LIÈGE université Library

https://lib.uliege.be

https://matheo.uliege.be

Contribution du métier d'hygiéniste bucco-dentaire à un meilleur accès aux soins bucco-dentaires : étude exploratoire auprès des professionnels de la santé bucco-dentaire et de leurs patientèles en milieu hospitalo-universitaire

Auteur : Vaessen, Juliette
Promoteur(s) : GUEDERS, Audrey
Faculté : Faculté de Médecine
Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Année académique : 2025-2026
URI/URL : http://hdl.handle.net/2268.2/25458

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

Contribution du métier d'hygiéniste bucco-dentaire à un meilleur accès aux soins bucco-dentaires : étude exploratoire auprès des professionnels de la santé bucco-dentaire et de leurs patientèles en milieu hospitalo-universitaire

Mémoire présenté par **Juliette VAESSEN**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé en Santé Publique

Année académique 2025 - 2026

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

Contribution du métier d'hygiéniste bucco-dentaire à un meilleur accès aux soins bucco-dentaires : étude exploratoire auprès des professionnels de la santé bucco-dentaire et de leurs patientèles en milieu hospitalo-universitaire

Mémoire présenté par **Juliette VAESSEN**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé en Santé Publique

Promotrice : Audrey Guéders

Année académique 2025 - 2026

Table des matières

1. Préambule 1

2. Introduction 2

2.1. Aperçu mondial des maladies bucco-dentaires 2

2.2. Les maladies bucco-dentaires comme problème de santé publique 2

2.3. Les inégalités sociales de santé 4

2.4. Problématique d'accès aux soins (modèle Levesque) 5

2.5. Contexte belge et tension entre volonté politique et mise en œuvre réelle 6

2.6. Comparaison nationale et internationale 7

3. Matériel et méthodes 9

3.1. Type d'étude 9

3.2. Population, méthode d'échantillonnage et recrutement 9

3.3. Paramètres et dimensions étudiées 10

3.4. Méthodes et outils de collectes de données 12

3.5. Organisation et planification de la collecte de données 12

3.6. Traitement et méthodes d'analyse des données 13

3.7. Critères de validité 13

3.8. Aspects réglementaires et législatifs 14

4. Résultats 14

4.1. Présentation des échantillons (patients et praticiens) 14

4.2. Présentation des résultats 15

4.2.1. Profession construite autour d'un modèle préventif des soins 16

4.2.2. Transformation progressive du parcours de soins dentaires 18

4.2.3. Profession encore en quête de reconnaissance et de légitimité 20

4.2.4. Obstacles persistants à l'accès aux soins bucco-dentaires 22

4.2.5. Profession « levier » potentiel d'amélioration de l'accès aux soins 25

4.2.6. Limites structurelles freinant l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires 27

5. Discussion 28

5.1. Émergence progressive d'un modèle davantage préventif en santé bucco-dentaire 29

5.2. Accès aux soins au-delà de la seule dimension financière 30

5.3. Transformation du parcours de soins et tensions professionnelles et institutionnelles 31

5.4. Promotion de la prévention sans moyens structurels 32

5.5. Perspectives et pistes d'amélioration 33

5.6. Forces, limites et biais de l'étude 34

6. Conclusion 35

7. Références 36

8. Annexes 41

8.1. Annexe 1 : Guide d'entretien pour les praticiens dentaires 41
8.2. Annexe 2 : Guide d'entretien pour les patients 47
8.3. Annexe 3 : Mail aux praticiens de la santé bucco-dentaire 51
8.4. Annexe 4 : Recrutement dans la salle d'attente pour les patients 52
8.5. Annexe 5 : Mail comité éthique – loi 53
8.6. Annexe 6 : Accord comité éthique 54

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma promotrice , Madame Audrey Guéders, qui, grâce à son enseignement passionnant lors de mes trois années de bachelier, m'a permis de découvrir et d'apprécier le métier d'hygiéniste bucco-dentaire. Je la remercie également pour sa disponibilité, son aide et de son soutien tout au long de la rédaction de ce travail.

Je remercie également toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire. Ce travail m'a permis d'aborder des sujets qui me touchent particulièrement et qui sont en lien direct avec mon quotidien d'hygiéniste, métier que j'aime profondément.

Je tiens tout particulièrement à remercier mes amis et amies du master qui m'ont soutenue durant ces trois années : Juliette, Axelle, Tess, Dana, Florence, Sarah et Théo. Je remercie aussi mes parents, mon frère et Suzette, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans tous mes projets.

Résumé

Introduction : Les maladies bucco-dentaires constituent un enjeu majeur de santé publique et représentent l'une des affections chroniques les plus fréquentes dans le monde. Malgré l'existence d'un système de soins développé, l'accès aux soins bucco-dentaires reste marqué en Belgique par d'importantes inégalités sociales, financières et géographiques. Dans ce contexte, la reconnaissance récente de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire (HBD) s'inscrit dans une volonté de renforcer la prévention et l'accessibilité des soins. Cependant, peu d'études se sont intéressées à l'intégration concrète de cette profession dans le système de soins belge ainsi qu'à sa contribution potentielle à l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires.

Matériels et méthodes : Une étude qualitative exploratoire a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 16 participants. L'échantillon comprenait des dentistes et des hygiénistes bucco-dentaires travaillant au sein du CHU Brull de Liège, ainsi que des patients recrutés dans les salles d'attente des consultations dentaires. Les données ont été analysées selon une approche thématique inductive afin d'identifier les représentations du métier, les obstacles d'accès aux soins ainsi que les leviers et limites liés à l'intégration des HBD dans le système de soins belge.

Résultats : Les hygiénistes bucco-dentaires sont principalement perçus comme des acteurs de prévention, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients. Leur approche centrée sur l'écoute, les explications et le suivi régulier semble favoriser l'adhésion aux comportements préventifs et réduire certaines appréhensions liées aux soins dentaires. Leur intégration dans le parcours de soins apparaît également susceptible d'améliorer l'organisation des soins, de renforcer le suivi préventif des patients et de faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires.

Plusieurs freins limitent néanmoins leur intégration dans le système belge, notamment le faible nombre de codes INAMI accessibles, les difficultés de remboursement des actes, le manque de visibilité de la profession ainsi qu'une reconnaissance institutionnelle encore partielle.

Conclusion : Les HBD apparaissent comme des professionnels susceptibles de contribuer au renforcement de la prévention et à l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires en Belgique. Néanmoins, leur intégration effective nécessite encore des adaptations organisationnelles, institutionnelles et politiques.

Mots-clés : hygiéniste bucco-dentaire ; accès aux soins ; prévention ; santé publique ; inégalités sociales de santé

Abstract

Introduction : Oral diseases represent a major public health issue and are among the most common chronic conditions worldwide. Despite the existence of a developed healthcare system, access to oral healthcare in Belgium remains marked by significant social, financial and geographical inequalities. In this context, the recent recognition of the dental hygienist profession reflects a willingness to strengthen prevention and improve access to care. However, few studies have explored the concrete integration of this profession within the Belgian healthcare system and its potential contribution to improving access to oral healthcare.

Materials and methods : A qualitative exploratory study was conducted using semi-structured interviews with 16 participants. The sample included dentists and dental hygienists working at the University Hospital of Liège, as well as patients recruited in the waiting rooms of dental consultations. Data were analyzed using an inductive thematic approach in order to identify perceptions of the profession, barriers to oral healthcare access, and the facilitators and limitations related to the integration of dental hygienists into the Belgian healthcare system.

Results : Dental hygienists were mainly perceived as professionals involved in prevention, therapeutic education and patient support. Their patient-centered approach, based on communication and regular follow-up, appeared to encourage preventive behaviors and reduce anxiety related to dental care. Their integration into oral healthcare pathways also appeared likely to improve care organization, strengthen preventive follow-up and facilitate access to oral healthcare.

Several barriers nevertheless continued to limit their integration into the Belgian healthcare system, including limited reimbursement codes, restrictions related to reimbursement policies, limited public awareness of the profession and insufficient institutional recognition.

Conclusion : Dental hygienists appear to have the potential to strengthen prevention and improve access to oral healthcare in Belgium. Nevertheless, their effective integration still requires organizational, institutional and political changes.
Keywords : dental hygienist ; access to care ; prevention ; public health ; health inequalities

1. Préambule

Depuis plusieurs années, je souhaite exercer dans le domaine des soins de santé et plus particulièrement dans le secteur bucco-dentaire. C'est dans cette perspective que j'ai choisi d'entreprendre des études d'hygiéniste bucco-dentaire. Au cours de ma formation et de ma pratique professionnelle, j'ai progressivement pris conscience du caractère encore récent et parfois méconnu de cette profession en Belgique, mais également des difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires rencontrées par une partie de la population.

La rencontre avec des patients ayant renoncé aux soins pendant plusieurs années, présentant des difficultés financières ou pour lesquels la santé bucco-dentaire n'a jamais constitué une priorité, a progressivement renforcé mon intérêt pour cette problématique. Ces expériences de terrain m'ont amenée à m'interroger davantage sur les inégalités d'accès aux soins ainsi que sur le rôle que pourraient jouer les hygiénistes bucco-dentaires dans le renforcement de la prévention et de l'accessibilité des soins.

En parallèle de mon activité professionnelle, j'ai poursuivi un master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en santé publique. Cette formation m'a permis de développer une compréhension plus globale des déterminants de la santé, des inégalités sociales qui y sont liés et des enjeux liés à l'organisation des systèmes de soins. Elle a également renforcé mon intérêt pour les approches préventives et les politiques visant à améliorer l'équité d'accès aux soins.

Ce travail s'inscrit ainsi à la croisée de mon parcours professionnel et de ma formation en santé publique. Il vise à mieux comprendre la place des hygiénistes bucco-dentaires dans le système belge ainsi que leur contribution à l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires.

2. Introduction

2.1. Aperçu mondial des maladies bucco-dentaires

Les maladies bucco-dentaires constituent un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence élevée, de leur caractère évitable et de leur impact sur la qualité de vie. Elles touchent près de 3,5 milliards de personnes à travers le monde, dont les trois quarts dans des pays à revenu intermédiaire (1,2) .

Les caries dentaires et les maladies parodontales figurent parmi les maladies non-transmissibles les plus fréquentes mondialement (3). Ces deux affections ont pour origine la plaque dentaire, un amas de bactéries organisé sous forme de biofilm qui adhère au niveau de la surface des dents. Bien que leur étiologie soit multifactorielle, elles partagent un facteur commun majeur : une élimination insuffisante de ce biofilm, qui doit être retiré quotidiennement par le brossage dentaire (4). Une mauvaise hygiène dentaire favorise ainsi le développement de pathologies carieuses, parodontales ou des deux simultanément.

La plaque dentaire non éliminée peut provoquer une inflammation des gencives, appelée gingivite, qui peut évoluer en parodontite lorsqu'elle n'est pas prise en charge. Cette évolution peut conduire à une destruction progressive des tissus de soutien de la dent, allant de la perte osseuse jusqu'à la perte dentaire (4–6). Concernant la carie dentaire, les bactéries cariogènes présentes dans le biofilm métabolisent les glucides fermentescibles en produisant des acides. Ces acides entrainent une diminution du pH buccal, provoquant une déminéralisation progressive de l'émail. Lorsque ce phénomène se répète et dépasse les capacités naturelles de reminéralisation, il conduit à la formation de lésions carieuses (4,7).

Afin de mieux comprendre l'importance de ces pathologies, il est également nécessaire d'en considérer les conséquences individuelles, sociales et économiques, ainsi que leur impact sur la santé générale des individus.

2.2. Les maladies bucco-dentaires comme problème de santé publique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Europe l'un des taux les plus élevés de maladies dentaires au monde : celles-ci touchent 50,1% de la population adulte. La carie dentaire seule concernerait 33,6% de la population, soit environ 335 millions de cas (8).

Comme expliqué précédemment, les maladies bucco-dentaires constituent un majeur problème de santé publique (2). Plusieurs éléments permettent d'expliquer cette situation.

Tout d'abord, ces pathologies concernent un nombre particulièrement importants d'individus à travers le monde. Ensuite, elles ont un impact significatif sur la qualité de vie. Elles peuvent entrainer des douleurs, des infections, des troubles masticatoires ainsi que des difficultés nutritionnelles. Toutefois, leurs conséquences ne sont pas uniquement physiques ; elles sont également psychologiques et sociales, notamment à travers une diminution de l'estime de soi, un sentiment d'embarras ou une réduction des interactions sociales (2,9). L'apparence physique joue un rôle central dans l'image corporelle et dans les relations sociales. Les affections bucco-dentaires visibles ou les malpositions dentaires peuvent favoriser un repli sur soi, particulièrement chez les adolescents, période durant laquelle l'apparence physique occupe une place importante dans la construction identitaire (2).

Les maladies bucco-dentaires représentent également un coût économique considérable pour les systèmes de santé. Les traitements curatifs tels que les soins des caries, les prothèses et les extractions figurent parmi les dépenses les plus élevées liées aux maladies non-transmissibles dans plusieurs pays à revenu élevé. Ces coûts peuvent également être associées à un absentéisme professionnel et à une diminution de la productivité (10). Enfin, les maladies dentaires suivent un gradient socio-économique marqué (« *On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale, selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc.* » (11))., avec une incidence plus élevée dans les populations socialement défavorisées (12).

Dans ce contexte, la prévention apparaît comme un pilier essentiel de la santé bucco-dentaire, en raison du caractère largement évitable des principales pathologies. La prévention s'inscrit dans une approche globale de promotion de la santé visant à agir avant l'apparition des maladies, notamment en réduisant l'exposition aux facteurs de risques et en favorisant l'adoption de comportements protecteurs. La prévention primaire repose principalement sur des mesures individuelles telles que le brossage des dents au moins deux fois par jour à l'aide d'un dentifrice fluoré adapté à l'âge, associé à une hygiène interdentaire régulière ainsi qu'à une alimentation équilibrée pauvre en sucres fermentescibles (2,13,14).

L'efficacité de ces pratiques a largement été démontrée dans la littérature scientifique (2,15,16). Des revues systématiques montrent notamment que l'utilisation d'outils interdentaires en complément du brossage permet de réduire significativement la plaque dentaire et l'inflammation gingivale. Par ailleurs, des interventions professionnelles telles que les détartrages réguliers, les applications topiques de fluor ou encore les scellements de sillons chez l'enfant participent à la prévention secondaire en favorisant le dépistage précoce et la prise en charge rapide des lésions débutantes (14,16).

Au-delà des comportements individuels, la prévention implique également des actions collectives et structurelles, telles que les campagnes d'éducation à la santé, les programmes scolaires ou encore les politiques de santé publique visant à améliorer l'accessibilité aux soins et à réduire les inégalités sociales de santé (2). Une mauvaise santé bucco-dentaire ne se limite pas à des atteintes localisées de la cavité orale, elle peut avoir des répercussions importantes sur la santé générale de l'individu. Les maladies parodontales sont aujourd'hui reconnues comme étant associées à plusieurs maladies systémiques. Elles sont par exemple associées à un état inflammatoire chronique et partagent des facteurs de risque communs avec différentes maladies non transmissible telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète ou encore certaines affections respiratoires (7,17). Une relation bidirectionnelle a notamment été mise en évidence entre le diabète et les maladies parodontales : le diabète augmente le risque de parodontite, tandis que l'inflammation parodontale peut compliquer le contrôle glycémique (18). De plus, certaines bactéries issues de la cavité buccale peuvent pénétrer dans la circulation sanguine et participer à des processus infectieux à distance, notamment dans le cas d'endocardites infectieuses chez des patients à risque (19). Ces différents constats soulignent l'importance de renforcer les stratégies de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire, notamment par l'intégration de professionnels spécifiquement formés à ces missions, tels que les hygiénistes bucco-dentaires.

2.3. Les inégalités sociales de santé

Grâce aux progrès de la médecine ces dernières décennies, la santé de la population s'est nettement améliorée. Cependant, cette évolution n'est pas répartie de manière équitable au sein de la population et des écarts importants persistent entre les différents groupes sociaux,

favorisant les individus des catégories les plus favorisées au détriment de ceux des autres classes sociales. C'est ce qu'on appelle les Inégalités Sociales de Santé (ISS) (20). On peut définir les ISS comme « *des écarts de santé entre différents groupes de la population selon leur position sociale. Celle-ci dépend notamment du revenu, du niveau de scolarité, de l'appartenance ethnoculturelle ou du genre*» (21). Cela signifie qu'il existe des inégalités importantes entre les individus et que, par conséquent, ils ne disposent pas tous des mêmes possibilités d'accéder à un état de santé optimal (22,23).

On ne peut comprendre ces inégalités en se concentrant uniquement sur les causes biologiques des maladies. La santé est façonnée par un ensemble de conditions sociales, économiques, environnementales et non médicales dans lesquelles les personnes naissent, évoluent, vivent ; c'est ce qu'on appelle des déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci regroupent tous les facteurs tels que le revenu, le type d'emploi, le niveau d'éducation, le logement ou encore l'accès aux services de santé, susceptibles d'influencer directement ou indirectement la santé physique et mentale. Cela démontre que les inégalités observées en santé résultent en grande partie des inégalités sociales préexistantes (24). Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, ces inégalités se traduisent entre autres par des différences d'accès aux soins, de recours à la prévention et d'état de santé orale selon les groupes sociaux (2).

2.4. Problématique d'accès aux soins (modèle Levesque)

En Belgique, le recours aux soins bucco-dentaires reste insuffisant pour une partie de la population. Selon les données publiées par l'Agence InterMutualiste (AIM) à l'occasion de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire, plus d'un belge sur quatre ne s'est pas rendu une seule fois chez le dentiste au cours des trois dernières années (25).

Les inégalités sociales de santé se traduisent notamment à travers des disparités dans l'accès aux soins bucco-dentaires. En Belgique, les services dentaires sont présents mais leur accessibilité réelle demeure variable selon plusieurs facteurs : l'accès géographique, le statut socio-économique, le coût des soins, les modalités de remboursement, la disponibilité des professionnels, la littératie en santé, la crainte des soins dentaires,… tous ces facteurs étant susceptibles d'entraver le recours aux soins, que ce soit à cause d'une seule composante ou de plusieurs (2,26).

L'accès aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence d'une offre de soins, mais également de la capacité des individus à identifier leurs besoins, à rechercher une aide adaptée et à pouvoir y recourir (27). C'est dans cette perspective que ce travail se construit sur les bases du modèle de Levesque, Harris et Russell (27), qui permet comprendre l'accès comme l'interaction entre cinq dimensions liées à l'offre de soins et cinq dimensions liées à la capacité des individus. Ce cadre théorique offre une grille d'analyse pertinente pour examines les obstacles et les leviers d'accès aux soins bucco-dentaires ainsi que la place potentielle de l'hygiéniste bucco-dentaire dans la réduction de ces barrières (27).

2.5. Contexte belge et tension entre volonté politique et mise en œuvre réelle

Comme dit précédemment, les maladies bucco-dentaires constituent un fardeau mondial, que ce soit au niveau de la santé des individus, mais aussi économiquement parlant (28). Dans ce contexte, plusieurs pays ont progressivement développé des professions « intermédiaires » spécialisées dans la prévention et l'éducation à la santé bucco-dentaire, notamment en introduisant les hygiénistes bucco-dentaires, afin de renforcer les stratégies de prévention et d'améliorer l'accès aux soins (2,6). Ces professionnels de la santé sont spécifiquement formés à la promotion de la santé orale, à l'éducation des patients et à la prévention des maladies bucco-dentaires, permettant de compléter le rôle du dentiste dans l'organisation des soins et de cibler la prévention et la promotion de la santé. L'intégration de cette profession répond à une volonté d'améliorer l'efficacité et la répartition des tâches entre les différentes professions (29). En Belgique, l'introduction de la profession s'inscrit dans un contexte marqué par une volonté croissante de renforcer les soins préventifs et d'améliorer l'accessibilité des soins dentaires (30,31).

Malgré cette volonté de réforme, la concrétisation du projet apparaît comme lente, puisque qu'il a fallu près de 15 ans pour aboutir à la reconnaissance officielle de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire par l'Arrêté royal du 18 mars 2018 (32). Ce délai s'explique, entre autres, par des résistances au sein du corps dentaire, liées à la redéfinition des rôles professionnels et aux modalités de délégation des actes, mais aussi par la complexité institutionnelle du système belge.

Le niveau fédéral est responsable de la reconnaissance des professions de santé, de la définition des actes autorisés, des conditions d'exercice et de leur encadrement légal, tandis que les entités fédérées ont des compétences en matière d'organisation de l'enseignement, notamment pour la création des programmes de formation et des diplômes (33–35). Même après la reconnaissance légale de la profession, l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires dans le système de soins belge demeure encore partielle. L'un des principaux freins concerne leur intégration dans la nomenclature des soins de santé : le nombre d'actes pouvant faire l'objet de remboursement autonome par l'INAMI reste limité (36).

Actuellement, les hygiénistes bucco-dentaires disposent d'un accès restreint aux codes INAMI permettant aux patients de bénéficier d'un remboursement pour les soins prodigués, de la même manière que s'ils étaient effectués par un dentiste. Pour les patients de plus de 19 ans, seuls 3 actes peuvent actuellement faire l'objet d'un remboursement lorsqu'ils sont réalisés par un HBD. Cet état de fait restreint non seulement l'accessibilité aux soins préventifs pour les patients puisqu'en dehors de ces 3 codes, toutes les prestations effectuées ne peuvent pas bénéficier d'un remboursement et sont totalement à la charge du patient mais aussi l'autonomie des prestataires. En effet, les 3 codes dédiés aux hygiénistes bucco-dentaires sont des actes nécessitant une prescription au préalable par un dentiste. Le caractère récent et collaboratif de cette profession et le manque d'accessibilité au système de remboursement limitent la visibilité des hygiénistes bucco-dentaires au sein du système de soins. Cette situation peut constituer un obstacle financier et organisationnel à l'intégration des hygiénistes dans les structures de soins ainsi qu'à l'accès des patients à leurs services (36–38).

2.6. Comparaison nationale et internationale

L'accès aux soins bucco-dentaires reste marqué par d'importantes disparités territoriales et socio-économiques. La répartition des dentistes sur le territoire belge est inégale, avec une densité plus faible dans plusieurs provinces wallonnes, notamment dans le Hainaut, le Luxembourg et Namur tandis que Bruxelles présente une concentration plus grande. Selon les données de l'INAMI et du SPF Santé publique, la densité de dentistes actifs est plus faible en Région wallonne (6,7 dentistes pour 10 000 habitants) qu'à Bruxelles (9,9) et qu'en Flandre (7,3) (39).

Ces disparités territoriales peuvent avoir des conséquences importantes sur l'accessibilité des soins, notamment dans certaines zones rurales ou moins favorisées où les délais d'attente et les difficultés de prise de rendez-vous sont plus importants (39). Plusieurs rapports belges soulignent également que les populations socio-économiquement défavorisées consultent moins régulièrement un dentiste et renoncent davantage aux soins pour des raisons financières, contribuant ainsi à renforcer les inégalités sociales de santé bucco-dentaire (2,25,31).

Concernant les HBD, peu de données scientifiques belges permettent actuellement de comparer précisément l'intégration de la profession entre les différentes régions du pays. Toutefois, plusieurs acteurs du terrain rapportent une présence actuellement plus importante de hygiénistes en Flandre, notamment dans certains cabinets privés. Cette situation pourrait notamment s'expliquer par un développement plus précoce des formations néerlandophones ainsi que par une intégration progressive des approches préventives dans l'organisation des soins bucco-dentaires (37,40). En Belgique francophone, les premières formations d'hygiénistes bucco-dentaires ont été ouvertes en 2019, notamment à la Haute École de la Province de Liège (HEPL) en collaboration avec l'université de Liège ainsi qu'à la Haute École Ilya Prigogine à Bruxelles. Selon les données du SPF Santé Publique, 501 hygiénistes bucco-dentaires exerçaient en Belgique en 2024, illustrant le caractère encore récent du développement de la profession dans le pays (36,40–42).

En comparaison internationale, la Belgique apparaît comme un pays ayant introduit relativement tardivement la profession d'hygiéniste bucco-dentaire. Le Canada et la Suisse, par exemple, ont intégré ces professionnels depuis plusieurs décennies dans leur système de soins. Les hygiénistes occupent une place importante dans la prévention, l'éducation thérapeutique et le suivi des patients (38,43,44). Dans certains contextes, ces professionnels bénéficient également d'une autonomie plus importante dans la réalisation de certains actes préventifs et de suivi (38). Ces comparaisons mettent en évidence le caractère encore récent du développement de la profession en Belgique ainsi que les défis persistants liés à son intégration dans le système de soins. Malgré la reconnaissance récente de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire en Belgique, peu d'études se sont intéressées à sa place concrète dans le système de soins belge ainsi qu'à sa contribution potentielle à l'amélioration de l'accès

aux soins bucco-dentaires (2,38). Dans un contexte marqué par des inégalités persistantes d'accès aux soins dentaires et par une volonté croissante de renforcer les stratégies de prévention (2), il apparaît pertinent d'explorer les perceptions des professionnels et des patients concernant l'intégration de cette profession et son rôle potentiel dans la réduction des obstacles d'accès aux soins.

3. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude

L'objectif générale de cette étude exploratoire vise à comprendre dans quelle mesure et de quelle manière le métier d'hygiéniste bucco-dentaire (HBD) contribue, malgré le contexte actuel, à réduire les obstacles à l'accès aux soins bucco-dentaires en Belgique francophone, dans une perspective de santé publique axée sur l'équité. Les objectifs spécifiques sont plus particulièrement d'identifier les principaux obstacles à l'accès aux soins perçus par les professionnels de la santé bucco-dentaire et par la population générale, de décrire la perception et l'intégration du métier d'hygiéniste au sein du parcours de soins, d'examiner les leviers et les limites de ce métier dans la réduction des inégalités sociales de santé, et de proposer des pistes d'amélioration visant à renforcer son implantation en Belgique. Dans une approche qualitative inductive (où l'expérience du vécu est privilégiée) (45), l'étude explore plusieurs dimensions. Notamment les représentations de la santé bucco-dentaire, les obstacles perçus à l'accès aux soins (coût, peur, littératie en santé, distance, organisation des soins et disponibilité des professionnels de la santé), la perception du rôle et de l'utilité de l'hygiéniste, son impact perçu sur la prévention et la facilitation de l'accès aux soins, l'acceptabilité sociale de la profession ainsi que les recommandations formulées par les répondants.

3.2. Population, méthode d'échantillonnage et recrutement

La population étudiée dans ce travail comprend deux groupes distincts : d'une part, des professionnels de la santé bucco-dentaire exerçant en Belgique francophone, plus particulièrement dans un milieu hospitalo-universitaire (dentistes et hygiénistes bucco-dentaires) et, d'une autre part, des personnes issues de la population générale consultant dans ces structures de soins bucco-dentaires.

Les professionnels ont été identifiés au sein des structures participantes, exclusivement en milieu hospitalier, tandis que les patients ont été recrutés dans les salles d'attente du CHU Brull de Liège. Les critères d'inclusion pour les professionnels étaient d'exercer une activité en lien avec la santé bucco-dentaire en Belgique francophone, uniquement en Wallonie, et d'accepter de participer à un entretien en langue française. Pour la population générale, les critères d'inclusion étaient d'être âgé de 18 ans ou plus, de consulter pour des soins bucco-dentaires et de pouvoir s'exprimer en français. Les personnes ne donnant pas leur consentement éclairé ou ne disposant pas du temps nécessaire pour réaliser l'entretien (ou pour fixer un rendez-vous ultérieur) étaient exclues de l'étude.

Le recrutement des participants repose sur une stratégie d'échantillonnage raisonné, visant à inclure des personnes présentant des caractéristiques pertinentes au regard des objectifs de l'étude. Cette approche qualitative privilégie la sélection de profils susceptibles d'apporter un éclairage approfondi sur la problématique investiguée. Dans cette perspective, une attention particulière a été accordée à l'hétérogénéité des situations rencontrées, tant en ce qui concerne les contextes d'exercice et l'ancienneté professionnelle des soignants, que les caractéristiques sociodémographiques et les trajectoires de recours aux soins pour les participants de la population générale. Le nombre de participants a été déterminé selon le principe de saturation des données, c'est-à-dire que la collecte a été poursuivie jusqu'à ce que les entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux ou significatifs à l'analyse (46).

3.3. Paramètres et dimensions étudiées

Les dimensions analysées dans cette étude s'appuient sur le modèle conceptuel de l'accès aux soins développé par Docteur Jean-Frédéric Levesque, qui envisage l'accès comme le résultat d'une interaction entre les caractéristiques de l'offre de soins et les capacités des individus (27). Ce modèle distingue cinq dimensions liées à l'offre de soins et cinq dimensions liées aux capacités des individus. Il a permis de structurer les deux guides d'entretien et d'orienter l'analyse thématique des données recueillies. Les entretiens se sont basés sur quelques paramètres.

Tableau 1 : Dimensions et paramètres	
1. Dimensions liées à l'offre de soins	
Dimensions (Levesque)	Paramètres étudiés dans l'étude
Repérabilité (Approachability)	- Connaissance de l'existence des hygiénistes bucco-dentaires (HBD) - Compréhension de leur rôle - Visibilité des services proposés
Acceptabilité	- Représentations sociales du métier - Confiance envers l'HBD - Compatibilité avec les attentes et valeurs des patients
Disponibilité et Organisation (Availability and Accommodation)	- Délais de rendez-vous - Accessibilité géographique - Organisation des structures - Intégration de l'HBD dans le parcours de soins
Accessibilité financière (Affordability)	- Coût des soins - Perception du remboursement - Impact du prix sur le recours aux soins
Adéquation (Appropriateness)	- Satisfaction des usagers - Qualité relationnelle - Utilité perçue en prévention - Continuité et coordination des soins
2. Dimensions liées aux capacités des individus	
Dimensions Levesque	Paramètres étudiés dans l'étude
Capacité à percevoir (Ability to perceive)	- Représentations de la santé bucco-dentaire - Perception du besoin de prévention
Capaciter à chercher (Ability to seek)	- Motivation à consulter - Peur ou expériences négatives - Importance accordée aux soins préventifs
Capacité à atteindre (Ability to reach)	- Contraintes de mobilité/Distance - Organisation familiale ou professionnelle
Capacité à payer (Ability to pay)	- Contraintes financières
Capacité à s'engager (ability to engage)	- Adhésion aux conseils - Relation de confiance - Continuité du suivi

3.4. Méthodes et outils de collectes de données

La collecte des données a été réalisée au moyen d'entretiens individuels semi-directifs, conduits à partir de guides d'entretien reprenant certains paramètres du tableaux ci-dessus, pour les professionnels de la santé bucco-dentaire et pour les patients se trouvant dans les salles d'attente (Annexe 1 et 2). Ces guides étaient composés de questions ouvertes et de relances, permettant d'explorer de manière approfondie les perceptions, les expériences et les représentations relatives à l'accès aux soins bucco-dentaires et au rôle de l'hygiéniste bucco-dentaire. les questions posées aux praticiens étaient pour parties différentes de celles posées aux patients, selon leur disposition à y répondre. Le recours à l'entretien semi-directif a permis une certaine souplesse dans les échanges, permettant des reformulations, des ajouts de questions, des précisions d'éléments, etc de manière fluide et naturelle. Cette approche a contribué à un climat de confiance et d'écoute de la part de la personne interviewé, leur laissant la liberté de parler d'autre chose s'ils le souhaitaient. Les guides d'entretien ont été réalisés sur base de la littérature scientifique relative à l'accès aux soins et au modèle de Levesque (27), afin d'assurer la pertinence de ceux-ci. Ils ont aussi été conçus pour laisser émerger de nouveaux éléments issus des entretiens, conformément à l'approche inductive adoptée.

3.5. Organisation et planification de la collecte de données

La collecte de données s'est réalisée sur une période de trois mois (février 2026 à avril 2026). Le recrutement a été effectué de deux manières pour les praticiens en santé bucco-dentaire . Premièrement, en allant directement sur le site du CHU Brull de Liège et en fixant des rendez-vous d'entretien avec les professionnels. Deuxièmement, en envoyant un mail à ces mêmes praticiens (Annexe 3), en ciblant ceux qui n'étaient pas disponibles/présents sur le site ces jours-là. Pour les patients, le recrutement s'est fait directement dans les salles d'attente du CHU Brull de Liège (Annexe 4). Suite à cela, des rendez-vous ont été fixés avec les différentes personnes et les entretiens semi-directifs se sont effectués soit directement au CHU Brull, par téléphone ou par visioconférence, le tout après avoir obtenu le consentement éclairé des participants.

3.6. Traitement et méthodes d'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée avec l'approche thématique de Braun et Clarke (47), pertinente pour la recherche en santé comme l'accès aux soins et les entretiens semi-directifs (47). Cette méthode comprend six étapes, suivies de manière itérative :

1. Retranscription des entretiens de manière totalement anonyme, via l'option « audio » de Word dans le but d'acquérir une connaissance approfondie du corpus ;
2. Codage initial réalisé manuellement, consistant à identifier, au sein des verbatims, les éléments pertinents en lien avec la question de recherche ;
3. Extraits et codes associés regroupés dans un tableau, permettant de faire émerger des thèmes provisoires à partir des régularités et des différences observées dans les entretiens ;
4. Travail de révision afin d'affiner et d'organiser ces thèmes, vérification de leur cohérence interne ainsi que leur cohérence par rapport aux données ;
5. Définition et dénomination des thèmes jugés les plus significatifs en lien avec la question de recherche ;
6. Analyse approfondie sur base des extraits d'entretiens et en articulation avec les résultats et le cadre théorique (47).

3.7. Critères de validité

Afin d'assurer la qualité et la rigueur de cette recherche qualitative, plusieurs critères proposés par Mays et Pope ont été pris en compte (48). La triangulation correspond à la confrontation de différentes sources de données afin de renforcer la compréhension du phénomène étudié et de favoriser une analyse plus complète et nuancée (48). Dans cette étude, les entretiens ont été réalisés auprès de plusieurs types de participants (dentistes, hygiénistes bucco-dentaires et patients), permettant de recueillir différents points de vue concernant l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires dans le système de soins belge. La réflexivité désigne la prise en compte de l'influence potentielle du chercheur sur le processus de recherche et sur l'interprétation des données (48). La chercheuse porte un intérêt particulier aux enjeux liés à la prévention et à l'accessibilité des soins bucco-dentaires. Une attention particulière a donc été portée à l'analyse des données afin de limiter l'influence des représentations personnelles sur l'interprétation des résultats.

Enfin, la pertinence de cette recherche repose sur son inscription dans un contexte de santé publique marqué par des inégalités persistantes d'accès aux soins bucco-dentaires ainsi que par le développement récent de la profession d'hygiéniste bucco-dentaire en Belgique. Une description détaillée du contexte de l'étude, des participants et de la méthodologie a également été réalisée afin de permettre au lecteur d'apprécier la transférabilité potentielle des résultats à des contextes similaires (48).

3.8. Aspects réglementaires et législatifs

Avant d'entamer toute démarche pour la collecte de données, il était indispensable d'obtenir un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Liège. Après avoir transmis différents documents comme le protocole de mémoire ainsi que la demande d'avis préalable regroupant les démarches de ce mémoire, le comité a transmis par mail (Annexe 5) que l'étude ne relevait pas de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (49). Cependant, dans le but d'une publication possible, le projet a été soumis une réunion du comité, qui a ensuite validé l'étude (Annexe 6). Un document RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) relative à la loi du 15 mai 2018 a été complété et validé afin d'assurer la bonne conduite concernant l'anonymat des participants, pour garantir la destruction des données/entretiens enregistrés par un appareil dédié à cet effet ainsi que le consentement éclairé (première fois avec une signature suivie d'une validation à l'oral).

4. Résultats

4.1. Présentation des échantillons (patients et praticiens)

Tableau 2 : Descriptif des échantillons - professionnels

Code	Sexe	Profession	Ancienneté
PR 1	Femme	Hygiéniste bucco-dentaire	3 ans
PR 2	Femme	Hygiéniste bucco-dentaire	3 ans
PR 3	Femme	Hygiéniste bucco-dentaire	3 ans
PR 4	Femme	Dentiste	20 ans
PR 5	Homme	Dentiste	4 ans
PR 6	Femme	Dentiste	13 ans

Tableau 3 : Descriptif des échantillons – patients

Code	Sexe	Profession	Âge
PA 1	Femme	Étudiante	23 ans
PA 2	Homme	Informaticien	52 ans

PA 3	Femme	Vendeuse en magasin	35 ans
PA 4	Homme	Comptable	54 ans
PA 5	Homme	Électricien	61 ans
PA 6	Femme	Femme au foyer	30 ans
PA 7	Homme	Restaurateur	45 ans
PA 8	Femme	Institutrice	34 ans
PA 9	Homme	Agent provincial	49 ans
PA 10	Femme	Diététicienne	28 ans

La création de la profession d'HBD en Belgique s'inscrit dans une volonté politique de renforcer la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire. Dans le rapport au Roi accompagnant l'arrêté royal du 18 mars 2018 relatif à la profession d'hygiéniste bucco-dentaire, plusieurs objectifs sont évoqués, notamment la nécessité d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population, de développer davantage les soins préventifs et de soutenir les dentistes dans la prise en charges des patients (32). Dans cette perspective, il apparaît pertinent d'explorer dans quelle mesure ces objectifs semblent effectivement se retrouver dans les perceptions et expériences des professionnels et des patients interrogés dans le cadre de cette étude.

4.2. Présentation des résultats

L'analyse thématique des entretiens met en évidence que l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires dans le système belge ne se limite pas à l'apparition d'un nouveau professionnel de santé, mais s'inscrit dans une transformation plus large de l'organisation des soins bucco-dentaires. Les participants décrivent progressivement l'émergence d'un modèle davantage centré sur la prévention, le suivi régulier et la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, cette évolution reste marquée par plusieurs tensions liées à la reconnaissance du métier, à son intégration concrète dans les structures de soins ainsi qu'aux limites institutionnelles et financières du système belge.

Les entretiens mettent également en évidence plusieurs obstacles persistants à l'accès aux soins bucco-dentaires, notamment les difficultés financières, la peur des soins dentaires, le manque de professionnels disponibles et certaines inégalités sociales et géographiques. Dans ce contexte, les hygiénistes bucco-dentaires apparaissent, pour plusieurs participants, comme un levier potentiel d'amélioration de l'accès aux soins, principalement à travers leur rôle préventif et éducatif.

4.2.1. Profession construite autour d'un modèle préventif des soins

Les entretiens mettent en évidence que les hygiéniste bucco-dentaires construisent leur identité professionnelle autour d'un modèle de soins centré sur la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients. Contrairement à l'image plus curative généralement associée au dentiste, les hygiénistes décrivent une pratique davantage orientée vers le maintien de la santé bucco-dentaire et la modification des comportements de santé. Cette orientation préventive revient de manière récurrente dans les discours. Plusieurs hygiénistes expliquent que leur rôle consiste avant tout à sensibiliser les patients à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et à éviter l'apparition de pathologies nécessitant ensuite des soins plus lourds :

> *« Mais notre rôle, il est vraiment je trouve très éducationnel. On a vraiment un gros rôle d'éducation auprès des patients. Donc là mon objectif principal dans ma façon de travailler c'est de faire comprendre aux patients que si on fait une prévention correcte, il n'y aura pas de curatif à faire par la suite ou en tout cas très peu ».* PR2

> « *Et c'est là qu'on se rend compte de notre rôle de leur offrir des conseils en hygiène bucco-dentaire, des soins, de la prévention, des démonstrations de brossage. Et beaucoup d'échanges entre le praticien et le patient pour qu'il comprenne l'importance d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire au quotidien ».* PR1

Plusieurs praticiens associent également cette approche à une vision globale de la santé. Les professionnels interrogés évoquent régulièrement les liens entre santé bucco-dentaire et santé générale, notamment chez les patients diabétiques, fumeurs ou chez les femmes enceintes :

> *« Tout ce qui est aussi santé systémique, donc on a été aussi bien informé par rapport à ça, donc quand on a des patientes enceintes, des patients diabétiques, on sait un petit peu leur expliquer aussi la relation entre une bonne santé bucco-dentaire et leurs conditions systémiques. Donc nous on a plus de temps, on a été formé pour aussi avoir une communication plus adaptée avec les patients. Lors de mes anamnèses, par exemple, je passe parfois un quart d'heure rien qu'au sevrage tabagique ».* PR3

Le temps consacré au patient occupe une place importante dans cette approche préventive. Plusieurs participants estiment que les hygiénistes disposent d'un temps de consultation permettant davantage d'écoute, d'explications et d'accompagnement individualisés :

> « *Donc nous on a plus de temps ».* PR3

Cette dimension relationnelle apparaît également dans la manière dont les hygiénistes décrivent leur pratique quotidienne. Plusieurs participants insistent sur le fait que leur rôle dépasse largement la simple réalisation d'actes techniques :

> « *On n'est pas juste des machines à détartrer, on a vraiment le moyen de changer le comportement des patients ».* PR2

Certaines dentistes reconnaissent par ailleurs leurs propres limites concernant la prévention et considèrent que les hygiénistes disposent d'une expertise spécifique dans ce domaine :

> « *Moi j'ai clairement des lacunes en prévention et c'est des choses que j'ai pas apprises comme vous vous les avez apprises ».* PR6
>
> « *C'est vrai je trouve que nous on a des lacunes à ce niveau-là parce qu'on nous a pas appris les bases de la prévention ».* PR5

Les patients interrogés valorisent également cette approche éducative et individualisée des soins :

> « *Être bien informé surtout par rapport à soi-même, avoir des conseils personnalisés* » PA1

Plusieurs patients soulignent l'importance de comprendre les explications données par les professionnels afin de pouvoir appliquer concrètement les conseils d'hygiène dans leur quotidien. Les entretiens suggèrent ainsi que la compréhension des recommandations semble jouer un rôle important dans l'adhésion aux comportements préventifs :

« *Moi je suis quelqu'un qui a besoin d'avoir beaucoup d'explications parce que si je ne comprends pas, je ne peux pas l'appliquer et donc j'ai besoin qu'on m'explique pourquoi je dois faire ça pour que ça se passe mieux* ». PA6

Ainsi, les entretiens suggèrent que les hygiénistes bucco-dentaires ne sont pas uniquement perçus comme des professionnels réalisant des actes préventifs, mais également comme des acteurs de promotion de la santé et d'accompagnement des comportements de santé.

4.2.2. Transformation progressive du parcours de soins dentaires

Les entretiens mettent en évidence une évolution progressive de l'organisation traditionnelle des soins dentaires. Historiquement centré autour du dentiste unique, le parcours de soins tend progressivement à intégrer plusieurs professionnels, dont les hygiénistes bucco-dentaires. Cette évolution semble introduire une logique davantage interprofessionnelle dans laquelle les actes préventifs et curatifs sont progressivement répartis entre différents acteurs. Les praticiens décrivent les hygiénistes comme des professionnels complémentaires au dentiste, principalement chargés du suivi préventif et de l'éducation des patients :

« *Tous mes patients devraient pour moi passer par l'hygiéniste au moins une fois* » PR6

Plusieurs dentistes estiment que cette collaboration permet d'assurer un suivi plus régulier des patients et de renforcer l'efficacité des soins préventifs :

« *Moi je le vois une fois par an et lui voit les patients une fois par an, ça veut dire que tous les six mois le patient est vu. Ça veut dire que ça finit par rentrer parce qu'on retape à chaque fois sur les conseils etc. Et donc je suis sûre qu'on éviterait des caries ».* PR6

Ils considèrent également que la délégation des actes préventifs permet aux dentistes de consacrer davantage de temps de temps aux soins techniques et aux urgences :

« *Vu qu'il m'a délégué toute la partie prévention, lui ne doit plus le faire et ça lui décharge énormément* ». PR2

« *Ça lui permet de libérer des plages pour des urgences* ». PR2

Cette réorganisation du parcours de soins semble toutefois parfois difficile à comprendre pour certains patients. Historiquement habitués à une prise en charge centralisée autour du dentiste, certains patients peinent à comprendre pourquoi plusieurs professionnels interviennent désormais dans leur suivi :

> « *Pourquoi est-ce que mon dentiste peut pas me faire tout ça ? Parce qu'à l'époque le dentiste faisait tout* ». PR2

Les patients ayant déjà été orientés vers les différents professionnels décrivent également un parcours de soins parfois complexe à comprendre. La multiplication des intervenant peut initialement susciter des interrogations concernant le rôle de chacun ainsi la continuité du suivi :

> « *Au début, je ne comprenais pas trop pourquoi on m'envoyait chez elle du coup et pas chez mon paro [...] Je me dis que c'est quand même encore une troisième personne [...] donc je sais pas si l'information ou la communication s'est bien déroulée entre tout le monde. Mais dans tous les cas on m'a expliqué pourquoi j'allais chez l'hygiéniste* ». PA10

Cette évolution semble parfois générer des résistances ou de l'incompréhension, particulièrement lors des premières consultations avec un hygiéniste :

> « *Et maintenant ce dentiste-là divise les soins en deux parties, donc en prévention et en curatif et au début ça a été très difficile pour les patients. Ils ne comprenaient pas, ils se disaient "c'est quoi hygiéniste ?". Quand ils me demandaient ce que c'était comme étude et que je leur disais que c'était un bachelier, ils me regardaient avec des grands yeux l'air de dire : "qu'est-ce qu'elle va me faire celle-là". Et donc effectivement au début c'était très compliqué, le regard du patient était jugeant* ». PR2

Plusieurs participants estiment néanmoins que cette acceptation dépend fortement du contexte de soins. Le milieu hospitalier apparaît comme un environnement facilitant davantage l'intégration des hygiénistes, les patients y étant déjà habitués à consulter différents professionnels :

> « *Au CHU, généralement ils ont déjà été informés de notre rôle* ». PR1

À l'inverse, certains professionnels expliquent que les patients suivis en cabinet privé entretiennent souvent une relation plus exclusive avec leur dentiste, rendant le changement plus difficile :

> « *Les patients du privé sont très pouponnés* ». PR3

Les praticiens soulignent également l'importance de la communication interprofessionnelle dans la réussite de cette collaboration. Plusieurs hygiénistes expliquent qu'un échange régulier entre dentistes et hygiénistes semble indispensable afin d'assurer un suivi cohérent des patients :

> « *Le dentiste référent doit toujours être au moins plusieurs fois par semaine avec l'hygiéniste pour pouvoir justement discuter un petit peu de tout ça* ». PR2

Le travail en petite équipe semble également favoriser cette collaboration :

> « *Dans l'idéal, ce serait vraiment un rapport 1-1 avec un dentiste et son hygiéniste* ». PR4

Cependant, malgré cette vision positive de la collaboration interprofessionnelle, plusieurs dentistes expliquent que les possibilités de délégation restent encore limitées dans certaines structures. Au CHU notamment, les hygiénistes semblent principalement rattachées au service de parodontologie, limitant les collaborations avec les autres services :

> « *Mais si il n'y a pas de gros soucis parodontaux, on n'a pas de collaboration spécifique avec les hygiénistes* ». PR4

Les résultats montrent ainsi que l'intégration des hygiénistes participe progressivement à une réorganisation du parcours de soins dentaires, mais que cette transformation reste encore incomplète et variable selon les contextes de pratique.

4.2.3. Profession encore en quête de reconnaissance et de légitimité

Les entretiens montrent que la profession d'hygiéniste bucco-dentaire reste encore largement méconnue auprès du grand public et parfois même au sein du milieu dentaire. Cette faible

visibilité semble contribuer à une reconnaissance professionnelle encore fragile et à des difficultés de légitimation du métier.

Plusieurs praticiens expliquent que de nombreux patients ne savent pas précisément en quoi consiste le métier d'hygiéniste ni quelles sont leurs compétences :

> « *Beaucoup de gens ne connaissent pas encore la profession* ». PR5

> « *Même quand je dis à des amis que je donne cours aux hygiénistes, ils ne savent pas ce que c'est* ». PR4

Les patients interrogés confirment cette méconnaissance :

> « *Ah non je ne savais pas que ça existait. Ça sert à quoi ?* ». PA4

Cette faible connaissance du métier semble parfois générer de la méfiance lors des premières consultations. Plusieurs hygiénistes expliquent que certains patients les confondent avec des assistantes dentaires ou remettent en question leurs compétences :

> « *J'ai des patients qui ont refusé que je les touche parce que ce n'était pas Madame ou Monsieur X* ». PR3

> « *Quand ils me demandaient ce que c'était comme étude et que je leur disais que c'était un bachelier, ils me regardaient avec des grands yeux* ». PR2

Les hygiénistes disent qu'ils doivent régulièrement expliquer leur rôle et leurs compétences auprès des patients. Cette nécessité constante d'explication semble participer à un sentiment de reconnaissance encore insuffisante :

> « *Il y a un gros manque de confiance dans notre profession* ». PR2

Cette question de la légitimité dépasse également le cadre des relations avec les patients et semble s'inscrire dans des rapports professionnels plus larges. L'ensemble des praticiens estiment que les hygiénistes restent encore fortement dépendants des dentistes, tant dans l'organisation des soins que dans les décisions politiques et institutionnelles :

« *Notre sort est vraiment dans les mains des dentistes* ». PR3

L'ensemble des participants évoquent également le manque de visibilité publique de la profession, l'information des patients reposant principalement sur le bouche-à-oreille ou sur les explications données par les dentistes :

« *C'est du bouche à oreille finalement* ». PR4

Malgré ces difficultés, plusieurs professionnels estiment que la reconnaissance de la profession évolue progressivement grâce aux expériences positives des patients et à l'augmentation du nombre d'hygiénistes sur le terrain :

« *Une patiente a téléphoné pour demander directement un rendez-vous chez une hygiéniste parce qu'elle en avait entendu parler par sa sœur* ». PR3

Ainsi, les résultats mettent en évidence une profession encore en construction, cherchant progressivement à acquérir une reconnaissance sociale, professionnelle et institutionnelle plus importante.

4.2.4. Obstacles persistants à l'accès aux soins bucco-dentaires

Les entretiens mettent en évidence plusieurs obstacles limitant l'accès aux soins bucco-dentaires. Ces difficultés concernent principalement les dimensions financières, psychologiques et organisationnelles de l'accès aux soins.

4.2.4.1. Obstacles financiers persistants et inégalités sociales d'accès aux soins

Le coût des soins dentaires apparaît comme l'un des obstacles les plus fréquemment évoqués. Malgré l'existence d'un système de remboursement, plusieurs participants estiment que de nombreux patients continuent à percevoir les soins dentaires comme trop coûteux :

« *Le coût pour certains patients, ça reste compliqué même si c'est bien remboursé* ». PR6

Plusieurs patients expliquent avoir retardé ou renoncé à certains traitements pour des raisons financières :

« *Mon dentiste m'a proposé de me faire poser un implant mais ça coûte beaucoup trop cher* ». PA5

Les entretiens montrent également que ces difficultés financières semblent parfois s'inscrire dans des trajectoires sociales plus larges :

> « *J'ai pleins de problèmes à mes dents parce que mes parents n'avaient pas l'argent pour qu'on aille chez le dentiste* ». PA2

Plusieurs professionnels évoquent également l'existence d'inégalités sociales importantes dans l'accès aux soins. Certains participants estiment que les patients suivis en milieu privé présentent généralement une meilleure sensibilisation à la prévention et un suivi plus régulier:

> « *En milieu privé [...] on se retrouve confronté à une patientèle déjà beaucoup plus éduquée au milieu dentaire* ». PR2

D'autres professionnels nuancent cependant cette distinction entre milieu hospitalier et milieu privé. Une dentiste explique notamment que la patientèle du CHU reste très diversifiée socialement, certains patients consultant en raison de la réputation universitaire du centre ou de la qualité perçue des soins, indépendamment de leur niveau socio-économique :

> « *Non je ne pense pas. [...] il y a des gens qui viennent vraiment parce qu'ils sont locaux [...] et les gens qui viennent parce que c'est l'université et le CHU et qu'il y a une réputation de traitement. [...] il peut y avoir de tout, c'est pas pour ça que c'est spécialement des milieux aisés* ». PR4

Les entretiens suggèrent ainsi que les inégalités d'accès aux soins ne peuvent pas être expliquées uniquement par le type de structure de soins fréquentée, mais semblent davantage liées à une combinaison de facteurs sociaux, géographiques et individuels.

Les résultats montrent aussi que certains patients conservent une représentation négative des soins dentaires et des dentistes, renforçant parfois l'évitement des soins :

> « *Les soins dentaires sont considérés comme étant extrêmement chers [...] les dentistes comme étant des voleurs* ». PR2

4.2.4.2. Peur des soins dentaires comme facteur d'évitement

La peur du dentiste apparaît également comme un obstacle majeur au recours aux soins. Plusieurs professionnels rapportent que certains patients évitent les consultations en raison d'expériences négatives passées ou de la peur de la douleur :

« *Les patients qui ont peur souvent c'est des patients plus âgés qui ont été traumatisés par les soins qu'ils ont déjà eus* ». PR6

Les patients interrogés confirment également l'impact de cette anxiété sur leur suivi bucco-dentaire :

> « *Quand j'étais petite, j'avais pas mal de problèmes avec les dentistes, j'en avais très peur* ». PA1

Les hygiénistes estiment que néanmoins, les consultations avec eux peuvent contribuer à réduire cette anxiété grâce à une approche davantage centrée sur l'écoute et des soins perçus comme moins douloureux :

> « *Il faut vraiment passer beaucoup de temps à communiquer, à les mettre en confiance. [...] les patients sont toujours très étonnés de ne pas avoir mal* ». PR3
>
> « *Une fois qu'ils ont vu qu'ils n'avaient pas mal [...] le regard est complètement changé* ». PR2

Plusieurs professionnels expliquent également que certains patients anxieux sont spécifiquement orientés vers des praticiens réputés pour leur douceur :

> « *Pas mal de gens m'envoient les gens qui ont peur parce qu'ils savent que je suis assez douce et assez patiente* ». PR6

4.2.4.3. Difficultés organisationnelles et manque de professionnels

Les participants soulignent également des difficultés liées au manque de professionnels disponibles et aux longs délais de rendez-vous :

> « *On a tous des délais extrêmement longs* ». PR5

Plusieurs dentistes expliquent être surchargés et ne plus pouvoir assurer un suivi préventif suffisamment fréquent :

« *Moi je vois mes patients une fois par an* ». PR6

Les entretiens mettent également en évidence certaines difficultés géographiques d'accès aux soins :

« *On a des patients qui doivent faire une heure de route pour avoir rendez-vous chez un dentiste* ». PR2

Les résultats montrent ainsi que les difficultés d'accès aux soins ne relèvent pas uniquement de facteurs financiers, mais également de contraintes organisationnelles et territoriales.

4.2.5. Profession « levier » potentiel d'amélioration de l'accès aux soins

Les participants considèrent globalement que les hygiénistes bucco-dentaires pourraient contribuer à améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires à plusieurs niveaux.
Leur approche préventive et relationnelle semble notamment favoriser un suivi plus régulier des patients, améliorer l'expérience des soins et limiter certaines situations d'évitement :

« *Ils voient déjà un professionnel de santé sans que ce professionnel de santé ne les traumatise dès la première fois* ». PR1

Plusieurs participants estiment également que les hygiénistes permettent de renforcer la prévention et de limiter l'apparition de pathologies plus lourdes :

« *Et je suis sûre que si j'avais mon bras droit hygiénistes, moi je le vois une fois par an et lui voit les patients une fois par an […] Ça veut dire que ça finit par rentrer parce que on retape à chaque fois sur les conseils. Et donc je suis sûre qu'on éviterait des caries* ». PR6

L'ensemble des praticiens concluent que la délégation des actes préventifs contribue à une meilleure répartition des tâches au sein des cabinets dentaires et à une diminution de la surcharge des dentistes :

« *Ça lui permet de libérer des plages pour des urgences* ». PR2

Certains patients estiment également que l'intégration des hygiénistes pourrait contribuer à améliorer l'accès aux soins en diminuant les délais de rendez-vous et en renforçant la disponibilité des professionnels au sein des structures de soins :

> « *Oui je pense que ça peut améliorer l'accès aux soins chez les patients parce que ben moi je sais bien qu'ici je viens une fois par an et que j'ai parfois des rendez-vous si j'ai une carie qui sont super longs et donc je pense que ça peut aider d'avoir quelqu'un supplémentaire en plus oui je pense que ça peut-être quelque chose de positif* ». PA5

Les personnes ayant déjà consulté un hygiéniste décrivent généralement une expérience de soins plus rassurante et davantage centrée sur l'écoute, les explications et l'accompagnement. Certains semblent également associer cette approche à une relation thérapeutique plus personnalisée ainsi qu'à un temps de consultations plus important que lors de certaines consultations dentaires classiques. Une patiente explique notamment que, malgré une appréhension initiale liée au changement de praticien, l'expérience de consultation chez un hygiéniste a finalement renforcé son sentiment de confiance grâce aux explications reçues et au temps consacré à son suivi :

> « *La première fois que j'ai été chez une hygiéniste j'étais un peu stressée de changer de personne. Mon paro m'a expliqué qui c'était et qu'elle allait faire mon suivi d'implant. Et en effet, après le rendez-vous j'étais rassurée car elle m'a tout expliqué et elle a pris beaucoup de temps avec moi, ce qui est pas souvent le cas avec l'autre car je sais qu'il est débordé* ». PA10

D'autres patients expliquent également qu'une meilleure compréhension du rôle de l'hygiéniste facilite leur acceptation d'une prise en charge par un autre professionnel que leur dentiste habituel :

> « *Oui je pourrais aller chez un hygiéniste. Maintenant que vous m'avez expliqué ce qu'ils font, je pense que ça pourrait bien se passer* ». PA5

Ainsi, plusieurs participants considèrent les hygiénistes bucco-dentaires comme des acteurs susceptibles de renforcer l'accessibilité des soins bucco-dentaires, principalement à travers leur rôle préventif, éducatif et relationnel.

4.2.6. Limites structurelles freinant l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires

Malgré les bénéfices potentiels associés aux hygiénistes bucco-dentaires, l'ensemble des praticiens mettent en évidence plusieurs freins institutionnels et politiques limitant encore fortement leur intégration dans le système belge.
Le principal obstacle évoqué concerne le manque de codes INAMI adaptés et les difficultés de remboursement des soins réalisés par les hygiénistes :

> « *Ça veut dire que si un adulte vient faire son contrôle annuel chez un hygiéniste bucco-dentaire, si le détartrage a déjà été attesté, l'hygiéniste ne pourra rien attester d'autre. Donc ça voudra dire que le patient devra tout mettre de sa poche, donc en d'autres termes : l'hygiéniste est là pour les riches, donc ça veut dire que c'est surtout les populations qui peuvent se le permettre qui pourront aller chez l'hygiéniste bucco-dentaire* ». PR3

Plusieurs praticiens décrivent une situation paradoxale dans laquelle les hygiénistes disposent légalement de certaines compétences, mais ne peuvent pas toujours exercer ces actes dans des conditions de remboursement adaptées :

> « *Tous les actes dans notre arrêté royal, il y en a deux qu'on peut vraiment faire si le patient veut être remboursé* ». PR2

Plusieurs hygiénistes expliquent également devoir travailler sous le numéro INAMI des dentistes afin que les patients puissent bénéficier d'un remboursement :

> « *C'est un stress quotidien de travailler en tant qu'hygiéniste d'un point de vue remboursement pour le patient et d'un point de vue financier. Donc c'est un petit peu un métier difficile à vivre de ce côté-là* ». PR2

Les résultats mettent ainsi en évidence une tension importante entre la reconnaissance légale de la profession et son intégration concrète dans le système de soins. Plusieurs hygiénistes décrivent une situation de "zone grise" générant de l'incertitude et de la frustration chez les hygiénistes :

« *Gros problème, ce qui fait que beaucoup d'hygiénistes doivent à l'heure actuelle travailler dans cette zone grise, donc c'est un peu de la fraude. Ce qui fait qu'il y a beaucoup d'hygiénistes qui se réorientent ou arrêtent ou bien travaillent dans la peur d'avoir un jour un contrôle sur leur lieu de travail*». PR3

Les participants soulignent également une faible représentation politique de la profession :

« Notre association est trop jeune et compte trop peu de membres ». PR2

Plusieurs professionnels estiment que cette faible reconnaissance institutionnelle freine encore fortement le développement du métier et limite son intégration durable dans les structures de soins :

« Moi je ne comprends pas pourquoi ça n'avance pas. Alors pourquoi créer ce métier ? ». PR5

Ainsi, les résultats montrent que l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires ne dépend pas uniquement des pratiques cliniques, mais également de facteurs politiques, institutionnels et organisationnels plus larges.

5. Discussion

Cette étude exploratoire met en évidence que l'instauration des hygiénistes bucco-dentaires en Belgique ne correspond pas uniquement à l'apparition d'un nouveau professionnel dans le paysage des soins dentaires. Elle semble plutôt révéler une transformation plus large du modèle de soins bucco-dentaires, historiquement centré sur le traitement curatif et sur la figure du dentiste comme principal acteur du parcours de soins. Les discours recueillis suggèrent l'émergence progressive d'une approche davantage orientée vers la prévention, le suivi régulier, l'éducation thérapeutique et la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, cette évolution apparaît encore incomplète et traversée par plusieurs tensions. Les HBD sont largement perçus comme des professionnels susceptibles d'améliorer certaines dimensions de l'accès aux soins, mais leur intégration reste freinée par des limites structurelles, financières et institutionnelles importantes. Cette tension constitue probablement l'un des principaux enseignements de cette recherche.

5.1. Émergence progressive d'un modèle davantage préventif en santé bucco-dentaire

L'un des éléments centraux de cette étude concerne la place occupée par la prévention dans les représentations du métier d'HBD. Les entretiens montrent que les HBD se définissent principalement à travers des missions d'éducation thérapeutique, d'accompagnement des comportements de santé et de maintien de la santé bucco-dentaire à long therme. Cette orientation s'inscrit dans une évolution plus large des politiques de santé publique. Depuis plusieurs décennies, les approches strictement biomédicales et curatives ont progressivement été remises en question au profit de modèles davantage centrés sur la prévention, la promotion de la santé et de l'autonomisation des patients (1,50).

En santé bucco-dentaire également, plusieurs organisations internationales soulignent la nécessité de renforcer les approches préventives face au poids mondial des maladies bucco-dentaires, largement évitables mais toujours extrêmement fréquentes (1,2). Dans ce contexte, les HBD semblent incarner une forme de déplacement du modèle de soins : la santé bucco-dentaire n'est plus uniquement envisagée à travers le traitement des pathologies installées, mais également à travers le maintien de comportements favorables à la santé (1,50). Les participants décrivent d'ailleurs une pratique fortement centrée sur les habitudes quotidiennes, la compréhension des conseils d'hygiène, le suivi régulier ainsi que la responsabilisation progressive du patient. cette approche rejoint également les modèles contemporains de promotion de la santé, selon lesquels les comportements individuels de santé sont influencés par des dimensions éducatives, relationnelles et sociales plus larges (51). Les entretiens montrent notamment que les patients valorisent fortement les explications personnalisées, le temps accordé ainsi que la possibilité de comprendre concrètement les gestes de prévention. Cela semble particulièrement important dans le domaine de la santé bucco-dentaire, où les comportements préventifs quotidiens jouent un rôle central dans le développement des pathologies.

Par ailleurs, les HBD interrogés intègrent fréquemment les liens entre santé bucco-dentaire et santé générale dans leur pratique quotidienne, notamment concernant le diabète, le tabagisme ou encore la grossesse.

Cette vision plus globale rejoint les approches actuelles de santé publique considérant la santé orale comme une composante intégrée de la santé générale et non comme un domaine isolé (17). Les résultats suggèrent ainsi que les HBD participent potentiellement à une redéfinition de la place de la prévention dans le système de soins bucco-dentaires belge. Cette évolution apparaît comme particulièrement importante dans un contexte où les soins dentaires restent encore largement organisés autour d'une logique curative et interventionnelle.

5.2. Accès aux soins au-delà de la seule dimension financière

Cette étude met également en évidence que l'accès aux soins bucco-dentaires ne peut être réduit à la seule question du remboursement ou du coût financier des traitements. Bien que la dimension économique reste centrale dans les discours des patients, les entretiens montrent que les obstacles aux soins sont multidimensionnels et relèvent également de facteurs psychologiques, relationnels, organisationnels et informationnels. Cette observation rejoint le modèle conceptuel développé par Levesque, Harris et Russell (27) selon lequel l'accès aux soins résulte de l'interaction entre plusieurs dimensions : disponibilité des services, accessibilité financière, capacité à comprendre l'information, acceptabilité des soins et capacité des individus à mobiliser les ressources disponibles (27).

Les résultats montrent notamment que la peur des soins dentaires constitue un obstacle important au recours aux soins. plusieurs participants décrivent des situations d'évitement, de report des consultations ou d'abandon du suivi en raison d'expériences passées traumatisantes ou d'une forte anxiété liée aux soins dentaires. Ces observations rejoignent la littérature montrant que l'anxiété dentaire constitue un facteur fréquent de renoncement aux soins et contribue à l'aggravation progressive des pathologies bucco-dentaires (52,53). Dans ce contexte, les HBD semblent occuper une place particulière. Les patients ayant consulté une HBD décrivent souvent une expérience de soins plus rassurante, davantage centrée sur l'écoute, les explications et la douceur des soins. le temps accordé aux patients apparaît comme un élément central de cette relation thérapeutique. Cette dimension relationnelle semble jouer un rôle important dans le développement d'un climat de confiance favorisant l'adhésion au suivi préventif (54,55). Ces observations rejoignent plusieurs travaux ayant montré que la qualité de la relation thérapeutique influence directement le recours aux soins, l'adhésion au suivi des patients ainsi que les comportements de santé à long terme (54,56).

Dans cette perspective, les HBD ne contribuent pas uniquement à réaliser des actes préventifs, mais également à rendre les soins plus acceptables et plus accessibles sur la plan relationnel. Les résultats montrent également que l'accès aux soins dépend fortement de la compréhension des informations de santé. Plusieurs patients expliquent avoir besoin d'explications détaillés afin de comprendre les recommandations et pouvoir les appliquer dans leur quotidien. Cette question de la littératie en santé apparaît particulièrement importante dans le domaine de la prévention bucco-dentaire, où l'efficacité des comportements préventifs repose largement sur la compréhension et l'appropriation des conseils donnés par les professionnels (57). Ainsi, cette étude suggère que les HBD pourraient contribuer à améliorer certaines dimensions de l'accès aux soins, non seulement à travers les soins réalisés, mais aussi à travers la qualité de la relation thérapeutique, l'éducation à la santé et le renforcement des capacités des patients à prendre soin de leur santé bucco-dentaire.

5.3. Transformation du parcours de soins et tensions professionnelles et institutionnelles

Si les participants décrivent globalement de manière positive l'intégration des HBD dans le parcours de soins, les résultats montrent également que cette évolution reste traversée par plusieurs tensions liées à la reconnaissance professionnelle et à la redéfinition des rôles au sein des équipes dentaires. Les HBD apparaissent encore comme une profession en cours de légitimation. Plusieurs patients déclarent ne pas connaître le métier ou ne pas comprendre précisément les compétences associées à cette profession. Certains HBD rapportent également des situations dans lesquelles leur légitimité est remise en question par des patients habitués à une prise en charge exclusivement centrée sur le dentiste. Ces difficultés semblent fréquentes lors de l'émergence de nouvelles professions de santé. La littérature sociologique montre que les transformations des systèmes de soins s'accompagnent souvent de tensions liées aux frontières professionnelles, à la redistribution des rôles et à la reconnaissance des compétences (58). Dans le cas des HBD, cette tension semble renforcée par le caractère encore récent de la profession en Belgique.

Les résultats montrent aussi que la collaboration interprofessionnelle reste encore variable selon les contextes de pratique. Certains professionnels décrivent une véritable complémentarité entre dentistes et HBD, tandis que d'autres évoquent des collaborations

encore limitées ou peu structurées. Le fonctionnement du CHU Brull à Liège illustre particulièrement cette situation, les HBD étant rattachés au service de parodontologie plutôt qu'intégrés de manière transversale dans l'ensemble des services dentaires.

Cette situation témoigne probablement du fait que l'intégration des HBD ne dépend pas uniquement de la reconnaissance légale de la profession, mais également de l'organisation concrète des structures de soins, des habitudes professionnelles et de l'acceptation progressive de nouveaux modes collaborations. Par ailleurs, plusieurs participants soulignent que les patients restent parfois attachés à une relation de confiance construite historiquement avec leur dentiste habituel. L'introduction de nouveaux professionnels dans le parcours de soins nécessite donc une réorganisation non seulement technique, mais aussi relationnelle et symbolique du système de soins.

5.4. Promotion de la prévention sans moyens structurels

L'un des éléments les plus marquants de cette étude concerne le décalage important entre le discours favorable à la prévention et les limites structurelles actuelles du système belge. Les participants considèrent largement les HBD comme des professionnels susceptibles d'améliorer le suivi préventif, de renforcer l'éducation thérapeutique et de contribuer à une meilleure accessibilité des soins. Pourtant, plusieurs obstacles institutionnels limitent fortement leur intégration concrète dans le système de soins. Le principal frein évoqué concerne le manque de codes INAMI adaptés ainsi que les difficultés de remboursement des soins réalisés par les HBD. Cette situation apparaît particulièrement paradoxale dans un contexte où les politique de santé publique valorisent de plus en plus l'importance de la prévention.

Ces observations soulèvent une question plus large concernant la place réellement accordée à la prévention dans les systèmes de soins. Historiquement, les systèmes de financement des soins de santé ont principalement été construits autour d'une logique curative et interventionnelle, dans laquelle les actes techniques sont davantage valorisés financièrement que les activités éducatives ou préventives (38). Cette logique semble également présente dans le système de soins bucco-dentaires.

Les résultats mettent ainsi en évidence une contradiction : alors que les HBD sont présentés comme des acteurs susceptibles d'améliorer l'accès aux soins et de renforcer la prévention, les mécanismes actuels de remboursement limitent leur autonomie et leur intégration durable. Plusieurs participants décrivent une forme de « zone grise » dans laquelle certains actes sont réalisés sous le numéro INAMI des dentistes afin de permettre le remboursement des patients.

Cette situation pourrait également contribuer à renforcer certaines inégalités sociales de santé. Si les soins préventifs réalisés par les HBD restent insuffisamment remboursés, leur accès risque d'être davantage réservé aux patients disposant de ressources financières suffisantes. Cette observation apparaît particulièrement problématique dans un contexte où les maladies bucco-dentaires touchent davantage les populations socio-économiquement défavorisées (12). Ainsi, cette étude suggère que l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires ne dépende pas uniquement de l'introduction de nouveaux professionnels, mais aussi des choix politiques, institutionnels et financiers encadrant leur intégration dans le système de soins.

5.5. Perspectives et pistes d'amélioration

Les résultats de cette étude soulignent plusieurs pistes susceptibles de renforcer la contribution des HBD à l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires en Belgique. L'élargissement des codes INAMI accessibles aux HBD apparaît comme une condition essentielle à leur intégration effective dans les structures de soins. Les difficultés actuelles de remboursement limitent fortement l'autonomie des HBD et risquent de restreindre l'accès aux soins préventifs aux patients disposant de ressources financières suffisantes. Une meilleure valorisation financière de la prévention pourrait ainsi contribuer à renforcer l'accessibilité des soins bucco-dentaires dans une perspective de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé.

Les résultats mettent en évidence l'importance de développer des modèles de collaboration plus structurés entre dentistes et HBD. Une meilleure intégration des HBD dans les cabinets dentaires, les structures hospitalières ou encore les dispositifs de santé communautaire pourrait favoriser une répartition plus efficiente des tâches, renforcer le suivi préventif des patients et améliorer la continuité des soins.

La faible visibilité publique de la profession apparaît comme un frein important à son acceptation et à sa reconnaissance. Le développement de campagnes d'information ainsi qu'une présence accrue des HBD dans les structures de prévention et de santé publique pourraient contribuer à améliorer la connaissance du métier auprès de la population.
Des recherches complémentaires seraient nécessaires afin d'évaluer plus précisément l'impact réel des HBD sur l'accès aux soins, le recours à la prévention ainsi que la réduction des inégalités sociales de santé en Belgique.

5.6. Forces, limites et biais de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle explore un sujet encore peu étudié en Belgique, plus particulièrement en Wallonie, à travers une approche qualitative permettant de comprendre les perceptions, les expériences et les représentations des différents acteurs concernés. Le croisement des points de vue des HBD, des dentistes et des patients constitue également une richesse importante de cette recherche et permet une compréhension plus globale des enjeux liés à l'intégration de la profession. Certaines limites doivent en même temps être prises en compte. Premièrement, le recrutement des participants reposait sur un échantillonnage raisonné et volontaire, ce qui peut avoir introduit un biais de sélection. Les praticiens et patients interrogés étaient probablement davantage sensibilisés à la prévention et plus favorables à l'intégration des HBD. Deuxièmement, une partie importante des entretiens a été réalisée dans un contexte hospitalo-universitaire où les HBD sont déjà relativement présents. Les perceptions recueillies pourraient donc différer de celles observées dans d'autres contextes de soins, notamment en cabinet privé. Un biais de désirabilité sociale est également possible, particulièrement chez les professionnels de santé pouvant avoir tendance à valoriser leur pratique ou leur collaboration interprofessionnelle lors des entretiens.

Enfin, la posture de la chercheuse doit également être prise en considération. L'intérêt porté à la prévention et au métier d'HBD peut avoir influencé certaines interprétations des données. Un travail de réflexivité a néanmoins été réalisé tout au long de l'analyse afin de limiter l'impact de ces représentations personnelles sur l'interprétation des résultats.
Comme toute étude qualitative, cette recherche ne vise pas une généralisation statistique des résultats, mais une compréhension approfondie des expériences et des dynamiques observées

6. Conclusion

Cette étude qualitative met en évidence que les hygiénistes bucco-dentaires sont largement perçus comme des professionnels susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires en Belgique. Leur rôle semble dépasser la simple réalisation d'actes techniques pour s'inscrire dans une approche davantage centrée sur la prévention, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement des patients et le maintien de la santé bucco-dentaire à long terme.

Les résultats suggèrent également que l'intégration des HBD participe progressivement à une transformation plus large du modèle de soins bucco-dentaires, historiquement centré sur les soins curatifs et sur la figure du dentiste unique. Les HBD apparaissent ainsi comme des acteurs pouvant renforcer certaines dimensions de l'accès aux soins, notamment à travers l'amélioration de l'acceptabilité des soins, la diminution de l'anxiété dentaire, le renforcement du suivi préventif ainsi qu'une meilleure répartition des tâches au sein des structures dentaires.

Toutefois, cette contribution potentielle reste aujourd'hui fortement limitée par plusieurs obstacles structurels et institutionnels. Le manque de reconnaissance politique, l'insuffisance des codes INAMI et les difficultés de remboursement des soins préventifs freinent encore largement l'intégration concrète des HBD dans le système belge. Cette situation met en évidence une situation pouvant paraitre paradoxale : alors que la prévention est de plus en plus valorisée dans les discours de santé publique, les moyens organisationnels et financiers permettant son développement restent insuffisants.

Dans un contexte marqué par le poids important des maladies bucco-dentaires et par des inégalités persistantes d'accès aux soins, cette étude souligne l'importance de renforcer les approches préventives en santé bucco-dentaire. Le développement des HBD pourrait représenter un levier intéressant pour soutenir une organisation des soins davantage centrée sur la prévention, la promotion de la santé et les besoins de la population. Toutefois, une intégration durable de cette profession nécessitera probablement des adaptations structurelles plus larges du système belge de soins bucco-dentaires.

7. Références

1. Ottawa Charter for Health Promotion.

2. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. [cité 14 août 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484

3. Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. J Dent Res. avr 2020;99(4):362-73. doi:10.1177/0022034520908533 PubMed PMID: 32122215; PubMed Central PMCID: PMC7088322.

4. Scribd [Internet]. [cité 25 févr 2026]. FRENCH Oral-Health-Manual 2017 ISBN Sec | PDF | Dent | Hygiène bucco-dentaire. Disponible sur: https://fr.scribd.com/document/601266048/FRENCH-Oral-Health-Manual-2017-ISBN-Sec

5. gphp-2018-toolkit-fr_0.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2026]. Disponible sur: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/gphp-2018-toolkit-fr_0.pdf

6. Jin L, Lamster I, Greenspan J, Pitts N, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. Oral Diseases. 2016;22(7):609-19. doi:10.1111/odi.12428

7. Chapple ILC, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra MC, Cocco F, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. Journal of Clinical Periodontology. 2017;44(S18):S39-51. doi:10.1111/jcpe.12685

8. WHO/Europe calls for urgent action on oral disease as highest rates globally are recorded in European Region [Internet]. [cité 25 juill 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/azerbaijan/news/item/20-04-2023-who-europe-calls-for-urgent-action-on-oral-disease-as-highest-rates-globally-are-recorded-in-european-region

9. Farsi NJ, Merdad Y, Mirdad M, Batweel O, Badri R, Alrefai H, et al. Oral Health Knowledge, Attitudes, and Behaviors Among University Students in Jeddah, Saudi Arabia. Clin Cosmet Investig Dent. 2020;12:515-23. doi:10.2147/CCIDE.S272986 PubMed PMID: 33235510; PubMed Central PMCID: PMC7680169.

10. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. The Lancet. juill 2019;394(10194):261-72. doi:10.1016/S0140-6736(19)31133-X

11. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé [Internet]. [cité 25 févr 2026]. Gradient social de santé. Disponible sur: https://rrapps-bfc.org/node/146

12. Marmot M, Bell R, Goldblatt P. Action on the social determinants of health. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. août 2013;61:S127-32. doi:10.1016/j.respe.2013.05.014

13. Marinho VC, Higgins J, Logan S, Sheiham (deceased) A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 20 janv 2003;2003(1):CD002278. doi:10.1002/14651858.CD002278 PubMed PMID: 12535435; PubMed Central PMCID: PMC8439270.

14. Amarasena N, Haag D, Peres K. A scoping review of caries risk management protocols in Australia and New Zealand. Australian Dental Journal. 2019;64(1):19-26. doi:10.1111/adj.12653

15. Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. Journal of Clinical Periodontology. 2015;42(S16):S71-6. doi:10.1111/jcpe.12366

16. Worthington HV, MacDonald L, Pericic TP, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P, et al. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries - Worthington, HV - 2019 | Cochrane Library [Internet]. [cité 9 avr 2026]. Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012018.pub2/full

17. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. Journal of Clinical Periodontology. 2017;44(5):456-62. doi:10.1111/jcpe.12732

18. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21-31. doi:10.1007/s00125-011-2342-y PubMed PMID: 22057194; PubMed Central PMCID: PMC3228943.

19. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association? [Internet]. [cité 9 avr 2026]. Disponible sur: https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0b013e31825719f3 doi:10.1161/CIR.0b013e31825719f3

20. SPF. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. [Internet]. [cité 19 févr 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/import/inegalites-sociales-de-sante-des-determinants-multiples

21. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2025 [cité 19 févr 2026]. Inégalités sociales de santé (ISS) | INSPQ. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/inegalites-sociales-de-sante

22. Ridde V, Guichard A, Houéto D. Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity. Promot Educ. 2007;Suppl 2:12-6, 44-7. doi:10.1177/10253823070140020601x PubMed PMID: 17685074.

23. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. avr 2003;57(4):254-8. doi:10.1136/jech.57.4.254

24. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet. sept 2007;370(9593):1153-63. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3

25. 1 Belge sur 4 ne se rend pas chaque année chez le dentiste | CAAMI [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://www.caami-hziv.fgov.be/fr/membres/1-belge-sur-4-ne-se-rend-pas-chaque-annee-chez-le-dentiste

26. Microsoft Word - PE_FR_HIS_2018_Final [Internet]. [cité 4 mars 2026]. Disponible sur: https://www.sciensano.be/sites/default/files/pe_report_2018_fr_final.pdf

27. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health. 11 mars 2013;12(1):18. doi:10.1186/1475-9276-12-18

28. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet. juill 2019;394(10194):249-60. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8

29. Da Silva OM, Glick M. FDI Vision 2020: a blueprint for the profession. International Dental Journal. déc 2012;62(6):277. doi:10.1111/idj.12011

30. Gerkens S. Performance of the Belgian health system: Report 2024. 2025.

31. Devos C. Performance du système de santé belge – Rapport 2019. 2019.

32. publique SS. Arrêté royal du 18 mars 2018 | SPF Santé publique [Internet]. 2018 [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/fr/organisation-politique/reglementation-documents-politique/arrete-royal-18-mars-2018

33. Les autorités fédérales | Belgium.be [Internet]. [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/autorites_federales

34. publique SS. Hygiéniste bucco-dentaire | SPF Santé publique [Internet]. 2026 [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/fr/professionnels/professionnels-sante/sante-humaine/professions-sante/acces-aux-professions-soins-sante/professions-paramedicales/hygieniste-bucco-dentaire

35. publique SS. Professions de soins de santé reconnues | SPF Santé publique [Internet]. 2026 [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/fr/themes/sante/professions-soins-sante-reconnues

36. Nomenclature pour les hygiénistes bucco-dentaires | INAMI [Internet]. [cité 19 mars 2026]. Disponible sur: https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/hygieniste-bucco-dentaire/nomenclature-pour-les-hygienistes-bucco-dentaires#quelles-sont-les-prestations-remboursables

37. publique SS. Arrêté royal du 28 mars 2018 | SPF Santé publique [Internet]. [cité 20 mars 2026]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/fr/organisation-politique/reglementation-documents-politique/arrete-royal-28-mars-2018

38. Winkelmann J, Rossi JG, van Ginneken E. Oral health care in Europe.

39. author-health. Vers une Belgique en bonne santé [Internet]. 2026 [cité 17 mai 2026]. Les dentistes. Disponible sur: https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-dentistes?

40. hygienistes_bucco-dentaires_sur_le_marche_du_travail_2023.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/hygienistes_bucco-dentaires_sur_le_marche_du_travail_2023.pdf

41. 38Bis PARA Bachelier HYGIÉNISTE BUCCO-DENTAIRE.indd [Internet]. [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: https://www.provincedeliege.be/sites/default/files/media/15707/HEPL_Bachelier_Hygieniste_Bucco-dentaire_2019-2020.pdf?utm_source=chatgpt.com

42. statan_2024_fr.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2026]. Disponible sur: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2024_fr.pdf

43. 878871 [Internet]. [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: https://backoffice.biblio.ugent.be/download/866170/878871

44. Patterson D. TABLE OF CONTENTS. 2002.

45. Denis J, Guillemette F, Luckerhoff J. Introduction : les approches inductives dans la collecte et l'analyse des données. Approches inductives. 2019;6(1):1. doi:10.7202/1060042ar

46. Sircar-Ramsewak F. Qualitative Health Research - A Beginner's Guide. The Qualitative Report. 1 nov 2010;15(6):1602-5. doi:10.46743/2160-3715/2010.1364

47. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. janv 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

48. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-2. doi:10.1136/bmj.320.7226.50 PubMed PMID: 10617534; PubMed Central PMCID: PMC1117321.

49. 7 MAI 2004. - Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine(NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 18-05-2004 et mise à jour au 29-12-2023) [Internet]. [cité 1 avr 2026]. Disponible sur: https://refli.be/fr/lex/2004022376

50. Kickbusch I. Health Promotion: A Global Perspective. Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique. 1986;77(5):321-6.

51. Nutbeam D. Health promotion glossary.

52. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. BMC Oral Health. 14 janv 2007;7:1. doi:10.1186/1472-6831-7-1 PubMed PMID: 17222356; PubMed Central PMCID: PMC1784087.

53. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living.

54. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling. mars 2009;74(3):295-301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015

55. Haskard Zolnierek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. Med Care. août 2009;47(8):826-34. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc PubMed PMID: 19584762; PubMed Central PMCID: PMC2728700.

56. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing & Reducing Suffering [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf

57. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 janv 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80 PubMed PMID: 22276600; PubMed Central PMCID: PMC3292515.

58. Nancarrow SA, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. Sociology of Health & Illness. 2005;27(7):897-919. doi:10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Guide d'entretien pour les praticiens dentaires

1. Introduction

Présentation de l'enquêteur	« Bonjour, je suis Juliette Vaessen, étudiante en sciences de la santé publique à l'Université de Liège. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une étude sur l'accessibilité aux soins bucco-dentaires en Wallonie, et plus particulièrement sur la contribution apportée par les hygiénistes bucco-dentaires sur cet aspect d'accessibilité aux soins.
Remerciements	Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cet entretien. Votre expertise, votre expérience de terrain et votre point de vue en tant que professionnel(le) de la santé bucco-dentaire sont essentiels pour comprendre les pratiques actuelles et les enjeux liés à l'organisation des soins.
Objectifs	Cet entretien a pour objectif de recueillir votre perception concernant le rôle et l'intégration du métier d'hygiéniste bucco-dentaire dans votre pratique ou dans les structures où vous travaillez, ainsi que votre expérience face aux obstacles rencontrés par les patients pour accéder aux soins bucco-dentaires.
Explication du déroulement	L'entretien durera environ 45 minutes à 1 heure, selon ce que vous souhaiterez partager. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : nous allons simplement discuter de votre expérience professionnelle, de vos observations et de votre perception du terrain. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou au contraire, de me partager des informations complémentaires qui vous semblent intéressantes.

Confidentialité	Cet entretien sera enregistré uniquement afin de me permettre de retranscrire vos propos avec exactitude. Les données seront ensuite anonymisées et utilisées exclusivement dans le cadre de ce mémoire. Aucun nom, structure ou élément permettant de vous identifier ne figurera dans le document final. Ces informa,tions seront ensuite supprimées.
Demande de consentement	Pour être certaine d'avoir votre accord, pouvez-vous me confirmer que vous acceptez l'enregistrement de cet entretien ? Nous pouvons à présent commencer »

2. Parcours de soins et rapport personnel

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Pour commencer, est-ce que vous pourriez me parler un peu de vous ? De votre parcours, et de ce qui vous a amené à travailler dans le domaine bucco-dentaire, ainsi que du rôle que vous occupez aujourd'hui ?	- Quelles études ou formations avez-vous suivies ? - Depuis combien de temps exercez-vous dans ce domaine ? - Avez-vous une pratique exclusive en milieu hospitalo-universitaire ou exercez-vous également dans un cabinet externe ? - Quelles sont les principales activités que vous réalisez au quotidien ? - Qu'est-ce qui vous plaît ou vous motive le plus dans votre rôle ? - Travaillez-vous seul(e), en collaboration avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels ? - Quels types de patientèles rencontrez-vous principalement ? (âge, profil socio-économique, pathologies, etc.)

3. Représentations du métier d'hygiéniste bucco-dentaire

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Pouvez-vous me dire ce que représente pour vous le métier d'hygiéniste bucco-dentaire ?	- Comment définiriez-vous son rôle ? - Quelles différences avec celui du dentiste ? - Comment cela se traduit-il concrètement dans votre pratique ?
Quelle place pensez-vous que l'hygiéniste devrait occuper dans l'équipe de soin ?	- Selon vous, est-elle aujourd'hui suffisante ? Trop limitée ? Trop floue ?
Comment les dentistes perçoivent ils les hygiénistes bucco-dentaires ? Avez-vous déjà ressenti une résistance/réticence (pour les HBD) ?	

4. Organisation des soins / disponibilité et adéquation

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Si cela n'a rien modifié, est-ce une volonté de votre part ? Ou quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez ?	- Délégation des tâches ? Fluidification des consultations ? - Impact sur les délais de rendez-vous ? - Perception des patients ?

5. Obstacles à l'accès aux soins

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Selon votre expérience, quels sont les principaux obstacles qui empêchent les patients d'accéder aux soins dentaires ?	- Obstacles financiers ? - Manque d'information ? - Littératie en santé ? - Peur du dentiste ? - Accès géographique ? - Manque de disponibilité des professionnels de la santé bucco-dentaire, surcharge des agendas ?
Dans quelle mesure l'hygiéniste contribue-t-elle (ou non) à réduire ces obstacles ?	- Pouvez-vous me donner des exemples concrets ? - Est-ce que les patients changent réellement leurs comportements ? - Sur le long terme ? - Quels patients adhèrent le plus ?
Est-ce que ces obstacles ont évolué ces dernières années ?	
Avez-vous observé un changement concret dans l'accès aux soins ?	
Pouvez-vous comparer avant/après l'arrivée des hygiénistes ?	
Est-ce que certains patients viennent plus tôt grâce à vous ?	
Avez-vous des exemples précis de patients ? »	

6. Acceptabilité et reconnaissance du métier

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Comment les patients réagissent-ils lorsqu'ils rencontrent un hygiéniste plutôt qu'un dentiste ? Ou si ils n'en n'ont jamais rencontré, comment les patients réagissent-ils si vous les orientez vers un hygiéniste ? Selon vous, pourquoi le métier reste méconnu ?	- Confiance ? - Incompréhension du rôle ? - Préférences ? - Avez-vous rencontré des réticences ? - Est-ce que certains patients refusent ? pourquoi ?

7. Financement/remboursement

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Quel est votre point de vue sur le niveau actuel de remboursement des actes des hygiénistes ? En avez-vous une bonne connaissance ? (si dentiste : êtes-vous suffisamment informés de cela ? Quelles sont les limites de votre rôle ? Qu'est-ce qui empêche une meilleure intégration ? Le système actuel est-il adapté ? pourquoi ? Que faudrait-il changer en priorité ?	- Cela limite-t-il l'accès pour certains patients ? - Cela influence-t-il votre organisation ?

8. Questions communes aux deux guides

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Selon vous, qu'est-ce que cela veut dire « avoir une bonne santé dentaire ? » Et demander comment ils expliquent cela aux patients.	- Qu'est-ce qui est important selon vous pour la maintenir ? - Est-ce plutôt lié à la prévention ou aux soins ? - Comment savoir si l'on "prend bien soin" de sa bouche ?

9. Conclusion

À votre avis, que faudrait-il améliorer pour optimiser l'intégration de l'hygiéniste dans le système de soins en Wallonie ? Merci pour votre temps lors de cet entretien, si vous avez des choses à ajouter ou compléter des informations n'hésitez pas.

8.2. Annexe 2 : Guide d'entretien pour les patients

1. Introduction

Présentation de l'enquêteur	« Bonjour, je suis Juliette Vaessen, étudiante en Master de Sciences de la Santé publique à l'Université de Liège. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise plusieurs entretiens afin de mieux comprendre l'accès aux soins bucco-dentaires en Belgique, ainsi que la place du métier d'hygiéniste bucco-dentaire.
Remerciements	Je tiens d'abord à vous remercier pour le temps que vous acceptez de consacrer à cet entretien. Votre expérience et votre avis sont très importants et vont vraiment m'aider à comprendre la situation du point de vue des patients.
Objectifs	L'objectif de cet entretien est de connaître votre expérience personnelle en matière de soins dentaires : ce qui est facile, ce qui l'est moins, ce que vous trouvez clair ou plus compliqué. J'aimerais également savoir si vous avez déjà entendu parler du métier d'hygiéniste bucco-dentaire, ou si vous avez déjà été en contact avec ce type de professionnel.
Explication du déroulement	L'entretien va durer environ 30 minutes à 1 heure, selon ce que vous avez envie de partager. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : je m'intéresse simplement à votre vécu, votre ressenti, et votre point de vue. Vous pouvez à tout moment choisir de ne pas répondre à une question.
Confidentialité	Cet entretien sera enregistré uniquement pour me permettre de retranscrire correctement vos paroles. L'enregistrement sera ensuite anonymisé, c'est-à-dire que votre nom n'apparaîtra nulle part, et il sera supprimé à la fin du travail. Les informations que vous partagez resteront strictement confidentielles et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire.
Demande de consentement	Pour être certaine d'avoir votre accord, pouvez-vous me confirmer que vous acceptez l'enregistrement de cet entretien ? Nous pouvons à présent commencer »

2. Parcours de soin et rapport personnel

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Pour commencer, est-ce que vous pourriez me parler un peu de vous ? Par exemple, votre âge, votre situation actuelle, et comment vous percevez votre santé bucco-dentaire en général	- Comment décririez-vous votre rapport aux soins dentaires ? - Avez-vous l'habitude d'aller régulièrement chez le dentiste ? Pourquoi / pourquoi pas ? - Est-ce qu'il y a eu des expériences positives ou négatives qui ont influencé votre façon de consulter ? - Quels sont, selon vous, les éléments les plus importants pour "bien prendre soin de ses dents" ? - Avez-vous déjà entendu parler des hygiénistes bucco-dentaires ? Si oui, qu'en savez-vous ?

3. Représentations et connaissances

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Pour commencer, comment décririez-vous votre santé bucco-dentaire ?	- Est-ce quelque chose auquel vous pensez souvent ? - Qu'est ce qui est facile/difficile pour vous ?
Avez-vous déjà entendu parler du métier d'hygiéniste bucco-dentaire ?	- Si oui : que savez-vous de son rôle ? - Si non : quelle serait, selon vous, son utilité ?

4. Parcours et habitudes de soins

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Pouvez-vous me raconter comment se passent généralement vos consultations dentaires ?	- Régularité ? - Motivation ? - Peurs/appréhensions ?

5. Obstacles à l'accès aux soins

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Avez-vous déjà renoncé ou reporté des soins dentaires ?	- Pour quelles raisons (coût / temps / peur /manque d'information / mobilité …. ?) - Cela vous arrive-t-il encore aujourd'hui ?

6. Expérience avec l'hygiéniste (si applicable)

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Si vous avez déjà consulté un hygiéniste, comment s'est passée cette consultation ?	- Compréhension des explications ? - Sentiment d'accompagnement ? - Changement dans les habitudes à domicile ?

7. Acceptabilité et engagement

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Vous sentiriez-vous à l'aise d'être suivi régulièrement par un hygiéniste ? pourquoi ?	- Confiance ? - Rapport au coût ? - Importance données à la prévention ?

8. Questions communes aux deux guides

Question générale	Questions supplémentaires (relances)
Selon vous, qu'est-ce que cela veut dire « avoir une bonne santé dentaire ? » Et demander d'où ils tiennent ces idées.	- Qu'est-ce qui est important selon vous pour la maintenir ? - Est-ce plutôt lié à la prévention ou aux soins ? - Comment savoir si l'on "prend bien soin" de sa bouche ?

9. Conclusion

Selon vous, que faudrait-il améliorer pour permettre à tout le monde de mieux se faire soigner les dents ?

Merci pour votre temps lors de cet entretien, si vous avez des choses à ajouter ou compléter des informations n'hésitez pas.

8.3. Annexe 3 : Mail aux praticiens de la santé bucco-dentaire

Objet : Invitation à un entretien dans le cadre d'une étude sur l'accès aux soins bucco-dentaires

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études réalisé au sein du Master en Sciences de la Santé publique à l'Université de Liège. Mon travail porte sur l'accès aux soins bucco-dentaires en Belgique francophone et, plus spécifiquement, sur la contribution du métier d'hygiéniste bucco-dentaire à l'amélioration de cet accès.

Dans ce cadre, je réalise une série d'entretiens individuels auprès de professionnels de la santé bucco-dentaire (dentistes et hygiénistes), afin de recueillir leurs perceptions, leurs expériences de terrain ainsi que leur vision du rôle et de l'intégration de ce métier dans les pratiques. Votre expertise serait particulièrement précieuse pour enrichir cette réflexion et apporter un éclairage concret sur les réalités professionnelles actuelles.

Les entretiens durent entre 30 minutes et 1 heure, selon votre disponibilité, et peuvent se dérouler en présentiel dans votre structure ou à distance, à votre convenance. Ils feront l'objet d'un enregistrement audio, uniquement afin de permettre une retranscription fidèle, et seront traités de manière entièrement anonyme et confidentielle, conformément aux règles du RGPD.

Je serai présente dans votre structure durant ces mois de janvier et février afin de réaliser ces entretiens. Si vous acceptez d'y participer, je vous proposerai un horaire précis en fonction de vos disponibilités.

Je reste bien entendu à votre disposition pour toute question ou information complémentaire. Je vous remercie sincèrement du temps que vous accepterez de consacrer à ce projet ainsi que de l'intérêt que vous y porterez.

Dans l'attente de votre retour, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Juliette Vaessen
Étudiante en Master en Sciences de la Santé publique
Université de Liège
Juliette.vaessen@student.uliege.be

8.4. Annexe 4 : Recrutement dans la salle d'attente pour les patients

« Bonjour, je m'appelle Juliette, je suis étudiante en Santé publique à l'université de Liège. Je réalise une étude sur l'accès aux soins dentaire, et j'aurais besoin du témoignage de patients pour mieux comprendre ce qui rend les soins dentaires faciles ou parfois difficiles d'accès.

L'entretien dure entre 30 minutes et 1 heure, et il se déroule dans un espace calme. Il est complètement anonyme, enregistré uniquement avec votre accord, et il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse : c'est votre expérience qui m'intéresse.

Si vous n'avez pas le temps maintenant ou après votre rendez-vous, ce n'est pas un problème. On peut tout à fait fixer ensemble un autre moment qui vous arrange, un jour où vous êtes plus disponible ou plus à l'aise. merci beaucoup pour votre aide, elle sera précieuse pour mon travail ».

8.5. Annexe 5 : Mail comité éthique – loi

C

Comité Ethique CHU Liège<cs.ethique@chuliege.be>

Répondre

À : Vaessen Juliette

Cc : Ethique <ethique@chuliege.be>; audrey.gueders@gmail.com; Thiry Catherine <catherine.thiry@uliege.be>

Information rgpd_CEHFUL_av... 30 Ko

Etude clinique_questionnaire... 75 Ko

2 pièces jointes (105 Ko) Tout enregistrer dans OneDrive - Universite de Liege Télécharger tout

Bonjour,

L'étude va être évaluée par le comité d'éthique en séance plénière.

Elle ne rentre pas dans le champ d'application du cadre légal de la loi sur l'expérimentation, elle va toutefois être évaluée pour sa pertinence scientifique et la méthodologie.

Le promoteur est ULiège et l'étude se déroule sur le site du CHU de Liège.

Veuillez nous transmettre :

- votre CV

- un formulaire d'information et consentement type RGPD pour les professionnels et pour les patients (modèle ci-joint)

- le document de protection des données à transmettre à dpo@chuliege.be

- une convention de collaboration entre l'ULiège, le CHU et la Citadelle pour la réalisation de l'étude. Veuillez contacter madame C.Thiry, juriste ULiège, elle nous lit en copie.

- un protocole d'étude

Le numéro de référence de l'étude est le 2025-678, veuillez le mentionner dans chaque communication.

Bien cordialement,
With kind regards

Sophie Kesseler

Coordinator - Ethics Committee
CHU de Liège
Avenue de l'Hôpital 1
B 35, Route 562, Porte 166
4000 Liège
Tel: +32 4 323 2265
skesseler@chuliege.be

Work from home on Thursdays

8.6. Annexe 6 : Accord comité éthique

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)

Sart Tilman, le 20/01/2026

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Juliette VAESSEN**
Service des **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2025/678

"Contribution du métier d'hygiéniste bucco-dentaire à un meilleur accès aux soins bucco-dentaires : étude exploratoire auprès des professionnels de la santé bucco-dentaire et de leurs patientèles en milieu hospitalo-universitaire. "
Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude et sa publication. Il vous recommande toutefois de prendre contact avec le Délégué à la protection des données de l'ULiège, Monsieur P-F. PIRLET (dpo@uliege.be), afin de vous assurer du respect de la réglementation en matière de protection des données.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur:http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur **Didier LEDOUX** **Président**
Intensiviste, CHU

Monsieur le Docteur **Etienne BAUDOUX** **Vice-Président**
Expert en Thérapie Cellulaire, CHU

Monsieur le Docteur **Guy DAENEN** **Vice-Président**
Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU

Monsieur le Professeur **Pierre FIRKET** **Vice-Président**
Généraliste, membre extérieur au CHU

Monsieur **Resmi AGIRMAN**
Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU

Madame **Viviane DESSOUROUX** / Monsieur **Pascal GRILLI** (suppléant)
Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU

Madame **Régine HARDY** / Madame la Professeure **Adélaïde BLAVIER** (suppléante)
Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU

Madame **Céline KEMPENEERS**
Pédiatre, CHU

Madame **Sophie KESSELER**
Infirmière, CHU

Monsieur le Professeur **Maurice LAMY**
Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU

Madame la Docteure **Marie-Paule LECART**
Rhumato-gériatre, membre extérieure au CHU

Madame **Marie LIEBEN**
Philosophe, membre extérieure au CHU

Monsieur **Jacques LOMBET**
Pédiatre, Citadelle

Madame **Patricia MODANESE**
Infirmière cheffe d'unité, CHU

Madame la Professeure **Anne-Simone PARENT**
Pédiatre, CHU

Monsieur **Stéphane ROBIDA**
Juriste, membre extérieur au CHU

Madame **Isabelle ROLAND**
Pharmacienne, CHU

Madame la Docteure **Isabelle RUTTEN**
Radiothérapeute, membre extérieure au CHU

Monsieur le Professeur **Vincent SEUTIN**
Pharmacologue, membre extérieure au CHU