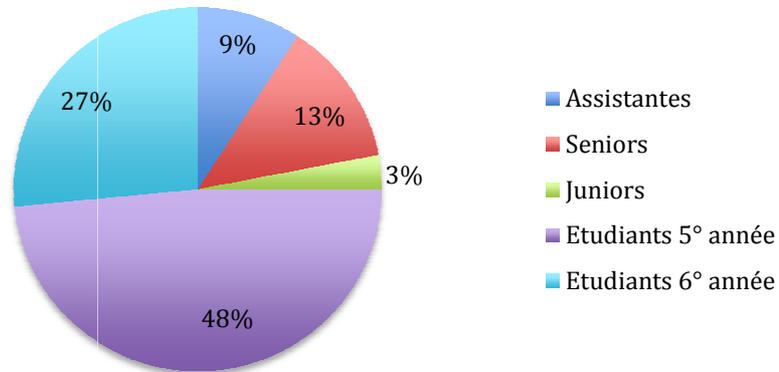
Au niveau des effectifs de l'hôpital et de la faculté dentaire, la part féminine est relativement égale globalement à la population masculine.

Ceci donne encore en terme d'âge :

| Situation/Age         | H    | F    |
|-----------------------|------|------|
| Assistantes dentaires |      | 42,2 |
| Praticiens seniors    | 43,9 | 36,4 |
| Praticiens juniors    | 26,7 | 32,0 |
| Etudiants 5° Année    | 25,0 | 25,0 |
| Etudiants 6° Année    | 25,5 | 25,1 |

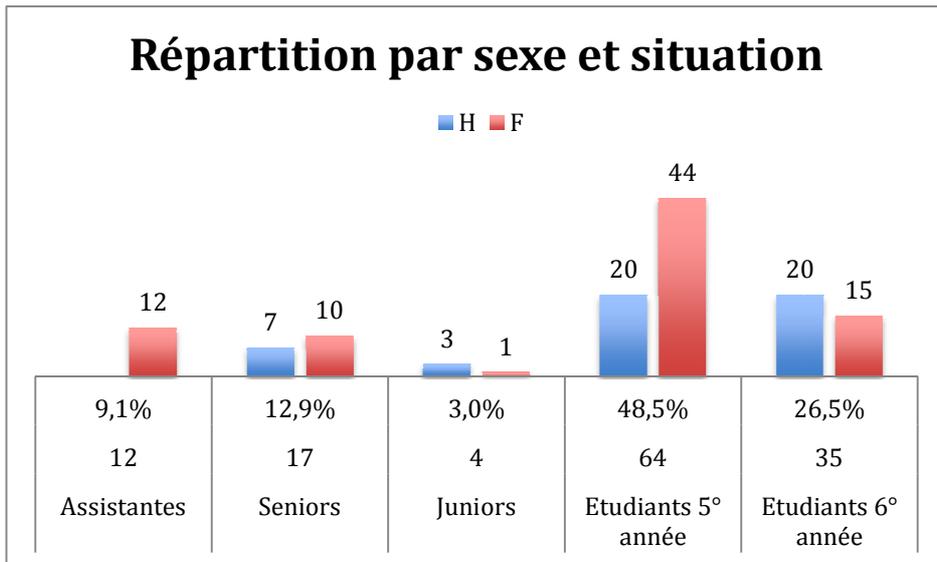
De même, la population est globalement assez jeune, ce qui est normal pour un échantillon « étudiant », mais présente une sous représentation des seniors engagés dans la vie professionnelle active. Ceci est explicable par la moindre mobilisation des praticiens en général.

## La population étudiée



La situation de ces dentistes en devenir ou en exercice peut se représenter encore par le schéma suivant :

## Répartition par sexe et situation

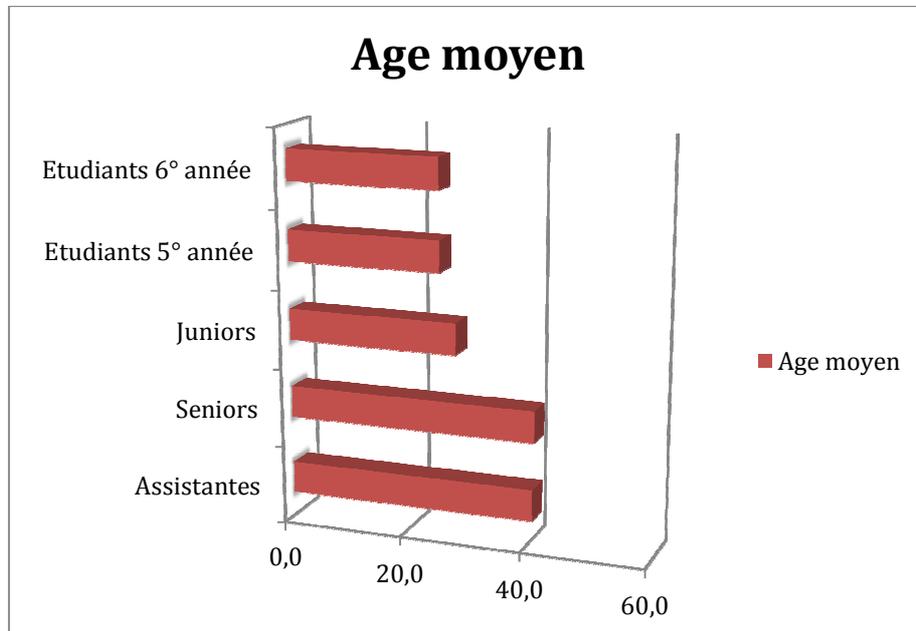


La population est relativement jeune, se répartissant en moyenne de la manière suivante :

|                                | Age moyen | Ecart type |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Assistants                     | 40,7      | 8,8        |
| Seniors                        | 40,9      | 13,1       |
| Juniors                        | 28,0      | 3,4        |
| Etudiants 5 <sup>e</sup> année | 25,4      | 4,1        |
| Etudiants 6 <sup>e</sup> année | 25,4      | 1,6        |

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| Total | 28,8 | 8,8 |
|-------|------|-----|

Il s'avère que la plus grande dispersion se retrouve chez les dentistes "senior" et les assistantes-dentaires, ce qui est assez représentatif de la population en général de ces deux groupes.



# STRESS, ANXIETE ET ANGOISSE

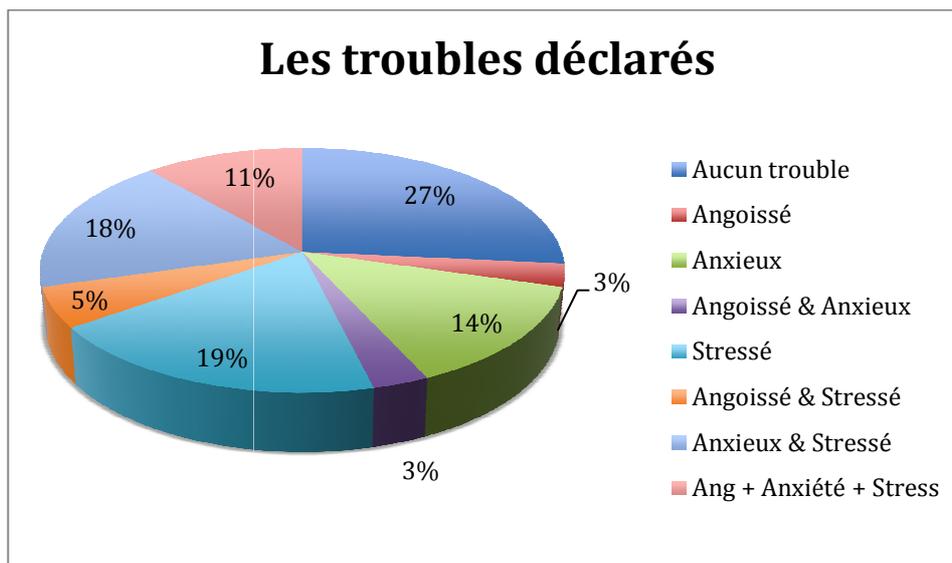
---

En accompagnement des questionnaires MBI, nous avons demandé aux sujets de dire, sans leurs donner la moindre définition, s'ils se voyaient stressés, anxieux ou angoissés, avec la possibilité de répondre à toutes les propositions.

Nous avons obtenu les déclarations suivantes :

|                           | Assistantes | Seniors | Juniors | 5°<br>année | 6°<br>année | Total | %     |
|---------------------------|-------------|---------|---------|-------------|-------------|-------|-------|
| Aucun trouble             | 4           | 6       |         | 14          | 11          | 35    | 26,5% |
| Angoissé                  |             |         |         | 3           | 1           | 4     | 3,0%  |
| Anxieux                   | 2           | 1       | 1       | 7           | 7           | 18    | 13,6% |
| Angoissé &<br>Anxieux     |             | 1       |         | 3           |             | 4     | 3,0%  |
| Stressé                   | 2           | 4       | 1       | 7           | 11          | 25    | 18,9% |
| Angoissé & Stressé        |             | 1       | 0       | 6           |             | 7     | 5,3%  |
| Anxieux & Stressé         | 2           | 3       | 1       | 14          | 4           | 24    | 18,2% |
| Ang + Anxiété +<br>Stress | 2           | 1       | 1       | 10          | 1           | 15    | 11,4% |
| Total :                   | 12          | 17      | 4       | 64          | 35          | 132   |       |

Ceci graphiquement peut s'exprimer de la manière suivante :



Cette déclaration laisse apparaître que si 27 % des sujets déclarent ne présenter aucun trouble, 53 % disent être stressés, avec pour 11 % de ceux-ci une présence de tous les "symptômes". Ceci pourrait inciter à chercher chez les sujets présentant ce cumul les risques de burnout ou de profond stress professionnel.

### *LES DONNEES QPM*

Pour cette première approche, nous avons donc établi un tableau de correspondances à partir des définitions données des trois éléments pris en compte dans le MBI que nous avons croisé avec les données QPM© en les amalgamant pour arriver à prendre en compte les mêmes éléments.

Ainsi nous avons retenus les éléments suivants de QPM :

**Pour l'accomplissement professionnel**, nous lierons ce domaine à ce que QPM appelle Empathie Sociale.

- IE 56 : Bien écouter
- IE 57 : Deviner le besoin des autres et apporter des réponses
- IE 58 : Etre attentif aux signaux émotionnels
- IE 59 : Etre sensible et comprendre les autres

**Pour la dépersonnalisation**, nous considérons les aptitudes sociales et notamment au travers de :

- IE 10 : l'Extraversion du moi social
- IE 63 : Soutenir le point de vue de l'autre et être un conseiller

**Pour l'Épuisement Professionnel**, cela correspondrait à ce que QPM® nomme Stabilité Biophysique (SB).

# LE TRAITEMENT DES DONNEES

---

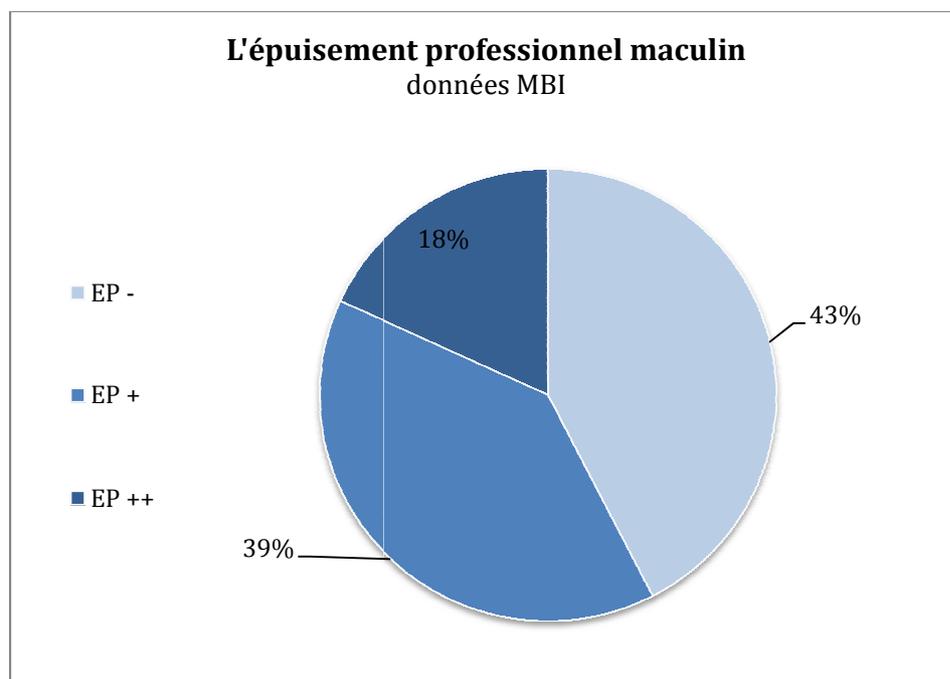
## *L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL OU PROFESSIONNEL*

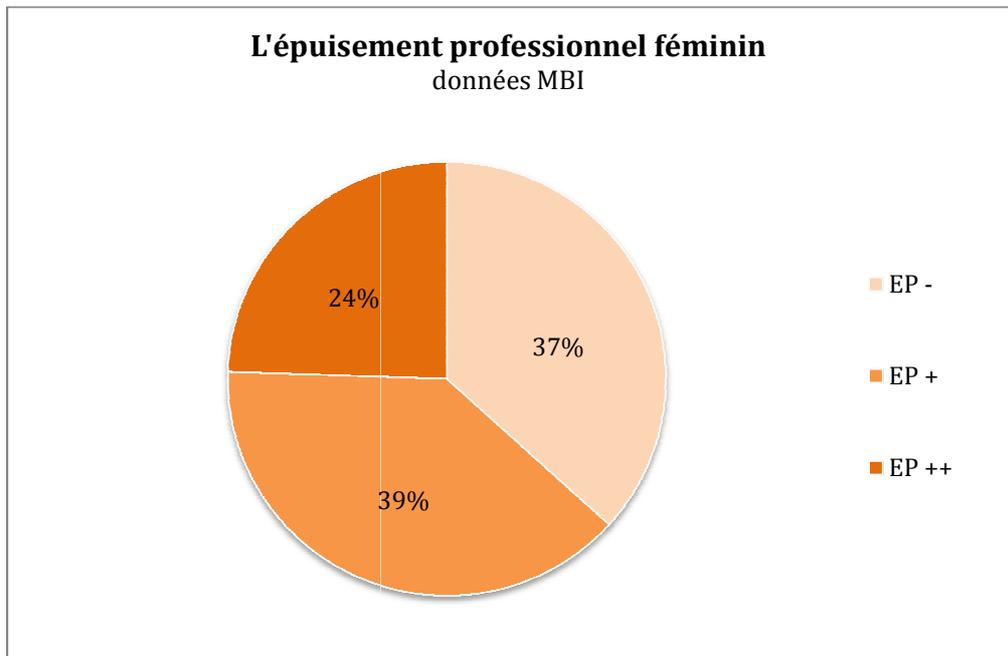
Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel

L'Épuisement professionnel correspond aux questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Les résultats sont à interpréter selon la répartition suivante :

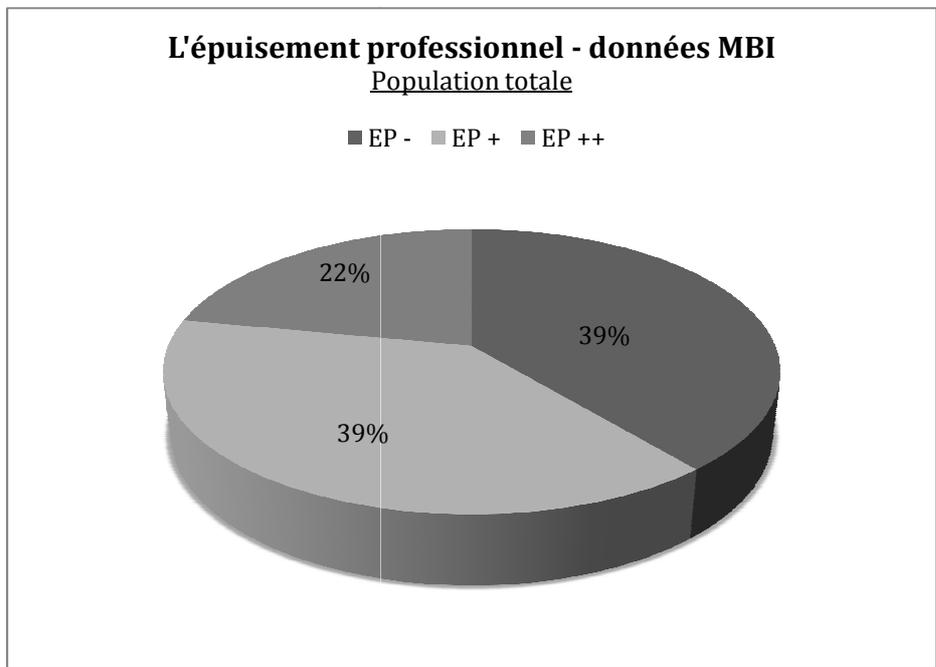
- total inférieur à 17: burnout bas.
- total compris entre 18 et 29: burnout modéré.
- total supérieur à 30: burnout élevé.

Ceci donne ainsi :



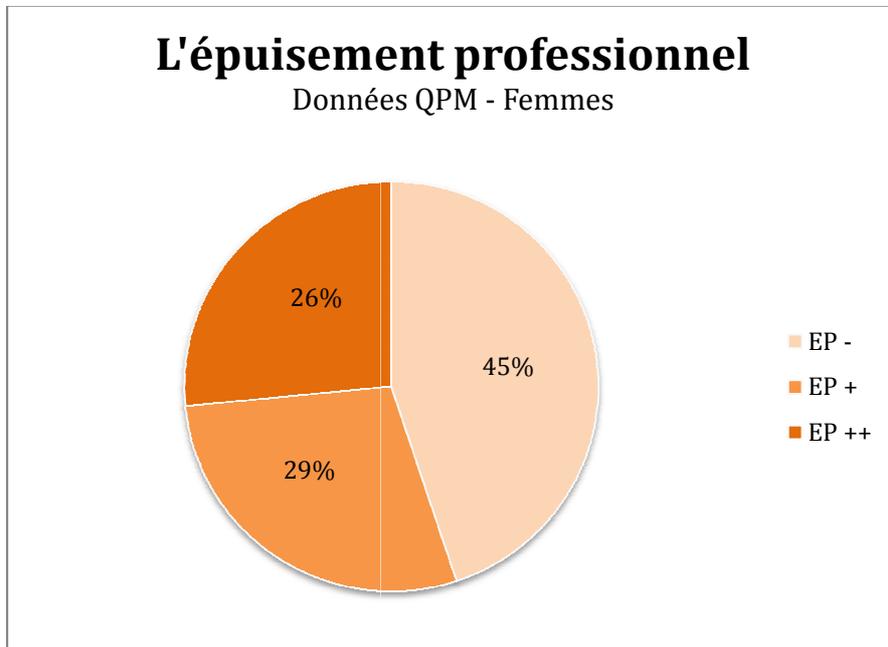
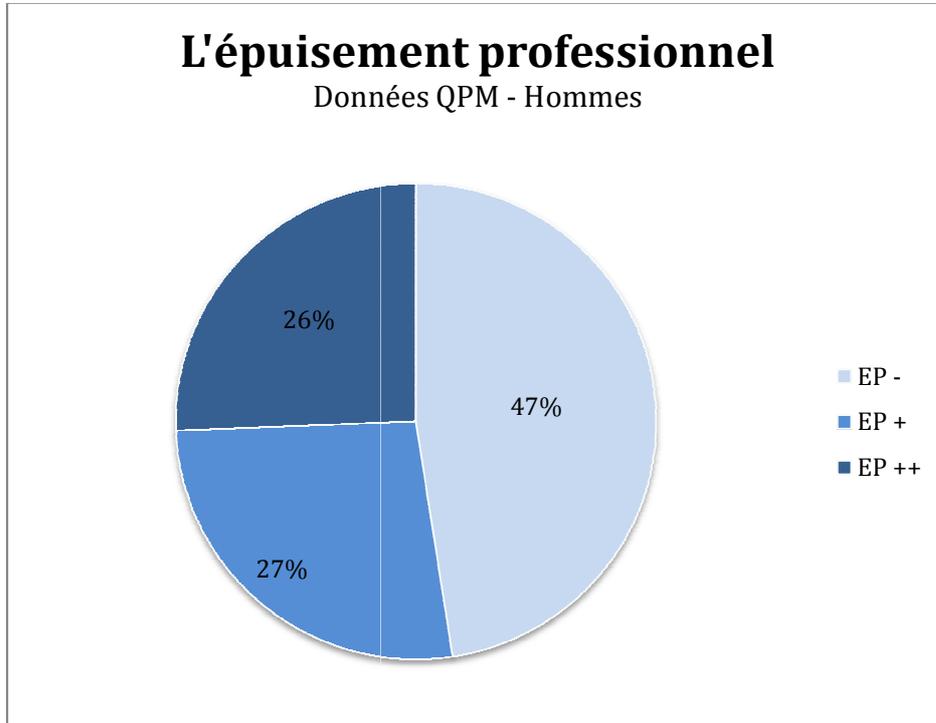


Sur la base de l'analyse des questionnaires, il s'avère que la population féminine déclare un plus haut niveau d'épuisement que leurs collègues « hommes », tant en ce qui concerne l'épuisement modéré que l'épuisement élevé.



Globalement, sur l'ensemble de l'échantillon, les deux tiers de la population se déclare et se voit épuisé, dont pratiquement un quart fortement.

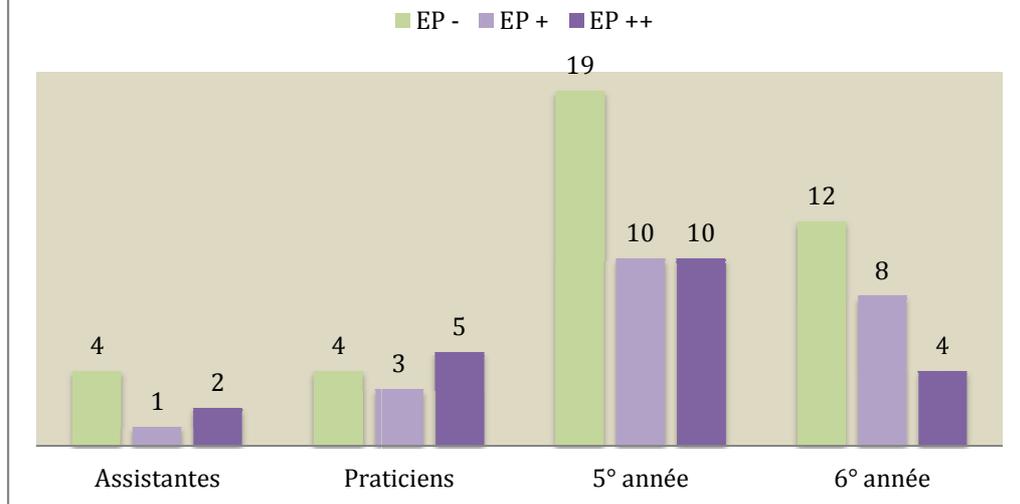
Avec les données issues de QPM, nous obtenons les résultats suivants :



Nous observons des données assez comparables avec les mesures QPM

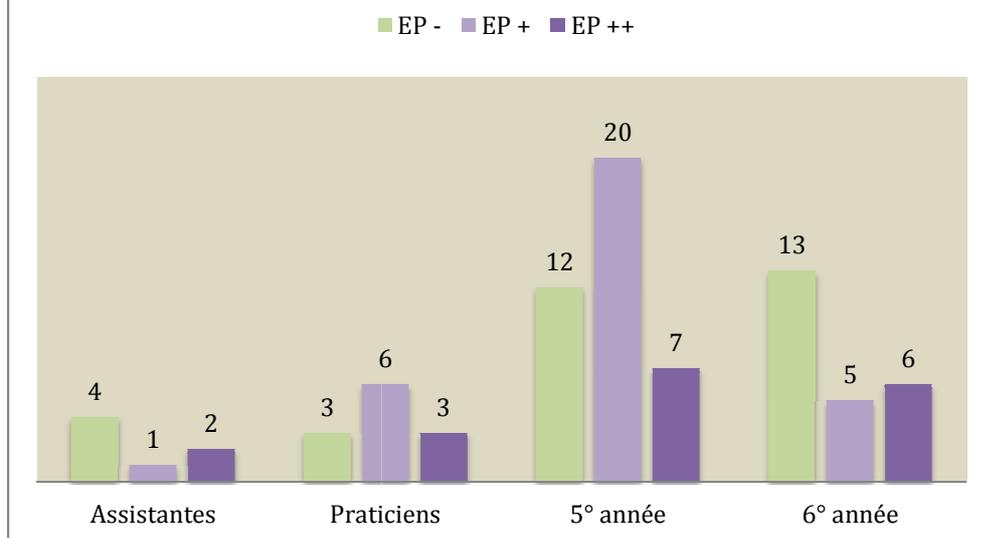
## L'épuisement professionnel

Données QPM - Ensemble de la population



## L'épuisement professionnel

Données MBI - Ensemble de la population



### CONVERGENCE ET ANALYSE :

La représentation graphique des deux approches sur ce critère montre une cohérence entre elles.

Suivant l'analyse faite avec les concepteurs de QPM, la convergence peut être considérée pour une différence entre les deux procédés se situant dans la fourchette 0 +1. Ceci représente et correspond à 59 sujets, soit 72,5 % de la population – 83 mesures - (tx de convergence : **Tx = 0,7283**).

## *LA DEPERSONNALISATION OU L'EMPATHIE*

Pour Christina MASLASH, la dépersonnalisation (ou perte d'empathie) représente plutôt une « déshumanisation » dans les rapports interpersonnels. La notion de détachement est excessive, conduisant au cynisme avec attitudes négatives à l'égard des patients ou des collègues, sentiment de culpabilité, évitement des contacts sociaux et replie sur soi-même. Le professionnel bloque l'empathie qu'il peut montrer à l'égard de ses patients et/ou de ses collègues.

La "dépersonnalisation" correspond aux questions 5, 10, 11, 15, 22 des questionnaires et s'analyse selon le score suivant :

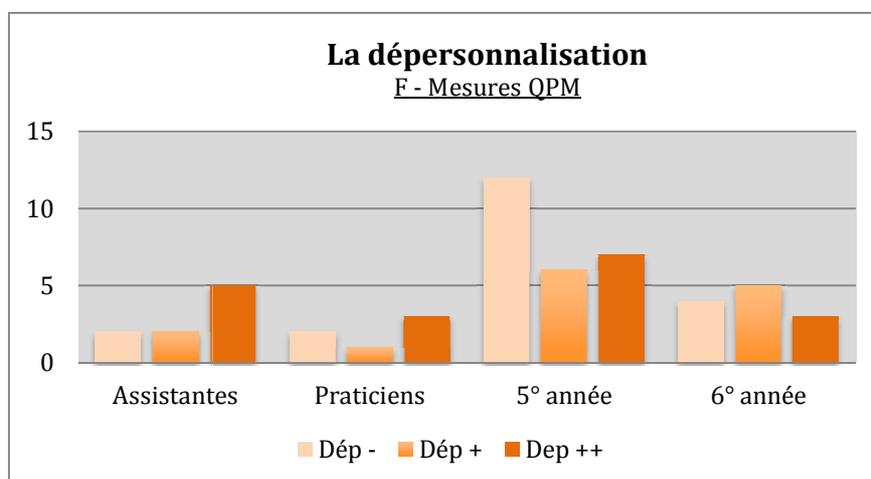
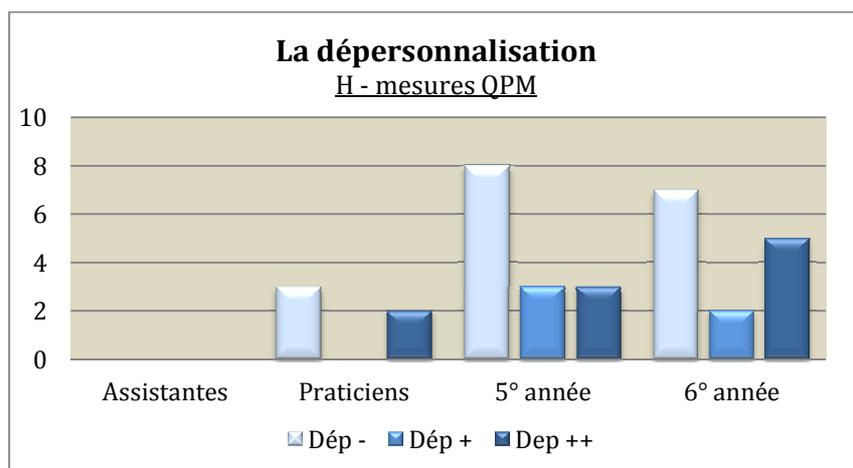
**TOTAL INFÉRIEUR A 5 : BURNOUT BAS**

**TOTAL COMPRIS ENTRE 6 ET 11 : BURNOUT MODÈRE**

**TOTAL SUPÉRIEUR A 12 : BURNOUT ÉLEVÉ**

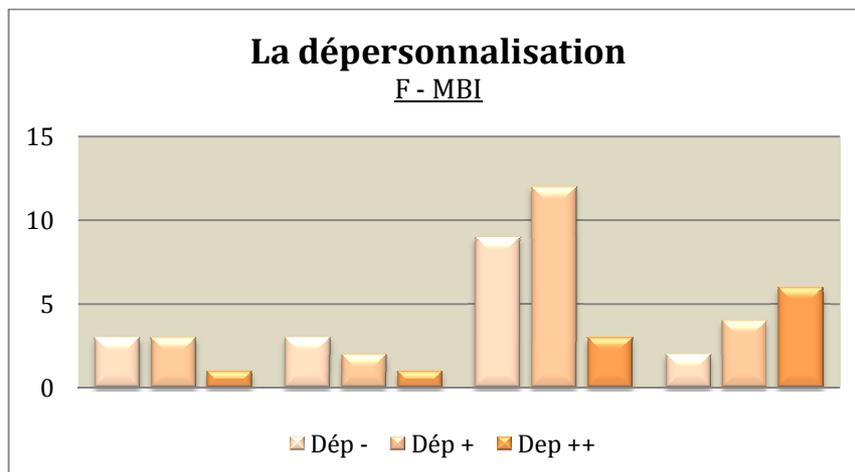
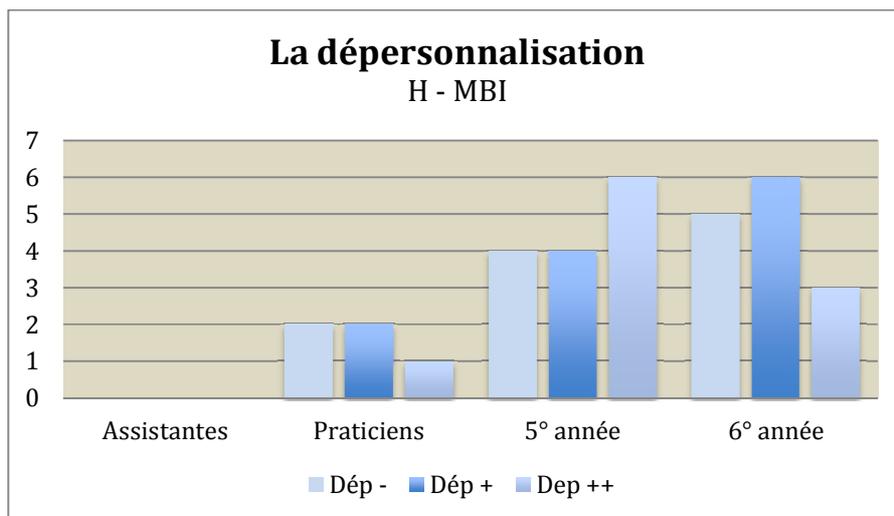
Le recueil des données via QPM et le MBI donnent ainsi les valeurs suivantes :

| QPM         | H     |       |        | F     |       |        | Ensemble |       |        |
|-------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|----------|-------|--------|
|             | Dép - | Dép + | Dep ++ | Dép - | Dép + | Dep ++ | Dép -    | Dép + | Dep ++ |
| Assistantes | 0     | 0     | 0      | 2     | 2     | 5      | 2        | 2     | 2      |
| Praticiens  | 3     | 0     | 2      | 2     | 1     | 3      | 5        | 1     | 5      |
| 5° année    | 8     | 3     | 3      | 12    | 6     | 7      | 20       | 9     | 10     |
| 6° année    | 7     | 2     | 5      | 4     | 5     | 3      | 11       | 7     | 8      |
|             | 18    | 5     | 10     | 20    | 14    | 18     | 39       | 22    | 21     |
|             | 22,0% | 6,1%  | 12,2%  | 24,4% | 17,1% | 22,0%  | 47,6%    | 26,8% | 25,6%  |

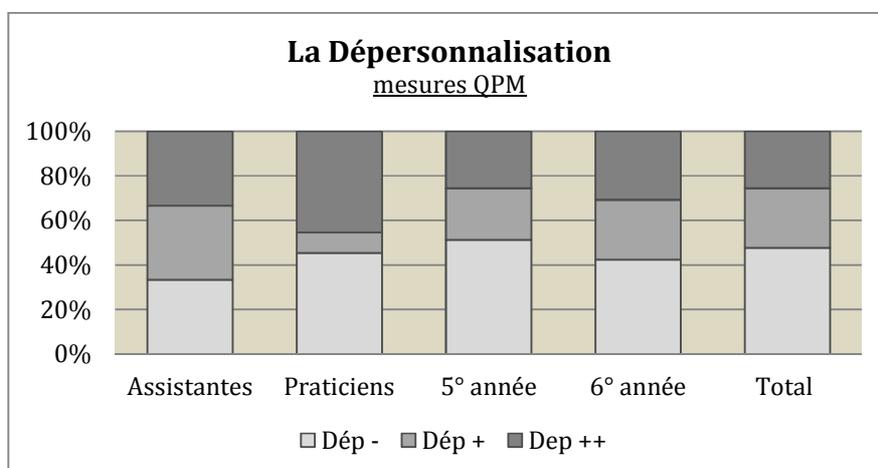


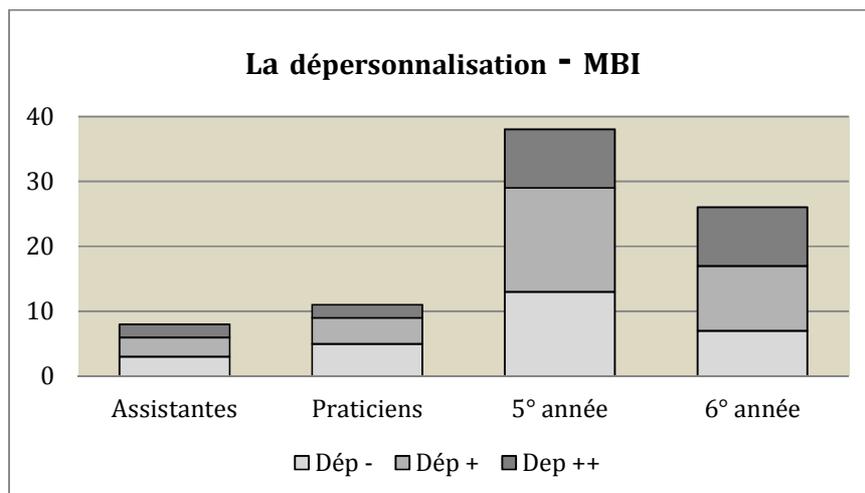
De même, les résultats issus du MBI pour la même population et suivant les mêmes conditions de recueil donnent :

| MBI         | H     |       |        | F     |       |        | Ensemble |       |        |
|-------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|----------|-------|--------|
|             | Dép - | Dép + | Dep ++ | Dép - | Dép + | Dep ++ | Dép -    | Dép + | Dep ++ |
| Assistantes |       |       |        | 3     | 3     | 1      | 3        | 3     | 2      |
| Praticiens  | 2     | 2     | 1      | 3     | 2     | 1      | 5        | 4     | 2      |
| 5° année    | 4     | 4     | 6      | 9     | 12    | 3      | 13       | 16    | 9      |
| 6° année    | 5     | 6     | 3      | 2     | 4     | 6      | 7        | 10    | 9      |
|             | 11    | 12    | 10     | 18    | 19    | 12     | 32       | 32    | 18     |
|             | 13,4% | 14,6% | 12,2%  | 22,0% | 23,2% | 14,6%  | 39,0%    | 39,0% | 22,0%  |



Sur l'ensemble des données, nous obtenons les représentations suivantes :





### CONVERGENCE ET ANALYSE :

Suivant l'analyse faite avec les concepteurs de QPM, la convergence peut être considérée pour une différence entre les deux procédés se situant dans la fourchette -1 +1. Ceci représente et correspond à 56 sujets, soit 67,5 % de la population – 83 mesures - (tx de convergence :  $T_x = 0,6747$ ).

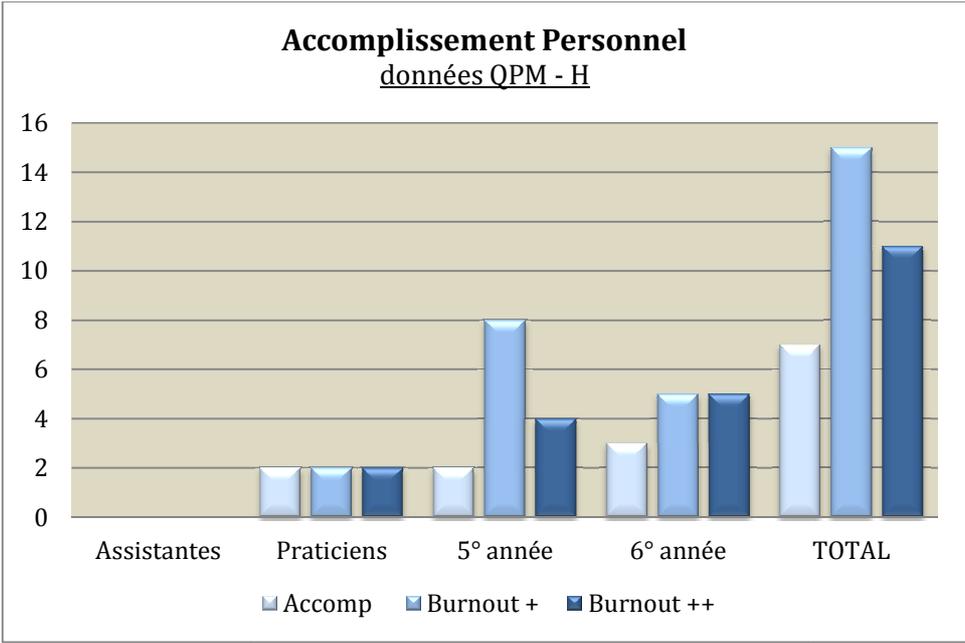
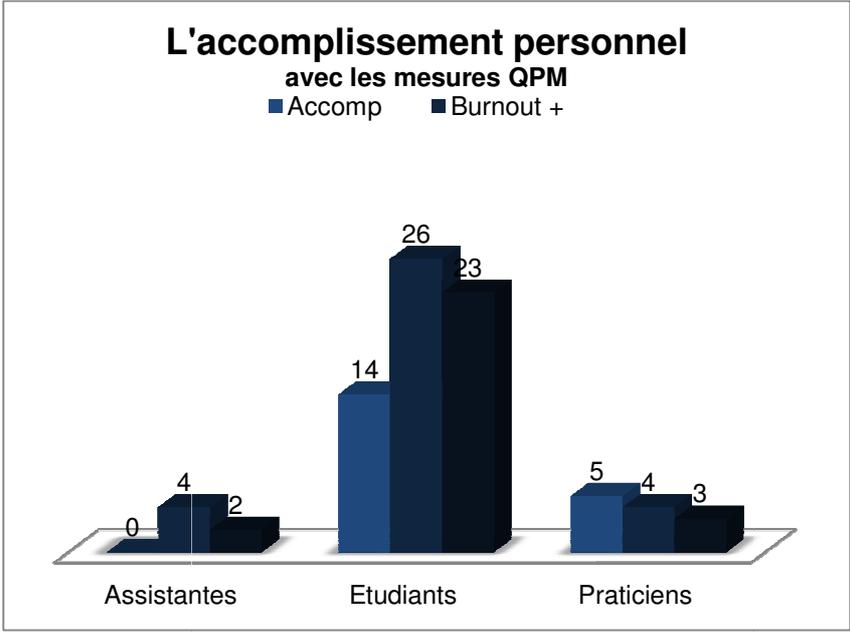
### *L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL*

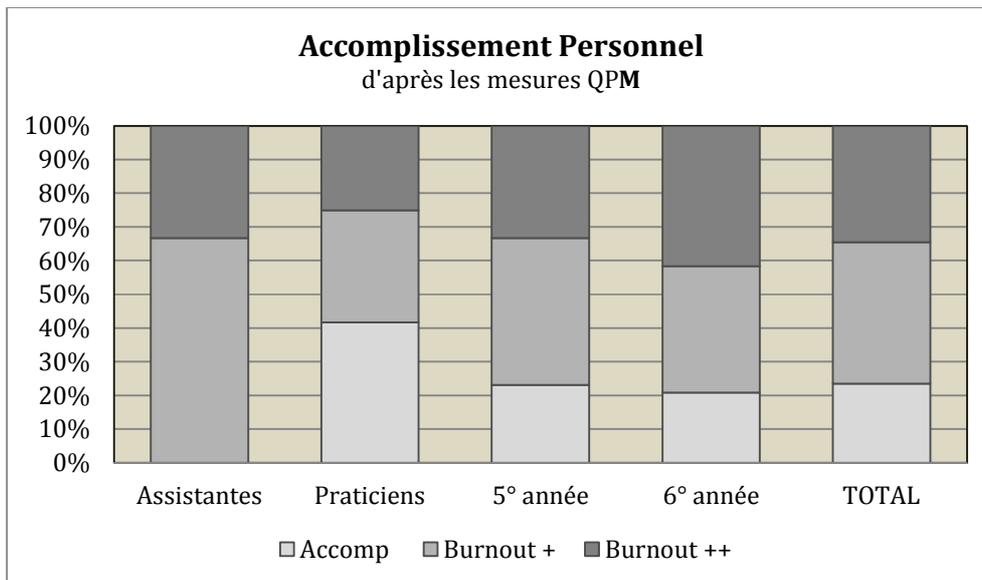
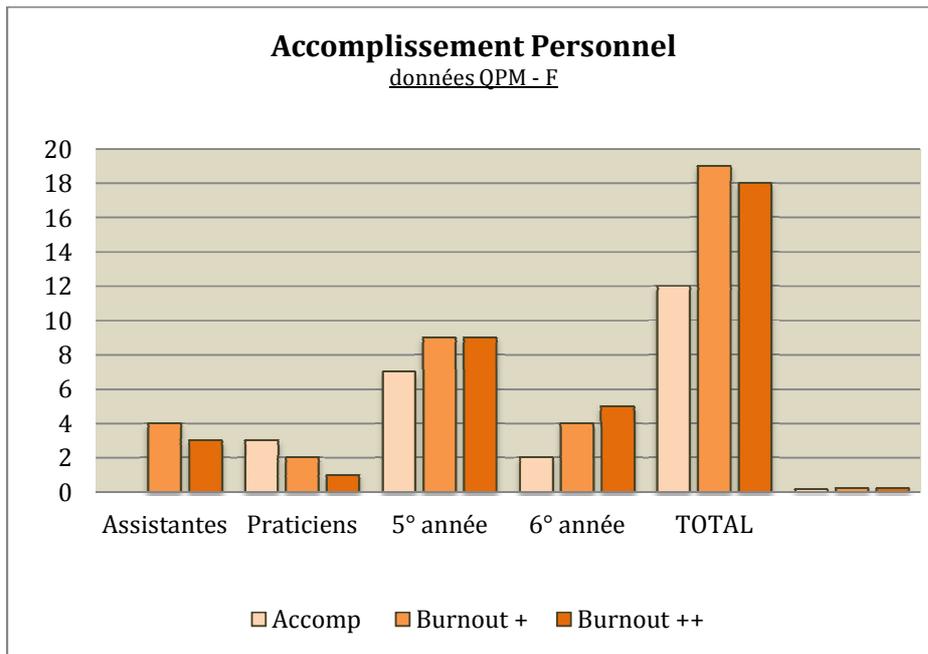
L'Accomplissement Personnel correspond aux questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

- total inférieur à 17 : burnout bas
- total compris entre 18 et 29 : burnout modéré
- total supérieur à 30 : burnout élevé

Nous obtenons les résultats suivants sur ce thème :

| QPM         | H      |           |            | F      |           |            | Ensemble |           |            |
|-------------|--------|-----------|------------|--------|-----------|------------|----------|-----------|------------|
|             | Accomp | Burnout + | Burnout ++ | Accomp | Burnout + | Burnout ++ | Accomp   | Burnout + | Burnout ++ |
| Assistantes |        |           |            | 0      | 4         | 3          | 0        | 4         | 2          |
| Praticiens  | 2      | 2         | 2          | 3      | 2         | 1          | 5        | 4         | 3          |
| 5° année    | 2      | 8         | 4          | 7      | 9         | 9          | 9        | 17        | 13         |
| 6° année    | 3      | 5         | 5          | 2      | 4         | 5          | 5        | 9         | 10         |
| TOTAL       | 7      | 15        | 11         | 12     | 19        | 18         | 19       | 34        | 28         |
|             | 8,5%   | 18,3%     | 13,4%      | 14,6%  | 23,2%     | 22,0%      | 23,2%    | 41,5%     | 34,1%      |



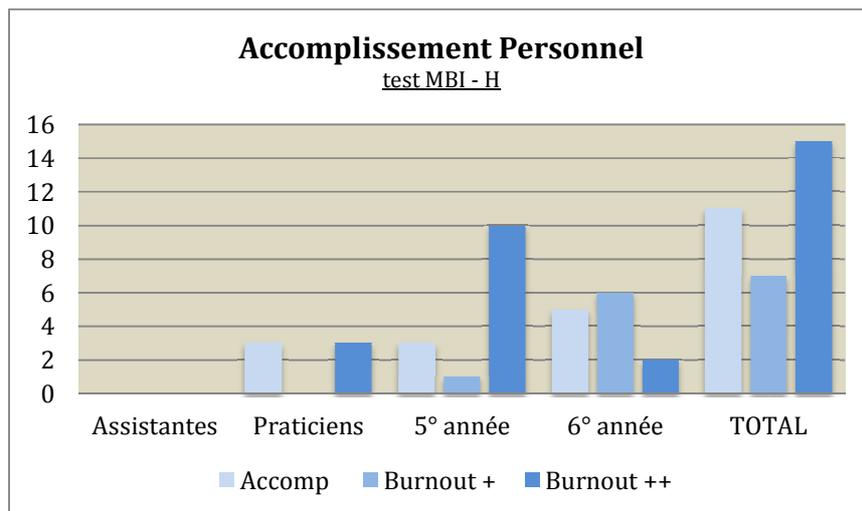


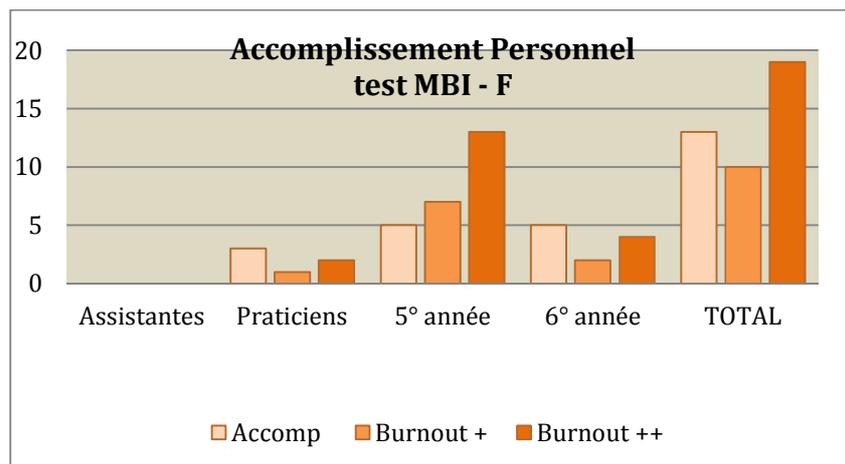
Pour ce qui concerne l'accomplissement personnel, nous pouvons observer que, sur la base des mesures obtenues avec QPM, l'essentiel des professionnels et des étudiants mesurés ne trouvent pas dans leur métier une réalisation qui les satisfasse. 30 % le reconnaîtrait, alors que près de 44 % sur cette thématique, présenteraient un risque affirmé de burnout par désenchantement, les populations masculine et féminine ne présentent en la matière que peu de différence.

## EXPLOITATION DU MBI

| MBI        | Hommes |           |            | Femmes |           |            | Ensemble |           |            |
|------------|--------|-----------|------------|--------|-----------|------------|----------|-----------|------------|
|            | Accomp | Burnout + | Burnout ++ | Accomp | Burnout + | Burnout ++ | Accomp   | Burnout + | Burnout ++ |
| Praticiens | 3      | 0         | 3          | 3      | 1         | 2          | 6        | 1         | 5          |
| 5° année   | 3      | 1         | 10         | 5      | 7         | 13         | 8        | 8         | 23         |
| 6° année   | 5      | 6         | 2          | 5      | 2         | 4          | 10       | 8         | 6          |
| TOTAL      | 11     | 7         | 15         | 13     | 10        | 19         | 24       | 17        | 36         |
|            | 13,4%  | 8,5%      | 18,3%      | 15,9%  | 12,2%     | 23,2%      | 29,3%    | 20,7%     | 43,9%      |

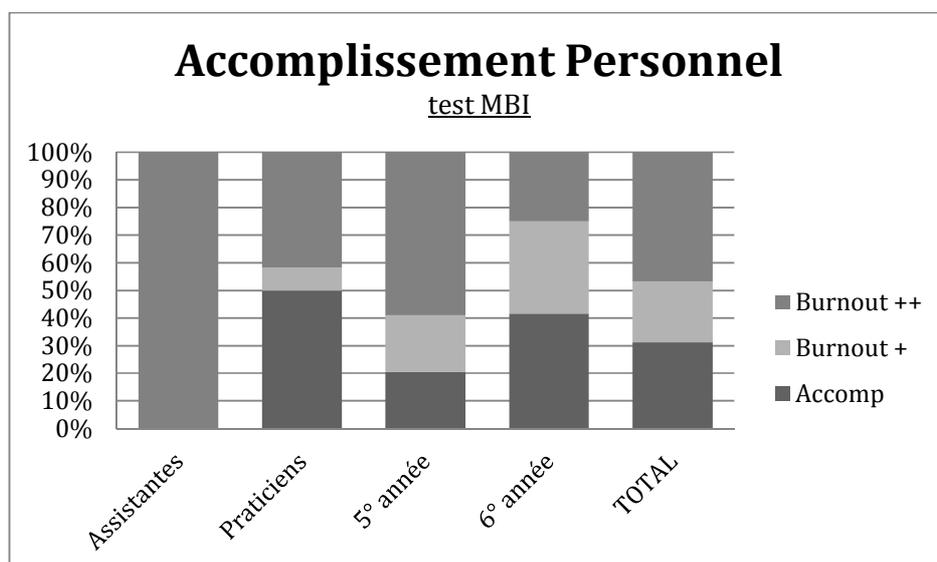
Nous pouvons représenter ces données de la manière suivante, par sexe et sur la population totale :





Sur les bases déclaratives, les tendances ne permettent pas de distinguer particulièrement un écart entre les populations masculines et féminines, mais mettent une fois de plus l'accent sur la forte tendance au burnout et à l'inaccomplissement personnel.

Pourquoi de tels résultats ? Ceci sera repris par la suite, mais nous pouvons déjà proposer que la question du choix du métier, volontaire ou par dépit (admission en médecine non acquise) et les aspects psychologiques liés tant à la pression des patients qu'à la symbolique de l'objet du soin (la bouche et les dents) participent de cela.



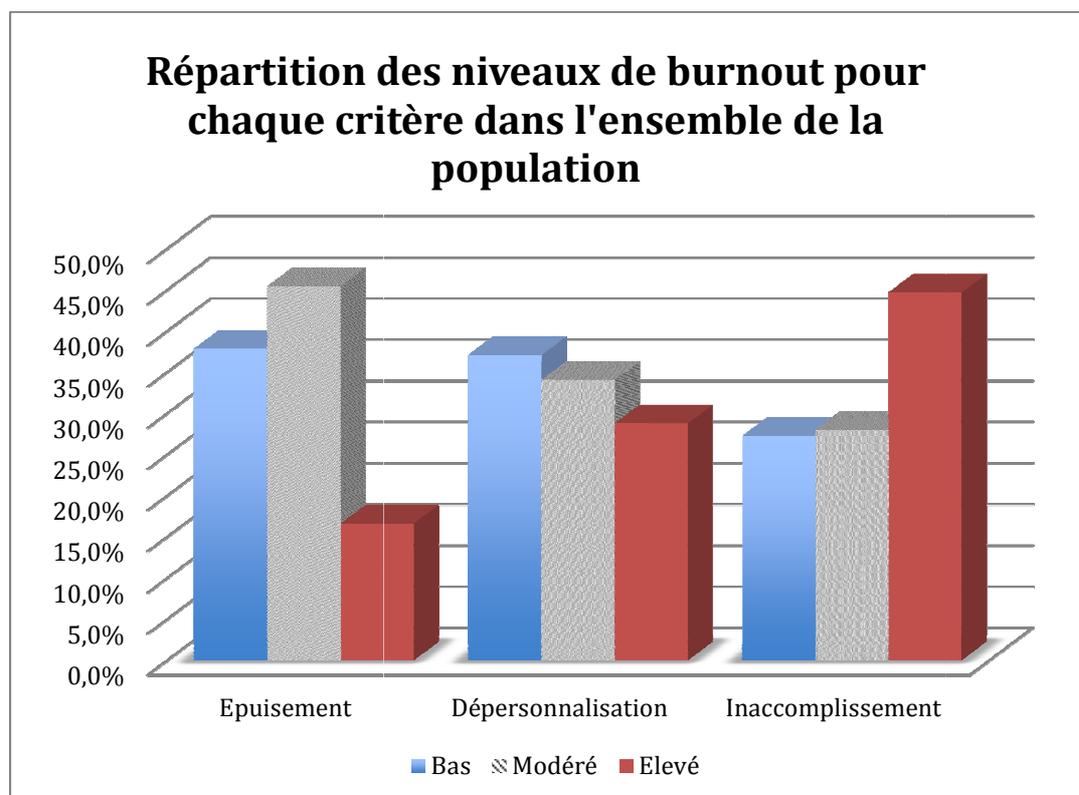
Si l'on synthétise les données issues des deux processus, on arrive au tableau de convergence suivant, mentionnant les différences par classes et pourcentage.

| Différence MBI-QPM | Nombre | %     |
|--------------------|--------|-------|
| -2                 | 5      | 6,1%  |
| -1                 | 22     | 26,8% |
| 0                  | 27     | 32,9% |
| 1                  | 20     | 24,4% |
| 2                  | 8      | 9,8%  |

Suivant l'analyse faite avec les concepteurs de QPM, la convergence peut être considérée pour une différence entre les deux procédés se situant dans la fourchette -1 +1. Ceci représente et correspond à 69 sujets, soit 84,1% de la population (tx de convergence : **Tx = 0,841**).

Dans les deux approches, mesure et déclaratif, près d'un quart de l'effectif des chirurgiens dentistes investigué se place ne retraits par rapport à leurs patients, tandis qu'un peu moins de la moitié est en empathie réelle avec eux.

La différence de sexe, comme celle du niveau de pratique, sur notre échantillon, n'est pas significative.



Traitement d'après les données MBI

Si nous comparons ces données avec celles d'autres professions, nous obtenons les tableaux suivants

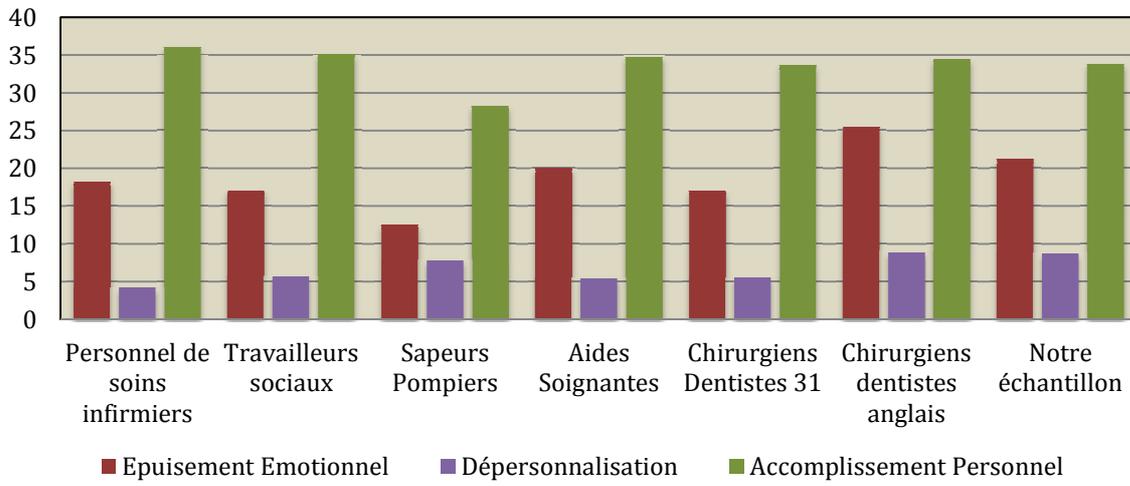
|                           |        | Personnel de soins infirmiers | Travailleurs sociaux | Sapeurs Pompiers | Aides Soignantes | Chirurgiens Dentistes 31 | Chirurgiens dentistes anglais | Notre échantillon |
|---------------------------|--------|-------------------------------|----------------------|------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|
|                           | Nombre | 132                           | 198                  | 155              | 118              | 209                      |                               | 132               |
| Epuisement Emotionnel     | M      | 18,21                         | 17,08                | 12,5             | 20,06            | 17,1                     | 25,53                         | 21,23             |
|                           | ET     | 10,67                         | 9,77                 | 10,23            | 10,42            | 10,1                     | 12,09                         | 10,15             |
| Dépersonnalisation        | M      | 4,14                          | 5,61                 | 7,8              | 5,46             | 5,5                      | 8,88                          | 8,67              |
|                           | ET     | 4,2                           | 4,73                 | 6,14             | 4,88             | 5,4                      | 6,7                           | 6,19              |
| Accomplissement Personnel | M      | 36,07                         | 35,12                | 28,23            | 34,74            | 33,6                     | 34,42                         | 33,82             |
|                           | ET     | 6,73                          | 6,21                 | 8,78             | 8,56             | 6,7                      | 7,71                          | 7,84              |

en 2008 en 1992 en 2011

|                           | Personnel de soins infirmiers | Travailleurs sociaux | Sapeurs Pompiers | Aides Soignantes | Chirurgiens Dentistes 31 | Chirurgiens dentistes anglais | Notre échantillon |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------|------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Epuisement Emotionnel     | 18,21                         | 17,08                | 12,5             | 20,06            | 17,1                     | 25,53                         | 21,23             |
| Dépersonnalisation        | 4,14                          | 5,61                 | 7,8              | 5,46             | 5,5                      | 8,88                          | 8,67              |
| Accomplissement Personnel | 36,07                         | 35,12                | 28,23            | 34,74            | 33,6                     | 34,42                         | 33,82             |

Ce qui donne encore :

## Quelques comparaisons par métier



# ANNEXES

---



# LES ELEMENTS D'ANALYSE DE QPM

---

Dans QPM®, sont produits des données qui portent d'abord sur une analyse à partir de l'approche des trois cerveaux qui se décline en 4 items :

- La Recherche de la Nouveauté,
- L'Attitude Face à l'Epreuve,
- Le Besoin de Récompense,
- la Stabilité Biophysique.

A ces quatre éléments, QPM ajoute près de 200 paramètres parmi lesquels nous avons retenu ceux relatifs au stress et à l'Intelligence Emotionnelle. Ceux-ci se déclinent en :

## *AU NIVEAU DE L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE*

### **LES FACTEURS DE MATURITE EMOTIONNELLE**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| DEPASSEMENT DES EMOTIONS NEGATIVES | IE1 - Capacité à effacer les émotions négatives de la conscience |
| MAITRISE DES PULSIONS              | IE2 - Maîtrise des pulsions (capacité à réussir)                 |
| GESTION DE L' ANXIETE              | IE3 - Capacité à s'exalter pour lever l'anxiété                  |
| CONFIANCE DANS LE FUTUR            | IE4 - Capacité à garder l'espoir:                                |
| FLUIDITE                           | IE5 - Efficacité neurobiologique maximale                        |

### **LES FONDAMENTAUX EMOTIONNELS**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| IDENTIFIER ET NOMMER LES EMOTIONS | IE6 - Identifier et nommer ses émotions              |
| EXPRIMER LES EMOTIONS             | IE7 - Capacité à exprimer ses émotions               |
| EVALUER L' INTENSITE DES EMOTIONS | IE8 - Capacité à évaluer l'intensité de ses émotions |

### **L'EXTRAVERSION / INTROVERSION**

|                 |                                   |
|-----------------|-----------------------------------|
| E- EXTRAVERSION | IE9 - Extraversion du moi profond |
|-----------------|-----------------------------------|

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| E- EXTRAVERSION | IE10 - Extraversion du moi social  |
| I- INTROVERSION | IE11 - Introversion du moi profond |
| I- INTROVERSION | IE12 - Introversion du moi social  |

### **LA CONSCIENCE DE SOI EMOTIONNELLE**

|  |  |
|--|--|
| RECONNAITRE SES EMOTIONS ET LEURS EFFETS | IE13 - Compréhension de l'effet des émotions sur la pensée         |
| RECONNAITRE SES EMOTIONS ET LEURS EFFETS | IE14 - Compréhension des liens émotions-pensées-action-parole      |
| RECONNAITRE SES EMOTIONS ET LEURS EFFETS | IE15 - Quelles émotions et pourquoi                                |
| RECONNAITRE SES EMOTIONS ET LEURS EFFETS | IE16 - Se laisser guider par claire conscience de la valeur de soi |
| RECONNAITRE SES EMOTIONS ET LEURS EFFETS | IE17 - Se laisser guider par claire conscience des objectifs       |
| PRECISION DE L' AUTOEVALUATION           | IE18 - Capacité à se connaître et à s'enrichir en permanence       |
| PRECISION DE L' AUTOEVALUATION           | IE19 - Connaître ses forces et ses faiblesses                      |
| PRECISION DE L' AUTOEVALUATION           | IE20 - Humour et recul sur soi-même                                |
| PRECISION DE L' AUTOEVALUATION           | IE21 - Ouverture aux avis sincères                                 |
| PRECISION DE L' AUTOEVALUATION           | IE22 - Réflexion capable de tirer les leçons de l'expérience       |
| CONFIANCE EN SOI                         | IE23 - Assurance et présence dans les rapports humains             |
| CONFIANCE EN SOI                         | IE24 - Capacité à être résolu(e), malgré les oppositions           |
| CONFIANCE EN SOI                         | IE25 - Capacité à prendre des risques et défendre son point-de-vue |

### **LA MAITRISE DE SOI EMOTIONNELLE**

|           |  |
|-----------|--|
| FIABILITE | IE26 - Avoir une éthique irréprochable                                 |
| FIABILITE | IE27 - Etablir une relation de confiance par fiabilité et authenticité |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| FIABILITE                  | IE28 - Manifester le désaccord avec l'immoralité                             |
| FIABILITE                  | IE29 - Reconnaître ses erreurs   |
| CONTROLE DE SOI            | IE30 - Dominer ses impulsions et ses angoisses                               |
| CONTROLE DE SOI            | IE31 - Penser clairement et rester concentré malgré le stress                |
| CONTROLE DE SOI            | IE32 - Rester calme et imperturbable dans les moments éprouvants             |
| CONSCIENCE PROFESSIONNELLE | IE33 - Endosser la responsabilité de ses objectifs propres                   |
| CONSCIENCE PROFESSIONNELLE | IE34 - Organisation et méticulosité  |
| CONSCIENCE PROFESSIONNELLE | IE35 - Respecter ses engagements et ses promesses                            |
| ADAPTABILITE               | IE36 - Adapter les réactions et tactiques à l'environnement                  |
| ADAPTABILITE               | IE37 - Concilier harmonieusement les exigences                               |
| ADAPTABILITE               | IE38 - Concilier les changements et mutations rapides                        |
| INNOVATION                 | IE39 - Adopter des points de vue originaux et des prises de risque réflexifs |
| INNOVATION                 | IE40 - Proposer des solutions originales                                     |
| INNOVATION                 | IE41 - Rester à l'affût des idées nouvelles                                  |

### **LA MOTIVATION EMOTIONNELLE**

|                        |   |
|------------------------|---|
| EXIGENCE DE PERFECTION | IE42 - Apprendre pour améliorer ses performances                        |
| EXIGENCE DE PERFECTION | IE43 - Combattre ses incertitudes par recherche d'information           |
| EXIGENCE DE PERFECTION | IE44 - Prendre des risques calculés et se fixer des objectifs exigeants |
| EXIGENCE DE PERFECTION | IE45 - Volonté tenace des objectifs à atteindre                         |
| ENGAGEMENT             | IE46 - Capacité à s'identifier à une dynamique de groupe                |
| ENGAGEMENT             | IE47 - Capacité à s'imposer des sacrifices pour un but fixé             |
| INITIATIVE             | IE48 - Contourner les procédures et infléchir les règles                |
| INITIATIVE             | IE49 - Etre prêt à saisir les opportunités                              |
| INITIATIVE             | IE50 - Prendre des objectifs au delà de ceux fixés                      |
| INITIATIVE             | IE51 - S'appuyer sur les valeurs du groupe pour décider                 |
| OPTIMISME              | IE52 - Considérer les déconvenues comme modifiables                     |

|           |  |
|-----------|--|
| OPTIMISME | IE53 - Espoir de réussite et non crainte de l'échec              |
| OPTIMISME | IE54 - Ne pas voir les échecs comme des échecs personnels        |
| OPTIMISME | IE55 - Persistance dans les objectifs malgré revers et obstacles |

### **L'EMPATHIE (2A)**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| COMPREHENSION DES AUTRES     | IE56 - Bien écouter   |
| COMPREHENSION DES AUTRES     | IE57 - Deviner le besoin des autres et apporter des réponses                |
| COMPREHENSION DES AUTRES     | IE58 - Etre attentif aux signaux émotionnels                                |
| COMPREHENSION DES AUTRES     | IE59 - Etre sensible et comprendre les autres                               |
| PASSION DU SERVICE           | IE60 - Accroître la satisfaction des autres et leur fidélité                |
| PASSION DU SERVICE           | IE61 - Comprendre les besoins des autres et apporter des solutions          |
| PASSION DU SERVICE           | IE62 - Offrir spontanément une assistance chaleureuse                       |
| PASSION DU SERVICE           | IE63 - Soutenir le point de vue de l'autre et être un conseiller            |
| ENRICHISSEMENT DES AUTRES    | IE64 - Faire des critiques utiles et discerner les insuffisances des autres |
| ENRICHISSEMENT DES AUTRES    | IE65 - Guider et conseiller à bon escient                                   |
| ENRICHISSEMENT DES AUTRES    | IE66 - Reconnaître les atouts des autres et savoir les récompenser          |
| EXPLOITATION DE LA DIVERSITE | IE67 - Accepter toutes les visions du monde                                 |
| EXPLOITATION DE LA DIVERSITE | IE68 - Intégration des différences culturelles                              |
| EXPLOITATION DE LA DIVERSITE | IE69 - Rapports harmonieux avec toutes les classes et ethnies               |
| EXPLOITATION DE LA DIVERSITE | IE70 - Rejet des préjugés et de l'intolérance                               |
| SENS POLITIQUE               | IE71 - Détecter les réseaux d'influence qui comptent                        |
| SENS POLITIQUE               | IE72 - Saisir les tenants et les aboutissants des problèmes de l'autre      |

## **LES APTITUDES SOCIALES**

|  |  |
|--|--|
| INFLUENCE                                | IE73 - Influence                                     |
| COMMUNICATION                            | IE74 - Communication                                 |
| DIRECTION                                | IE75 - Direction                                     |
| SENS DE LA MEDIATION                     | IE76 - Sens de la médiation                          |
| CRISTALLISER LES CHANGEMENTS             | IE77 - Concrétiser les changements                   |
| NOUER DES LIENS                          | IE78 - Nouer des liens                               |
| SENS DE LA COLLABORATION,<br>COOPERATION | IE79 - Sens de la collaboration et de la coopération |
| MOBILISER UNE EQUIPE                     | IE80 - Mobiliser une équipe                          |

## **STRESS ET ANXIETES**

|                        |  |
|------------------------|--|
| NIVEAU DE STRESS       | SA1 - Niveau global de réponse de l'organisme à un choc ou une agression                                 |
| BON STRESS             | SA2 - Bon stress se manifestant par la joie et le bonheur  |
| STRESS PERTURBANT      | SA3 - Mauvais stress se manifestant notamment par l'agitation et l'anxiété                               |
| STRESS SITUATIONNEL    | SA4 - Stress se manifestant toujours en rapport avec la même condition environnementale                  |
| REPONSE AU STRESS      | SA5 - Réaction corporelle à un stimulus par «alarme sympathique» ou par réflexe de fuite/lutte.          |
| ANXIETE SITUATIONNELLE | SA6 - Etat émotionnel immédiat se traduisant par appréhension, peur, tension et accroissement de l'éveil |
| ANXIETE COGNITIVE      | SA7 - composant mental de l'anxiété induit par peur de l'échec, du jugement, perte de l'estime de soi    |
| ANXIETE SOMATIQUE      | SA8 - composante physique de l'anxiété avec perceptions de réponses physiologiques                       |
| ANXIETE CHRONIQUE      | SA9 - Prédisposition à percevoir comme menaçantes certaines situations et à y répondre anxieusement      |

# ANALYSE DU MBI

---

Le questionnaire interroge trois dimensions du burn-out et produit un score pour chacune. Un score élevé pour les deux premières dimensions et un score bas pour la troisième signalent un épuisement professionnel.

## Dimension 1 - Épuisement émotionnel

- total inférieur à 17: burn out bas
- total compris entre 18 et 29: burn out modéré
- total supérieur à 30: burn out élevé

L'épuisement émotionnel témoigne d'une fatigue ressentie à l'idée même du travail. Ces troubles sont souvent considérés comme un "syndrome anxio-dépressif". Pour Maslach (auteur du MBI) l'épuisement serait la composante-clé du burnout et disparaîtrait durant les vacances, ce qui le distingue d'une dépression.

## Dimension 2 - Perte d'empathie (dépersonnalisation)

- total inférieur à 5: burn out bas
- total compris entre 6 et 11: burn out modéré
- total supérieur à 12: burn out élevé

La "perte d'empathie" est un sentiment de déshumanisation de ses rapports aux autres, d'indifférence et de cynisme conduisant le sujet à inhiber toute attitude chaleureuse vis-à-vis de ses patient ou collègues.

## Dimension 3 - Sentiment d'accomplissement

- total supérieur à 40: burn out bas
- total compris entre 34 et 39: burn out modéré
- total inférieur à 33: burn out élevé

Le sentiment d'accomplissement personnel ou d'épanouissement au travail est indispensable à l'équilibre psychologique (et somnologique). Dans le cas contraire, la personne, qui s'évalue négativement, va douter de ses réelles capacités et va accumuler encore plus de fatigue émotionnelle dans les situations de stress (ce qui conduit à l'insomnie).

# LE TEST M. B. I.

---

Répondez aux questions en substituant à la notion "patient" le groupe de personnes avec lesquelles vous êtes en contact dans un rôle de prestataire / fournisseur de services. Pour un médecin, il s'agira de patients. Pour un formateur, ce sera l'audience qui assiste à ses séminaires. Pour un gestionnaire, il peut s'agir d'un ensemble de "stakeholders" qui attendent de lui qu'il produise une valeur. Pour un travailleur social, ce seront les bénéficiaires de l'aide publique.

## **LE QUESTIONNAIRE**

- 1 - *Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail*
- 2 - *Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail*
- 3 - *Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail*
- 4 - *Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent*
- 5 - *Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets*
- 6 - *Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort*
- 7 - *Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients*
- 8 - *Je sens que je craque à cause de mon travail*
- 9 - *J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur 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*
- 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*



# BIBLIOGRAPHIE

---

## *SUR LE STRESS ET LES RSP*

ALOUF, Marie Edith ; CHAPERON, Anne Françoise – *100 réponses sur... Le stress*. Editions de Tournon. 2007. 130 p.

ANDRH – Les cahiers – *Commission nationale sur le stress au travail*. Paris. Octobre 2011. 60 p.

BONNASSE, Pierre – *Vaincre le harcèlement moral par la sophrologie – Au cœur d'un cas clinique : théorie, pratique, application*. Editions Médicis. Paris. 2011. 143 p.

CLOT, Yves – *Le travail à cœur – Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Editions de la Découverte. 10/2010. 190 p.

CLOT, Yves ; LHUILIER, Dominique (sous la direction de) – *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Erès, 2010. 333 p.

GLOAGEN, Daniel (Dr). *Stress Contrôle – Maîtrisez le stress, équilibrez les émotions*. Editions Alpen. 2009. 96 p.

LAROSSE, Christian. *Bien être et efficacité au travail. Rapport au 1<sup>er</sup> Ministre*. La Documentation Française. Paris. Février 2010. 19 p.

LEFEBVRE, Bruno ; POITOT, Mathieu – *Stress et risques psychosociaux au travail*. Elsevier Masson. 2011. 137 p.

LEKA, Stravoula. *Organisation du travail et stress*. Organisation Mondiale de la Santé. Série "protection de la santé des travailleurs" – n° 3 – Genève. 2004. 32 p.

LHUILIER, Dominique - *Cliniques du travail*. Toulouse, Erès, 2006. 246 p.

LONGERON, Patrick – *Le stress au travail*. Editions Odile Jacob – collection psychologie - poches. Paris. 2003. 381 p.

O. M. S. (Organisation Mondiale de la Santé). *Rapport sur la santé dans le monde. Façonner l'avenir*. Genève. 2003. 188 p.

O. M. S. (Organisation Mondiale de la Santé). *Rapport sur la santé en Europe. Santé et système de santé*. Genève. 2009 213 p.

O. M. S. (Organisation Mondiale de la Santé). *La prévention du suicide. Programme Suple*. Genève. 2001. 19 p.

PARROUTY, Jodiane (Dr). *Stress et burn-out. Renouveler son intelligence. Gérer ses émotions... Et vivre mieux !* – Edition à compte d'auteur. 2010. 136 p.

PETERS, Suzanne ; MESTERS, Patrick (Dr) – *Le burn out – Comprendre et vaincre l'épuisement professionnel*. Editions Marabout. Paris. 2008. 347 p.

SEYLE, Hans (Dr.) – *Stress sans détresse*. Editions La Presse. Montréal. 1974. 175 p.

STORA, Jean-Benjamin. *Le Stress*. PUF. Collection Que sais-je. Paris. 8eme édition. 2010. 137 p.

THEBAUD-Mony, Annie ; ROBATEL, Annie (sous la direction de) – *Stress et risques psychosociaux au travail*. La Documentation Française. Collection "problèmes politiques et sociaux". 2009. 120 p.

## *L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE*

Bar-On, Ruben. *The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)*. Psicothema, 2006, 18 , supl., 13-25.

Kotsou, I. *Intelligence émotionnelle et management*. Bruxelles: De Boeck. 2008.

Bobot, Lionel. *Revue Management et Avenir* ; janvier 2010, Issue 31, p 407-430, p.24, 9 Charts

Rhee, Kenneth ; White, Rebecca J.1 *Journal of Small Business & Entrepreneurship* ; 2007, Vol. 20, Issue 4, p409-425, p.17, 5 Charts

GOLEMAN, Daniel. (1997). *L'Intelligence émotionnelle: Comment transformer ses émotions en intelligence*. Paris: R. Laffont, 421 p.

Elias, M.J., Hunter, L., et Kress, J.S. (2001). *Emotional Intelligence and Education*. Dans: J. Ciarrochi, J.P. Forgas et J.D.

Mayer (Eds.) *Emotional Intelligence in Everyday Life: A Scientific Inquiry*. Philadelphie: Psychology Press, pp. 133-149.

GOLEMAN, Daniel. (2005) *L'intelligence émotionnelle au travail*, Paris, Village mondial

Gendron, Bénédicte et Louise Lafortune. (2009), *Leadership et compétences émotionnelles dans l'accompagnement au changement*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 246 p.

Kotsou, I. (2008). *Intelligence émotionnelle et management*. Bruxelles: De Boeck.

Mikolajczak, M.; Qoidbach, J.; Kotsou, I. & Nélis, D., *Les compétences émotionnelles*, Paris: Dunod.

Corcos, Gilles. (2010) *Développez vos compétences émotionnelles*. Paris: Eyrolles.

Berne, Eric « *Des jeux et des hommes* », Stock, 1966. « *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?* », Sand, 1970. « *Beyond games and scripts* », Grove Press, 1976.

Fenestra M. et al. « *The ultimate IQ Book* », Sterling, 1993.

Gardner, Howard. « *Changing minds* », Harvard Business School Press, 2004.

GOLEMAN, Daniel. « *Vital lies, simple truths. The psychology of self-deception* », Touchstone, 1985. « *L'intelligence émotionnelle* », Laffont, 1997.

Kérouac, Michel. « *La métaphore thérapeutique, ses contes, ses outils* », Mkr 4ème édition, 2004.

Milgram, Stanley. « *Soumission à l'autorité* », Calman Lévy, 1950.

Solovey, Mayer et Peter, John D. « *Emotional intelligence*, Vol.9, no 3, 1989-1990.

Steiner, Claude. « *L'ABC des émotions* », Inter-Editions, 2000.

## LE BURN OUT DES SOIGNANTS

CANOUI, Pierre ; MAURANGES, Aline – *Le burn out à l'hôpital ; le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Paris ; Masson ; 4<sup>ème</sup> édition. 05/2008. 240 p.

CHOQUE, Stella et Jacques. *Soignants : stress, apprendre le gérer*. Editions Lamarre. Série : Prendre soin de soi. 2007.157 p.

DELBROUCK Michel. – *Le burn out du soignant – Le syndrome d'épuisement professionnel*. Editions de Boeck. Collection de l'Oxalis. Bruxelles. 2008. 283 p.

MANOUKIAN, Alexandre – *La souffrance au travail – les soignants face au burn-out*. Editions Lamarre. Rueil Malmaison. 2009 ; 209 p.

WILKINS, Kathryn. *Le stress chez les prestataires de soin de santé*. Statistiques Canada n° 82-003. Rapports sur la santé. Vol 18. N° 4 ; Ottawa. nov 2007. 5 pages

## SUR LES TESTS

MASLASCH, Christina

BAR-ON, Reuven (Dr). *The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)*. Psicothema, 18, supl., 2006. Pp 13-25.

BAR-ON, Reuven (Dr). *The Bar-On model of emotional intelligence: A valid, robust and applicable EI model*. In *Organisations and People*, 14, 2007. pp 27-34.

BAR-ON, Reuven (Dr). ; HANDLEY R. *The Bar-On EQ-360: Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems. 2003

## SUR LE STRESS DES CHIRURGIENS-DENTISTES

- Travaux d'étudiants et thèses

BODIN C. *La fatigue professionnelle du chirurgien-dentiste*. Thèse de 2e cycle ; université de Nantes ; 1991.

CAMUS S. *Le stress du chirurgien dentiste face aux soins pédodontiques*. Thèse de 2e cycle ; université de Nancy 1 ; 1998.

DUBOIS-DUMONT J. *La peur de faire mal et de mal faire des étudiants en odontologie*. Thèse de 2e cycle; université de Reims; 2003.

FLOURENT J. *A propos du stress du chirurgien-dentiste, analyse statistique*. Thèse de 2e cycle ; université de Lille 2 ; 2006.

GAMELIN D. *Le stress professionnel du chirurgien dentiste*. Thèse de 2e cycle ; université de Lille 2 ; 2004.

GINISTY, Jean. *Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles des Chirurgiens Dentistes*. In Bulletin de l'Académie nationale de Chirurgie Dentaire. Paris. 2002. 45-3. pp 107-113.

NANCY, Dominique. *La dépression n'épargne pas les dentistes*. In "le Journal Forum". Montréal. 19/\*1/2009. 1 p.

PERNY J.C. *Le stress et la fatigue du chirurgien-dentiste au cours de son exercice*. Thèse de 2e cycle ; université de Nancy 1 ; 1991.

PURIENNE, Alina. *General health of dentists. Litterature review*. Stomatological baltic Dental and Maxillofacial Journal. 9:10-20. 2007. 11 p.

RADA, Robert, E. ; CHARMAUINE-LEROY, Johson. *Stress, surmenage : l'anxiété et la dépression chez les chirurgiens dentistes*. In Journal of the American Dentists Association. 2004 ; vol 135, n° 6. pp 788-794.

THERY-HUGLY, Marie-Claire. *L'homme et son dentiste ; les aléas d'une rencontre*. In Bulletin de l'Académie nationale de Chirurgie Dentaire. Paris. 2001. 43-3. pp 167-177.

THERY-HUGLY, Marie-Claire. *Le bonheur d'être dentiste : le burnout n'est pas une fatalité*. In L'Information Dentaire. N° 38. Paris. 5/11/2008. 8 p.

VALERI D. *Le stress du dentiste*. In l'Indépendant n° 01 ; 01/10/2002. pp 74-78.

WESTERLOPPE G. *Le stress dans la vie professionnelle du chirurgien-dentiste*. Thèse de 2e cycle ; université de Lille 2 ; 1978.

## *DOCUMENTS DIVERS*

MASLASCH, Christina. - *Burnout in a workplace* – Université Lumière Lyon 2. Conférence. 1 avril 2010. Podcastée sur le site de l'université.

BOUDOUKHA A.H., 2009, *Burn-out et traumatismes psychologiques*. Paris, Dunod, 129 p.

GIRAULT-LIDVAN, 1996, « *Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel* », Psychiatrie française, vol. 27, n°2, p30-39.

GREBOT, E., 2008, *Stress et burnout au travail*. Paris, Eyrolles : Éd. d'Organisation, 234 p.

JAGGI, F., 2008, *Burnout : Guide pratique*. Chêne-Bourg (Suisse), Edition Médecine & Hygiène, 46