

Les soignants hospitaliers face à la santé bucco-dentaire : pratiques, arbitrages et rapports au soin

Enquête exploratoire auprès d'aides-soignantes et d'infirmières dans trois hôpitaux publics français

Rapport final - Octobre 2025

Projet SOPS – Santé Orale des Professionnels de Santé

Annabelle Tenenbaum^{a,b,c} - Responsable scientifique

Anne-Charlotte Bas^{d,e,f} - Responsable scientifique

Marie Manganelli^{i,j} - Ingénierie de recherche, rédactrice du rapport

Hanna Bougheila^k - Stagiaire

^a UFR d'Odontologie, Département de Santé Publique Orale, Université Paris Cité, Paris.

^b Service Hospitalier de Médecine Bucco-Dentaire, GH Pitié-Salpêtrière Charles Foix, Paris.

^c Laboratoire Éducations et Promotion de la Santé UR 3412 (LEPS). F-93430, Villetaneuse, France.

^d Département d'odontologie, CHU de Rouen, 76031 Rouen Cedex, France.

^e Département d'odontologie, UFR Santé, Université Rouen Normandie, Rouen Cedex, 76183, France.

^f U1018, Inserm, Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations, Université Paris Saclay, UVSQ, Villejuif, France.

ⁱ Ingénierie de recherche, CHU de Rouen, 76031 Rouen Cedex, France.

^j Chercheuse associée au Centre d'anthropologie culturelle (CANTHEL), Université Paris Cité, Paris.

^k Masterante Master Sociologie, Santé au Travail, Université de Rouen Normandie.

Synthèse du rapport

Ce rapport présente les résultats d'une enquête qualitative menée auprès de soignantes hospitalières — aides-soignantes (AS) et infirmières diplômées d'État (IDE) — dans trois établissements publics : le CHU de Rouen et deux sites de l'AP-HP (Paris et Ivry). L'objectif était de comprendre comment ces professionnelles composent avec leur santé bucco-dentaire, à la croisée de conditions de travail exigeantes, de rapports variés au soin de soi, et d'un accès inégal aux consultations et au suivi préventif. L'enquête met au jour des inégalités situées, à la fois professionnelles et territoriales, qui éclairent les tensions spécifiques vécues dans ces métiers massivement féminisés, souvent invisibilisés dans les politiques de santé au travail, et soumis à une usure silencieuse.

L'analyse croisée des trajectoires de soins révèle des dynamiques entremêlées, façonnées par les marges de manœuvre permises ou entravées par l'institution, les styles d'auto-observation des soignantes et la distribution inégale des ressources (information, temps, praticiens disponibles).

D'un point de vue statutaire, les aides-soignantes se trouvent plus souvent à distance du soin dentaire conventionnel. Leurs récits témoignent d'un recours souvent motivé par la douleur ou l'urgence et d'une moindre appropriation des consultations préventives. Leur rapport au recours bucco-dentaire est davantage traversé par l'évitement, la résignation, et un sentiment d'impossibilité d'agir dans un système qui ne leur laisse guère de place. Les infirmières, quant à elles, mobilisent un registre plus réflexif : elles verbalisent davantage leur rapport aux normes préventives et expriment une culpabilité face au non-recours. Mais cette connaissance de l'idéal en matière bucco-dentaire ne se traduit pas toujours par une prise en charge effective : surcharge mentale, priorités concurrentes et éthique du don de soi viennent restreindre la mise en œuvre des intentions préventives.

D'un point de vue statutaire, les aides-soignantes se trouvent plus souvent à distance du soin dentaire conventionnel. Leurs récits témoignent d'un recours souvent motivé par la douleur ou l'urgence, et d'une moindre appropriation des consultations préventives. Ce relatif éloignement s'accompagne toutefois d'un ensemble de pratiques discrètes d'auto-soin : recours à l'automédication, gestes de soin informel à visée préventive, transmission familiale de gestes d'hygiène. Invisibles dans les registres officiels, ces pratiques traduisent une manière de composer avec les contraintes du métier et la difficulté d'anticiper les soins formels dans un emploi du temps saturé. Les infirmières, quant à elles, mobilisent un registre plus réflexif : elles verbalisent davantage leur rapport aux normes préventives et expriment une culpabilité lorsqu'elles ne parviennent pas à recourir aux soins. Mais cette connaissance de l'idéal en matière bucco-dentaire ne se traduit pas toujours par une prise en charge effective : surcharge mentale, priorités concurrentes et éthique du don de soi viennent restreindre la mise en œuvre des intentions préventives.

Sur le plan territorial, les tensions se déplacent. À Paris/Ivry, l'abondance apparente de l'offre ne garantit pas un accès fluide : les soignantes évoquent leur méfiance à l'égard des centres dentaires privés perçus comme lucratifs, la rotation des praticiens, les dépassements d'honoraires, autant de facteurs qui altèrent le sentiment de confiance et freinent l'engagement dans un suivi. Certaines parviennent néanmoins à contourner ces obstacles grâce à leur familiarité avec le système de santé, au recours aux plateformes en ligne ou à des réseaux personnels. À Rouen, l'offre est perçue comme plus restreinte et peu compatible avec les rythmes hospitaliers : difficulté à obtenir un rendez-vous, refus de nouveaux patients, éloignement géographique des cabinets. Cet ensemble renforce le sentiment d'impuissance, en particulier chez les AS. Malgré une bonne intégration du discours préventif, la concrétisation de cette norme reste limitée par des freins logistiques et organisationnels.

Au croisement de ces analyses, le rapport met en lumière une réalité structurelle : les soignantes hospitalières constituent un groupe professionnel vulnérabilisé, non pas par une absence de conscience préventive, mais par des conditions d'exercice qui rendent difficile, voire impossible, l'appropriation concrète des normes bucco-dentaires. Les tensions entre savoir, pouvoir et vouloir se soigner sont renforcées par des concurrences internes dans la gestion du temps, entre vie professionnelle, obligations familiales, et santé personnelle.

Dès lors, l'enjeu ne consiste pas à juger les comportements individuels, mais à interroger la responsabilité institutionnelle de l'hôpital. En tant qu'acteur et promoteur de santé, il lui revient de reconnaître cette vulnérabilité et d'offrir des conditions concrètes, soutenables et adaptées de prévention, intégrées aux contraintes effectives du métier. Une prévention juste et opérante suppose de dépasser les approches fragmentées pour penser une action structurelle : horaires aménagés, bilans systématiques, reconnaissance du soin de soi comme condition du soin aux autres. La santé bucco-dentaire, trop souvent reléguée à la périphérie, apparaît ici comme un révélateur puissant des inégalités ordinaires, et de ce que signifie, en pratique, prendre soin de celles qui soignent.

Table des matières

Synthèse du rapport.....	2
Table des matières.....	4
1. Introduction.....	7
1.1 Les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires : un enjeu de santé publique encore sous-estimé.....	8
Une santé essentielle, mais inégalement investie.....	8
Des freins bien documentés au sein de la population générale.....	9
1.2 La santé des soignants hospitaliers : un corps exposé, souvent négligé.....	10
Une attention croissante portée à la santé des professionnels hospitaliers.....	10
Des effets concrets sur les comportements de santé.....	11
1.3 Une santé marginalisée : la santé bucco-dentaire des soignants hospitaliers.....	12
Une dimension encore absente des enquêtes sur la santé des professionnels	12
Les soignants hospitaliers : une population pourtant à risque.....	12
Des données internationales et sectorielles éclairantes.....	13
Une marginalisation révélatrice de tensions plus larges.....	13
La santé dentaire comme indicateur des priorités de santé.....	14
1.4 Apports des sciences sociales et objectifs du projet.....	14
Décenter le regard pour penser la santé différemment.....	14
Des concepts pour penser les logiques différentes du soin.....	15
Une approche située et réflexive de la santé des soignants.....	17
1.5 Pistes de recherche et de prévention à partir des outils existants.....	17
Une prévention longtemps individualisante et inégalement ciblée.....	17
Explorer les représentations et les pratiques différentes.....	18
Étudier les conditions concrètes d'accès.....	18
2. Méthodes de l'enquête.....	19
2.1 Design de l'étude.....	19
2.2 Anchage théorique et posture disciplinaire.....	21
2.3 Sites de recherche.....	22
2.3.1 Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP, Paris).....	22
2.3.2 CHU de Rouen.....	23
2.3.3 Hôpital Charles-Foix (AP-HP, Ivry-sur-Seine).....	24
2.3.4 Influence des lieux d'enquête sur les résultats.....	24
2.4 Participants, recrutement et procédure de recueil des données.....	25
Bilan du corpus cœur d'enquête.....	27
2.5 Réflexivité et posture de recherche.....	28

2.6 Analyse des données.....	29
Constitution du corpus et préparation.....	29
Procédure de codage.....	30
Schéma de codage (exemples).....	30
2.7 Considérations éthiques.....	30
3. Résultats de l'enquête.....	30
 3.1 Résultats par groupes.....	31
3.1.1 Les itinéraires de soin bucco-dentaire des aides-soignantes à Paris/Ivry.....	31
Organisation et logiques d'accès aux soins.....	31
Pratiques d'auto-soin et d'auto-médication.....	32
Perceptions des dispositifs existants.....	33
La mutuelle.....	33
M'T dents : connaissance et usage.....	34
Le dispositif « 100% Santé ».....	34
Résumé conclusif.....	35
3.1.2 — Les itinéraires de soin bucco-dentaire des infirmières à Paris/Ivry.....	35
Organisation et logiques d'accès aux soins.....	36
Pratiques d'auto-soin et d'auto-médication.....	36
Perceptions des dispositifs existants.....	37
La mutuelle.....	37
M'T dents : connaissance et usage.....	37
Le dispositif « 100% Santé »	38
Résumé conclusif.....	38
3.1.3 — Les itinéraires de soin bucco-dentaire des aides-soignantes à Rouen.....	38
Organisation et logiques d'accès aux soins.....	39
Pratiques d'auto-soin et d'auto-médication.....	40
Perceptions des dispositifs existants.....	40
La mutuelle.....	40
M'T dents : connaissance et usage.....	40
Le dispositif « 100% Santé »	41
Résumé conclusif.....	41
3.1.4 — Les itinéraires de soin bucco-dentaire des infirmières à Rouen.....	41
Organisation et logiques d'accès aux soins.....	42
Pratiques d'auto-soin et d'auto-médication.....	43
Perceptions des dispositifs existants.....	44
La mutuelle.....	44
M'T dents : connaissance et usage.....	44

Le dispositif « 100% Santé »	45
Résumé conclusif.....	45
3.2 Résultats transversaux.....	46
3.2.1 Synthèse des résultats par groupes : comparaison AS/IDE.....	46
3.2.2 Synthèse des résultats par groupes : comparaison Paris/Rouen.....	47
3.2.3 Imaginaires du dentiste et transmissions intergénérationnelles du soin bucco-dentaire.	
49	
Irina – Aux frontières des soins.....	49
Anaïs – Apprivoiser ses peurs par la transmission.....	50
Réflexions conclusives.....	51
3.2.4 Effets de la condition de soignante sur le recours aux soins bucco-dentaires : constats et pistes d'action.....	53
La condition soignante, entre invisibilité des contraintes et reconfigurations individuelles.....	53
Du constat aux propositions : recomposer l'accès aux soins bucco-dentaires.....	55
Améliorer l'offre dentaire au sein de l'hôpital.....	55
Leviers communicationnels : sensibilisation et information.....	55
Leviers institutionnels : prise en compte structurelle du soin aux soignants.....	57
Leviers individuels : conscientisation et apprentissages différés.....	57
4. Conclusion.....	58
Références citées.....	61

« Le sourire se devine, il gagne les yeux, transforme le visage et nous introduit l'un à l'autre avec toute la subtilité polysémique d'une humanité qui s'y reconnaît. Le sourire est bien un effleurement de l'âme, il dit la subtilité de la présence au monde, à l'autre et à soi. » (Le Breton, 2022, p. 15)

1. Introduction

Ce rapport présente les résultats de l'enquête qualitative menée dans le cadre du projet SOPS (Santé Orale des Professionnels de Santé), porté par le CHU de Rouen et l'AP-HP, avec le soutien de la Fondation de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH). Ce projet exploratoire a pour objectif de mieux comprendre les trajectoires de soins bucco-dentaires des soignants hospitaliers — aides-soignants et infirmiers — à partir de leurs propres récits, en croisant les conditions de travail, les représentations du soin de soi, et les contraintes d'accès aux dispositifs existants. Dans ce rapport, le féminin sera employé par défaut pour désigner ces professionnelles, en cohérence avec la composition du terrain et la forte féminisation des métiers étudiés¹.

La santé bucco-dentaire est aujourd'hui reconnue comme un indicateur pertinent de la santé globale, en raison de ses effets directs sur la qualité de vie (douleur, inflammation, pathologies chroniques) et de son lien avec d'autres dimensions de la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2022), elle désigne « l'état de la bouche, des dents et des structures orofaciales, qui permet aux individus d'effectuer des fonctions essentielles, telles que manger, respirer et parler, et englobe des dimensions psychosociales, comme la confiance en soi, le bien-être et la capacité de créer des liens sociaux et de travailler sans douleur, inconfort ou gêne. »

Pourtant, les inégalités de recours aux soins et à la prévention demeurent fortes, liées à des facteurs économiques, sociaux, géographiques et symboliques. Si ces inégalités ont été documentées dans la population générale, peu d'études se sont intéressées à la manière dont elles se manifestent chez les professionnels de santé eux-mêmes, malgré une exposition reconnue à des conditions de travail contraignantes, une charge mentale importante et un accès souvent difficile aux soins programmés.

Cette enquête s'est centrée sur deux catégories professionnelles : les aides-soignantes (AS) et les infirmières diplômées d'État (IDE), qui constituent à elles seules les trois quarts du personnel hospitalier non médical en France, selon les données 2023 de la DREES (2025). Ces professions sont essentielles au fonctionnement des services hospitaliers : elles assurent la continuité des soins au plus près des patients, souvent dans des conditions éprouvantes. Si certaines IDE exercent

¹ Ce choix reflète une volonté de respecter à la fois la lisibilité du texte et la réalité genrée du terrain, qui s'observe à travers les établissements hospitaliers publics en France. Lorsque des citations ou des données concernent explicitement des hommes, le masculin est alors utilisé.

également en libéral, la grande majorité des AS et IDE travaille en hôpital, avec des rythmes imposés (nuitées, travail en 12h, roulements)². Le choix de se focaliser sur ces groupes s'ancre donc dans une volonté d'interroger la condition hospitalière à partir de celles qui en incarnent les tensions les plus concrètes, en particulier sur le plan de la santé préventive. Ce cadrage permet aussi, en filigrane, de poser la question de la responsabilité institutionnelle de l'hôpital dans la protection de ses propres soignantes les plus exposées.

Les prochaines pages ne prétendent pas constituer une revue de littérature systématique, au sens classique du terme. En effet, l'utilisation de mots-clés combinant « santé bucco-dentaire » et « professionnels hospitaliers » dans les bases de données scientifiques n'a pas permis d'identifier de corpus structuré sur le recours aux soins des soignants en France. Cette absence est en soi un premier résultat : elle témoigne de l'angle mort que représente la santé orale dans les recherches sur la santé des soignants. C'est pourquoi nous avons opté pour une revue de littérature par arborescence, exploratoire, en élargissant progressivement notre corpus à des travaux connexes – sur la santé des soignants, la prévention dentaire, la socio-anthropologie du soin, les représentations de la bouche – afin de reconstituer une cartographie analytique autour du thème central. Cette approche qualitative et inductive s'inscrit dans une posture épistémologique issue des sciences sociales, attentive à ce qui reste souvent peu étudié ou considéré comme secondaire dans les recherches existantes.

Cette introduction s'organise en cinq axes :

- un état des lieux des inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires en France ;
- une synthèse sur la santé des soignants hospitaliers ;
- une analyse des travaux existants sur la santé orale des professionnels de santé ;
- un cadrage théorique mobilisant les apports des sciences sociales ;
- des perspectives de recherche et de prévention à partir des dispositifs existants.

Elle vise ainsi à baliser le champ, identifier les angles morts de la recherche actuelle, et nourrir la réflexion autour d'actions adaptées, situées, et co-construites, en s'ancrant dans les dynamiques propres au milieu hospitalier.

1.1 Les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires : un enjeu de santé publique encore sous-estimé

Une santé essentielle, mais inégalement investie

² D'après les données de la DREES (2024), en 2021, 76 % des infirmières salariées et 60 % des aides-soignantes occupent un poste à l'hôpital.

La santé bucco-dentaire est aujourd’hui reconnue comme un indicateur pertinent de l’investissement dans sa santé, en raison de son caractère à la fois préventif, révélateur de comportements en santé, et fortement conditionné par des déterminants sociaux. Or, malgré les progrès de l’odontologie moderne et les avancées en matière de couverture des soins, les inégalités d'accès restent marquées en France. Ces inégalités se situent à la croisée de facteurs économiques, géographiques, sociaux et culturels, qui structurent les usages différenciés du soin dentaire.

Des inégalités sociales particulièrement marquées existent dans l'accès aux soins dentaires : des individus présentant un même état de santé bucco-dentaire ont des niveaux d'accès aux soins différents selon leur statut social. En France, 18 % de la population déclare ne pas avoir recours aux soins dentaires pour des raisons financières, contre 15 % en Europe (Bas et al., 2020 ; Devaux & De Looper, 2012). Selon le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, les maladies bucco-dentaires – lésions carieuses, gingivites, parodontites – affectent une grande majorité de la population, avec une prévalence accrue chez les enfants d'ouvriers, les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS), les personnes vivant en zone rurale, en situation de handicap, ou en institution. Les enfants de cadres présentent quatre fois moins de caries que ceux d'ouvriers, illustrant une inégalité dès les premières années de vie (Ministère de la Santé, 2025).

Ainsi, les écarts sociaux en matière d'état dentaire ou de recours aux soins curatifs ne peuvent être réduits à des différences de comportements individuels. Comme le soulignent Azogui-Lévy et ses collègues, ces inégalités relèvent de mécanismes structurels de précarisation, qui traversent durablement le champ dentaire et participent à l'amplification des inégalités sociales de santé (Azogui-Lévy et al., 2006).

Des freins bien documentés au sein de la population générale

Plusieurs freins majeurs ont été identifiés dans la littérature concernant la population générale :

- Le coût des soins, notamment pour les actes prothétiques, reste un motif central de renoncement, en dépit des réformes successives telles que le 100 % Santé ou la CSS. Le rapport du ministère de la Santé de 2025 souligne que le coût est le premier facteur évoqué pour expliquer le non-recours aux soins dentaires, en particulier parmi les ménages modestes. Ces soins constituent l'un des postes les plus concernés par le renoncement, davantage encore que les soins médicaux ou l'achat de médicaments (Célant et al., 2014). Les études économiques montrent que le revenu, la CSS ainsi que le statut socio-économique (incluant le niveau d'éducation, la catégorie de revenu et l'indice de précarité) influencent l'accès aux soins dentaires (Bas & Azogui-Lévy, 2022).
- L'accessibilité géographique constitue un autre obstacle majeur : la répartition inégale des chirurgiens-dentistes sur le territoire, particulièrement dans les zones rurales, certaines banlieues et les DROM, complexifie la prise de rendez-vous. En France, le nombre de dentistes par habitant

est relativement faible, avec une moyenne de 0,6 dentiste pour 1 000 habitants en 2022, contre une moyenne européenne de 0,8. Un tiers du territoire français est considéré comme sous-doté en dentistes, avec moins de 0,4 dentiste pour 1 000 habitants (OECD, 2022 ; Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2021). La situation est particulièrement marquée en Haute-Normandie (où se situe Rouen), région classée parmi les moins bien dotées de France pour l'offre de professionnels de santé, et occupant le dernier rang national pour la densité de dentistes (Follin et al., 2015)³.

- Les délais d'attente peuvent également décourager la prise d'initiative, notamment dans les structures libérales où les délais pour les premiers rendez-vous dépassent souvent plusieurs semaines.
- La perception de la santé dentaire comme secondaire – par rapport à d'autres problèmes de santé perçus comme plus urgents ou visibles – contribue à un report fréquent des soins, et soulève la question de l'éducation à la santé orale.
- Enfin, le manque d'information et d'accompagnement préventif demeure, notamment en ce qui concerne les adultes. Les campagnes nationales sont principalement ciblées vers les enfants (M'T Dents) ou les femmes enceintes, avec peu de relais pour les autres publics.

La littérature suggère un effet d'amplification dans les inégalités d'accès aux soins dentaires, lié au cumul de plusieurs facteurs. La douleur dentaire, la peur des soins, le niveau de connaissances en santé bucco-dentaire, ainsi que les parcours antérieurs de recours aux soins influencent fortement les décisions d'utilisation des services dentaires. La perception du besoin de traitement est elle-même socialement située : les personnes en situation de précarité, ou issues de milieux défavorisés, sont plus susceptibles de sous-estimer leurs besoins de soins, ou de les différer, en raison de représentations, d'expériences passées ou de contraintes multiples. Ces éléments viennent s'ajouter aux obstacles structurels identifiés par la littérature, et peuvent contribuer à renforcer le non-recours (Trohel et al., 2016 ; Worsley et al., 2017 ; Rebelo Vieira et al., 2019).

1.2 La santé des soignants hospitaliers : un corps exposé, souvent négligé

Une attention croissante portée à la santé des professionnels hospitaliers

Depuis une dizaine d'années, la santé des professionnels de santé fait l'objet d'une attention accrue dans les recherches en santé publique. En particulier, le stress professionnel, le burn-out, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les souffrances psychiques sont désormais bien

³ Depuis plusieurs années, l'ARS Normandie tente d'y remédier, notamment via la création récente de deux sites universitaires de formation en chirurgie dentaire à Rouen et Caen (ARS Normandie, 2024).

documentés. L'environnement hospitalier est reconnu comme un espace de travail particulièrement exposé à des contraintes organisationnelles fortes, à des tensions relationnelles et à une intensité émotionnelle qui affectent durablement la santé des soignants.

Plusieurs enquêtes nationales en France, comme les projets SOIGNANCES, CAPESSA, ou TRAILSS (soutenus par la Fondation MNH et la DREES), ont permis de mettre en lumière l'ampleur des atteintes à la santé physique et mentale chez les aides-soignants, infirmiers, et agents des établissements hospitaliers publics (Gicquel et al., 2024)^[OBJ].

Le rapport de recherche coordonné par le psychologue Truchot (2018) synthétise ces données : près de la moitié des soignants interrogés déclarait ressentir un épuisement émotionnel, et plus d'un tiers présentait des signes de détresse psychique. Les causes évoquées sont multiples : manque de reconnaissance, surcharge de travail, pression hiérarchique, sentiment d'impuissance face à la souffrance des patients. Ces constats sont largement partagés par la littérature internationale sur le sujet (Estryn-Béhar et al., 2006, 2008 ; Keller, 2019).

Des effets concrets sur les comportements de santé

Les travaux de la médecin du travail Estryn-Béhar et de ses collègues (2006, 2008), menés dans le cadre de l'étude européenne NEXT, ont contribué à élargir la focale en étudiant les comportements de santé des soignants eux-mêmes : alimentation, sommeil, usage de substances, suivi médical, hygiène de vie. Ces recherches, mettent en évidence une tendance au désinvestissement de soi chez les soignants, particulièrement chez les infirmières travaillant de nuit ou en horaires instables. Le manque de temps, la fatigue chronique, mais aussi la normalisation du mal-être dans le milieu professionnel hospitalier contribuent à un glissement progressif vers la négligence des soins personnels.

Ces données invitent à dépasser une vision strictement biomédicale de la santé des soignants, pour y intégrer les dimensions organisationnelles, subjectives et sociales. Comme le soulignent les chercheurs en sciences sociales Carricaburu, Lhuilier et Merle (2008), la santé des professionnels hospitaliers ne peut être appréhendée indépendamment des tensions qui traversent le travail soignant lui-même : tensions entre attentes institutionnelles, engagement personnel et reconnaissance symbolique du soin.

1.3 Une santé marginalisée : la santé bucco-dentaire des soignants hospitaliers

Une dimension encore absente des enquêtes sur la santé des professionnels

Bien que les recherches sur la santé des soignants se soient multipliées ces dernières années — concernant principalement la santé mentale, les troubles musculosquelettiques ou le burn-out — la santé bucco-dentaire demeure marginale dans ces travaux. Les principaux dispositifs de suivi de santé au travail en France n'incluent pas d'indicateur spécifique relatif à l'état dentaire, et cette dimension reste très peu présente dans les enquêtes nationales sur la santé au travail ou dans les entretiens médicaux professionnels. Le rapport de la Conférence nationale de santé (2025) souligne cette carence, appelant à une intégration de “la santé orale dans la stratégie nationale de santé” et à la création d'une feuille de route interministérielle dédiée à sa prévention.

Cette invisibilité institutionnelle s'explique en partie par le statut symbolique particulier de la santé dentaire dans le champ médical : souvent perçue comme périphérique, technique ou esthétique, elle est rarement envisagée comme un indicateur de santé globale. Or, les études récentes rappellent ses effets tangibles sur la qualité de vie, la douleur chronique, l'estime de soi et la participation sociale. Le rapport de l'ORS Île-de-France (2023) montre par exemple que l'état bucco-dentaire des adultes franciliens reste peu documenté dans les enquêtes de santé publique, alors même qu'il reproduit les gradients sociaux de santé observés dans d'autres domaines.

Les soignants hospitaliers : une population pourtant à risque

Les soignantes hospitaliers, aides-soignantes et infirmières en particulier, cumulent plusieurs caractéristiques susceptibles de limiter leur recours aux soins dentaires :

- des horaires contraints et décalés, pouvant être incompatibles avec les horaires conventionnels de consultation dentaire ;
- une charge mentale et émotionnelle élevée, qui relègue souvent les soins personnels au second plan ;
- une sous-valorisation culturelle de la santé dentaire, y compris dans les parcours médicaux professionnels ;
- des facteurs sociaux croisés (classe, genre) : ces métiers sont majoritairement occupés par des femmes issues de milieux populaires, déjà exposées à des inégalités de santé bien documentées.

Pourtant, à notre connaissance, aucune étude épidémiologique nationale n'a été spécifiquement menée sur le recours aux soins bucco-dentaires des soignants hospitaliers. Cette absence constitue un angle mort majeur, que ce projet vise à explorer.

Des données internationales et sectorielles éclairantes

Quelques travaux, bien que réalisés dans des contextes différents, permettent d'esquisser une compréhension partielle de la situation :

- L'étude conduite par Devillon-Huin et ses collègues (2019), infirmières et aides-soignantes, dans des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et des accueils de jour met en évidence des pratiques de soin bucco-dentaire peu standardisées, une formation insuffisante des soignants sur ces questions, et une délégation parfois implicite à des acteurs non formés. Cette étude ne porte pas sur la santé des soignants eux-mêmes, mais révèle le faible statut accordé à la santé buccale dans les pratiques quotidiennes, y compris chez ceux qui ont pour rôle de la transmettre ou de la mettre en œuvre.
- Une enquête menée en Inde par Mehrotra et ses collègues (2021), chirurgiens-dentistes et chercheurs en santé orale, auprès de 473 professionnels de santé (infirmiers, médecins, paramédicaux), révèle une bonne connaissance théorique des enjeux d'hygiène bucco-dentaire, mais des écarts significatifs dans les pratiques quotidiennes, en fonction du genre, de l'âge et du niveau hiérarchique. Bien que le contexte ne soit pas directement transposable, cette étude suggère que l'appartenance au monde du soin ne garantit pas un comportement exemplaire en matière de santé personnelle.
- Une recherche menée auprès du personnel d'EHPAD par Weiner et ses collègues (2014), chercheurs en santé publique, montre que les aides-soignantes et les auxiliaires de vie ont tendance à négliger leur propre hygiène bucco-dentaire, malgré leur rôle dans l'accompagnement des résidents. Cette négligence est souvent liée à un manque de reconnaissance, de formation, et à une charge de travail importante.

Ces travaux, bien que menés hors du contexte hospitalier français, convergent pour pointer une discordance entre la position professionnelle de "soignant" et les pratiques personnelles d'auto-soin, particulièrement en matière dentaire.

Une marginalisation révélatrice de tensions plus larges

La sous-utilisation des soins dentaires par les soignants ne saurait être réduite à un simple "oubli" ou à un défaut d'information. Elle s'inscrit dans une économie morale du soin, dans laquelle la santé personnelle passe après celle des autres, dans un contexte professionnel qui valorise l'endurance et la disponibilité. Dans ce cadre, le soin bucco-dentaire, souvent considéré comme

secondaire, est relégué au rang de tâche privée, silencieuse, relevant d'une gestion individuelle. Il devient un impensé professionnel, rarement abordé, encore moins intégré dans les dispositifs collectifs de prévention.

Ainsi, prendre soin de sa bouche pour un soignant peut impliquer de s'extraire de son rôle professionnel, de reconnaître une forme de vulnérabilité, voire d'indisponibilité. Dans un univers hospitalier où l'endurance et la disponibilité sont valorisées, cette autorisation au soin de soi peut se heurter à des freins subjectifs autant que logistiques.

La santé dentaire comme indicateur des priorités de santé

Dans ce contexte, la santé bucco-dentaire peut être appréhendée non comme un indicateur isolé, mais comme un révélateur des hiérarchies implicites dans les parcours de soin. Elle donne à voir ce qui est relégué, ce qui est différé, ce qui est jugé non prioritaire dans le soin de soi. En cela, elle constitue une entrée particulièrement pertinente pour comprendre les logiques différenciées de recours aux soins chez les soignants, et pour interroger la manière dont leur position professionnelle rejaillit sur leurs pratiques de santé.

Le projet SOPS, en se focalisant sur cette dimension souvent négligée, propose un déplacement analytique original : étudier la santé bucco-dentaire non comme un simple indicateur de santé, mais comme un prisme à travers lequel se lisent des tensions structurelles et symboliques, au cœur de la condition soignante contemporaine.

1.4 Apports des sciences sociales et objectifs du projet

Décentrer le regard pour penser la santé différemment

Les sciences sociales – sociologie, anthropologie médicale, santé publique critique – invitent à déplacer le regard sur la santé : elles s'attachent à rendre visibles les dimensions implicites du soin, à interroger ce qui paraît secondaire ou allant de soi, et à restituer la manière dont les pratiques de santé sont façonnées par des normes sociales, des hiérarchies symboliques et des rapports de pouvoir. Appliquées à la santé bucco-dentaire, ces approches permettent de comprendre pourquoi certains soins, pourtant accessibles en théorie, sont différés, minimisés ou perçus comme non prioritaires. Elles montrent que ces pratiques s'inscrivent dans des systèmes de valeurs incorporés : hiérarchies du corps, du visible, du digne de soin.

Dans ce champ, la bouche occupe une place singulière. Essentielle à la vie sociale – permettant la parole, le sourire, l'alimentation – elle reste pourtant périphérique dans les politiques de santé

publique. La sociologue Nettleton (2000) la qualifie de liminale, soulignant sa position de frontière entre intérieur et extérieur, nature et culture, pudeur et expression. Cette ambiguïté contribue à son invisibilité dans les dispositifs de prévention, tout en renforçant la charge individuelle qui pèse sur son entretien.

Gibson et Exley (2009) approfondissent cette lecture en analysant la manière dont le soin de la bouche est investi comme une responsabilité privée, silencieuse : il est socialement attendu, mais peu reconnu, rarement accompagné collectivement, et d'autant plus stigmatisant lorsqu'il est perçu comme défaillant. Cette forme de responsabilisation silencieuse – entendue comme une norme intérieurisée qui renvoie l'entretien de la bouche à l'espace domestique ou intime, sans reconnaissance institutionnelle – contribue à expliquer pourquoi certains soignants peuvent reléguer ces soins au second plan, sans pour autant les percevoir comme anodins.

Ces analyses permettent ainsi d'éclairer les mécanismes de relégation de la santé orale, y compris dans le monde hospitalier. En dévoilant les tensions entre soin de soi et soin des autres, entre visibilité professionnelle et invisibilité subjective, elles offrent des outils pour repenser les priorités de santé et mettre en lumière des formes d'inégalités trop souvent tenues pour évidentes au sein des institutions.

Des concepts pour penser les logiques différencées du soin

L'anthropologie médicale met à disposition des concepts particulièrement utiles pour éclairer ces phénomènes.

Le corps social : Schepers-Hughes et Lock (1987) montrent que les corps individuels ne sont jamais isolés, mais traversés par les normes et contraintes sociales. Autrement dit, ce que vivent les soignantes dans leur corps — fatigue, tensions, douleurs — ne peut être compris sans considérer les attentes sociales de disponibilité, d'abnégation et de dévouement qui pèsent sur elles.

L'incorporation (*embodiement*) : pour le médecin et anthropologue Paul Farmer (2004), les inégalités sociales et la “violence structurelle” ne sont pas abstraites : elles s'inscrivent dans les corps, par exemple sous forme de maladies chroniques plus fréquentes ou d'usure prématurée de la santé. De même, au sens de Bourdieu (1977), les dispositions corporelles des soignantes (gestes de soin, attitudes, manières d'endurer) traduisent l'intériorisation d'un ordre social où elles sont assignées à ces tâches de care (selon le concept d’“habitus”).

Le soin différé ou discret : Mol (2008) rappelle que soigner ne se réduit pas aux gestes techniques visibles, mais inclut une multitude de micro-ajustements, silencieux et quotidiens. Fainzang (2006)

souligne que ces pratiques implicites — comme la vigilance, l'attention ou la gestion invisible des contraintes — constituent aussi une forme de soin, bien qu'elles soient rarement reconnues comme telles.

Les itinéraires thérapeutiques : l'anthropologie de la santé a montré que le soin ne suit pas forcément un parcours unique ni strictement médicalisé. Les personnes malades et leurs familles composent plutôt des itinéraires thérapeutiques faits de recours multiples et successifs : consultation médicale, automédication, pratiques dites "traditionnelles" ou alternatives, recherche de soutien moral ou religieux, etc. Comme le souligne Fassin (1992), ces pratiques révèlent la complexité réelle des parcours de soin, très éloignés du schéma linéaire souvent imaginé par les institutions. Augé et Herzlich (1983) rappellent également que ces itinéraires sont porteurs de sens : les malades racontent et organisent leur expérience de la maladie à travers ces choix et ces récits, qui reflètent des manières différentes de comprendre le mal. L'approche anthropologique ne hiérarchise pas ces recours — elle met au contraire en évidence la façon dont ils coexistent, s'articulent ou s'opposent, en tenant compte des rapports de pouvoir qui définissent les légitimités respectives de la biomédecine, des savoirs profanes ou des pratiques alternatives.

Ce regard invite à penser les parcours de soin comme des négociations concrètes, marquées par des ajustements, des contraintes et parfois des résistances aux normes biomédicales, les individus cherchant avant tout ce qui fait sens pour eux. Dans notre projet, cette perspective aide à comprendre comment les soignantes elles-mêmes, en tension avec certaines prescriptions institutionnelles, élaborent des formes de prise en charge ou de prévention « différenciées » ou discrètes, parallèles aux dispositifs formels.

Dans cette continuité, les termes de « soin » et de « prévention » seront entendus dans un sens large, qui dépasse le seul cadre biomédical et les actes techniques remboursés par l'assurance maladie. Nous les définissons comme un ensemble de gestes, d'attentions et de pratiques, médicales ou non, individuelles ou collectives, orientées vers la gestion du mal, le soulagement de la souffrance et la recherche de bien-être.

Cette approche ne hiérarchise pas *a priori* les recours, mais s'attache plutôt à leurs contextes, aux rapports de pouvoir qui les traversent, et aux manières dont patients, familles et professionnels s'y engagent. Elle permet ainsi de rendre intelligible le décalage entre les discours institutionnels sur la prévention et la santé au travail, et l'expérience vécue par les soignantes, où le soin s'exerce souvent dans l'ombre, au prix d'une usure normalisée. C'est dans cette tension que s'ancre notre projet : contribuer à rendre visibles ces logiques de soin différés et à réfléchir aux conditions de leur meilleure reconnaissance.

Une approche située et réflexive de la santé des soignants

Dans le prolongement de ces cadres d'analyse, le projet SOPS adopte une posture située et réflexive : il envisage la santé bucco-dentaire non comme un enjeu secondaire ou purement technique, mais comme une porte d'entrée vers des dynamiques plus larges de soin, de rapport au corps, et d'inégalités incorporées.

Explorer les pratiques dentaires des soignants hospitaliers permet de mettre en lumière les tensions entre soin de soi et soin des autres, entre normes biomédicales et réalités vécues, entre injonctions à l'endurance et possibilités concrètes de prévention. À travers leurs trajectoires, leurs arbitrages, et parfois leurs renoncements, les soignants donnent à voir des itinéraires thérapeutiques complexes, structurés à la fois par les conditions de travail, les représentations du soin, les contraintes économiques, et les héritages familiaux ou sociaux. Le soin différé, discret ou non réflexif — tel que l'a conceptualisé Mol — se manifeste ici dans les reports successifs, les pratiques d'auto-surveillance, ou les formes de résignation incorporées.

L'objectif de ce projet exploratoire est double :

- esquisser des pistes de compréhension des freins et arbitrages au recours aux soins bucco-dentaires chez les soignants hospitaliers, à partir de leurs récits situés ;
- et amorcer une réflexion collective sur les leviers d'action possibles, tenant compte des contraintes structurelles comme des subjectivités, des vulnérabilités et des pratiques différencierées du soin.

Ce positionnement s'inscrit dans une approche de prévention contextualisée, attentive aux logiques plurielles d'interprétation et de gestion du mal. Il s'agit non seulement d'entendre ce que disent les soignants de leurs dents, mais aussi de comprendre ce que leurs dents racontent, en creux, des rapports de pouvoir, des normes de santé, et des formes d'invisibilisation qui traversent le monde hospitalier lui-même.

1.5 Pistes de recherche et de prévention à partir des outils existants

Une prévention longtemps individualisante et inégalement ciblée

Les politiques de santé bucco-dentaire en France se sont historiquement construites sur un modèle comportementaliste, centré sur la responsabilisation individuelle et le recours spontané au cabinet dentaire. Bien que des dispositifs de prévention universelle comme M'T Dents aient permis de renforcer la couverture préventive chez les enfants et adolescents, les adultes actifs en sont

largement absents, et les réalités sociales, professionnelles ou organisationnelles sont rarement prises en compte. De plus, si le 100 % Santé vise à améliorer l'accessibilité financière des soins bucco-dentaires, l'accès effectif au soin reste conditionné par d'autres dimensions : disponibilité temporelle, compréhension de l'offre, acceptabilité culturelle... autant d'obstacles que la littérature a clairement identifiés, en soulignant le caractère multidimensionnel de l'accessibilité aux soins (Levesque et al., 2013).

Les professionnels hospitaliers, en particulier, ne sont mentionnés dans aucune stratégie nationale connue en matière de santé bucco-dentaire. Les actions de prévention existantes ciblent surtout les enfants, les femmes enceintes, les publics en situation de handicap ou de grande précarité, ainsi que les résidents d'EHPAD. Cette absence révèle une cécité structurelle : les soignants ne sont pas considérés comme un public vulnérable, malgré les données sur leur exposition aux risques physiques, psychiques et organisationnels. En dépit de la montée en puissance des recherches sur la santé des soignants, la santé bucco-dentaire reste un angle mort, à l'intersection de deux champs peu connectés.

Explorer les représentations et les pratiques différencées

Une première piste de recherche consiste à analyser les représentations de la santé bucco-dentaire chez les soignants hospitaliers. Quelle place y occupe-t-elle dans la hiérarchie des priorités ? Quelles justifications au non-recours sont mobilisées ? Quelles émotions, imaginaires, ou expériences sont associées aux soins dentaires ?

L'enquête qualitative permet ici d'accéder à des récits souvent absents des statistiques : le soin différé, les douleurs tenues sous silence, les arbitrages entre santé personnelle et responsabilités professionnelles.

Étudier les conditions concrètes d'accès

Une deuxième piste consiste à documenter les conditions matérielles d'accès aux soins : organisation du travail, accès à la médecine du travail, gestion des plannings, dispositifs de mutuelle, etc. Ces facteurs, rarement traités ensemble, permettent de comprendre pourquoi même une offre gratuite peut ne pas suffire à déclencher le recours, si elle n'est pas articulée aux contraintes réelles des soignants.

Le projet SOPS, en comparant trois sites hospitaliers, vise à mettre en lumière les marges de manœuvre et les points de blocage, tout en tenant compte des variations locales.

2. Méthodes de l'enquête

2.1 Design de l'étude

Cette recherche repose sur une enquête qualitative de terrain, menée par une ingénierie de recherche en anthropologie de la santé (Marie Manganelli) et une stagiaire en sociologie (Hanna Bougheila). L'objectif de cette étude exploratoire était de documenter les représentations, pratiques et arbitrages liés à la santé bucco-dentaire chez les soignantes hospitalières, en particulier les aides-soignantes et les infirmières. Le protocole repose sur une approche inductive et s'inscrit dans une démarche de recherche située, attentive aux contextes professionnels et institutionnels dans lesquels ces trajectoires de soin prennent sens. L'enquête s'est appuyée sur une série d'entretiens semi-directifs réalisés auprès d'aides-soignantes et d'infirmières dans deux contextes hospitaliers distincts : le CHU de Rouen et l'AP-HP à Paris/Ivry, en partenariat avec les services de santé au travail. L'objectif était de recueillir les expériences concrètes, les contraintes vécues, ainsi que les représentations et stratégies de recours mobilisées autour de la santé bucco-dentaire.

Cette étude s'inscrit dans un contexte plus large de préoccupations relatives à l'accès aux soins bucco-dentaires chez les personnels hospitaliers. Elle fait suite à une alerte initiale issue d'une étude menée par le cabinet Addactis en 2022 pour la MNH, qui faisait état d'une sous-consommation des soins dentaires parmi les hospitaliers, en comparaison avec d'autres secteurs professionnels. Cette étude, fondée sur l'analyse des données de consommation transmises par les assureurs, portait principalement sur les personnels non médicaux à l'échelle nationale. Bien que cette hypothèse d'une moindre consommation ait constitué un point de départ pour la recherche, la présente enquête adopte une démarche qualitative centrée sur les parcours, les expériences et les arbitrages des soignantes hospitalières. Il ne s'agissait pas de valider cette hypothèse de manière quantitative, mais de l'interroger à partir des vécus situés, en mobilisant les outils des sciences sociales pour en explorer les ressorts, les ambiguïtés et les possibles contrepoints.

Le choix de cibler les AS et les IDE repose sur plusieurs considérations. D'une part, ces professionnelles représentent une part importante et essentielle du personnel hospitalier, au contact quotidien des patients, mais sont peu visibilisées dans les recherches sur la santé des soignants. D'autre part, la littérature existante tend à documenter prioritairement la santé des médecins et des cadres, laissant de côté les catégories paramédicales. Or, les inégalités sociales de santé s'observent aussi au sein du monde hospitalier : les AS et les IDE cumulent des expositions professionnelles intenses, une charge physique et émotionnelle élevée, et un accès souvent limité aux dispositifs de

prévention⁴. Leur santé bucco-dentaire, comme leur santé globale, reste peu étudiée malgré des enjeux importants en termes de justice sociale et de reconnaissance professionnelle. C'est pourquoi ils ont été placés au cœur de cette enquête.

Le choix d'une enquête multicentrique repose sur l'hypothèse que les trajectoires professionnelles, les expériences du travail hospitalier et les modalités d'accès aux soins peuvent sensiblement varier selon les contextes institutionnels et territoriaux. En croisant plusieurs types de structures – un centre hospitalo-universitaire régional à Rouen, un grand hôpital universitaire parisien, et un hôpital gériatrique situé en petite couronne – l'étude vise à interroger les dynamiques transversales mais aussi les spécificités locales qui façonnent le rapport des soignantes à leur propre santé bucco-dentaire. Ces établissements se situent dans des environnements contrastés : en termes de densité de chirurgiens-dentistes⁵, de ressources sanitaires accessibles, mais aussi de profils socioprofessionnels des soignantes. Cette diversité contextuelle constitue un levier d'analyse précieux, permettant de mieux comprendre la pluralité des situations dans lesquelles se construit le rapport des soignantes à leur propre santé bucco-dentaire. La journée d'observation menée sur le site de Charles-Foix (Ivry-sur-Seine), bien que ponctuelle, s'inscrit dans cette logique d'élargissement des regards : elle offre un éclairage complémentaire sur une structure hospitalière plus périphérique en région parisienne.

Trois sites hospitaliers universitaires ont donc été inclus dans le périmètre de l'enquête :

- le CHU de Rouen, en Normandie ;
- l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP, Paris), principal terrain d'enquête en Île-de-France ;
- le site hospitalier de Charles-Foix, à Ivry-sur-Seine (AP-HP), qui a fait l'objet d'une journée de terrain ponctuelle.

⁴ En 2025, le salaire brut mensuel moyen d'une aide-soignante en milieu hospitalier public se situe entre 1 800 et 2 500 euros, selon l'ancienneté et les primes (prime Sécur, nuit, etc.). Les infirmières diplômées d'État perçoivent des salaires plus élevés, entre 2 000 et 3 000 euros bruts mensuels. Ces revenus sont inférieurs aux salaires moyens des cadres ou professions intermédiaires, ce qui reflète une précarité relative pour ces catégories paramédicales malgré l'intensité de leurs expositions professionnelles. Données disponibles à :

https://infos.emploi-public.fr/article/grilles-indiciaires-aide-soignant-etat-eea-9187?utm_ ;

https://infos.emploi-public.fr/article/grilles-indiciaires-infirmier-en-soins-generaux-hospitaliere-eea-8050?utm_. Pages accédées le : 29 septembre 2025.

⁵Tel que noté en introduction (1.1), la Haute-Normandie figurait en 2015 parmi les régions les moins bien dotées de France, occupant le dernier rang pour la densité de chirurgiens-dentistes, derrière même les départements les plus ruraux. Cette situation préoccupante s'expliquait à la fois par une offre historiquement faible, une pyramide des âges très vieillissante (près de 40 % des dentistes avaient 55 ans ou plus) et un renouvellement insuffisant des professionnels (Follin et al., 2015). En 2020, la France comptait en moyenne 0,6 chirurgien-dentiste pour 1 000 habitants, soit 60 pour 100 000, un niveau inférieur à la moyenne européenne, estimée à 0,8 dentiste pour 1 000 habitants (OECD, 2022). En comparaison, la densité observée en Seine-Maritime, où se situe Rouen, était de 0,45 pour 1 000 habitants, inférieure à la moyenne nationale (INSEE, 2025a). À l'inverse, à Paris, la densité de dentistes en 2020 atteignait environ 1,45 praticien pour 1 000 habitants, soit plus du double de la moyenne nationale (INSEE, 2025b).

La coordination de l'étude qualitative a été assurée par Marie Manganelli, anthropologue de la santé, ingénierie de recherche sur le projet. En collaboration avec les investigatrices principales – Annabelle Tenenbaum et Anne-Charlotte Bas, chirurgiennes-dentistes de formation – elle a conçu les guides d'entretien, réalisé l'enquête sur les sites parisiens, mené les recherches bibliographiques, et encadré la conduite du terrain rouennais. Ce second terrain a été réalisé par Hanna Bougheila, étudiante en Master 2 « Sociologie, Santé au Travail » à l'Université de Rouen Normandie, dans le cadre de son stage de fin d'études.

2.2 Ancrage théorique et posture disciplinaire

Ce projet s'inscrit dans une démarche issue de l'anthropologie de la santé, discipline qui vise à comprendre comment les individus font l'expérience du corps, de la maladie et du soin dans des contextes sociaux, culturels, économiques et politiques variés (cf. 1.4). Plutôt que d'interroger uniquement des comportements ou des opinions, l'anthropologie cherche à saisir les logiques des parcours, à explorer les significations, et à rendre intelligibles les manières dont les personnes s'adaptent, résistent, ou négocient avec les normes qui les traversent.

L'enquête repose sur une approche qualitative, ancrée dans l'anthropologie de la santé, qui accorde autant d'importance au contenu des discours qu'à la manière dont ceux-ci sont produits. Ce qui se dit, ce qui est tu, comment cela s'énonce, à quel moment, dans quel contexte : autant d'éléments constitutifs de l'analyse. Loin de se fonder sur un cadre rigide, cette démarche privilégie l'exploration des singularités pour faire émerger les tensions, ambivalences et ajustements qui façonnent les trajectoires de soin. Elle permet ainsi de relier le vécu individuel aux dynamiques sociales, institutionnelles et normatives plus larges, sans dissoudre l'un dans l'autre.

Au cœur de cette posture se trouve la notion de terrain — entendue non pas comme un simple lieu de collecte de données, mais comme un espace relationnel, où s'élabore une connaissance co-construite à travers la rencontre. Faire du terrain, même de manière brève ou contrainte, implique de prêter attention aux couches multiples de vie dans lesquelles s'inscrivent les récits.

Dans le contexte hospitalier étudié, les conditions d'accès, les temporalités resserrées et la disponibilité limitée des soignants ont exigé des ajustements méthodologiques. Les entretiens longs et exploratoires, habituellement privilégiés au début d'une enquête anthropologique, ont souvent laissé place à des échanges plus brefs, réalisés dans des espaces restreints et des temps intersticiels. De même, certaines observations directes — notamment les immersions prolongées dans la vie quotidienne des personnes — se sont révélées limitées, voire impossibles, du fait de l'organisation hospitalière et de la durée resserrée de l'enquête. Pour autant, l'attention portée au détail, à la contextualisation fine des propos et à la relation d'enquête elle-même a guidé l'ensemble du travail.

2.3 Sites de recherche

2.3.1 Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP, Paris)

Situé dans le 13^e arrondissement, au cœur d'un quartier à la fois universitaire, populaire et hospitalier, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière est l'un des plus grands établissements hospitaliers d'Europe. Il est issu de la fusion en 1964 de deux institutions caritatives — la Salpêtrière et la Pitié — avant de devenir un centre hospitalo-universitaire de référence, rattaché à l'AP-HP. Il regroupe aujourd'hui plus de 90 spécialités médicales et emploie environ 11 000 professionnels. Il constitue un site stratégique dans l'organisation hospitalière francilienne, accueillant des patients issus de milieux sociaux et culturels très divers, dans un contexte de forte densité urbaine.

Le service de santé au travail (SST) de la Pitié-Salpêtrière joue un rôle central dans le suivi médical des professionnels hospitaliers. Dirigé par la Dre Martine Louët, il regroupe cinq médecins du travail, chacun accompagné d'une infirmière et d'une secrétaire, ainsi que plusieurs aides-soignantes. L'organisation repose notamment sur des convocations systématiques pour des visites périodiques tous les deux ans, conformément aux obligations liées à l'exposition aux risques biologiques. Cette fréquence s'applique même aux agents moins exposés, du fait d'une catégorisation renforcée propre au milieu hospitalier. D'autres motifs de consultation donnent également lieu à un passage au SST : visite médicale d'embauche, retour après un arrêt de travail de plus d'un mois, congé maternité, accidents de travail ou exposition à des risques professionnels. En pratique, la régularité de ces visites a pu être affectée par la crise sanitaire, bien que le service tende aujourd'hui à rattraper les retards accumulés.

Les professionnels paramédicaux, notamment les aides-soignantes et infirmières, constituent une part importante du public reçu. Toutefois, leur assiduité aux convocations reste variable, influencée par les contraintes de service et par la reconnaissance institutionnelle accordée à ces temps de consultation. Le recrutement des participants a ainsi été facilité par l'intermédiaire du SST, dont l'implication active et l'accueil particulièrement chaleureux ont grandement contribué à créer des conditions propices à la réalisation de l'étude.

Par ailleurs, la Pitié-Salpêtrière accueille l'un des plus importants pôles de santé orale de la région, avec environ 50 fauteuils dentaires dédiés à la dentisterie, soit cinq fois plus que le site de Rouen. Le service est historiquement rattaché au département de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie, fondé en 1962 par le Professeur Michel Dechaume. C'est un service hospitalo-universitaire qui propose une large gamme de spécialités (odontologie conservatrice, parodontologie, chirurgie buccale, prothèses), ainsi qu'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) fortement mobilisée par les publics en situation de précarité. Environ 80 % des soins sont réalisés dans le cadre

de plans de traitement spécifiques pour des patients aux pathologies lourdes ou en situation de vulnérabilité sociale. Ce service d'urgence est l'unique service ouvert 24H/24 en Ile-de-France.

2.3.2 CHU de Rouen

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, créé en 1965, est le plus grand établissement de santé de Normandie, employant plus de 11 000 agents (personnel médical, soignant et administratif) répartis sur cinq sites. L'hôpital Charles-Nicolle, situé en cœur de ville à Rouen, en constitue le site principal. Il regroupe la majorité des services hospitaliers, ainsi que l'UFR santé de l'université de Rouen. Avec près de 60 spécialités médicales, le CHU est un acteur majeur du soin, de l'enseignement et de la recherche en région.

Le SST du CHU de Rouen, dirigé par le Pr Jean-François Gehanno, assure le suivi médical des professionnels hospitaliers du CHU et des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Il est structuré en trois bureaux de secrétariat, trois bureaux d'infirmières et plusieurs bureaux de médecins du travail. Selon certaines estimations, 5 000 consultations y sont réalisées chaque année⁶. Comme à la Pitié-Salpêtrière, les visites sont organisées selon différents motifs : visites périodiques tous les deux ans, retours d'arrêt maladie, accidents du travail, ou expositions à des risques professionnels. Situé à proximité immédiate de l'entrée Martinville, en face de l'UFR Santé, le bâtiment du SST est facilement accessible pour le personnel hospitalier. L'équipe a réservé un accueil très facilitant à l'enquêtatrice Hanna Bougheila, étudiante en master, en contribuant activement à la mise en place du terrain et à la coordination logistique des entretiens.

L'offre de soins dentaires hospitaliers rouennaise repose sur un centre de 9 fauteuils et une salle interventionnelle, ouvert depuis 2010 au sein du pôle « Tête et Cou ». Ce centre fonctionne comme structure de soins et de formation, accueillant à la fois des praticiens seniors et des étudiants en odontologie. Les consultations se déroulent du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30, sur rendez-vous ou sans rendez-vous (type « urgence »), mais sans service de garde ou d'astreinte. Il n'existe pas de filière de rendez-vous dédiée aux salariés du CHU, bien que la prise de rendez-vous puisse être facilitée par l'usage de la messagerie ou du réseau téléphonique interne. Depuis 2022, l'université de Rouen accueille une formation initiale en odontologie, officialisée par l'inauguration du département universitaire en 2023. Ce développement récent s'inscrit dans une volonté de renforcer l'attractivité territoriale et de pallier les inégalités régionales d'accès aux soins dentaires (ARS Normandie, 2024).

⁶ Ce chiffre provient de bilans internes ou de rapports annuels évoqués dans la communication ou l'évaluation des activités du service hospitalier de santé au travail du CHU de Rouen. Toutefois, la source documentaire exacte (rapport officiel, bilan SPESM ou publication en ligne) mentionnant explicitement ce volume de consultations n'a pas pu être retrouvée dans les bases publiques ou sur les portails institutionnels.

2.3.3 Hôpital Charles-Foix (AP-HP, Ivry-sur-Seine)

Situé à Ivry-sur-Seine, en proche banlieue sud de Paris, l'hôpital Charles-Foix est un établissement de l'AP-HP spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées. Fondé au XVII^e siècle comme hospice, il est devenu un hôpital universitaire rattaché à Sorbonne Université. D'après le site de l'AP-HP, l'établissement compte environ 500 lits et 1000 professionnels⁷, répartis sur plusieurs pôles de soins gériatriques, de soins palliatifs et de rééducation. Implanté dans un quartier en transformation mêlant habitat social, friches industrielles et développement résidentiel, il accueille une patientèle souvent âgée, dépendante et fragilisée.

Le service de santé au travail de l'hôpital Charles-Foix fonctionne dans un contexte constraint, avec une équipe réduite composée du Dr Talbi — seul médecin du travail sur le site, rencontré initialement à la Pitié-Salpêtrière⁸ —, d'une secrétaire, et habituellement d'une infirmière (absente lors de la visite). En raison d'un sous-effectif persistant, les visites périodiques, autrefois prévues tous les deux ans, sont désormais espacées à cinq ans. Le service est principalement sollicité pour des motifs curatifs : retours d'arrêt maladie, accidents du travail, plaintes musculosquelettiques liées à la prise en charge de personnes âgées. Les agents de nuit sont plus difficiles à mobiliser, en l'absence de solution de remplacement. Dans ce contexte, la secrétaire joue un rôle central, assurant à la fois l'accueil, l'orientation, et parfois un premier soutien face à des situations émotionnellement lourdes. L'accueil réservé à l'enquête a été particulièrement bienveillant, et la disponibilité des professionnels a grandement facilité les observations. Ce cadre de travail restreint, mais très impliqué, semble refléter l'esprit "familial" de l'hôpital, une idée récurrente dans les discours des personnes rencontrées.

Le centre de soins dentaires de l'hôpital Charles-Foix est historiquement orienté vers les soins gériatriques et les publics en situation de vulnérabilité. C'est un centre hospitalo-universitaire. Une des orientations du service repose sur des consultations spécialisées dans les problématiques bucco-dentaires liées au vieillissement. Bien que l'accès à ce centre ne soit pas organisé de manière spécifique pour les professionnels de l'hôpital, sa présence contribue à situer l'établissement dans une dynamique de réflexion sur la santé orale dans un contexte de vieillissement, en contraste avec les autres sites de l'enquête.

2.3.4 Influence des lieux d'enquête sur les résultats

Les trois sites de l'enquête (Rouen, Paris, Ivry-sur-Seine) se distinguent par leur statut universitaire, la présence d'un service ou pôle odontologique structuré, et l'accès à un plateau d'urgences ou

⁷ AP-HP. Hôpital Charles-Foix. Disponible à : <https://www.aphp.fr/hopitaux/charles-foix>. Accédé le : 29 septembre 2025.

⁸ Le Dr Talbi a joué un rôle facilitateur déterminant dans l'enquête, en permettant l'extension ponctuelle du terrain à Ivry-sur-Seine.

consultations dentaires. Cette configuration facilite la reconnaissance de la santé bucco-dentaire parmi les professionnels et peut favoriser un recours plus aisément aux soins, mais elle n'est certainement pas représentative de tous les hôpitaux — en particulier les établissements non universitaires ou hors CHU⁹.

Les trois sites de l'enquête présentent certains points communs susceptibles d'avoir influencé, même indirectement, les perceptions et les discours des soignantes recueillis lors des entretiens. Tous sont des hôpitaux universitaires, intégrant un service ou un pôle odontologique, avec un accès plus ou moins direct à des consultations dentaires sur site. Ce type d'offre, encore loin d'être généralisé à l'ensemble des établissements hospitaliers français, constitue un élément de contexte à garder en tête dans l'interprétation des données.

Une exploration ciblée des sites internet des CHU montre que plusieurs, comme Nantes, Lyon, Brest, Reims ou Strasbourg, disposent d'un service ou d'un centre d'odontologie intégré à leurs activités de formation, recherche et soins. Toutefois, cette offre reste très variable : certains sont dotés d'urgences dentaires bien structurées (ex. Nantes ou Strasbourg), d'autres d'unités pluridisciplinaires (ex. Brest, Reims), tandis que d'autres n'ont qu'une présence minimale — ce qui suggère une hétérogénéité nationale dans l'organisation hospitalière bucco-dentaire.

Dans les trois hôpitaux étudiés, la présence d'un centre de soins dentaires — même peu fréquenté par les soignantes eux-mêmes — peut agir comme un rappel de la possibilité d'y accéder, ou à l'inverse, comme un facteur de report des soins (« je pourrai toujours y aller si besoin »). La proximité physique de ces services peut ainsi structurer différemment les représentations, sans pour autant modifier les comportements. Il est également possible que cette configuration, plus institutionnalisée, tende à rendre plus visible la santé bucco-dentaire dans l'univers professionnel — même si cela ne garantit pas un accès effectif ni un investissement subjectif. Ainsi, bien que notre enquête ne permette pas de comparaison avec des structures dépourvues de ce type de service, ces éléments invitent à considérer les effets contextuels de l'offre hospitalière elle-même sur les discours recueillis.

2.4 Participants, recrutement et procédure de recueil des données

L'étude visait initialement une vingtaine de soignants hospitaliers (aides-soignants, infirmiers), répartis entre Rouen et Paris, avec un équilibre des profils et un dispositif en deux temps : un entretien court de premier contact, puis, lorsque cela était possible, un entretien long d'approfondissement. Étaient inclus les professionnelles majeures, diplômées depuis au moins un

⁹ D'après le Pr Yves Amouriq, président de la Conférence des Chefs de Service en Odontologie, cette instance regroupe actuellement les chefs d'environ 30 services d'odontologie hospitalo-universitaires accueillant des étudiants en chirurgie dentaire (correspondance personnelle d'Anne-Charlotte Bas, septembre 2025). Ce chiffre donne un ordre de grandeur du nombre de centres hospitaliers disposant d'un service odontologique intégré à la formation universitaire en France.

an et en poste dans l'un des établissements partenaires ; étaient exclues les stagiaires, intérimaires et très jeunes diplômées.

Le recrutement s'est appuyé prioritairement sur les services de santé au travail. Les modalités concrètes de recrutement ont varié selon les sites, tout en restant adossées aux SST. À la Pitié-Salpêtrière, médecins du travail et infirmières ont assuré un pré-repérage avant ou après les consultations, facilitant des entretiens courts menés sur deux journées sur site. À Charles-Foix (Ivry), les sollicitations se sont faites directement auprès des agents, avant ou après leur passage au SST, lors d'une journée dédiée. À Rouen, Hanna Bougheila a conduit l'essentiel du recrutement via le SST ; Marie Manganelli a réalisé deux entretiens seule et un entretien co-mené avec Hanna. Les observations et entretiens ont été organisés notamment selon la possibilité de bureaux libres, afin de faciliter la tenue d'échanges au calme sans perturber l'activité des services.

Afin d'éviter de solliciter des professionnelles potentiellement en situation de fragilité, le SST de la Pitié-Salpêtrière a choisi d'orienter prioritairement l'enquête vers les agents convoqués pour des visites périodiques de routine. Cette orientation visait à préserver des conditions de recueil respectueuses et équilibrées, en évitant d'alourdir le parcours de soignantes rencontrées dans des contextes plus sensibles (retour d'arrêt maladie, surcharge de travail, etc.). Elle permettait également d'assurer une certaine homogénéité dans les modalités d'entretien¹⁰. À Ivry et à Rouen, où une telle présélection était moins aisée, les participants ont été approchés directement en salle d'attente par l'enquêtrice, avec l'accord et le relais du service de santé au travail.

À Rouen (mai–juillet 2025), 15 soignantes ont été rencontrées : 10 entretiens courts (≈ 7 –30 min) ont permis une première entrée en matière, dont sept menés par Hanna Bougheila, deux menés par Marie Manganelli et un co-mené par les deux enquêtrices ; 8 entretiens longs (≈ 21 –110 min) ont ensuite été conduits par Hanna. Certaines participantes ont ainsi été vues deux fois (entretien court puis long), d'où un nombre d'entretiens supérieur au nombre de personnes. L'échantillon rouennais est déséquilibré en faveur des infirmières (courts : 4 AS, 6 IDE ; longs : 2 AS, 8 IDE). Deux entretiens avec des jeunes IDE récemment ou pas encore diplômées ont été écartés, ne répondant pas aux critères d'ancienneté.

À Paris et Ivry (juin–juillet 2025), 22 soignantes ont été incluses dans le cœur d'analyse. 20 entretiens courts (≈ 10 –34 min, en présence) ont été réalisés, incluant 12 AS et 8 IDE. 6 entretiens longs (≈ 39 –103 min) ont suivi : quatre en suivi d'un court préalable (à distance, téléphone) et deux directement en format long, avec des IDE du SST (en présence). Des entretiens contextuels ont complété le corpus : deux avec des médecins du travail ($\approx 1h30$ chacun ; Paris en présentiel, Rouen en visio) et deux avec des cadres IDE de la Pitié-Salpêtrière. Un entretien avec une jeune IDE récemment diplômée a été écarté, ne répondant pas aux critères d'ancienneté.

¹⁰ In fine, X personnes venaient pour tel motif, X pour tel.

La procédure a été homogénéisée entre sites. Lors de la première rencontre, le projet était présenté et le consentement éclairé recueilli. Les entretiens courts étaient réalisés sur le temps de travail à Paris et Ivry, et parfois hors temps à Rouen selon les disponibilités. Pour limiter les biais de désirabilité sociale, la mention du financement par la Fondation M NH était faite en fin d'entretien, lorsque le sujet était évoqué spontanément, afin de laisser la parole la plus libre possible en amont¹¹.

Deux formats d'entretien ont été pensés pour s'adapter à la réalité professionnelle des soignantes : un format court, sur le lieu de travail, ciblant contexte de service, repères de parcours bucco-dentaires et freins immédiats (temps, organisation, coût, perception) ; puis un format long, planifié ultérieurement, en présence ou par téléphone selon la préférence et les contraintes de service, afin d'approfondir les arbitrages, expériences et représentations sur la santé bucco-dentaire. Les grilles d'entretien, communes par un tronc de questions, ont été testées et ajustées au fil du terrain (évolutions, reformulations, ajouts de thèmes prioritaires) ; elles ont été relues et discutées avec les investigatrices principales.

Bilan du corpus cœur d'enquête

Au total, 44 entretiens avec aides-soignantes et infirmières (30 courts, 14 longs) portant sur 37 participants (15 à Rouen ; 22 à Paris/Ivry) ont été analysés. 4 entretiens complémentaires (deux médecins du travail, deux cadres IDE) ont servi à contextualiser et apporter du relief aux matériaux principaux. Sur l'ensemble des sites, l'échantillon comprend donc 19 infirmières (10 à Paris/Ivry, 9 à Rouen) et 18 aides-soignantes (12 à Paris/Ivry, 6 à Rouen), soit 51,4% et 48,6% des participants, respectivement.

Les participantes de l'enquête présentent des profils générationnels variés selon les groupes et les sites. Les aides-soignantes parisiennes forment le groupe le plus âgé, avec une moyenne d'âge d'environ 50 ans, tandis que leurs homologues rouennaises sont plus jeunes, avec une moyenne avoisinant les 42 ans. Du côté des infirmières, la moyenne d'âge est similaire entre Paris/Ivry (environ 39 ans) et Rouen (environ 41 ans), bien que ces deux groupes soient marqués par une forte hétérogénéité. L'ensemble du corpus est ainsi traversé par des trajectoires professionnelles situées à différents moments de carrière, allant de jeunes diplômées à des soignantes proches de la retraite.

Enfin, la majorité des participantes évoquent, directement ou en filigrane, une vie familiale structurée autour de la présence d'enfants, de conjoints, ou des deux. Si l'âge des enfants varie fortement – allant de jeunes enfants en bas âge à des adultes déjà autonomes –, les contraintes

¹¹ Dans notre contexte, si la Fondation M NH était mentionnée trop tôt, un soignant affilié à cette mutuelle (ou supposant un intérêt "institutionnel") pourrait, même sans s'en rendre compte, minimiser des difficultés, survaloriser des comportements "modèles" (brossage, suivi dentaire, prévention), ou formuler des opinions plus conciliantes sur l'accès aux soins.

familiales, qu'elles soient actuelles ou résiduelles, apparaissent comme un facteur important dans la gestion du soin de soi. On note toutefois quelques différences entre groupes.

À Paris, plusieurs aides-soignantes rencontrées ont des enfants désormais autonomes, voire des petits-enfants. À l'inverse, les aides-soignantes de Rouen, plus jeunes, évoquent plus fréquemment la présence d'enfants à charge, parfois en bas âge. Dans ces cas, les contraintes familiales — qu'il s'agisse du temps, du coût ou de l'organisation nécessaire — apparaissent comme des freins concrets à la prise de rendez-vous ou à la régularité des soins.

Du côté des infirmières, les configurations sont plus diverses : certaines vivent en couple avec des enfants à charge, d'autres sont jeunes et sans enfant, d'autres encore vivent seules. Enfin, quelques participantes mentionnent des situations de veuvage, de monoparentalité, voire d'isolement. Comme nous le verrons, les différentes configurations familiales et relationnelles façonnent de manière différenciée la disponibilité affective, logistique ou financière pour prendre soin de soi, révélant combien les trajectoires de santé sont enchâssées dans des arrangements biographiques situés.

2.5 Réflexivité et posture de recherche

Cette section propose un retour réflexif sur les conditions concrètes de production des données, afin d'expliquer les choix méthodologiques, leurs effets possibles sur le matériel recueilli et les manières d'y avoir répondu en cours d'enquête.

Le recueil des données a été mis en place par une anthropologue de la santé et une stagiaire en sociologie. Cette combinaison de regards a nourri l'analyse, tout en posant un enjeu d'homogénéisation des pratiques lié à une asymétrie d'expérience en recherche ethnographique et en revue de littérature. Pour y répondre, un suivi rapproché a été mis en place : échanges réguliers, relectures croisées, supervision du recueil par l'ingénierie de recherche, coordination avec la directrice de mémoire de l'étudiante, et élaboration de grilles d'entretien communes, révisées au fil du terrain. Ces dispositifs d'appui visaient à garantir une continuité d'approche entre sites et à rendre comparables les matériaux.

Le champ bucco-dentaire étant nouveau pour les deux enquêtrices, une familiarisation progressive aux enjeux de santé bucco-dentaire a été menée (discussions avec les investigatrices principales, lectures ciblées). Cette position d'« extérieur proche » a favorisé une posture d'écoute et de décentrement vis-à-vis des normes biomédicales, en plaçant le centre de gravité des savoirs du côté des professionnels interrogées. L'intention n'était pas de vérifier des conduites attendues (« comment il faudrait faire »), mais de documenter des pratiques situées et des arbitrages effectifs

(« comment on fait ») — y compris des représentations profanes parfois à distance des attendus institutionnels.

L'accueil dans les services de santé au travail a été globalement favorable. À Rouen, certains médecins ont exprimé leur étonnement face à un angle centré sur les soins bucco-dentaires, considérant que la souffrance psychique et la fatigue restent au premier plan des préoccupations. Ce décalage perçu confirme l'invisibilisation relative de la santé orale dans la hiérarchie des enjeux professionnels. À l'inverse, à la Pitié-Salpêtrière, plusieurs médecins ont indiqué avoir, à la suite de nos passages, intégré un rappel du suivi bucco-dentaire lors des consultations, signe d'un léger effet de présence et d'une attention accrue à la prévention orale.

Les temporalités hospitalières ont pesé sur l'organisation des entretiens. Menée sur un temps resserré (juin–juillet), l'enquête a connu plusieurs désistements de dernière minute (urgences de service, changements de planning, contraintes personnelles). À ce stade, ces pertes au suivi paraissent moins relever d'un désintérêt que de contraintes organisationnelles fortes. Des aménagements ont été proposés (créneaux téléphoniques, souplesse d'horaires, utilisation de bureaux disponibles), sans toutefois lever entièrement ces contraintes. Nous revenons, dans la section 3.X.X, sur des pistes concrètes pour limiter ce type d'attrition lors d'un prolongement éventuel de l'étude.

Enfin, des temps de restitution sont prévus à Paris et à Rouen, à l'issue de la remise du rapport. Ils visent à partager les résultats, solliciter des retours critiques et co-ajuster les pistes d'action avec les équipes concernées, dans la continuité d'une démarche située et collaborative.

2.6 Analyse des données

Nous avons conduit une analyse thématique inductive, itérative et comparative entre les sites, articulant verbatims d'entretiens et notes ethnographiques.

Constitution du corpus et préparation

Tous les entretiens ont été enregistrés puis transcrits mot à mot par les deux enquêtrices, à l'exception d'un entretien à Charles-Foix (refus d'enregistrement) pour lequel des notes détaillées ont été prises pendant la rencontre. Les transcriptions ont été pseudonymisées. En complément, des « notes à chaud » ont été produites systématiquement à l'issue de chaque journée de terrain (observations des situations d'attente, échanges informels avec infirmières, secrétaires, aides-soignantes, pauses café, repas pris sur site). Ces matériaux « périphériques » n'ont pas vocation à être cités, mais ils ont servi à interpréter les propos et à préciser les contextes de travail et la place de la médecine du travail dans les parcours. Ils ont également pu orienter l'affinage progressif des guides d'entretien (ajouts, reformulations, priorisation de thèmes).

Procédure de codage

L'ensemble des entretiens (Rouen, Paris, Ivry) a été codé par l'ingénierie de recherche dans le logiciel d'aide à l'analyse qualitative Atlas.ti. Le processus s'est déroulé en quatre temps :

1. familiarisation par lectures successives des entretiens et prise de mémos courts pour noter idées, questions et premières intuitions ;
2. codage ligne à ligne sur un premier lot d'entretiens (courts et longs) ;
3. regroupement progressif des codes en familles ;
4. revue et stabilisation des thèmes, avec va-et-vient entre extraits et cadres interprétatifs.

Schéma de codage (exemples)

Les codes initiaux ont ensuite été agrégés en grands ensembles :

- *Représentations et pratiques bucco-dentaires* : histoire dentaire, image du dentiste, rapport aux dents, normes de soins bucco-dentaires, choix thérapeutiques dentaires, médication/automédication, soins alternatifs, prévention.
- *Conditions de vie et de travail* : conditions de soignant, évolution des conditions, relations entre collègues, situation pro/familiale, charge parentale, éducation des enfants, santé globale.
- *Accès et dispositifs* : programme M'T dents, urgences/consultations, mutuelles/coûts/CPAM, vue politique.
- *Possibilités ultérieures* : recommandations pour l'étude, suite de la rencontre (acceptation/refus d'un recontact).

2.7 Considérations éthiques

Ce projet a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique de la Recherche (CER) de l'AP-HP, Centre Université Paris Cité, sous la référence 2025-05-06 – “Santé Orale des Professionnels de Santé – Phase Pilote (SOPS)” (investigatrice principale : Dr. Annabelle Tenenbaum). L'ensemble des personnes rencontrées a été informé de la nature de la recherche et a donné son consentement libre et éclairé avant la réalisation des entretiens et leur éventuel enregistrement audio. Les données ont été traitées de manière confidentielle et pseudonymisées selon les bonnes pratiques en vigueur.

3. Résultats de l'enquête

Les résultats sont d'abord présentés selon les quatre groupes socioprofessionnels et géographiques enquêtés (aides-soignantes et infirmières à Paris/Ivry, puis à Rouen), afin de restituer la diversité des expériences recueillies. Deux sous-parties comparatives (3.2.1 et 3.2.2) viendront ensuite synthétiser les principales convergences et divergences, en croisant les données par métier puis par territoire.

3.1 Résultats par groupes

3.1.1 Les itinéraires de soin bucco-dentaire des aides-soignantes à Paris/Ivry

Ce groupe est composé de 11 aides-soignantes et d'un aide-soignant exerçant sur plusieurs sites de l'AP-HP à Paris (Pitié-Salpêtrière, Charles-Foix, Henri-Mondor), certains ayant été interrogés en amont d'une prise de poste à Charles-Foix. Les soignants rencontrés travaillent dans des services diversifiés : unité de chirurgie ambulatoire, bloc opératoire, réanimation neurologique, radiologie, ou encore rééducation aiguë. La plupart sont soumises à des rythmes alternants, alternant matin, soir et nuit, souvent sur de longues plages horaires — 7h–17h, 13h30–21h, voire 21h–7h — qui structurent fortement leur quotidien. Parmi ces douze participantes, trois ont été rencontrées dans le cadre d'entretiens longs, permettant d'approfondir les récits d'itinéraires de soins et les représentations associées.

Organisation et logiques d'accès aux soins

Chez les aides-soignantes parisiennes et d'Ivry, l'accès aux soins bucco-dentaires s'articule principalement autour de deux logiques, qui se combinent parfois au fil des trajectoires : le suivi régulier anticipé et le recours motivé par l'urgence ou la douleur.

Pour une partie importante des personnes, la visite chez le dentiste fait partie d'un rituel annuel : il s'agit de programmer un contrôle systématique afin de prévenir l'apparition de problèmes ou de répondre à une exigence personnelle de bonne hygiène (selon l'idée explicitement formulée par l'une : « dis-moi comment tu te laves la bouche pour savoir comment tu te laves le reste »).

Ce suivi s'appuie sur une anticipation des plannings hospitaliers, pouvant être établis de quinze jours à trois mois à l'avance. Cette organisation permet aux agents d'identifier, parfois longtemps à l'avance, les jours de repos, de RTT ou les périodes de vacances où un rendez-vous dentaire sera possible, sans perturber l'activité professionnelle. Ce mode de fonctionnement s'accompagne cependant de marges de manœuvre limitées : la possibilité de modifier un rendez-vous en cas de changement dans le service ou d'imprévu n'est pas toujours acquise.

Certaines décrivent ainsi des situations où, malgré l'anticipation, le rendez-vous doit être reporté ou annulé, faute de disponibilité réelle. Cette contrainte apparaît d'autant plus marquée à Ivry, où le faible effectif limite fortement les possibilités de remplacement, voire les rend impossibles, ce qui restreint encore davantage la flexibilité organisationnelle pour accéder aux soins.

Pour d'autres, la consultation chez le dentiste intervient surtout en réaction à un problème aigu : une douleur qui s'intensifie rapidement ou une gêne d'ordre esthétique. Dans ces situations, l'accès à un rendez-vous apparaît plus incertain :

- La présence d'un pôle d'urgences dentaires sur le lieu de travail peut rassurer et, dans certains cas, permettre d'obtenir un rendez-vous rapidement, selon des modalités parfois mal connues des professionnelles.
- En dehors des situations d'urgence, le délai pour obtenir un créneau auprès du dentiste référent ou d'un praticien disponible varie de quelques jours à deux ou trois semaines.
- Lorsque la douleur devient trop forte, certaines n'hésitent pas à chercher un nouveau dentiste si les délais sont jugés trop longs ou si elles n'ont pas de praticien attitré, en s'aider des avis sur Internet ou des recommandations de collègues.

Ce recours « à la demande » traduit une forme d'arbitrage : la contrainte du planning et la charge professionnelle ou familiale peuvent amener à différer le soin, jusqu'à ce que la douleur devienne incontournable. Certaines, comme une aide-soignante à Charles-Foix, attendent d'être en repos pour prendre rendez-vous, quitte à « tenir » avec des antalgiques ou à temporiser avec d'autres astuces.

En résumé, l'organisation des soins bucco-dentaires chez les aides-soignantes parisiennes et d'Ivry relève d'un arbitrage constant entre planification et adaptation : elle dépend à la fois d'une anticipation permise par la visibilité sur les plannings, et d'une gestion « au fil de l'eau » imposée par les urgences, la fatigue, ou les aléas du service.

Pratiques d'auto-soin¹² et d'auto-médication

Un aspect marquant est le soin particulier apporté à l'entretien quotidien des dents, avec une diversité d'astuces et de pratiques informelles visant à prévenir les problèmes et, parfois, à retarder ou éviter le recours au dentiste. Les pratiques rapportées témoignent d'une diversité de routines et d'astuces, parfois transmises familièrement ou partagées entre collègues.

L'entretien de la bouche est largement décrit comme une préoccupation régulière, avec une attention particulière portée à la prévention des problèmes. On recense plusieurs éléments :

- Brossage quotidien : les aides-soignantes décrivent se brosser les dents deux fois par jour (matin et soir). Le brossage du soir est systématiquement mentionné comme « indispensable », même après une garde de nuit ou en période de fatigue. Certaines insistent sur l'importance de bien « frotter » et de ne pas se contenter d'un geste rapide, d'autres valorisent l'utilisation d'une brosse électrique comme signe d'un nettoyage plus complet.
- Bicarbonate : les trois personnes interrogées à ce sujet utilisent du bicarbonate de soude en complément du dentifrice, parfois plusieurs fois par semaine mais rarement tous les jours.

¹² Cette thématique a pu être abordée en particulier avec les trois aides-soignantes rencontrées en entretiens longs.

Cette pratique est présentée comme un « plus » pour « enlever les taches », « désinfecter » ou « garder des dents blanches ».

- Bains de bouche : l'usage des bains de bouche est mobilisé par mesure d'hygiène ou en cas d'irritation. Certaines font des bains de bouche maison (eau salée, parfois additionnée de bicarbonate, ou citron), d'autres utilisent un produit du commerce, de manière régulière ou ponctuelle, par exemple en cas de petites douleurs, d'inflammation ou après une intervention.
- Astuces alimentaires et habitudes de vie : certaines participantes déclarent veiller à leur alimentation au quotidien pour préserver la santé de leurs dents : éviter de croquer des aliments trop durs qui pourraient les casser, limiter leur consommation de sucre, ou encore ne pas fumer, sont autant de mesures perçues comme des moyens concrets de se protéger et de repousser la nécessité de consulter un dentiste.

En cas de douleur dentaire, l'automédication est fréquente : le Doliprane (paracétamol) est régulièrement utilisé, que ce soit pour soulager ponctuellement une douleur en attendant un rendez-vous, ou dans l'idée de retarder la consultation chez le dentiste (parfois vécu comme un dernier recours si la douleur ne passe pas). Trois participantes mentionnent également l'usage du clou de girofle (huile essentielle ou clou en bouche) pour calmer la douleur. Enfin, l'une d'entre elles rapporte avoir eu recours à des antibiotiques restants à la maison, expliquant : « On connaît les infections, donc j'ai toujours un petit antibio qui traîne... Si ça commence, Clamoxyl ! ».

L'automédication chez les AS Paris/Ivry recouvre une pluralité de logiques : pallier l'attente, tester des solutions alternatives, mais aussi éviter ou repousser le passage chez le dentiste, perçu par certaines comme une épreuve à laquelle on ne se résout qu'en dernier recours.

Perceptions des dispositifs existants

La mutuelle

La couverture par une mutuelle est systématique dans le groupe, avec une large majorité affiliée à la MNH ou, plus rarement, à la 602. La plupart des aides-soignantes précisent être sur la mutuelle par choix individuel ou par défaut : plusieurs l'ont souscrite dès leur entrée à l'hôpital, parfois sur conseil d'un pair ou par absence d'alternative jugée meilleure. Peu évoquent un réel comparatif entre les offres, le choix semblant le plus souvent déterminé par l'employeur, la simplicité administrative (comme la présence physique d'un bureau de la mutuelle sur le lieu de travail), ou l'idée que « toutes les mutuelles de l'hôpital se valent ».

Le niveau de couverture varie selon les paliers : certaines indiquent avoir souscrit le « palier de base », d'autres mentionnent un niveau intermédiaire ou renforcé (« j'ai pris un cran au-dessus parce qu'avec les enfants ça monte vite »). Les montants mensuels sont généralement connus (entre

25 à 150€ selon l'âge, la couverture choisie et le nombre de bénéficiaires) mais restent aussi flous pour plusieurs, qui ne savent pas précisément ce qui est débité chaque mois.

Concernant la prise en charge effective des soins bucco-dentaires, les discours recueillis révèlent un certain flou, voire une défiance. Nombreuses sont celles qui estiment que les remboursements sont insuffisants, notamment pour les actes jugés coûteux ou non essentiels, comme les prothèses ou les implants. La peur d'avoir à avancer des sommes importantes reste vive — même en cas de remboursement ultérieur : « Faut sortir 600 €, même si t'es remboursée dans un mois, c'est pas possible pour tout le monde », résume une participante. Cette inquiétude est d'autant plus forte que la plupart disent mal connaître les garanties incluses dans leur contrat de mutuelle. L'incertitude quant aux taux de remboursement ou aux soins réellement pris en charge alimente ainsi l'hésitation à engager des démarches perçues comme non urgentes, par crainte d'une mauvaise surprise au moment du paiement.

Ce flou contribue à une certaine défiance vis-à-vis des dispositifs : la mutuelle est vue comme un filet de sécurité, mais jugée souvent insuffisante face au coût réel des soins dentaires.

M'T dents : connaissance et usage

Le dispositif M'T dents reste largement méconnu parmi les aides-soignantes interrogées. La plupart ne connaissent pas le nom du programme, et même après explication, plus de la moitié ne parviennent pas à l'identifier précisément. Quelques-unes reconnaissent néanmoins avoir reçu des courriers de l'Assurance Maladie invitant à un contrôle dentaire gratuit pour leurs enfants, sans forcément faire le lien avec le nom du dispositif. L'usage effectif de M'T dents demeure très marginal : seules quelques participantes disent l'avoir utilisé, généralement à une ou deux reprises pour leurs enfants, et rarement de manière systématique à chaque tranche d'âge pourtant prévue (de 3 à 24 ans). Plusieurs mentionnent n'avoir reçu que « quelques lettres », ce qui contraste avec la régularité théorique du programme. Il est à noter que ce dispositif n'est quasiment jamais évoqué en lien avec un usage personnel, que ce soit en tant que jeune adulte ou pendant une grossesse. M'T dents est donc perçu, quand il l'est, comme un dispositif lointain et réservé aux enfants, peu utilisé et rarement intégré aux pratiques de prévention à l'âge adulte ou pendant la grossesse.

Le dispositif « 100% Santé »

Ce dispositif, qui garantit une prise en charge intégrale de certains soins et prothèses dentaires, est généralement connu de nom parmi les aides-soignantes interrogées, mais il suscite des réactions ambivalentes. Si certaines saluent la possibilité d'accéder à des soins sans reste à charge, beaucoup nuancent leur enthousiasme. L'offre est perçue comme fonctionnelle mais peu esthétique : plusieurs participantes soulignent que les prothèses « gratuites » proposées sont « pas jolies », voire « pas du tout esthétiques », en particulier lorsqu'elles concernent les dents visibles. Certaines

préfèrent ainsi différer les soins, le temps de pouvoir payer un supplément pour une alternative jugée plus satisfaisante.

Le rapport à la gratuité lui-même est ambivalent. D'un côté, elle représente un soulagement financier ; de l'autre, elle est parfois assimilée à une offre de moindre qualité – « forcément, si c'est plus cher, c'est qu'il y a une raison », estime une aide-soignante. Cette perception est renforcée par un sentiment de stigmatisation : plusieurs disent avoir l'impression que cette offre est « réservée aux pauvres », aux « cassos », aux personnes « qui n'ont pas le choix ». La gratuité, au lieu d'apparaître comme un droit commun, tend à être associée à une forme d'assignation sociale. Cette charge symbolique contribue à limiter l'adhésion au dispositif : faute de solution jugée satisfaisante, certaines préfèrent retarder ou éviter certains soins.

Résumé conclusif

Les parcours de soin bucco-dentaire des aides-soignantes à Paris et Ivry illustrent un équilibre subtil entre anticipation et report : pour une part notable du groupe, la visite annuelle chez le dentiste relève d'une routine bien ancrée, planifiée à l'avance grâce à une organisation rigoureuse du planning professionnel et familial. Parallèlement, d'autres privilégient l'auto-gestion et la temporisation, recourant à des pratiques d'auto-soin et d'automédication non seulement pour retarder ou éviter la consultation, mais aussi pour s'octroyer une certaine marge de manœuvre et d'autonomie dans la gestion de leur santé. Ces logiques coexistent et s'entrecroisent au fil des trajectoires, sur fond de dispositifs de prise en charge jugés ambivalents, et d'un environnement professionnel exigeant.

3.1.2 — Les itinéraires de soin bucco-dentaire des infirmières à Paris/Ivry

Le groupe des infirmières interrogées à Paris et Ivry se compose de 10 professionnelles, en majorité exerçant à la Pitié-Salpêtrière, et, pour l'une d'entre elles, à Charles-Foix. À noter, la présence d'un homme dans ce groupe. Trois entretiens longs ont permis d'approfondir les trajectoires individuelles et les arbitrages liés à la santé bucco-dentaire. Les profils sont variés : certaines infirmières comptent de nombreuses années d'expérience hospitalière, tandis que d'autres débutent leur carrière. Les parcours recouvrent différents services (chirurgie ambulatoire, réanimation, coordination, santé au travail...), et les modalités d'organisation du travail se répartissent principalement entre horaires fixes en journée et journées longues, avec une mention isolée d'un travail de nuit, exercé de façon occasionnelle et volontaire.

Cette diversité professionnelle se double d'une hétérogénéité des situations familiales : plusieurs IDE ont de jeunes enfants à charge, tandis que d'autres vivent seules ou en couple sans enfant, ou encore avec des enfants désormais adultes. L'ensemble du groupe partage néanmoins une expérience commune de l'organisation hospitalière, marquée par la nécessité d'anticiper, d'adapter ou de

jongler en permanence avec le planning pour accéder aux soins. Cette dynamique structure les logiques de recours au dentiste et l'ensemble des pratiques d'auto-soin bucco-dentaire, qui feront l'objet de la présente analyse.

Organisation et logiques d'accès aux soins

L'organisation de l'accès aux soins bucco-dentaires parmi les infirmières à Paris/Ivry repose majoritairement sur une anticipation soutenue : la plupart planifient leur rendez-vous chez le dentiste lors des périodes de repos, profitant de plannings généralement communiqués plusieurs semaines ou mois à l'avance. Cette anticipation est facilitée pour les infirmières bénéficiant d'une certaine ancienneté ou d'un service où l'organisation est stable ; elle est vécue comme un moyen de maintenir une forme de suivi régulier, en particulier pour les contrôles annuels ou semestriels. Le contrôle annuel demeure ainsi une pratique repérée chez la majorité, vécue comme une routine d'entretien plutôt qu'une nécessité immédiate. La plupart des infirmières déclarent avoir un dentiste référent, privilégiant la fidélité à un praticien connu, ce qui facilite l'organisation des rendez-vous et la continuité du suivi.

Cependant, l'accès effectif au soin reste tributaire d'aléas organisationnels. Nombre d'entre elles rapportent la difficulté, voire l'impossibilité, de modifier un rendez-vous à la dernière minute si un imprévu survient dans le service, ou si la charge de travail s'intensifie. Certaines évoquent ainsi des reports ou annulations imposés par des changements de planning ou l'absence de remplacement, ce qui peut repousser l'accès au soin de plusieurs semaines.

Face à ces contraintes, quelques infirmières mobilisent des stratégies d'adaptation : prise de rendez-vous rapide grâce à des recommandations internes, ou changement de praticien si les délais sont jugés trop longs chez leur dentiste habituel. Ces ajustements illustrent la marge d'autonomie dont certaines peuvent faire preuve pour préserver un accès aux soins.

Parallèlement à ces ajustements organisationnels, la gestion de l'attente et de la douleur passe également, pour certaines, par des pratiques d'auto-soin ou d'auto-médication, qui participent à leur manière à maintenir un certain équilibre dans l'accès aux soins.

Pratiques d'auto-soin et d'auto-médication

Le brossage des dents deux fois par jour est évoqué par les infirmières rencontrées lors des entretiens longs. Parmi les autres pratiques d'auto-soin de la bouche, sont mentionnés l'usage du fil dentaire, des brossettes interdentaires ou encore les bains de bouche du commerce, sur recommandation du dentiste référent. L'attention portée à l'alimentation (limitation du sucre, évitement des aliments durs, rinçage de la bouche) est ponctuellement mentionnée, sans constituer un thème dominant du

groupe. Contrairement au groupe des aides-soignantes, l'usage de remèdes "maison" (bicarbonate, citron, clous de girofle) est également absent des données.

Qui plus est, l'automédication est beaucoup plus rare que chez les aides-soignantes, et abordée avec parcimonie. Seul un infirmier relate un usage raisonnable et temporaire de médicaments contre la douleur (paracétamol pendant 24–48h pour évaluer l'évolution des symptômes) ou de solutions antiseptiques achetées en pharmacie pour des douleurs passagères. Cette personne souligne l'importance de consulter rapidement si la douleur persiste ou s'aggrave : conscient du caractère peu légitime de cette pratique dans son milieu de travail, il insiste sur une utilisation mesurée et responsable, qu'il relie à son expérience de soignant. L'automédication apparaît ainsi motivée par le souci de ne pas mobiliser inutilement le système de soins, et reste conditionnée par un suivi régulier auprès d'un dentiste référent.

Cette réserve vis-à-vis des remèdes "maison" et de l'automédication distingue clairement le groupe des infirmières de celui des aides-soignantes, où la gestion autonome de la douleur est beaucoup plus répandue et diversifiée. Chez les infirmières, la priorité semble être donnée au suivi régulier et à la prévention, avec un recours à l'automédication limité, davantage empreint de prudence.

Perceptions des dispositifs existants

La mutuelle

La mutuelle est perçue par les infirmières comme un élément incontournable de leur protection sociale, choisi dès l'embauche, le plus souvent par défaut et sans réel comparatif. Elles témoignent d'une bonne connaissance générale de leur contrat et du fonctionnement du remboursement des soins dentaires : le montant prélevé, la logique des paliers et la prise en charge des soins courants sont bien identifiés. Cependant, une forme d'ambivalence persiste sur l'efficacité réelle de la mutuelle pour les soins coûteux comme les prothèses ou les implants, perçus comme restant largement à la charge de l'assurée. Si la question du reste à charge ou de l'avance de frais demeure un frein pour certaines, elle est moins centrale que chez les aides-soignantes : les infirmières semblent plus confiantes dans leur capacité à gérer ce type de dépense, et expriment moins d'incertitude ou d'inquiétude vis-à-vis de leurs droits ou du niveau de remboursement.

M'T dents : connaissance et usage

Le dispositif M'T dents est globalement bien connu des infirmières interrogées : la plupart en identifient le nom, le principe, ou se rappellent avoir reçu des lettres de l'Assurance Maladie, aussi bien pour leurs enfants qu'à titre personnel. Deux infirmières rapportent avoir effectivement bénéficié du dispositif pendant leur grossesse. Si l'usage de M'T dents reste encore principalement

associé à la prévention chez l'enfant, il apparaît plus familier et accessible à ce groupe qu'aux aides-soignantes, chez qui la méconnaissance ou l'absence de recours est plus marquée.

Le dispositif « 100% Santé »

Le “100 % Santé” bénéficie d'une meilleure notoriété que chez les aides-soignantes. La plupart des infirmières en connaissent l'existence et saluent l'idée de rendre certains soins ou prothèses accessibles sans reste à charge. Toutefois, à nouveau, cette accessibilité est souvent associée à une offre jugée “basique”, avec des prothèses ou équipements moins esthétiques ou confortables. Le recours au 100 % Santé est envisagé en dernier recours, en cas de nécessité ou de contrainte financière majeure, certaines infirmières préférant différer leur soin ou épargner pour accéder à une solution jugée plus satisfaisante. Un sentiment de stigmatisation, déjà repéré chez les aides-soignantes, existe également, bien que moins central dans les discours. Le dispositif est globalement perçu comme utile mais peu valorisé, et n'est investi que par défaut.

Résumé conclusif

En comparaison avec les aides-soignantes, les infirmières à Paris et Ivry se distinguent par une plus grande aisance et une meilleure connaissance des dispositifs collectifs liés à la santé bucco-dentaire. Elles s'appuient prioritairement sur un suivi régulier auprès de leur dentiste référent, tout en manifestant une compréhension solide de la mutuelle et une bonne connaissance du dispositif M'T dents. Globalement, elles expriment moins d'inquiétude à l'égard du reste à charge ou de l'avance de frais, même si la couverture est jugée perfectible pour les soins les plus coûteux. Les dispositifs institutionnels, tels que M'T dents ou 100 % Santé, sont perçus comme des appuis appréciés, activables en cas de besoin, mais rarement intégrés de façon proactive dans leurs routines de prévention, en raison notamment de leur attractivité limitée sur le plan esthétique ou du confort. Enfin, les pratiques d'automédication ou de recours à des remèdes maison demeurent marginales dans ce groupe, les infirmières privilégiant le recours au système de soins professionnel et à la prévention organisée.

3.1.3 — Les itinéraires de soin bucco-dentaire des aides-soignantes à Rouen

Le groupe des aides-soignantes interrogées à Rouen se compose de six personnes, dont un homme, exerçant au sein du CHU Charles-Nicolle dans divers services (chirurgie, neurologie, oncologie, gériatrie, hématologie). Toutes ont été rencontrées à l'occasion de leur visite périodique au service de santé au travail. Les modalités de travail évoquées varient entre journées longues, horaires alternants ou fixes selon les affectations. Les trajectoires professionnelles apparaissent généralement stables, inscrites dans une certaine continuité au sein de l'établissement. La diversité des configurations familiales ou résidentielles affleure parfois dans les récits, influençant les pratiques de soin et les temporalités du recours. Deux entretiens longs ont permis d'explorer plus finement les

logiques d'accès aux soins bucco-dentaires et les ajustements mis en place face aux contraintes du quotidien. Ce groupe, plus restreint que les autres en termes d'effectifs, offre néanmoins un aperçu situé des pratiques et représentations sur l'organisation des soins.

Organisation et logiques d'accès aux soins

Chez les aides-soignantes rouennaises, comme chez les parisiennes, les parcours de soins bucco-dentaires oscillent entre suivi préventif annuel et démarches plus ponctuelles, souvent déclenchées par la douleur ou un inconfort croissant. La moitié des participantes déclarent consulter une fois par an pour un contrôle, parfois associé à un détartrage, ce qui participe à une certaine forme de régularité. D'autres, en revanche, espacent davantage leurs rendez-vous, y recourant seulement lorsque les symptômes deviennent gênants au quotidien.

La majorité des trajectoires s'organisent autour d'un praticien référent, ce qui facilite l'accès aux soins en cas de besoin. Toutefois, même lorsque ce lien est établi, les consultations restent souvent tributaires de la disponibilité du praticien et des contraintes du quotidien. Plusieurs freins viennent entraver un recours fluide : des délais d'attente importants — parfois plusieurs mois —, la difficulté à trouver un nouveau cabinet en cas de déménagement, ou encore le refus de nouveaux patients. Ces obstacles renforcent l'attachement à un cabinet habituel, même dans les cas où le suivi est irrégulier.

En cas de douleur, l'organisation du soin repose sur une logique d'ajustement « au fil de l'eau ». Si certaines aides-soignantes mobilisent leurs jours de repos pour planifier un rendez-vous, le soin dentaire est souvent relégué à des périodes creuses, différé jusqu'à ce qu'une gêne devienne trop importante. De plus, la possibilité de se rendre aux urgences dentaires est aussi mentionnée par plusieurs participantes et semble jouer dans les arbitrages quotidiens.

Certaines participantes évoquent aussi une appréhension du soin, liée à des expériences passées marquées par la douleur ou le manque d'écoute, ce qui contribue à un report des démarches. Certaines expriment aussi un regret de ne pas avoir instauré une discipline de soin plus régulière, conscientes qu'un suivi plus fréquent aurait pu prévenir des complications ou limiter les frais.

En somme, cette gestion individuelle, centrée sur la réaction à un besoin imminent, structure une grande partie des trajectoires observées. L'accès aux soins dentaires des aides-soignantes à Rouen apparaît moins systématisé que dans d'autres contextes, plus dépendant de la relation à un praticien connu et du moment où la douleur devient difficile à ignorer. Les aides-soignantes naviguent entre volonté de prévention, priorisation quotidiennes des tâches, et difficultés d'accès à une offre disponible — une combinaison qui donne lieu à des recours hétérogènes, entre routine annuelle, gestes différés et ajustements réactifs.

Pratiques d'auto-soin et d'auto-médication

Ce thème a été moins central dans les entretiens réalisés par l'enquêtrice stagiaire, mais quelques éléments méritent d'être relevés. Plusieurs participantes évoquent en filigrane des pratiques d'ajustement face à la douleur, comme le recours au paracétamol pour soulager une gêne dentaire sans consulter immédiatement. Une aide-soignante mentionne également l'usage de clous de girofle, signe d'une familiarité avec des solutions domestiques permettant d'apaiser temporairement l'inconfort. Ces stratégies s'inscrivent dans une forme de relativisation des symptômes, liée au statut professionnel, explique l'une d'elles : « On a la conscience qu'un petit bobo [...] peut être géré autrement que d'aller aux urgences ». Par comparaison, les infirmières parisienne semblaient moins enclines à recourir à ces gestes de gestion autonome de la douleur, davantage mobilisés par les aides-soignantes parisienne. À Rouen, cette posture de minimisation de la douleur peut traduire une tolérance accrue à l'inconfort, telle une composante ordinaire du quotidien professionnel et personnel.

Perceptions des dispositifs existants

La mutuelle

La mutuelle est perçue comme un appui fondamental, mais rarement interrogée en tant que levier actif pour faciliter les soins. Les aides-soignantes rouennaises déclarant être satisfaites de leur couverture bénéficient généralement des mutuelles de leur conjoint (hors secteur hospitalier). Pour autant, l'accès à l'information reste partiel : Suzy évoque un besoin d'explication sur le fonctionnement des remboursements, et Clémence montre une certaine confusion sur les coûts pour des soins spécifiques. Cette relative passivité s'accompagne d'une délégation implicite au système : tant que les remboursements suivent, la mutuelle est considérée comme acquise, sans être pleinement interrogée ou utilisée comme ressource d'arbitrage ou de projection dans les soins à venir.

M'T dents : connaissance et usage

Le dispositif M'T dents est généralement connu, mais de manière partielle et souvent approximative. Parmi les six aides-soignantes interrogées, une seule découvre complètement son existence au moment de l'entretien, sans jamais avoir entendu parler ni du nom ni du principe. Les autres en ont une connaissance plus ou moins claire : certaines identifient spontanément le programme et le nom, tandis que d'autres reconnaissent le dispositif une fois qu'il leur est décrit. Dans tous les cas, les détails précis restent flous, notamment en ce qui concerne les âges concernés ou la fréquence des rappels. Le programme est perçu comme familier mais lointain, souvent associé aux enfants ou aux jeunes adultes, et rarement mobilisé à titre personnel. Une participante se

distingue néanmoins en mentionnant un usage récent à 25 ans, signe que l'outil peut être investi dans le cadre d'un suivi ponctuel.

Le dispositif « 100% Santé »

La réforme « 100% Santé » apparaît marginalement dans les discours. Elle n'est mentionnée qu'une seule fois, et de manière indirecte, par une participante qui évoque la possibilité d'obtenir gratuitement des appareils auditifs. Elle souligne que cette mesure constitue une avancée importante pour les personnes à faibles revenus, en soulignant le contraste avec d'autres types de soins encore peu accessibles, notamment les soins dentaires. Elle s'interroge ainsi : « pourquoi, pour les dents, il n'y a pas des choses de faites ? », laissant entendre une méconnaissance des volets dentaires de la réforme. Aucune autre participante ne fait référence à ce dispositif, ni pour l'optique ni pour les soins bucco-dentaires, ce qui peut suggérer une faible diffusion ou appropriation concrète de ces mesures dans les trajectoires de soin des aides-soignantes rouennaises. Cette invisibilité dans les discours souligne un écart possible entre les dispositifs théoriquement disponibles et leur effectivité perçue.

Résumé conclusif

Les entretiens menés auprès des aides-soignantes de Rouen révèlent des trajectoires de soins bucco-dentaires façonnées par des ajustements constants face aux contraintes du quotidien. Le recours aux soins intervient souvent en réponse à une douleur ou un inconfort devenu trop présent. Si la plupart disposent d'un praticien référent, la disponibilité limitée de celui-ci, conjuguée à la difficulté de trouver un nouveau cabinet en cas de besoin, freine la régularité des consultations. Le soin dentaire s'inscrit ainsi dans un équilibre délicat entre impératifs professionnels, gestion du temps personnel et accès à une offre disponible.

Cette dynamique s'accompagne d'une connaissance partielle des dispositifs existants — qu'il s'agisse du programme M'T dents, de la réforme « 100 % Santé » ou encore des conditions de remboursement par les mutuelles. Ces outils sont rarement mobilisés comme leviers actifs dans la planification ou l'arbitrage des soins. En somme, les parcours décrits relèvent d'une forme de gestion située, souvent discrète, où le soin se pense davantage dans l'instant, selon les urgences ressenties et les possibilités concrètes. Ces observations soulignent l'importance d'une meilleure accessibilité aux dispositifs de prévention, mais aussi d'un accompagnement renforcé autour de la lisibilité des droits et de l'offre de soins disponibles.

3.1.4 — Les itinéraires de soin bucco-dentaire des infirmières à Rouen

Cette section repose sur les entretiens menés auprès de neuf infirmières exerçant au CHU de Rouen, toutes rencontrées à l'occasion de leur visite périodique au service de santé au travail. Le

groupe est entièrement féminin, avec des âges allant de 32 à 59 ans. 6 participantes ont été vues en entretiens longs (dont 3 participantes qui ont été vues deux fois). Il s'agit donc d'un corpus relativement substantiel au regard de l'ensemble de l'enquête, d'autant qu'il comporte un nombre significatif d'entretiens longs, permettant une représentation fine des expériences et des pratiques au sein de ce groupe.

Les infirmières exercent dans des services variés (médecine du travail, pneumologie, pédiatrie, oncologie...), mais la plupart sont en poste stable à temps plein, avec des horaires diurnes fixes. Certaines ont connu un travail de nuit par le passé, mais ce n'est plus le cas actuellement. Toutes ont au moins un an d'ancienneté dans la profession, et certaines plus de vingt ans. Sur le plan personnel, la majorité vit en couple et a des enfants, ce qui façonne leur organisation quotidienne et leurs priorités de soin.

Organisation et logiques d'accès aux soins

Les derniers recours aux soins bucco-dentaires des infirmières interrogées à Rouen sont globalement récents : sept d'entre elles déclarent avoir consulté un dentiste dans l'année, les deux autres il y a moins de deux ans. Les motifs évoqués relèvent principalement de deux registres : la douleur ou l'inconfort pour certaines, le contrôle régulier ou le bilan pour d'autres. Cela suggère une certaine attention à la santé dentaire, même si les dynamiques de consultation restent souvent conditionnées par la présence de symptômes ou par des occasions propices.

La consultation est dans plusieurs cas déclenchée par un inconfort qui s'inscrit dans la durée ou devient difficile à ignorer. La prévention existe, mais elle reste inégalement priorisée : rares sont celles qui prennent rendez-vous de manière systématique ou à échéance fixe. Cette tension entre suivi planifié et recours réactif traverse plusieurs récits, sans que cela implique pour autant une négligence. Il s'agit davantage d'un ajustement contextuel, qui compose avec les temporalités professionnelles et personnelles.

Le fait d'avoir un praticien de confiance joue un rôle facilitateur important. Celles qui évoquent un dentiste attitré décrivent un recours plus fluide. À l'inverse, la perte d'un praticien habituel, liée à un déménagement ou à un départ en retraite, peut engendrer des phases de latence prolongées, marquées par des difficultés à retrouver un interlocuteur disponible ou acceptant de nouveaux patients. Le manque de créneaux rapides ou la saturation perçue du système sont aussi évoqués comme obstacles récurrents.

Certaines infirmières mettent en place des stratégies informelles pour maximiser leurs chances d'obtenir un rendez-vous rapidement. L'une d'elles décrit ainsi une approche insistant et astucieuse : « si au bout de trois jours, il n'a pas répondu, j'y vais directement. Je glisse un papier sous la porte [du cabinet] [...], et j'appelle toute la journée. Parce que j'ai vu que si [...] si vous

appelez qu'une fois, il ne va pas vous rappeler. Il [se] dit : "effectivement, on voit qu'il y a eu des appels fréquents... elle a besoin de vous voir. C'est qu'il y a un problème". C'est efficace ». Ces tactiques révèlent non seulement une capacité d'adaptation aux contraintes du système de soins, mais aussi une forme d'apprentissage pratique et située du fonctionnement concret qui régit l'accès aux ressources bucco-dentaires.

D'autres infirmières organisent leur recours autour des temporalités professionnelles – pendant des congés, arrêts maladie, ou périodes plus calmes au travail – mais ces ajustements ne sont pas généralisés. Le rythme hospitalier et les obligations familiales limitent les marges de manœuvre. Plusieurs participantes mentionnent le soin apporté à leurs enfants, souvent plus régulier, comme un reflet de priorisation implicite : la santé dentaire de l'enfant est anticipée, celle de la mère attend.

Enfin, quelques-unes expriment une réflexion rétrospective sur leur régularité de suivi, parfois teintée de culpabilité ou de résignation, sans que cela débouche systématiquement sur des pratiques plus préventives. Le suivi dentaire apparaît ainsi moins comme un parcours structuré que comme une gestion ponctuelle et adaptative, en prise avec les contraintes de temps, de disponibilité et de charge mentale.

Pratiques d'auto-soin et d'auto-médication

Les pratiques d'auto-soin en matière bucco-dentaire, telles qu'elles apparaissent dans les récits des infirmières interrogées, restent relativement limitées. Peu d'entre elles évoquent des gestes spécifiques de prévention ou de soulagement en dehors du recours à un professionnel. Lorsqu'elles le font, ces pratiques concernent surtout l'usage ponctuel d'antalgiques pour apaiser une douleur dentaire, en parallèle de la prise de rendez-vous chez le dentiste.

Trois participantes mentionnent spontanément, en cas de douleur, des gestes d'attente tels que les bains de bouche et la prise de paracétamol. Ces pratiques relèvent d'une gestion transitoire, sans vocation à remplacer la consultation. Elles sont assez proches de celles observées chez les IDE parisiennes, et contrastent avec les pratiques plus variées — notamment le recours à des remèdes maison comme les clous de girofle ou le bicarbonate — évoquées par les aides-soignantes interrogées à Paris.

Par ailleurs, les discours ne laissent pas apparaître de recours significatif à des méthodes alternatives ou non conventionnelles pour prévenir les problèmes dentaires. À l'inverse d'autres groupes enquêtés dans le cadre de cette étude, les infirmières de Rouen ne revendiquent pas de savoirs expérientiels ou partagés autour de l'auto-soin dentaire. Cette relative absence peut être interprétée

comme un effet d'une socialisation professionnelle biomédicale accrue, ou encore comme le signe d'une confiance prioritairement accordée aux praticiens¹³.

Perceptions des dispositifs existants

La mutuelle

Toutes les infirmières rencontrées bénéficient d'une mutuelle, souvent souscrite par l'intermédiaire du conjoint ou par adhésion personnelle (hors cadre hospitalier). La mutuelle est généralement perçue comme une évidence ou un acquis, rarement interrogée dans le détail. Plusieurs participantes reconnaissent ne pas connaître précisément les modalités de remboursement de leur contrat, notamment pour les soins dentaires. La plupart font l'hypothèse que leur couverture est suffisante, ou que les frais à leur charge restent modérés. Une seule infirmière exprime explicitement une insatisfaction vis-à-vis de sa mutuelle, qu'elle juge chère et peu avantageuse. Il n'apparaît pas de comparaison active entre les offres ni de mobilisation stratégique des droits associés : la mutuelle semble davantage vécue comme un filet de sécurité par défaut que comme un levier d'action concret.

Cette relative opacité dans la compréhension et l'optimisation des garanties contraste nettement avec le groupe des infirmières interrogées à Paris, où la quasi-totalité des participantes déclaraient être affiliées à une mutuelle hospitalière (la M NH ou la mutuelle 602) et semblaient mieux informées sur leurs droits. Ce différentiel pourrait s'expliquer par des dynamiques institutionnelles locales, ainsi que par une plus grande prescription et/ou présence physique de ces mutuelles au sein de l'AP-HP.

M'T dents : connaissance et usage

Le dispositif M'T dents est globalement bien connu des infirmières interrogées, avec des degrés de familiarité variables. Six participantes en connaissent le nom, tandis que trois autres le décrivent précisément sans en connaître initialement l'intitulé. Seule une infirmière indique ne jamais en avoir entendu parler. Dans l'ensemble, le dispositif est associé à une expérience vécue positivement, qu'il s'agisse d'un usage personnel – notamment chez les professionnelles les plus jeunes, ou pendant une grossesse – ou d'une mobilisation pour leurs enfants. L'information semble principalement transmise de manière individuelle, notamment par courrier ou relance automatique. Aucune participante ne mentionne avoir été informée du dispositif par un professionnel de santé ou via son environnement professionnel.

¹³ Elle peut aussi être un effet collatéral d'une moindre capacité à approfondir certains sujets lors des entretiens, ceux-ci ayant été réalisés par l'enquêtrice stagiaire, au contraire des entretiens réalisés à Paris.

Le dispositif est perçu comme utile, simple et incitatif, même si certaines participantes regrettent de ne pas avoir systématiquement utilisé les rendez-vous proposés. Il agit souvent comme déclencheur d'une consultation préventive, en particulier pour les enfants. Ce tableau, contrasté mais plutôt favorable, diffère sensiblement de celui observé chez les aides-soignantes rencontrées sur les autres sites, où le dispositif était moins bien connu. À l'inverse, ces résultats s'inscrivent davantage dans la continuité des entretiens menés avec les infirmières à Paris, suggérant l'existence de dynamiques inter-sites relativement homogènes au sein de ces deux groupes professionnels.

Le dispositif « 100% Santé »

À l'inverse du dispositif M'T dents, le « 100 % Santé » reste quasiment absent des discours. Aucun terme explicite ne renvoie à ce programme, et l'enquêtrice n'a pas introduit de question spécifique à son sujet, ce qui en limite l'exploration. Il est toutefois probable que certaines infirmières en aient bénéficié sans en avoir conscience, via leur couverture mutuelle. L'une d'elles mentionne ainsi avoir obtenu une couronne dentaire entièrement prise en charge, sans identifier cette gratuité comme relevant d'un dispositif national. Cette absence de référentiel explicite contraste avec le caractère plus incitatif et identifié de M'T dents, et laisse en suspens la question de l'appropriation effective du « 100 % Santé » dans les trajectoires de soin.

Résumé conclusif

Les entretiens menés auprès des infirmières du CHU de Rouen révèlent des trajectoires de soins bucco-dentaires relativement suivies, articulant prévention intermittente et réponses aux symptômes. Le recours au soin est majoritairement récent, et facilité par l'existence d'un praticien de confiance, même si des obstacles liés à l'organisation du travail ou à la disponibilité des professionnels peuvent freiner l'accès. Le suivi dentaire reste cependant souvent relégué derrière d'autres priorités, en particulier familiales.

Les pratiques d'auto-soin sont peu développées, limitées à des gestes ponctuels de soulagement. Loin des savoirs partagés ou des remèdes maison observés chez d'autres groupes professionnels, les récits des infirmières mettent en lumière un rapport au soin largement centré sur la consultation formelle, ce qui peut s'interpréter comme l'effet d'une socialisation professionnelle biomédicale ou d'un rapport confiant aux institutions de santé.

Les dispositifs institutionnels de prévention sont diversement appropriés. La mutuelle est perçue comme une norme implicite, rarement interrogée, avec une relative opacité sur les niveaux de remboursement. Le contraste avec les infirmières de Paris — davantage affiliées à des mutuelles hospitalières — suggère un rôle possible des dynamiques institutionnelles locales dans la structuration de ces usages.

Le dispositif M'T dents apparaît mieux identifié : il est globalement connu, utilisé et jugé utile, notamment pour les enfants, avec des dynamiques proches de celles observées chez les IDE parisiennes. Le 100 % Santé, en revanche, reste largement invisible : il ne suscite ni discours ni identification explicite, même lorsqu'il semble avoir produit des effets concrets. Ces éléments invitent à interroger les modalités de diffusion et d'appropriation des politiques publiques de santé, ainsi que leur lisibilité auprès des soignantes elles-mêmes.

3.2 Résultats transversaux

3.2.1 Synthèse des résultats par groupes : comparaison AS/IDE

Les récits recueillis auprès des aides-soignantes et des infirmières interrogées à Paris/Ivry et à Rouen révèlent des logiques d'accès aux soins bucco-dentaires globalement similaires, marquées par des contraintes professionnelles fortes, une santé reléguée au second plan, et des rapports ambivalents au soin dentaire. Toutefois, des différences nettes émergent quant à la façon dont ces professionnelles formulent leur rapport au soin, envisagent leur corps dans l'espace médical, ou mobilisent les dispositifs existants.

D'un côté, les aides-soignantes font état de trajectoires davantage discontinues, marquées par des expériences de rupture ou de retrait du soin. Leurs récits sont traversés par des peurs persistantes (souvent rattachées à des souvenirs d'enfance), une forte économie du renoncement (sous contrainte temporelle, émotionnelle ou financière), et une défiance diffuse envers le monde dentaire. Les gestes d'automédication et les routines de soin informelles sont fréquents, les rendez-vous repoussés jusqu'au seuil de la douleur, et les dispositifs institutionnels (comme M'T dents, le 100 % santé, ou les mutuelles) sont très inégalement connus. Dans ce groupe, la maternité est surtout décrite comme une charge supplémentaire, qui renforce la tendance à l'oubli de soi. Plusieurs aides-soignantes évoquent des arbitrages quotidiens où les besoins des enfants prennent systématiquement sur les leurs, contribuant à reléguer les soins bucco-dentaires personnels au bas de la liste des priorités.

De l'autre, les infirmières expriment généralement un rapport plus normé, voire plus médicalisé, au soin bucco-dentaire, sans pour autant recourir de façon systématique aux consultations. Elles sont plus nombreuses à mentionner un suivi récent, une conscience aiguë de l'importance de la prévention, via des consultations professionnelles régulières, et une connaissance plus claire des modalités de prise en charge. Certaines témoignent d'un écart entre normes professionnelles et pratiques personnelles, soulignant une tension entre la posture soignante et la faible place accordée à leurs propres besoins dans le quotidien. On retrouve aussi, chez plusieurs IDE, une capacité à expliciter les logiques structurelles derrière leurs renoncements (temps, fatigue, rythmes de travail), sans nécessairement mobiliser le registre de la peur ou de la phobie. Leur statut professionnel, leur

niveau de formation ou leur accès plus direct aux dispositifs semble offrir une forme de prise — relative — sur leur trajectoire de soin.

Malgré ces différences, les deux groupes partagent une condition de soignantes hospitalières marquée par une double tension : entre le soin aux autres (patients, enfants) et le soin à soi, mais aussi entre différentes formes de soin à soi, hiérarchisées de manière implicite. La santé bucco-dentaire apparaît ainsi pour beaucoup comme secondaire, reléguée derrière d'autres postes jugés plus urgents ou légitimes (optique, douleurs musculo-squelettiques, santé mentale). Elle fait alors l'objet d'un traitement différé, discret, parfois invisibilisé — sauf lorsque la douleur vient en raviver l'enjeu. Mais cette logique n'est pas universelle : plusieurs soignantes affirment accorder une attention forte à leur santé orale, avec un suivi régulier, une vigilance préventive et un usage assumé des dispositifs existants. Ces différences soulignent la pluralité des rapports au soin au sein même de l'échantillon, souvent liée aux parcours individuels, aux expériences antérieures et aux ressources disponibles. Dans l'ensemble, ces arbitrages s'inscrivent dans une économie subjective et structurelle du soin, façonnée par la fatigue, la charge mentale, les conditions de travail et les asymétries d'information. L'auto-observation, les pratiques préventives informelles, et les expériences intergénérationnelles, comme nous le verrons au point 3.2.3, jouent alors un rôle central dans ces décisions, à la croisée de l'intime et du professionnel.

3.2.2 Synthèse des résultats par groupes : comparaison Paris/Rouen

Malgré des points communs liés à la condition hospitalière, les trajectoires recueillies à Paris et à Rouen témoignent de configurations contrastées, façonnées par des contraintes d'accessibilité différencierées, des contextes territoriaux et des configurations locales du soin.

À Paris et Ivry, les soignantes évoluent dans un environnement où l'offre de soins est dense et diversifiée. Pourtant, cette abondance ne garantit pas une accessibilité effective. Nombre d'entre elles décrivent un système de soins urbain perçu comme complexe et difficile à naviguer, en raison des délais d'attente, de la rotation fréquente des praticiens, des coûts élevés, et de la difficulté à identifier un dentiste de confiance. La défiance envers les centres dentaires privés — souvent perçus comme animés par une logique commerciale, enclins à multiplier les actes ou à proposer des soins superflus — alimente cette mise à distance. Elle est renforcée par les dépassements d'honoraires fréquents et par une moindre continuité relationnelle avec les professionnels. Paradoxalement, la densité de l'offre contribue chez plusieurs à une forme d'incertitude et de méfiance, qui complique l'instauration d'un suivi régulier et pérenne.

Dans le même temps, cette densité ouvre aussi des possibilités d'ajustement plus marquées : en cas de déménagement, d'absence de praticien référent ou de difficulté à obtenir un rendez-vous, les soignantes savent mobiliser d'autres ressources (réseaux personnels, plateformes en ligne, cabinets de proximité). Cette marge d'action plus affirmée, nourrie par une familiarité avec le système de

soins urbain et un sentiment de compétence face à ses codes, distingue nettement les trajectoires parisiennes de celles observées à Rouen, où les obstacles géographiques et structurels limitent davantage cette autonomie.

À Rouen, la situation est sensiblement différente. Les soignantes décrivent une offre de soins bucco-dentaires plus restreinte, moins flexible et moins accessible que dans le contexte parisien. Plusieurs évoquent des délais de rendez-vous importants, des difficultés à trouver un praticien disponible — en lien notamment avec le fait que de nombreux dentistes n'acceptent plus de nouveaux patients —, ainsi qu'une dispersion géographique des cabinets, parfois éloignés des lieux de vie ou de travail. Combinés à des contraintes professionnelles fortes, ces facteurs rendent l'organisation d'une consultation particulièrement complexe.

Dans ce contexte, le rapport au soin dentaire est largement contraint par l'organisation temporelle, mais aussi par un ancrage local plus stable, moins mobile, qui limite les marges de manœuvre. Ainsi, plusieurs participantes expriment un rapport plus assumé, parfois désabusé, au report ou au renoncement, souvent justifié par la fatigue, le manque de disponibilité, ou la faible priorité accordée au soin dentaire par rapport à d'autres obligations.

Chez certaines infirmières notamment, se dessine une tension entre l'idéal professionnel du "prendre soin" — appliqué à soi — et la difficulté à maintenir une hygiène bucco-dentaire conforme aux normes préventives. Cette conscience aiguë de ce qu'il faudrait faire s'accompagne parfois d'une forme de résignation lucide : savoir, mais ne pas pouvoir mettre en œuvre. À Rouen, la moindre centralité accordée à la santé bucco-dentaire révèle moins un désintérêt qu'une intérieurisation progressive de la grande difficulté — logistique et symbolique — de se conformer à la norme du soin idéal.

En somme, les différences entre les deux sites tiennent autant à la structure de l'offre de soins qu'à la manière dont elle est perçue, appropriée et rendue praticable au quotidien. À Paris/Ivry, c'est la surabondance, la mobilité des praticiens et la défiance à l'égard de certains établissements qui, tour à tour, freinent ou facilitent l'accès. À Rouen, ce sont les contraintes temporelles, la faible disponibilité des dentistes et l'organisation du travail hospitalier qui constituent les principaux obstacles. Une forme de résignation face à la difficulté d'obtenir un rendez-vous semble plus marquée dans ce second contexte. Ces écarts façonnent des logiques d'arbitrage distinctes, des styles d'auto-observation différenciés, et des stratégies d'évitement ou d'adaptation qui s'ancrent dans les réalités locales. L'intégration de la santé bucco-dentaire dans les agendas personnels et professionnels reste constamment négociée, en tension avec les conditions concrètes du métier de soignante hospitalière.

3.2.3 Imaginaires du dentiste et transmissions intergénérationnelles du soin bucco-dentaire

La peur du dentiste — ou plus largement, une forme de réticence, d'évitement ou de désaffection — revient de façon récurrente dans les récits recueillis. Elle ne se manifeste pas toujours frontalement, explicitement, mais elle habite en creux les choix de soin, les priorités, les temporalités. Dans certains cas, elle structure même fortement les trajectoires, en agissant comme moteur ou comme frein du recours.

Nous avons choisi d'explorer cette dimension à travers deux vignettes croisées, qui donnent à voir des manières situées de composer avec la peur, la défiance¹⁴ et les exigences du soin. Ces récits illustrent aussi comment ces rapports au dentaire — ambivalents, parfois douloureux — s'inscrivent dans une histoire familiale, et influencent les pratiques éducatives. La maternité apparaît tour à tour comme un vecteur de réappropriation ou de prolongement de schémas intérieurisés, esquissant les contours d'une transmission intergénérationnelle du soin, entre vigilance, ajustements et renoncements.

Irina – Aux frontières des soins

Irina est aide-soignante en réanimation à la Pitié Salpêtrière. Âgée de 49 ans, elle y travaille depuis cinq ans, après une reconversion motivée par la pandémie de Covid-19. Ancienne assistante maternelle, elle est aussi mère de deux enfants adolescents. Elle a participé à deux entretiens (court puis long), dans lesquels elle revient longuement sur ses pratiques de soin, ses routines bucco-dentaires, mais aussi sur son rapport complexe à la profession de dentiste, nourri d'expériences personnelles et transgénérationnelles.

Son récit est marqué par une forte méfiance vis-à-vis des professionnels du dentaire, qu'elle exprime sans détour. Elle évoque d'abord un attachement à un praticien de Roumanie, suivi depuis l'enfance, et dont la proximité sociale (religieuse, familiale) vient fonder une confiance aujourd'hui difficile à retrouver en France. Les soins réalisés à Paris suscitent au contraire l'inquiétude d'être « embarquée » dans des traitements superflus : « ils trouvent toujours quelque chose ! », dit-elle, en racontant avoir refusé une recommandation d'orthodontie jugée purement esthétique. Cette crainte se double d'un évitement économique : entre la charge financière que représentent les soins et la place donnée aux besoins des enfants, Irina assume remettre ses propres consultations à plus tard.

¹⁴ Plusieurs soignantes parisiennes évoquent une défiance envers les centres dentaires privés, perçus comme motivés par une logique commerciale. Elles dénoncent des pratiques jugées intéressées, visant à maximiser les profits plutôt qu'à privilégier le soin.

Ce refus du recours ne traduit en rien un désengagement, bien au contraire : il s'accompagne d'une vigilance quotidienne marquée, qui s'exprime par des pratiques d'hygiène rigoureuses et diversifiées — bicarbonate, fil dentaire, brosse à langue, charbon, bains de bouche, inspection régulière des dents à l'aide d'un petit miroir, choix scrupuleux de dentifrices, voire fabrication artisanale de produits maison. Ces gestes relèvent autant d'une volonté d'auto-préservation que d'un héritage familial. Irina insiste sur l'éducation stricte reçue de son père, qui allait jusqu'à lui faire « souffler dans son nez » pour vérifier qu'elle s'était bien lavé les dents. Marquée par la pénurie de dentistes durant le communisme roumain, sa famille avait fait de l'hygiène dentaire un impératif moral. Ce capital affectif et préventif, elle l'a transmis avec rigueur à ses propres enfants : brossage dès l'apparition des dents avec des brossettes spécialement envoyées de Suède par sa soeur, contrôle accru de l'hygiène dentaire des enfants, et refus des boissons sucrées dans l'éducation alimentaire. À rebours de son propre parcours, Irina tient à leur offrir une trajectoire dentaire continue, médicalisée, et esthétiquement valorisante.

Cette trajectoire est pourtant traversée d'ambivalences. Si elle répète qu'« il faudrait quand même y aller » – consciente du temps écoulé depuis sa dernière consultation, près de dix ans –, Irina déploie en parallèle une multitude de tactiques pour éviter activement le recours au dentiste. Elle se renseigne abondamment sur les réseaux sociaux, teste différentes astuces et produits, et voit dans la maîtrise de ses routines un moyen d'écartier le risque de douleur... et donc le besoin d'un rendez-vous. *Le soin, en tant que geste quotidien, devient un rempart contre le soin médicalisé : la logique préventive d'Irina vise moins à anticiper qu'à tenir le soin professionnel à distance.* Elle admet d'ailleurs que c'est l'entretien lui-même qui l'amène à reconsiderer la nécessité d'une consultation. Cette tension entre évitement assumé et conscience diffuse d'un suivi nécessaire révèle toute la complexité d'une relation au soin marquée par la défiance, mais aussi par un haut niveau de vigilance et d'expertise profane¹⁵.

Anaïs – Apprivoiser ses peurs par la transmission

Anaïs est infirmière au service de santé au travail de la Pitié-Salpêtrière, où elle exerce depuis 2018. Âgée de 50 ans, elle vit à Paris avec son conjoint et leurs deux enfants, une fille de neuf ans et un garçon de bientôt treize ans. Infirmière depuis quatorze ans, elle a auparavant travaillé dans plusieurs services hospitaliers, dont la psychiatrie à la Pitié. Avant sa reconversion, elle a été aide-soignante durant six ans en Bourgogne. Lors de l'entretien long qu'elle accorde, elle revient en détail sur sa trajectoire professionnelle, son rapport au soin et, plus particulièrement, sur une aversion persistante pour les soins dentaires, qu'elle peine à expliquer mais qu'elle décrit avec acuité.

¹⁵ Par exemple, Irina explique : “Je sais que tous les 10-15 ans, faut quand même changer les plombages, en Roumanie c'est ce qu'on dit. Que tous les 10-15 ans faut quand même faire un checkup pour voir s'il faut les changer, voir si des choses sont rentrées, si le matériel a craqué... Ça, je sais pas si je vais pouvoir le voir juste avec un petit miroir. Je pense que c'est plutôt un médecin qui doit regarder.”

Son rapport au soin dentaire est dominé par une peur profonde, une « phobie » dont elle ne parvient pas à retracer les origines. Sans souvenir précis d'un événement déclencheur, elle évoque plutôt une appréhension diffuse, croissante au fil des années, sur laquelle elle s'interroge pendant nos échanges. Elle explique ainsi : « j'essaye d'analyser pour me dire, 'qu'est-ce que je peux faire'. » Un de ses dentistes lui a un jour suggéré que cette angoisse pouvait être liée à la position allongée sur le fauteuil, vécue comme une mise en vulnérabilité : « Je parlais de ma phobie à mon dentiste, et il me dit, c'est peut-être parce qu'on est couché. Assis, si t'en as marre tu t'en vas. Couché, ça ira moins vite, on a la sensation de pas maîtriser, la bouche ouverte. Et on [nous] fait des choses dans notre tête. Parce que le vaccin, même si l'aiguille entre dans notre corps, ça reste à l'extérieur de notre corps. [Alors que chez le dentiste,] on voit pas, et y'a des bruits bizarres. »

Dans les faits, Anaïs n'a pas consulté de dentiste depuis cinq ans. Elle reconnaît retarder au maximum le moment du recours, même en présence de signes évidents : « Si je découvre que j'ai une carie, j'attends. Faut vraiment que j'aie mal. J'attends, je veux pas y aller, j'ai pas envie, et j'ai peur. Pourtant je sais qu'ils ne font plus mal maintenant ! Mais j'aime pas. »

Cet évitement, mêlant peur persistante et refus assumé, contraste fortement avec l'approche qu'elle adopte pour ses enfants. Avec son conjoint, elle a mis en place une organisation rigoureuse pour les amener chaque année faire un check-up dentaire. C'est dans ce cadre qu'elle a découvert une dentiste douce, à l'écoute, capable de mettre les enfants en confiance. Elle évoque, presque à mi-voix, l'idée qu'elle pourrait peut-être s'y rendre elle-même. Si l'expérience positive de ses enfants ne dissipe pas sa crainte, elle semble néanmoins ouvrir un espace de projection — un possible, encore fragile, au croisement des trajectoires familiales et des imaginaires du soin.

Le cas d'Anaïs illustre ainsi une tension persistante entre une peur durable, qu'elle tente de comprendre et de rationaliser, et un engagement parental marqué pour construire une relation différente au soin. La transmission devient ici plus qu'un impératif éducatif : elle agit comme un levier possible de réappropriation personnelle. En s'appuyant sur des dispositifs qu'elle perçoit comme sécurisants — une praticienne de confiance, une organisation familiale maîtrisée —, Anaïs cherche à contourner la phobie et à inventer, pour ses enfants comme pour elle-même, une autre manière d'habiter la relation au dentiste. Cette démarche n'efface pas la peur, mais elle la travaille à travers des expériences partagées et ré-agencées dans l'intimité familiale.

Réflexions conclusives

Les trajectoires d'Irina et d'Anaïs, bien que contrastées, soulignent toutes deux le rôle structurant de la maternité dans le rapport au soin bucco-dentaire. Chez Irina, le suivi rigoureux des consultations dentaires de ses enfants contraste fortement avec l'évitement organisé de son propre suivi. Méfiante envers les professionnels, soucieuse d'éviter des prescriptions superflues ou coûteuses, elle développe une expertise profane nourrie de recherches en ligne et de pratiques

d'autocontrôle : en soignant chaque jour ses dents, Irina entend repousser les frontières du cabinet dentaire. À l'inverse, Anaïs investit le suivi dentaire de ses enfants comme un moyen de repenser, par ricochet, sa propre relation au soin. Sans avoir totalement surmonté sa phobie, elle s'appuie sur l'expérience positive de ses enfants avec une dentiste rassurante pour envisager une relation plus apaisée au dentiste — pour eux comme pour elle. La transmission devient alors un levier d'ajustement subjectif, voire un outil de réappropriation personnelle.

Les récits de plusieurs aides-soignantes rencontrées à Paris et à Rouen, également marqués par la peur du dentiste, montrent que l'évitement des consultations bucco-dentaires ne relève pas simplement d'une négligence. Il s'ancre dans des expériences sensibles, façonnées par la douleur, la crainte, ou encore une sous-estimation du rôle des consultations préventives. Qu'elle prenne racine dans un traumatisme ancien, une hyper-valorisation du soin quotidien, une instabilité économique ou une défiance envers les professionnels, cette mise à distance du dentiste s'accompagne souvent d'un sentiment d'impuissance face à un univers perçu comme opaque, intrusif, voire hostile. Dans ces configurations, le recours bucco-dentaire est relégué en bas de la hiérarchie des priorités — un recours repoussé autant que possible, jusqu'à ce que la douleur, ou la maternité, en ravivent l'importance.

3.2.4 Effets de la condition de soignante sur le recours aux soins bucco-dentaires : constats et pistes d'action

Les prochaines pages poursuivent un double objectif. D'une part, elles cherchent à mettre en lumière les contraintes spécifiques que les soignantes hospitalières associent à leur accès aux soins bucco-dentaires. D'autre part, elles recensent les pistes d'amélioration ou suggestions de changement évoquées au fil des entretiens, que ce soit à titre individuel, organisationnel ou institutionnel. Ces éléments reposent en grande partie sur une série de questions posées explicitement par l'enquêtrice, généralement en fin d'entretien : « Est-ce que vous pensez que votre métier de soignante influence votre manière de vous soigner ? Votre accès aux soins bucco-dentaires ? Votre gestion de la douleur ? » Il s'agissait de recueillir leur propre regard sur les effets du travail hospitalier sur leurs recours au soin, et d'explorer les leviers qu'ils ou elles identifient, parfois de manière implicite, à partir des obstacles décrits.

Ces discours doivent cependant être interprétés avec précaution. Ils donnent à voir des représentations situées, parfois très intérieurisées, de la condition hospitalière. D'une part, les répondantes ne disposent pas toujours de points de comparaison avec d'autres contextes professionnels ou rythmes de travail, ce qui peut rendre certaines contraintes invisibles ou « normales » à leurs yeux. D'autre part, l'écart entre les discours et les pratiques — entre ce qui est dit et ce qui est effectivement fait — ne peut être réduit que par un travail ethnographique prolongé, fondé sur l'observation directe ou des suivis de cas dans la durée. Les résultats présentés ici doivent donc être compris comme des perceptions construites dans le cadre de l'entretien, qui éclairent certains points de tension vécus, tout en ouvrant des pistes d'action possibles.

La condition soignante, entre invisibilité des contraintes et reconfigurations individuelles

Une part importante des soignantes interrogées — environ un tiers à la moitié selon les groupes — ne fait pas de lien explicite entre leur profession et leurs pratiques de recours aux soins bucco-dentaires. Ce constat peut refléter une absence réelle d'impact, mais il peut aussi traduire une normalisation des contraintes hospitalières, intérieurisées comme allant de soi, notamment faute de points de comparaison. Les rythmes intenses, la charge mentale, les ajustements constants de planning ne sont pas toujours identifiés comme des obstacles, mais apparaissent comme des caractéristiques habituelles du métier.

Certaines soignantes formulent cependant une analyse plus réflexive des effets de leur condition professionnelle sur leurs pratiques de soin à elles-mêmes. Plusieurs évoquent une tendance à reléguer les soins bucco-dentaires derrière d'autres priorités, telles que les soins aux enfants, les démarches administratives ou des suivis médicaux perçus comme plus urgents. Le cabinet dentaire

reste souvent associé à un moment désagréable, mobilisant un effort mental important, parfois redondant avec l'univers hospitalier. S'y rendre sur un jour de repos demande un effort de motivation supplémentaire, notamment lorsque le soin à autrui, notamment aux enfants, emplit déjà une grande partie de l'espace mental et émotionnel. À cela s'ajoute, chez certaines, une forme de relativisation des douleurs ou des « petits bobos » bucco-dentaires : confrontées au quotidien à des situations bien plus graves, elles tendent à minimiser l'urgence ou la légitimité de leur propre inconfort.

D'un point de vue organisationnel, les rythmes de travail influencent de manière contrastée l'accès aux rendez-vous dentaires. Celles qui travaillent en horaires longs (12h) soulignent souvent que cela leur donne des jours de repos en semaine, ce qui facilite sur le papier la prise de rendez-vous en journée. À l'inverse, les soignantes en horaires « classiques » (8h-16h30, lundi-vendredi) se retrouvent plus souvent confrontées à l'impossibilité d'honorer des rendez-vous pris longtemps à l'avance, en raison d'imprévus professionnels ou du manque de flexibilité dans la gestion des plannings. Ainsi, les possibilités concrètes d'accès aux soins varient fortement selon les services, les situations personnelles et les formes d'organisation du travail.

Certaines participantes ont délibérément reconfiguré leur rapport au soin, en s'efforçant d'accorder une plus grande importance aux soins dentaires à la suite d'expériences personnelles (douleurs sévères, complications, interventions lourdes) ou professionnelles (témoignages de patients, observations cliniques). Le métier peut alors agir comme un déclencheur de vigilance : la confrontation à des pathologies graves ou évitables, issues d'une négligence au niveau dentaire, motive une prévention plus systématique.

Enfin, ces dynamiques doivent être replacées dans une analyse genrée du soin. Les enquêtées sont très majoritairement des femmes, souvent mères, socialisées à prendre soin non seulement dans le cadre de leur activité professionnelle, mais aussi dans la sphère familiale. Elles se trouvent à l'intersection de plusieurs injonctions : prendre soin des autres, se montrer disponibles, gérer l'emploi du temps domestique, tout en « faisant leur part » du côté professionnel. Cette charge mentale cumulative reste difficile à verbaliser comme contrainte objective.

L'idéologie de la primauté maternelle — selon laquelle le développement de l'enfant repose sur la disponibilité constante de la mère — continue de peser sur les pratiques sociales et professionnelles. Comme le souligne la sociologue Arborio (2012), le travail concret des aides-soignantes s'ancre dans une assignation au « sale boulot » du soin, largement invisibilisé et dévalorisé. Cette dévalorisation prolonge directement les attentes à l'égard des femmes dans la sphère domestique, où elles demeurent socialement tenues d'assurer les tâches d'attention, d'hygiène et de care. Dans cette perspective, les soignantes apparaissent non seulement comme garantes du soin dans leur activité professionnelle, mais aussi comme figures morales du *care* dans leur vie privée — une double assignation genrée rarement interrogée ou remise en cause.

Du constat aux propositions : recomposer l'accès aux soins bucco-dentaires

Améliorer l'offre dentaire au sein de l'hôpital

Plusieurs soignantes interrogées ont formulé des propositions concrètes pour faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires sur leur lieu de travail. L'une des idées récurrentes est la mise en place de créneaux de consultation réservés aux soignants, idéalement pendant leur temps de travail ou à des horaires compatibles avec leurs rythmes, notamment tôt le matin ou en fin de journée. Ces propositions émergent en réponse aux difficultés d'adaptation des plannings hospitaliers aux horaires de consultation classiques, souvent perçues comme un frein majeur au recours aux soins. Une infirmière rouennaise souligne par exemple l'impossibilité de trouver un créneau sans poser une demi-journée de congé, ce qui agit comme un facteur de découragement.

Certaines participantes regrettent par ailleurs que le bilan annuel avec le service de santé au travail n'intègre pas plus systématiquement la question de la santé bucco-dentaire. Selon elles, ces bilans pourraient constituer des moments-clés de sensibilisation, permettant un rappel de check-up, un repérage précoce des besoins de soins, voire un renvoi facilité vers un cabinet dentaire. Dans cette logique, quelques soignantes évoquent le besoin d'un circuit de prise de rendez-vous plus fluide et accessible, qui éviterait d'avoir à passer par les canaux externes habituels. L'idée d'un système de réservation en ligne, ou d'un accès facilité par l'intermédiaire du SST, a ainsi été avancée.

Enfin, une proposition intéressante consiste à désigner un dentiste référent pour les soignantes hospitalières, à l'image de ce qui existe déjà dans certaines spécialités médicales (comme la gynécologie ou la tabacologie). L'objectif ne serait pas tant de créer un poste à part entière que d'identifier clairement une personne vers laquelle les soignantes pourraient se tourner en cas de besoin. Une telle référente pourrait ainsi faciliter la prise de rendez-vous et renforcer la confiance en instaurant une forme de continuité dans le soin.

Leviers communicationnels : sensibilisation et information

Plusieurs freins exprimés par les soignantes hospitalières tiennent à un manque d'information ou de visibilité sur les dispositifs existants. Certaines disent ne pas bien connaître le fonctionnement du 100 % Santé, les modalités de remboursement des soins dentaires, ou encore l'offre interne de consultations à l'hôpital. Ce flou peut contribuer à retarder la prise de rendez-vous, voire à décourager certains recours.

Un point particulièrement souligné est la difficulté à déchiffrer les grilles de remboursement des mutuelles, souvent perçues comme peu lisibles, voire volontairement opaques. Le vocabulaire des pourcentages — « 200 % de la base de remboursement », « dépassements maîtrisés » — est vécu comme un frein symbolique et pratique à la décision de consulter, dans un contexte où la peur du

reste à charge réel reste forte. Certaines dénoncent même un effet « marketing » de ces formulations, qui entretiennent l'ambiguïté sur ce qui sera effectivement payé de leur poche. Plusieurs participantes recommandent que les modalités de remboursement soient expliquées de manière plus pédagogique, avec des exemples chiffrés selon les types de soins (consultation, détartrage, prothèse, etc.), afin de lever les incertitudes financières.

Au-delà des questions d'information, la dimension psychologique liée aux appréhensions face au soin dentaire invite à renforcer les compétences relationnelles des praticiens. Comme montré au 3.2.1, de nombreuses soignantes ressentent peur ou anxiété, souvent liées à des expériences dououreuses ou traumatisques antérieures et à une méconnaissance des évolutions des pratiques. Pour dépasser ces freins, il est nécessaire de développer des boîtes à outils communicationnels centrées sur une relation patient-praticien empathique et participative, comprenant supports pédagogiques adaptés, ateliers d'échanges et campagnes d'information visant à démystifier les soins tout en légitimant l'expression des besoins et des appréhensions.

Parallèlement, il conviendrait de systématiser la formation des dentistes à la prise en charge des patients selon leurs vécus singuliers. Plusieurs formations continues récentes, telles que celles proposées par l'UFR d'Odontologie de Nantes¹⁶, visent à habiliter les chirurgiens-dentistes à diagnostiquer, traiter et accompagner les traumatismes dentaires tout en adaptant leur pratique aux sensibilités psychologiques des patients. Ces formations intègrent des modules d'audit clinique, d'étude de cas, et de mise en situation professionnelle pour outiller les praticiens à mieux gérer les situations anxiogènes, offrir un accompagnement sécurisé, et ainsi favoriser un climat de confiance essentiel à l'accessibilité et à l'adhésion aux soins.

De plus, des suggestions concrètes émergent autour de campagnes d'information ciblées, diffusées via les canaux internes de l'hôpital (intranet, affichage dans les vestiaires, communication des services de santé au travail), pour rappeler les droits des assurés, les réflexes de prévention, et les coordonnées utiles. À cela s'ajoute l'idée de journées thématiques, à visée pédagogique ou ludique : stands d'information sur la santé orale, ateliers avec des professionnels, en écho à ce qui se fait déjà pour d'autres campagnes de dépistage (cancer du sein, diabète, etc.). Ces actions pourraient à la fois accroître la visibilité du soin bucco-dentaire dans l'espace hospitalier et légitimer son importance dans une logique de prévention¹⁷.

¹⁶ Voir la page suivante : <https://odontologie.univ-nantes.fr/formation-continue/atd>. Accédé le : 27 juillet 2025.

¹⁷ Certaines initiatives développées dans d'autres secteurs offrent des pistes transposables à l'hôpital, sous réserve d'adaptation : le projet Chicot'Box (Devillon-Huin et al., 2019), pensé pour les EHPAD, propose des outils simples d'évaluation et de prévention bucco-dentaire portés par les soignants ; les formations UFSBD pour le médico-social abordent l'hygiène orale, les pathologies fréquentes et les pratiques d'accompagnement ; enfin, le guide UFSBD–Agirc-Arrco (2022) intègre la santé orale à la prévention du vieillissement via des checklists et outils d'autoévaluation. Ces approches partagent un principe commun : intégrer la santé bucco-dentaire à une logique globale de prévention, ancrée dans les pratiques de terrain.

Leviers institutionnels : prise en compte structurelle du soin aux soignants

Certaines participantes formulent des remarques qui dépassent le registre individuel ou organisationnel pour pointer des enjeux institutionnels plus larges. Certaines s'étonnent que leur complémentaire santé n'inclue pas la prise en charge des soins dentaires, malgré leur statut de soignante hospitalière. D'autres soulignent que le reste à charge reste trop élevé, notamment pour les soins plus complexes, et que cela constitue un frein majeur dans un contexte d'inflation et de pression économique croissante. Si ces constats ne sont pas toujours formulés comme des revendications explicites, ils révèlent une attente d'une prise en charge plus automatique, voire de tarifs adaptés ou négociés pour les soignantes, à l'image de certains avantages accordés dans d'autres secteurs.

Au-delà des aspects financiers, plusieurs évoquent le sentiment que leur santé est peu considérée par l'institution, sauf en cas d'absentéisme. L'injonction à « prendre soin de soi » reste souvent cantonnée à une responsabilité individuelle, sans que soient mis en place des moyens structurels pour l'encourager ou la faciliter. Ces discours invitent à repenser les politiques de prévention en milieu hospitalier, non pas comme un supplément d'âme, mais comme un levier central de reconnaissance et de soutien aux professionnelles de santé. Cette difficulté s'inscrit plus largement dans la crise de l'hôpital public en France, marqué par l'imposition croissante de logiques néolibérales de gestion qui tendent à soumettre le soin aux impératifs d'efficience et de rationalisation managériale (Juven et al., 2019).

Leviers individuels : conscientisation et apprentissages différés

Certaines soignantes relatent une évolution progressive dans leur rapport aux soins bucco-dentaires, marquée par des prises de conscience souvent tardives. Cette transformation est parfois liée à un événement déclencheur — douleur persistante, intervention importante, ou encore problème survenu chez un proche — qui agit comme un signal d'alerte. D'autres évoquent une prise de conscience plus diffuse, nourrie par l'expérience professionnelle, l'âge ou une attention croissante portée à leur propre santé. Dans ces récits, la santé bucco-dentaire cesse d'être perçue comme secondaire, pour devenir un élément essentiel du bien-être global.

Même si ces dynamiques relèvent d'un cheminement personnel, elles peuvent être encouragées par un environnement professionnel propice, qui valorise le soin de soi et rend légitime cette attention. Le rôle de l'institution peut ainsi consister à favoriser des occasions de partage d'expériences, à renforcer les rappels préventifs, et à inscrire ces démarches dans une culture du travail qui reconnaît pleinement le droit des soignantes à prendre soin d'elles-mêmes.

4. Conclusion

Les résultats de l'enquête qualitative SOPS font émerger, en creux, une question volontairement provocatrice : *les soignantes hospitalières prennent-elles soin de leur santé bucco-dentaire ?* Derrière cette formulation dérangeante se joue moins un jugement qu'une invitation à déplacer le regard : il s'agit d'interroger les conditions concrètes — temporelles, structurelles, sociales — qui rendent possible, difficile ou inaccessible l'appropriation de la prévention bucco-dentaire pour ces professionnelles du soin.

Or, l'examen de la littérature confirme une lacune importante : alors que les inégalités d'accès aux soins dentaires dans la population générale sont largement documentées, et que la santé des soignants fait l'objet d'une attention croissante, la croisée de ces deux dimensions demeure un angle mort de la recherche. Les rares données disponibles sur les professionnels hospitaliers soulignent pourtant des freins récurrents : temps constraint, manque de reconnaissance du soin de soi, hiérarchisation des soins, tensions quotidiennes entre rôle professionnel et santé personnelle. Ces éléments plaident pour considérer les aides-soignantes et infirmières hospitalières comme une population à risque spécifique : exposées à des conditions de travail usantes, insérées dans des structures collectives rigides, et trop rarement reconnues comme sujettes de politiques de santé à part entière.

Dans ce contexte, le présent rapport montre l'intérêt majeur du regard des sciences sociales pour repenser la santé des soignants : il ne s'agit pas seulement de mesurer des pathologies, mais d'analyser un rapport complexe au corps, au temps, au soin et à la légitimité de se protéger soi-même. Cette approche permet de mieux contextualiser les pratiques, de questionner les évidences et d'éclairer les conditions matérielles et symboliques de l'appropriation ou du report du soin. Elle permet aussi d'identifier les effets structurels des organisations hospitalières elles-mêmes : celles-ci façonnent, parfois à leur insu, les marges de manœuvre dont disposent les soignantes pour prendre soin d'elles. Une telle perspective ouvre ainsi la voie à la construction de politiques de santé ancrées dans les réalités sociales et professionnelles, plus justes et plus situées, pour réduire les inégalités.

Les matériaux recueillis ne livrent pas de réponse simple à la question initiale, mais révèlent une pluralité — souvent contradictoire, parfois entremêlée — des logiques façonnant les trajectoires de soin : arbitrages entre contraintes multiples, ressources disponibles, hiérarchisation variable des besoins et priorités. Ces arbitrages mettent en tension plusieurs concurrences : entre soin aux autres et soin de soi, mais aussi entre différents types de soin de soi — le soin bucco-dentaire se trouvant souvent relégué derrière d'autres postes perçus comme plus urgents ou légitimes. Ces récits

soulignent la diversité des rapports à la prévention, socialement situés, modulés par les déterminants structurels, les savoirs professionnels, et les expériences personnelles.

L'élargissement de la notion de « soin » par le prisme des sciences sociales a aussi permis de rendre visibles des pratiques invisibles aux registres officiels : automédication, remèdes “maison”, routines d’hygiène héritées de la sphère familiale, ajustements discrets entre collègues. Non reconnues par le système de santé, ces formes ordinaires de soin participent pourtant d'un véritable travail d'adaptation à des contraintes structurelles : elles traduisent un effort constant pour maintenir la santé dans un environnement organisationnel qui laisse peu de place au soin de soi.

Parmi les lignes de force, nombre de soignantes manifestent une conscience aiguë de l'importance de la santé bucco-dentaire, nourrie par leur formation, expérience ou intérêt personnel. Cette littératie sanitaire produit un discours normatif — « je sais ce qu'il faudrait faire » — qui toutefois coexiste avec de lourds freins : charge mentale, fatigue, priorités concurrentes restreignant la mise en œuvre des soins préventifs. Par ailleurs, cette tension est renforcée par une éthique professionnelle du don de soi, valorisant la disponibilité aux autres et décourageant l'investissement de temps et d'énergie dans la prévention personnelle.

Les hypothèses des médecins du travail rencontrés renforcent ce constat. À Paris, il a été proposé que la proximité institutionnelle avec le corps médical favorise une délégation diffuse du soin, avec prescriptions informelles, mais entrave paradoxalement la construction d'un parcours structuré. À Rouen, il a été suggéré qu'une hypersensibilisation à l'idéal de prévention génère culpabilité et verbalisation autour du décalage entre idéal et pratiques réelles. Dans les deux cas, les soignantes hospitalières apparaissent comme prises dans un entre-deux : proches du système de soins, mais structurellement empêchées d'y accéder pleinement.

Enfin, ces résultats prennent tout leur sens dans une analyse genre du soin. Les métiers étudiés, massivement féminins, sont structurés par une assignation au *care* où prendre soin des autres entre en concurrence avec le soin de soi. Comme le rappelle Bajos (2025), les inégalités entre femmes et hommes s'expriment notamment par cette tension entre soin de soi et pour autrui, particulièrement accentuée chez les professionnelles de la santé. Dans le contexte hospitalier, cette tension est redoublée par des contraintes temporelles et hiérarchiques qui limitent l'autonomie corporelle des soignantes, et participent à une forme d'invisibilisation de leurs propres besoins de santé. L'« overlap » entre soin professionnel, *care* domestique et soin de soi met en lumière un mécanisme d'usure spécifique, rarement intégré aux politiques de prévention.

La question centrale n'est donc plus de savoir si les soignantes hospitalières accèdent davantage ou moins aux soins bucco-dentaires que d'autres groupes, mais de reconnaître qu'elles constituent une

population structurellement vulnérable du fait même de leurs conditions de travail. Leurs référentiels professionnels, leurs temporalités contraintes et leurs tensions éthiques façonnent l'appropriation — ou le report — de la prévention et des dispositifs existants. *Dès lors, la responsabilité de l'hôpital, en tant qu'acteur et promoteur de santé, ne saurait se limiter à la gestion des patients : elle inclut celle d'offrir à ses propres agents les conditions concrètes d'un accès effectif aux soins et à la prévention.*

Pour ces raisons, il est urgent de promouvoir *un universalisme proportionné*, c'est-à-dire une prévention universelle dans ses principes, mais ajustée à la réalité des groupes concernés. Pour les soignantes hospitalières, cela implique d'intégrer des actions de prévention sur le temps de travail, de systématiser des bilans dentaires dans le suivi professionnel, et de renforcer la sensibilisation dès les études initiales. Ces mesures, loin d'être accessoires, participent d'une politique hospitalière responsable : elles reconnaissent que les soignantes sont à la fois actrices du soin et sujets du soin, et qu'à ce titre, leur santé relève pleinement de la mission de l'hôpital.

Au-delà des mesures sectorielles, il faut dépasser les approches fragmentées pour mettre en œuvre une transformation structurelle volontaire des politiques de santé au travail. Cela nécessite la pleine reconnaissance des contraintes, tensions et formes spécifiques d'usure inhérentes aux métiers féminisés du *care*. *La santé bucco-dentaire, considérée souvent comme un enjeu marginal, se révèle au contraire un indicateur précieux : elle condense les inégalités sociales et de genre, les concurrences dans les formes de soin, et les fragilités durables du système hospitalier.*

Reconnaitre et agir sur ces enjeux est non seulement une question de justice sociale, mais aussi une condition indispensable à la pérennité et à la qualité des soins délivrés dans ces institutions. Il est temps de considérer la santé des soignantes non comme un sujet périphérique, mais comme une priorité politique et institutionnelle à la hauteur de leur engagement.

Références citées

Arborio AM. Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. Éd. augmentée. Paris : Économica, coll. « Sociologiques » ; 2012. ISBN : 978-2-7178-6533-2.

ARS Normandie. Chirurgiens-dentistes : un nouveau zonage arrêté par l'ARS Normandie pour favoriser l'installation des professionnels dans les territoires sous-dotés. Communiqué de presse ; 18 novembre 2024. Disponible à : https://www.normandie.ars.sante.fr/chirurgiens-dentistes-un-nouveau-zonage-arrete-par-lars-normandie-pour-favoriser-l-installation-des?utm_source=chatgpt.com. Accédé le : 27 juillet 2025.

Augé M, Herzlich C. Introduction. In : Augé M, Herzlich C, dirs. Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris : Éditions des archives contemporaines ; 1984. 9-31.

Azogui-Lévy S, Bourdillon F, Ittah-Desmeulles H, Rosenheim M, Souames M, Azerad J. État dentaire, recours aux soins et précarité. Rev Epidemiol Sante Publique. 2006;54:203-11.

Bas AC, Azogui-Lévy S. Socio-economic determinants of dental service expenditure: Findings from a French national survey. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1310. doi:10.3390/ijerph19031310. PMID: 35162874.

Bas AC, Dourgnon P, Azogui-Levy S, Wittwer J. Impact of fees on access to dental care: Evidence from France. Eur J Public Health. 2020;30(6):1066–1071. doi:10.1093/eurpub/ckaa079. PMID: 32656537.

Bajos N. Les inégalités de santé : enjeux de justice sociale et rapports de genre. Leçon inaugurale prononcée à la chaire Santé publique, Collège de France, 3 avril 2025.

Bourdieu P. Outline of a theory of practice. Cambridge : Cambridge University Press ; 1977.

Carricaburu D, Lhuilier D, Merle I. Le travail et ses tensions. In : Lhuilier D, coord. Santé au travail : approches cliniques. Toulouse : Erès ; 2008. 57-74.

Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Paris : IRDES ; 2014. (Les rapports de l'IRDES n° 556).

Conférence nationale de santé. Rapport du 17.01.25 sur la santé bucodentaire. Paris : Ministère de la Santé ; 2025. Disponible à : <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-reports-et-recommandations/mandature-2020-2025/article/rapport-du-17-01-25-sur-la-sante-bucco-dentaire>. Accédé le : 27 septembre 2025.

Devaux M, De Looper M. Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008–2009. Paris : OECD ; 2012.

Devillon-Huin C, Garnaud V, Godefroy P, Reignoux M. Chicot'Box : outils de prévention bucco-dentaire en EHPAD. Actual Odonto-Stomatol Gériatr. 2019;33(3):157–165.

Devillon-Huin C, Garnaud V, Godefroy P, Reignoux M. Pratiques professionnelles en matière de santé bucco-dentaire dans les SSIAD et accueils de jour : une étude exploratoire. Rev Gerontol. 2019;44(3):205–16.

DREES. Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; 2025. Disponible à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-en-2023-edition-2025>. Accédé le : 15 octobre 2025.

DREES. Les effectifs médicaux en 2023 – Synthèse. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; 2024. Disponible à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/dm15-les-effectifs-medicaux-en-2023>. Accédé le : 15 octobre 2025.

Estryn-Béhar M, Camerino D, Van Der Heijden B, et al. Violence risks in nursing—results from the European NEXT Study. Occup Med (Lond). 2008;58(2):107–114. doi:10.1093/occmed/kqm142. PMID: 18310251.

Estryn-Béhar M, Van Der Heijden B, Camerino D, et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. Med Care. 2007;45(10):939–950. doi:10.1097/MLR.0b013e31806728d8. PMID: 17890993.

Fainzang S. L'information médicale entre soignants et soignés. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006.

Farmer P. An anthropology of structural violence. Curr Anthropol. 2004;45(3):305–25.

Fassin D. Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris : Presses universitaires de France ; 1992.

Follin J, Mureau C, Sueur C. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : de nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022. INSEE Analyses Haute-Normandie. 2015;(14). Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384019>. Accédé le : 1 juillet 2025.

Gibson B, Exley C. 'Just me and my toothbrush': oral health experiences of homeless people in London. Br Dent J. 2009;207(7):E15. doi:10.1038/sj.bdj.2009.924. PMID: 19809494.

Gicquel M, et al. Enquête SOIGNANCES : la santé des soignants hospitaliers. DREES, Fondation MNH ; 2024. Rapport non publié, cité avec autorisation.

INSEE. Densité des chirurgiens-dentistes – Pour 100 000 habitants – Seine-Maritime. Séries chronologiques. Paru le : 25 septembre 2025a. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761517>. Accédé le : 26 septembre 2025.

INSEE. Densité des chirurgiens-dentistes – Pour 100 000 habitants – Paris. Séries chronologiques. Paru le : 25 septembre 2025b. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761516>. Accédé le : 26 septembre 2025.

Juven PA, Pierru F, Vincent F. La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public. Paris : Raisons d'agir ; 2019. ISBN : 979-10-97084-01-1.

Keller D, coord. Caring for the caregivers. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2019;49(12):100806. doi: 10.1016/j.cppeds.2019.100806. PMID: 31735417.

Le Breton D. Sourire. Une anthropologie de l'éigmatique. Paris : Éditions Métailié ; 2022.

Levesque JF, Harris M F, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. doi:10.1186/1475-9276-12-18.

Mehrotra D, Sinha N, et al. Oral health knowledge, attitude and practices among healthcare workers: a cross-sectional study. Int J Community Med Public Health. 2021;8(5):2452–8.

Mol A. The logic of care: health and the problem of patient choice. London : Routledge ; 2008.

Nettleton S. Protecting a vulnerable margin: towards an analysis of how the mouth came to be separated from the body. In : Gabe J, Calnan M, editors. The new sociology of the health service. London : Routledge ; 2000. 75–92.

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport sur la démographie des chirurgiens-dentistes, état des lieux et perspectives. Paris : ONDPS ; 2021. Disponible à : <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>. Accédé le : 14 février 2023.

OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris : OECD Publishing ; 2022. Disponible à : <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. Accédé le : 29 septembre 2025.

Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2022. Genève : OMS ; 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/item/9789240061569>. Accédé le : 1 juillet 2024.

ORS Île-de-France. La santé des Franciliens – Enjeux et perspectives. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France ; 2023. Disponible à : <https://www.ors-idf.org/sante-des-franciliens-2023>. Accédé le : 15 octobre 2025.

Rapport sur la santé bucco-dentaire. Ministère de la Santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; 2025.

Rebelo Vieira JM, Rebelo MAB, Martins N, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent.* 2019;79(1):60–70. doi:10.1111/jphd.12289. PMID: 30552671.

Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Med Anthropol Q.* 1987;1(1):6–41.

Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-economic determinants of the need for dental care in adults. *PLoS One.* 2016;11(7):e0158842. doi:10.1371/journal.pone.0158842. PMID: 27391468.

Truchot D. La santé psychologique des professionnels de santé : comprendre pour mieux prévenir. Besançon : Presses universitaires de Franche-Comté ; 2018.

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), Agirc-Arrco. Intégrer la santé bucco-dentaire dans les actions de prévention globale du vieillissement : guide d'action à destination des professionnels. Montrouge : UFSBD ; 2022.

Weiner RC, et al. Oral health practices of caregivers in nursing homes. *Spec Care Dentist.* 2014;34(6):280–5.

Worsley DJ, Robinson PG, Marshman Z. Access to urgent dental care: A scoping review. *Community Dent Health.* 2017;34(1):19–26. PMID: 28460256.