

**Certificat de formation continue universitaire en Etudes
Genre**

Aspects sociaux et culturels du féminin et du masculin

Cycle 2004-2007

Université de Genève

Hygiéniste dentaire : entre médecine dentaire et
métier du *care*

Avril 2007

Sylvie Roiron

Sous la direction de Céline Schnegg

Remerciements

Un remerciement tout particulier à Mademoiselle Céline Schnegg pour sa patience, sa compétence, sa disponibilité et ses bons conseils.

A Madame Anne-Françoise Praz pour l'organisation de ce cours que j'ai eu énormément de plaisir à suivre.

Au Docteur Christian Robin qui m'a laissé jongler avec mes horaires pour pouvoir suivre cette formation.

A toutes les personnes que j'ai interviewées, pour leur disponibilité.

Aux deux lectrices qui m'ont donné de bons conseils.

A mon fils Mathieu, qui m'a aidé quelque fois quand j'étais en panne d'ordinateur.

Table des matières

1. Introduction	4
1.1. Situation actuelle	4
1.2. Rappel historique	8
2. Profession dentaire et/ou métier du <i>care</i> ? Cadre théorique et hypothèses de travail	12
2.1. Division sexuelle du travail	12
2.2. Un métier du <i>care</i>	14
2.3. Des conditions de travail précaires.....	18
2.4. Méthodologie.....	21
3. Analyse des entretiens dans une perspective de genre	23
3.1. De l'importance du « relationnel »	23
3.2. De la « complémentarité » à la division sexuelle du travail	29
3.3. Des emplois précaires : temps partiel et cumul de places	32
4. Conclusions et perspectives.....	37
5. Bibliographie	41
Annexe : Guide d'entretien.....	43

1. Introduction

1.1. Situation actuelle

J'exerce la profession d'hygiéniste dentaire depuis plus de 25 ans et j'ai vu cette profession évoluer à différents niveaux : non seulement au niveau des études avec la reconnaissance du diplôme d'hygiéniste dentaire par la Croix Rouge suisse, au niveau de la création d'une association, l'Association Suisse des Hygiénistes Dentaires (ASDH) et de ses sections régionales, mais aussi au niveau de l'exercice de la profession avec l'acquisition du statut d'indépendante (je reviendrai sur cette question par la suite). Malgré cela, la profession d'hygiéniste dentaire demeure méconnue et peu reconnue tant par les médecins-dentistes que par la population en général. Par exemple, ce n'est qu'en janvier 2007 que j'ai assisté pour la première fois à un cours donné aux étudiants de médecine dentaire sur la profession d'hygiéniste dentaire. Autre exemple parlant, à la Cité des Métiers et des Formations qui a eu lieu en novembre 2006 à Genève, beaucoup de jeunes croyaient que nous présentions le métier de médecin-dentiste et non d'hygiéniste dentaire.

En 2001, au Canada, la profession d'hygiéniste dentaire comptait 98% de femmes contre seulement 2% d'hommes. En Suisse, la même année, 56 femmes obtenaient leur diplôme ; en 2002, il y avait 62 femmes et 1 homme ; en 2003, 59 femmes et 1 homme ; en 2004, 63 femmes ; et en 2005, 66 femmes et 2 hommes¹. Cette profession est donc très majoritairement exercée par des femmes. Pour cette raison, j'utiliserai le féminin dans la suite du texte.

A ma connaissance, il n'y a que très peu d'études sur la profession d'hygiéniste dentaire (il s'agit majoritairement d'études canadiennes). En guise d'entrée en matière, je vais parler de mon expérience. Lorsque je commence à travailler en 1981, je dois cumuler trois postes de travail : un poste à mi-temps (2 jours et demi) et un jour chez un médecin-dentiste, et un autre jour chez un autre médecin-dentiste. Il manque une demi-journée me direz-vous, pour faire un plein temps. Ne pouvant faire autrement, je me la suis réservée pour mes activités personnelles. Lorsque la demande des patients a augmenté, un des médecins-dentistes a engagé une autre

¹ www.bfs.admin.ch/doc.pdf.80412

hygiéniste dentaire à temps partiel. Cette deuxième hygiéniste cumulait, elle aussi, plusieurs postes. Et nous voilà dans une situation aberrante où un médecin-dentiste emploie plusieurs hygiénistes dentaires qui elles cumulent plusieurs places de travail à temps partiel. J'appelle cela l' « effet domino » : ce cumul de places de travail auquel nous sommes confrontées (et forcées) pour travailler à plein temps. Les offres sont en effet nombreuses mais toujours à temps partiel.

Le fait de cumuler plusieurs places de travail augmente le stress : il faut s'adapter à chaque équipe et à chaque équipement. Ne travaillant qu'un seul jour le médecin-dentiste, aura tendance à augmenter le nombre de rendez-vous dans la journée et à diminuer le temps que vous pouvez consacrer au patient ou à la patiente. Au moment des vacances, l'imbroglio est quasi insurmontable : il faut concilier les vacances des deux, voire des trois patrons, avec les vacances des enfants. Si vous êtes divorcée, c'est encore plus compliqué. Combien de fois n'ai-je pris que des demi-semaines de vacances ? Plus encore, vous ne pouvez pas cumuler vos salaires pour cotiser à une caisse de pension. Enfin, ne venant qu'un seul jour par semaine, votre place au sein du cabinet dentaire passe presque inaperçue.

Certaines hygiénistes dentaires ont trouvé des solutions pour palier aux inconvénients du temps partiel. Pour pouvoir notamment prendre leurs vacances en même temps que leurs enfants, elles ont accepté de se faire payer au pourcentage de leur chiffre d'affaire qui peut varier de l'une à l'autre puisqu'il est non officiel. En effet, il n'y a aucune base légale pour ce genre de rétribution. En contrepartie, elles ont accepté de ne pas être payées lorsqu'un patient ne vient pas ni pendant les vacances, de ne pas toucher de 13^{ème} salaire, de ne pas cotiser à la LPP. Ceci tout en restant employées.

D'autres hygiénistes dentaires ont demandé l'indépendance pour pouvoir travailler à plein temps, pour faire leur métier suivant leur conviction, pour être enfin visibles et reconnues en tant que professionnelles, et pour exercer un travail de prévention et non plus de « nettoyage » auquel est souvent réduit le travail des hygiénistes dentaires. Le statut d'indépendante a été accepté dans les cantons d'Argovie, Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Neuchâtel, Nidwald, Schwyz, Soleure, Thurgovie, Uri, Vaud, Zoug, Zurich et dans les Grisons, enfin

Genève depuis le 1^{er} septembre 2006, avec tout ce que cela comporte comme risques. Les indépendantes n'étant ni dans l'assurance accidents, ni dans le 2^{ème} pilier, ni dans l'assurance chômage. Cela peut être une source de précarité en cas de maladie ou d'accident (Despland, 2005). Cette solution permet d'ouvrir un cabinet d'hygiéniste dentaire indépendamment d'un médecin-dentiste. Les hygiénistes dentaires indépendantes prennent donc à leur charge tous les frais et les risques inhérents à l'installation d'un cabinet.

En 1984, les membres de l'association de l'époque, l'ASHD¹, s'étaient déjà prononcées en faveur d'un exercice indépendant de la profession. En août 1990, le Tribunal Fédéral avait rejeté le recours de droit public formé par une hygiéniste dentaire contre une décision de la direction de la santé publique du canton de Zürich. L'hygiéniste dentaire avait requis une autorisation d'exercer une activité lucrative à titre d'indépendante. La direction de la santé publique du canton de Zürich avait rejeté sa requête. Décision confirmée par le Tribunal Fédéral au motif que la formation d'hygiéniste dentaire doit être acquise sur la base d'une activité placée *sous la surveillance* d'un médecin-dentiste. Les considérants du Tribunal fédéral se référaient encore aux anciennes prescriptions de formation (formation en 2 ans) pour les hygiénistes dentaires datant d'avant 1990². C'est en mars 1998 que la Croix Rouge suisse arrive à la conclusion qu'il faut donner aux hygiénistes dentaires en formation les compétences nécessaires pour qu'elles puissent exercer de façon indépendante. D'où le passage des études à trois ans. Dès lors, l'indépendance est acceptée dans 16 cantons, toujours à la demande d'une hygiéniste dentaire isolée. On compte à l'heure actuelle : 4 hygiénistes dentaires indépendantes en Argovie dont un homme, 5 à Berne, 3 à Bâle, 1 aux Grisons, 1 à Neuchâtel, 4 dans le canton de Vaud, 16 à Zürich, 2 à Zoug (recensement par Swiss Dental Hygienists). Les bases légales pour l'activité indépendante ne sont pas encore assurées dans les autres cantons mais il est possible de faire des demandes individuelles en Appenzell Rhodes Extérieures, Obwald et Schaffhouse³.

¹ Association Suisse des hygiénistes dentaires

² www.gdk.cds.ch

³ www.dentalhygienists.ch

A Genève, la lutte pour l'indépendance a duré 4 ans à l'instar de Mme Ghislaine Becker qui a déposé une pétition au Grand Conseil munie de 30 signatures (69 hygiénistes dentaires exercent à Genève), s'appuyant sur le fait que la Confédération demande une harmonisation des professions de la santé (Christiane Pasteur, Tribune de Genève, 2004). Un projet de loi visant à autoriser les hygiénistes dentaires à pratiquer leur profession en tant qu'indépendantes, a donc été déposé par les Socialistes et les Verts (projet de loi K 3 05) et accepté en septembre 2006.

Dans le cadre de ce travail, je vais me pencher sur l'histoire des hygiénistes dentaires et l'évolution de la profession depuis plus de 30 ans. Je vais essayer de faire un tableau « réaliste » de ce métier. En effet, l'identification d'une profession est la première étape à sa reconnaissance et permet ainsi de la revaloriser (Kergoat, 1992 : 60). Je m'appuierai non seulement sur différents documents dits officiels que j'ai pu recueillir mais aussi sur des entretiens que j'ai menés avec des hygiénistes dentaires. Ces entretiens ont été l'occasion d'observer quel rapport les hygiénistes dentaires entretiennent avec leur métier, comment elles définissent leur profession et, plus concrètement, leur pratique quotidienne en relation notamment avec les patient-e-s et les médecins-dentistes.

La perspective de genre m'a donné un éclairage « particulier » pour étudier cette profession, son histoire, son évolution et ses combats. Le concept de genre permet de travailler sur les relations femme/homme, d'analyser et d'interpréter la réalité, de voir si les relations sont des rapports de pouvoir et placent les femmes et les hommes dans une situation d'inégalité, les femmes étant réduites au statut de dominées. Comme je viens de le montrer brièvement, la profession d'hygiéniste dentaire est très majoritairement exercée par des femmes et peu reconnue et valorisée socialement. J'é mets l'hypothèse très générale que cette absence de reconnaissance de la profession est liée au système de genre dans lequel les professions dites féminines ne sont pas reconnues à leur « juste valeur ». On suppose en effet que l'exercice d'un métier dit féminin ne nécessite pas de qualifications particulières et acquises dans le cadre d'une formation, mais qu'il repose sur des qualités féminines que les femmes possèderaient naturellement et qui justifie qu'on ne les reconnaisse pas. Ainsi, si l'objectif de ce travail est de

produire une « photographie » de la profession d'hygiéniste dentaire, il s'agit aussi de l'étudier à la lumière d'une perspective féministe.

Dans un premier temps, je vais faire un bref rappel historique en décrivant l'origine de la profession, le développement des écoles, notamment à Genève, et l'évolution des études. Dans un deuxième temps, à partir de plusieurs lectures, je formulerai différentes hypothèses de travail visant à comprendre la situation actuelle de la profession d'hygiéniste dentaire. Dans un troisième temps, j'analyserai les entretiens sur la base des hypothèses formulées précédemment. Enfin et en conclusion, je tenterai de proposer des pistes de réflexion sur la profession hygiénistes dentaire et son avenir.

1.2. Rappel historique

L'histoire des assistantes dentaires précède celle des hygiénistes dentaires. Personne ne sait vraiment qui fut la première assistante dentaire, mais on suppose que depuis le début des temps « modernes », les dentistes sont, d'une façon ou d'une autre, assistés dans leur travail. Très certainement tout d'abord par un apprenti en dentisterie, immanquablement un homme, appelé à assister le dentiste pendant sa formation. C'est aux Etats-Unis qu'apparaissent les premières infirmières dentaires. Le rôle des premières assistantes n'est guère connu, mais en 1883, le père de l'orthodontie, le Dr Norman W. Kingsley (Etats-Unis) résume ainsi les tâches de l'assistante : *« Elle se tient debout près du fauteuil durant une opération et sa capacité à répondre à tout ce qu'on exige alors d'une assistante est inégalé. Elle se charge de 1001 attentions polies aux patients qu'impose une bonne éducation et qui, malheureusement, feraient perdre un temps précieux au dentiste »*. On peut dire qu'est recréé, au sein du cabinet, un contexte aussi proche que possible du cadre familial. Les femmes sont toujours affectées « naturellement » aux soins des malades et des enfants. Françoise Messant-Laurent (1991), sociologue, dirait que dans ce métier, les femmes restent à la place que les hommes leur désignent : dans un « rôle conjugal, maternel, domestique » (42), en se basant sur des qualités dites féminines : patience, serviabilité et bienveillance.

En 1905, le Dr Alfred G. Fones (1869-1938) de Bridgeport (Connecticut) forme la première hygiéniste dentaire : Mme Irène Newman, *son aide dentaire*, afin de la charger d'examiner et de polir les dents des enfants venus lui rendre visite. En 1913, il ouvre – dans son garage - la Clinique Fones ayant pour objectif la formation d'hygiénistes dentaires. La première année, 27 femmes y sont diplômées. La plupart travaille pour le système scolaire de Bridgeport avec des résultats surprenants : le taux des caries chez les enfants qui participent au programme d'hygiène dentaire est réduit de 75%¹.

Dès les années 1960, la profession d'hygiéniste dentaire se développe en Europe, surtout en Hollande, en Suède, au Danemark, en Norvège et en Grande-Bretagne. En Suisse, en 1950, un apprentissage d'aide en médecine dentaire est mis sur pied. En 1966, des monitrices dentaires scolaires sont formées en deux jours pour participer à des actions prophylactiques dans les écoles ; ce sont principalement des aides en médecine dentaire (Steinegger, 1991 : 18-19). La première école d'hygiénistes dentaires voit le jour à Zürich en 1973. C'est ensuite au tour de Genève en 1976 et enfin de Berne en 1984.

C'est le 4 octobre 1976 que l'école de Genève ouvre ses portes sous l'impulsion du professeur Luc Perrelet. De 10 élèves puis 12, 15, 18, l'école forme à l'heure actuelle 20 étudiant-e-s par an, avec, au total, 60 étudiantes en formation par année. Beaucoup d'assistantes en médecine dentaire s'inscrivent à l'école d'hygiénistes dentaires et changent donc de métier. Faisant un apprentissage dès 15 ans, elles arrivent sur le marché du travail à 17-18 ans ; leurs conditions de travail (horaires très longs), le fort taux de chômage, leur faible salaire et l'envie de soigner des patients les incitent à changer de profession. En 2005, sur 20 élèves à Genève, 15 sont d'anciennes assistantes en médecine dentaire.

La formation a d'abord lieu au rez-de-chaussée de l'école de médecine dentaire, dans des locaux exigus. Trois monitrices sont employées. Peu à peu, les monitrices deviennent des enseignantes ayant suivi une formation pédagogique. Il y a ensuite une réorganisation de l'équipe avec la domination d'une directrice, elle-même

¹ <http://cda.adc.ca>

hygiéniste dentaire, douze enseignantes et deux médecins-dentistes. La formation de deux ans passe ensuite à trois ans, nous l'avons vu, sous l'impulsion de la Croix Rouge suisse. Elle compte, à l'heure actuelle, 4000 heures réparties sur 38 semaines d'étude par année. En 2000, l'école déménage dans des locaux plus spacieux et s'intègre au Cefops, le centre de formation professionnelle santé-social. Le Cefops est un établissement de formation professionnel relevant du département de l'instruction publique de l'Etat de Genève.

Les écoles contribuent à forger l'identité de la profession et jouent aussi un rôle de porte-parole de la profession dans l'image qu'elles véhiculent notamment lors du recrutement des nouveaux élèves. La formation, comme on l'a vu, a beaucoup évolué. Les programmes des quatre écoles sont à peu de choses près les mêmes mais devront s'harmoniser pour répondre aux nouvelles lois sur les professions médicales. C'est la Croix Rouge suisse qui a assuré la responsabilité de la reconnaissance des filières de formations et des diplômes. C'est un véritable enjeu pour les écoles de continuer à se battre pour garder un haut niveau de compétence. Alors que les écoles suisses allemandes participent à la formation d'assistantes en prophylaxie¹, il est important de définir une véritable « identité » de la profession d'hygiéniste dentaire comme un vecteur de la santé dentaire, de faire connaître notre profession auprès d'un large public par des actions ciblées, auprès d'autres professionnels de la santé mais aussi auprès des étudiant-e-s en médecine dentaire pour pouvoir travailler main dans la main.

L'association des hygiénistes dentaires est créée en parallèle dès 1975 pour représenter les intérêts professionnels, économiques et sociaux de ses membres, et s'engager en faveur d'un perfectionnement et d'une formation continue axés sur l'avenir. Elle est organisée sur le plan suisse et est répartie depuis 1991 en sept sections régionales. Elle garantit un exercice de la profession basé sur la qualité des prestations fournies. Swiss Dental Hygienists (SDH) est dirigée par un comité formé

¹ L'assistante en prophylaxie (AP) est une assistante dentaire qui a suivi une formation en prophylaxie. Sa tâche est d'informer le patient en matière de santé bucco-dentaire à l'aide d'indices relevés sur le patient ; elle élimine manuellement ou mécaniquement les dépôts supra gingivaux (au-dessus de la gencive), toujours sur l'ordre et le contrôle du médecin-dentiste. L'AP a également la possibilité de travailler en partie en tant qu'assistante dentaire et en tant qu'assistante en prophylaxie. La formation dure 18 mois et est payante. Elle est validée par un brevet d'assistante en prophylaxie

de trois membres - le Comité Central - qui appliquent le "système de volontaires". Elle compte, à l'heure actuelle, 1'700 membres¹. La SDH joue donc un double rôle : elle défend la qualité des prestations par l'intermédiaire de la formation continue mais défend aussi les intérêts sociaux et économiques des professionnelles. Mais jusqu'à présent, malgré un énorme travail, il reste beaucoup de lacunes puisque, entre autres, nous ne bénéficions pas d'une convention collective de travail. En dépit de la prise en charge de notre profession par la Croix Rouge suisse, ce sont toujours les médecins-dentistes, au travers de la SSO (Société suisse d'Odontostomatologie), qui fixent nos salaires et décident de nos conditions de travail.

En effet, c'est la SSO qui a consciencieusement préparé notre profession en Suisse où tout était organisé, surveillé. Les règlements internes ne permettaient pas de sortir de ce milieu contrôlé. Or, depuis 1999, nous sommes séparées de la SSO, la Croix Rouge suisse ayant repris le contrôle de notre formation. Les écoles se sont adaptées avec le passage des études à trois ans afin de permettre d'obtenir un diplôme intercantonal : diplôme ES «école supérieure » reconnu au niveau fédéral au sens de l'article 75 de l'ordonnance sur la formation professionnelle (OFPr), grâce auquel nous avons accès à l'indépendance. Dès 2007, cette responsabilité sera reprise par l'Office Fédéral de la Formation Professionnelle et de la Technologie (OFFT) qui définit les écoles supérieures comme suit : « Les écoles supérieures (ES) jouent un rôle important dans la formation des spécialistes de premier plan actifs dans le monde du travail (...), elles permettent d'acquérir les compétences requises pour assumer des responsabilités aussi bien techniques que de gestion ».

Malheureusement, ces changements énumérés ci-dessus n'ont pas été suivis d'une revalorisation de la profession ni en 1999, ni en 2005, ni pour 2007. Les salaires des hygiénistes dentaires n'ont pas été réévalués, même pas par rapport au coût de la vie. La SSO donnant toujours des directives sur nos salaires et estimant que nous gagnons suffisamment².

délivré par la SSO. Son salaire sera augmenté de 400 à 500 francs par mois (13 fois) au salaire correspondant d'une assistante dentaire au bénéfice de la formation de base (www.sso.ch).

¹ <http://dentalhygienists.ch>

² Communication personnelle de R. Arnold, 2005

2. Profession dentaire et/ou métier du care ? Cadre théorique et hypothèses de travail

2.1. Division sexuelle du travail

Pour les hygiénistes dentaires, les conséquences directes du poids du passé sont multiples : sur le plan de la reconnaissance sociale puisque les médecins-dentistes possèdent toujours du personnel féminin dans un rôle de subordonnée plutôt que de collaboratrice ; et aussi en ce qui concerne les conditions de travail et d'emploi puisque les offres d'emploi sont toujours à temps partiel.

On peut tracer des parallèles intéressants entre la profession d'hygiéniste dentaire et celle d'infirmière, deux professions définies comme typiquement féminines et peu valorisées. L'image que la société a encore souvent des infirmières est celle d'une auxiliaire du médecin, travaillant uniquement sur prescription. Or, en ce qui concerne les hygiénistes dentaires, on les considère elles aussi souvent comme des auxiliaires des médecins-dentistes. Plus encore, la création du « titre » d'assistantes en soins et santé communautaire qui effectuent une partie du travail des infirmières me permet aussi de faire un parallèle entre ces deux professions. En effet, avec l'arrivée des assistantes en prophylaxie, la profession d'hygiéniste dentaire se voit elle aussi dévalorisée, restreinte et déqualifiée, puisque ces assistantes font une grande partie du travail des hygiénistes avec une qualification et une formation pourtant nettement inférieures, ce qui contribue à « tirer vers le bas » la reconnaissance et la rémunération des hygiénistes dentaires. Les professions d'infirmière et d'hygiéniste sont des professions presque essentiellement féminines et faiblement valorisées ; cette situation est le résultat d'enjeux complexes dans lesquels les rapports de genre ont occupé et occupent une place centrale. Ils sont le produit de la division sexuelle du travail.

La division sexuelle du travail est un concept fondamental qui vise à montrer qu'hommes et femmes n'effectuent pas les mêmes travaux et que ces travaux n'ont pas la même valeur sociale. Elle induit un double principe de division et de hiérarchisation. Hommes et femmes ne font pas les mêmes tâches. Et le travail des hommes vaut plus que le travail des femmes (Kergoat, 2000 : 36). Aux femmes les

travaux domestiques, « sales », basés sur des qualités dites féminines (la minutie et la patience par exemple) et faiblement valorisés. Aux hommes, les travaux qualifiés et à forte valeur sociale. Les femmes se voient assignées à des tâches subalternes et enfermées dans des professions faiblement valorisées car considérées comme le prolongement naturel de leur rôle domestique.

La division sexuelle introduit ainsi la notion de ségrégation professionnelle dans les professions médicales notamment (Rosende, 2000 : 1015). Entre 1970 et 1990, on a vu un accroissement des effectifs des professionnel-le-s de la santé en Suisse de 118% (Rosende, 2000 : 1016). Et selon le recensement fédéral de la population de 1990, les femmes représentaient 71,7 % des personnes actives occupées dans les professions de l'aide sociale et de l'éducation et même 77,5 % dans les professions de la santé (Nadai, 2002 : 25). Parallèlement à cet accroissement, les femmes restent majoritairement employées et cela se vérifie chez les médecins : les femmes restent aux échelons inférieurs de la hiérarchie, elles sont plus souvent employées qu'indépendantes. En Suisse, en 1996, il y a 36% de médecins-femmes sans pratique privée et le temps partiel est plus répandu chez elles que chez les hommes. Dans les professions de la santé et du social, il y a 99% d'aides dentaires, 99% d'assistantes médicales, 94% de laborantines et 90% d'infirmières employées, alors que les hommes se retrouvent en grand nombre dans les professions indépendantes telles que techniciens-dentistes (76%), opticiens (62%) ou physiothérapeutes (25%) (Nadai, 2002 : 25).

J'é mets l'hypothèse que la faible reconnaissance du travail d'hygiéniste dentaire est le produit de la division sexuelle du travail. Aux médecins-dentistes, le travail technique, qualifié et valorisé socialement. Aux hygiénistes dentaires, le travail dit de nettoyage faiblement reconnu et rémunéré. A un niveau plus local, je suppose qu'on assiste à une division sexuée du travail au sein du cabinet dentaire. Dans ce cadre, je vais m'intéresser à la répartition concrète des tâches entre hygiénistes et dentistes. Les hygiénistes dentaires bénéficient-elles d'une certaine marge de manœuvre ou indépendance pendant leur pratique ou sont-elles soumises aux médecins-dentistes qui décident de tout ? Sont-elles visibles ou au contraire invisibles ?

2.2. Un métier du *care*

Une partie des emplois féminins créés dans le dernier quart du XXème siècle amène les femmes à effectuer en tant que salariées des tâches déjà effectuées dans la sphère familiale. On assiste en effet à la création de nouveaux emplois féminins fondés sur l'idée que les femmes sont « naturellement » habiles pour certaines tâches comme le ménage, les soins et l'éducation. Ces activités féminines sont peu à peu sorties du domaine du bénévolat et de la vocation pour entrer dans celui de la professionnalisation. Le métier d'hygiéniste dentaire est un exemple de cette professionnalisation mais aussi et surtout de cette « extension » (pour ne pas dire extorsion) des tâches domestiques au domaine professionnel (mais faiblement rémunéré). Alors que la Suisse est épargnée par la guerre et qu'elle peut conserver un niveau de vie relativement élevé, les caries attaquent de manière catastrophique dans les années 50 et 60. C'est face à cet état d'urgence que se sont développés les soins dentaires scolaires et que les médecins-dentistes privés ont mis sur pied, dans leur cabinet, des programmes de prophylaxie au service de leurs patient-e-s en engageant des hygiénistes dentaires.

Ces « nouvelles » activités de soins sont supposées faire appel à des qualités dites féminines et sont (donc) peu reconnues sur le plan salarial car considérées comme inhérentes à la nature des femmes. Aide, assistance, soin et hygiène sont le lot des femmes. Cet ensemble de travaux de soins aux personnes, à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille, rémunérés ou non, est nommé par certaines auteures « travail du *care* » et est défini comme « la prise en compte des soins aux personnes âgées, malades, dépendantes et beaucoup plus largement aux enfants et à toutes personnes qui partagent notre vie quotidienne » (Cresson et Gadrey, 2004 : 36). Il s'agit d'un souci pour l'autre et d'activités de prise en charge du soin d'entretien et de bien-être.

J'émetts l'hypothèse que si le travail de l'hygiéniste dentaire n'est pas reconnu et peu valorisé socialement, c'est parce qu'il est conçu comme relevant du domaine du « *care* » et du « sale travail » de nettoyage. Selon le Littré, « L'hygiène est la partie de la médecine qui traite des règles à suivre pour la conservation de la santé », se laver les mains par exemple. L'hygiène est la base même de la prévention des

maladies, mais ce terme renvoie aussi à «ce qui est sale », ce qui n'est pas porteur d'un sens valorisant. L'hygiéniste dentaire est souvent celle qui nettoie les dents et dans le règlement sur les professions de la santé du 22 août 2006, on trouve encore le mot «nettoyage» pour désigner une de ces activités : a) détartrage et nettoyage des dents (Règlement sur les professions de la santé K 3 02.01, p.12). Ainsi, le travail des hygiénistes dentaires est réduit à du nettoyage. Ceci malgré le fait que la formation d'hygiéniste dentaire et le domaine de compétences de ces dernières dépasse largement ce seul domaine. Le détartrage constitue effectivement une grande partie du travail des hygiénistes. Deux choses toutefois. Premièrement, le travail de détartrage ne peut être réduit à un «simple » nettoyage : il demande apprentissage, connaissances et dextérité. Deuxièmement, le travail des hygiénistes dentaires ne se limite pas au détartrage ; elles font tout un travail de prévention et de conseils aux patient-e-s en ce qui concerne la santé buccodentaire. Elles sont aussi formées à faire et lire des radiographies. Pourquoi donc réduire leur activité à du « nettoyage » ? N'est-ce pas nier leurs compétences et leurs qualifications ? Précisément, les métiers du *care* sont des métiers largement dévalorisés. Leur dévalorisation est notamment liée au fait qu'ils ne sont pas supposés nécessiter des compétences apprises et acquises mais au contraire, sur des qualités liées à la nature des femmes. La dévalorisation et l'invisibilité des compétences des femmes dans le domaine du *care* (entre autres) passent par la naturalisation de leurs compétences.

On peut dire que la profession d'hygiéniste dentaire appartient au domaine du *care*, c'est-à-dire des soins aux personnes qui renvoie à un certain nombre d'activités domestiques, sanitaires et sociales. La profession est enracinée dans le système de genre en ce sens que la figure du médecin dentiste est masculine et la relation professionnelle est construite sur un modèle masculin : le travail du médecin exigeant une disponibilité complète, par ricochet, il délègue le travail de « nettoyage » à d'autres personnes, notamment des femmes (Rosende, 2000 : 35). Celle-ci serait toujours plus douce, plus patiente, aurait un plus grand souci de l'hygiène. On peut penser que la profession d'hygiéniste dentaire a été créée suite à l'évolution technique de la médecine en générale et de la médecine dentaire en particulier, évolution qui a entraîné de nouveaux savoirs et de nouveaux gestes

laissant peu de place à la médecine préventive qui dès lors, a été confiée à des femmes.

L'objet de la pratique des hygiénistes dentaires est le soin, et son but est de rendre la personne apte à prendre en charge sa santé buccale. Cela demande beaucoup de temps ; les patient-e-s doivent collaborer et c'est un vrai travail de motivation pour qu'elles et ils deviennent « acteurs » de leur santé. Les mesures de prévention des maladies de la cavité buccale (carie, gingivite et parodontite) sont fondamentales et exigeantes. Ces mesures concernent plus le comportement de la personne que les maladies. Cette orientation du travail de l'hygiéniste dentaire vers la promotion de la santé signifie qu'outre la prise en charge biomédicale de la maladie aux côtés d'autres professionnel-le-s, l'hygiéniste dentaire propose diverses alternatives en matière de santé. Les hygiénistes dentaires construisent avec leur patient un projet de soins qui leur est particulier considérant la personne et le risque ou la maladie. Ces actions doivent être mises en œuvre en s'appuyant sur de solides connaissances médicodentaires et humaines. La relation à l'autre est donc un outil de travail indispensable à la réalisation optimale des soins. Cette qualité relationnelle est fonction d'une somme de qualifications et de compétences cultivées durant la formation et la vie professionnelle. Cet aspect de la profession est souvent occulté. Les soins d'hygiène dentaire demandent du tact, de l'empathie, mais aussi des connaissances approfondies en médecine dentaire. Alors que l'écoute est considérée comme expérience acquise dans de nombreux métiers de secteur social ce qui permet d'en mesurer les modalités d'évaluation et de valorisation, dans les métiers du care qui se situent en bas de la hiérarchie, elle n'est pas valorisée car considérée comme des qualités innées (Cresson et Gadrey, 2004 : 37).

Dans un rapport publié en 1995, « *le médecin-dentiste en 2010. Réalités et perspectives de la profession pour l'an 2010* », on peut se rendre compte du rôle assigné aux hygiénistes dentaires au sein du cabinet. Il est dit : « Si un patient n'est pas en mesure d'assumer sa responsabilité pour sa santé bucco-dentaire, ce patient peut compter sur le personnel médico-dentaire et c'est précisément dans ce cas que les contrôles et les *nettoyages* par l'hygiéniste dentaire trouvent toutes leurs raisons d'être » (p.9. C'est moi qui souligne), alors « que le devoir du médecin-dentiste est de transmettre à ses patients les connaissances et les gestes nécessaires à la

prophylaxie médico-dentaire (...) il s'engage surtout dans le suivi de groupe de patients particulièrement difficiles ou pour lesquels la *prophylaxie* serait particulièrement nécessaire et efficace... » (p.10. C'est moi qui souligne).

Le même travail est ainsi désigné de deux termes différents : il est valorisé si c'est un homme (le médecin-dentiste) qui l'effectue et dévalorisé si c'est une femme (l'hygiéniste dentaire) qui l'accomplit. Valorisé pour les hommes car supposé être fondé sur les qualifications. Dévalorisé s'il est réalisé par une femme car supposé fondé sur des qualités féminines. Comme le montre Danièle Kergoat (2000 : 39), il y a une différence entre qualité et qualification. La qualification renvoie à un jugement social, plus précisément à un jugement sur la valeur d'un travail. Dans le cadre de l'évaluation du travail des hygiénistes dentaires, les qualifications et connaissances acquises et apprises sont niées par les employeurs, alors qu'elles sont mises en avant lorsque ce sont les médecins-dentistes qui effectuent pourtant le même travail. Les hygiénistes dentaires sont pourtant très qualifiées tant pour les détartrages que pour la prophylaxie car elles suivent une formation de trois ans largement consacrée à ces activités. On assiste donc à une négation de leurs qualifications, invisibilisées derrière des qualités.

Dans ce même rapport de 1995, on lit aussi : « Par ailleurs, l'hygiéniste dentaire est avec le médecin-dentiste, la spécialiste du traitement complet et du suivi des patients atteints de parodontites graves. De ce fait, elle est la collaboratrice idéale du cabinet médico-dentaire spécialisé en parodontologie¹. En revanche, dans un cabinet médico-dentaire généraliste, l'hygiéniste dentaire est surqualifiée pour les soins prophylactiques de base. C'est pourquoi elle y sera remplacée à l'avenir par l'assistante en prophylaxie dont la formation est mieux adaptée à ce travail » (p.40). Qu'est-ce que ce texte nous fait voir en termes de rapport de genre ? Premièrement, que la prévention est une affaire de femmes dont on estime qu'elles ont les qualités requises pour effectuer ce travail mais qu'il ne mérite pas un salaire adéquat. Deuxièmement, que la prévention, si elle est faite par un homme, a plus de valeur, et procure du prestige. Enfin, que la prophylaxie de base n'est pas un acte assez

¹ A l'heure actuelle, on compte 85 spécialistes en Suisse (www.parodontologie.ch).

important pour qu'il soit valorisé, et qu'il peut être délégué à du personnel non qualifié.

La formation d'assistante en prophylaxie a pour l'instant été bloquée, du moins à Genève, suite à l'interpellation urgente de Mme A. Wisard-Blum qui a osé prendre position en posant ces trois questions : « Est-il envisagé d'ouvrir les portes de l'école d'hygiénistes dentaires de Genève à cette formation ? Cette formation a-t-elle des bases légales ? Qui informera les patients des qualifications du personnel soignant ? » (Secrétariat du Grand Conseil, 2004). Mais cette formation existe déjà en Suisse allemande ; en 1991 déjà, notre association s'inquiétait de l'arrivée d'assistantes en prophylaxie : « Le continuel manque d'hygiénistes dentaires pousse les dentistes de certains cabinets à employer une de leurs aides, sans formation particulière, en tant qu'aide en prophylaxie » (L'hygiéniste dentaire, 1991 : 32). Est-ce le manque d'hygiénistes dentaires ou la volonté des médecins-dentistes d'avoir du personnel polyvalent et peu payé qui a fait que cette formation existe ?

D'un point de vue des rapports sociaux de sexe, la mise en place de cette nouvelle catégorie de travailleuses de « seconde zone », peu qualifiées, et supposées pouvoir remplacer « haut la main » les hygiénistes dentaires qu'on estime soudainement surqualifiées, nous fait voir non seulement la dévalorisation du travail de prévention mais aussi la volonté de remplacement des hygiénistes dentaires dont on peut se demander dans quelle mesure elles ne sont pas vues comme une « menace » par les médecins-dentistes. La stratégie de « défense » passe alors par la négation de leurs compétences et ensuite par leur remplacement par du personnel non qualifié.

2.3. Des conditions de travail précaires

La profession d'hygiéniste dentaire est une profession jeune, essentiellement féminine et coïncide avec l'augmentation du taux d'activité des femmes de 25 à 54 ans pendant la période de 1970 à 2000 ; celui a presque doublé, passant de 45% à 77% (OFS, 2005). Cette profession était régie par un règlement datant de 1965 qui fut établi au moment où la Suisse n'avait pas d'écoles consacrées à cette profession. Nous l'avons vu, toutes les hygiénistes venaient de l'étranger et en particulier des Etats-Unis et du Canada. Ce règlement permettait au médecin dentiste « d'occuper

une ou des hygiénistes dentaires (donc à temps partiel) inscrites au registre de cette profession. Celles-ci étaient autorisées à exercer leurs activités sous la responsabilité du médecin dentiste » (Règlement K3 05.12).

Comme je l'ai déjà dit en introduction, aujourd'hui encore, la plupart des hygiénistes dentaires sont contraintes de travailler à temps partiel et de cumuler plusieurs postes de travail. Ces multiples engagements posent des problèmes organisationnels pour les professionnelles mais ont aussi des implications en termes de statut et de conditions de travail. J'émetts d'ailleurs l'hypothèse que le faible degré de reconnaissance de la profession d'hygiéniste dentaire est lié aux conditions d'exercice. Mais on peut aussi se demander dans quelle mesure ce n'est pas la faible valorisation de cette profession qui implique des conditions de travail précaires et des engagements majoritairement à temps partiel. Le lien de causalité entre dévalorisation de la profession et conditions de travail est probablement circulaire.

Comme le montrent différentes recherches, l'engagement à temps partiel est une « affaire de femmes ». En effet, en 2000, la segmentation de la population active en un secteur à plein temps à tendance masculine et un secteur à temps partiel majoritairement féminin s'est maintenue : 51% des femmes actives occupées travaillaient à temps partiel contre 9% des hommes ; les femmes représentaient à peine 30% des personnes travaillant à plein temps, contre 82% de la population active occupée à temps partiel. En Suisse, le travail à temps partiel a augmenté nettement plus vite que celui des emplois à plein temps. Entre 1991 et 2005, le nombre total a augmenté de 25,4% à 31,7%. Cette augmentation est due à la participation des femmes sur le marché du travail, qui forment la majorité des travailleurs à temps partiel, soit 4 personnes sur 5 ou 81,1%. Cela concerne surtout la tranche d'âge des 30-59 ans alors que chez les hommes, le temps partiel concerne les 20-29 ans et les plus de 60 ans. Les secteurs les plus concernés sont les « services domestiques », l'enseignement et la branche « santé et activités sociales » (Pirolt, 2006 : 9).

Le temps partiel nous est souvent présenté comme un libre choix des femmes qui voudraient concilier travail et famille. Mais Margaret Maruani (2003) propose un autre éclairage sur le temps partiel : « Je pense que la seule frontière qui a du sens doit

être établie selon que c'est l'employeur qui a imposé le temps partiel à l'embauche ou le salarié qui l'a demandé. En d'autres termes, plutôt que de savoir qui a choisi le temps partiel, il faut savoir qui l'a produit ». Le temps partiel est un *mode* d'emploi qui s'adresse aux femmes et est tout particulièrement bénéfique aux employeurs puisqu'il est moins bien rémunéré, moins assorti d'avantages sociaux et peu protégé par des conventions collectives (Dussaut, 2003 : 14).

Margaret Maruani, dans la préface du livre de Tania Angeloff (2000), *Le temps partiel, un marché de dupes*, explique que ce ne sont pas les femmes qui veulent travailler à temps partiel, mais que c'est le marché du travail qui le leur impose. Le travail à temps partiel n'est pas une simple question de temps de travail, il est présenté comme « bon pour les femmes ». Mais en réalité, c'est le statut et les représentations du travail féminin qui sont en cause. Le temps partiel féminin est lié au fait que l'on suppose que ce sont les femmes qui doivent assumer le travail parental et les activités ménagères, que leur salaire est un salaire d'appoint au chef de famille à qui incombe la charge sociale de subvenir aux besoins du ménage. Le travail à temps partiel apparaît ainsi comme un pivot de la reconstruction des différences et de la hiérarchie entre emplois féminins et masculins, un « miroir grossissant des inégalités ».

La norme du temps de travail complet demeure la référence absolue. Le temps partiel se définit uniquement en opposition avec le travail à temps plein indiscutable de l'emploi masculin. Le travail à temps partiel devient une modalité atypique de la mise au travail des femmes particulièrement dommageables pour elles puisqu'il signifie non seulement un salaire moindre, de faible cotisation pour le deuxième pilier mais aussi des possibilités moindres de promotion et d'accès à la formation continue. Plus encore, les femmes se voient souvent enfermées dans les contrats à temps partiel, dans l'impossibilité d'augmenter leur temps de travail et forcées d'accumuler les heures supplémentaires.

Tania Angeloff (2002) le montre, au temps partiel présenté par les législateurs comme une solution ponctuelle pour élever les enfants se substitue un temps partiel pour des emplois spécifiques où il est fait sur mesure. Il s'agit des métiers qui prolongent les qualités prétendument « naturelles » et maternelles des femmes. Le

temps partiel n'est autre chose qu'une forme d'emploi socialement construite comme féminine. En France et ailleurs, la législation du temps partiel est présentée dès ses débuts et jusqu'à aujourd'hui comme une forme alternative, complémentaire, individuelle et féminine de la réduction collective du temps. La duperie de ce raisonnement est lisible dans l'ambivalence permanente des discours politiques et économiques favorables au temps partiel. Des « salariés à temps partiel », on passe invariablement aux « femmes sur le marché du travail ». La duperie, selon Angeloff (2000), consiste à défendre un « temps partiel choisi » pour une meilleure « conciliation » et à assimiler le temps partiel individuel à du temps réduit, en faisant table rase des représentations sociales négatives qui le sous-tendent et des désavantages matériels qui l'assortissent. Quand on parle du travail à temps partiel, on parle de la question du temps et on fait l'impasse sur celle du salaire, du statut et de tout ce qui va avec.

2.4. Méthodologie

Comme je l'ai brièvement indiqué précédemment, je me base, dans le cadre de ce travail sur deux « sources » principales. Premièrement, sur divers documents que j'ai pu réunir afin de retracer l'historique de la profession d'hygiéniste dentaire (voir sous-chapitre 1.2.) et d'analyser les directives qui régissent la situation actuelle des hygiénistes dentaires en Suisse. Deuxièmement, j'ai mené des entretiens exploratoires semi-directifs avec six hygiénistes dentaires exerçant dans le Canton de Genève et le Canton de Vaud. Les interviews ont duré entre une heure et une heure et demie. Ils ont été enregistrés, retranscrits, puis analysés sur la base de mes hypothèses de travail.

Mon échantillon est composé de trois hygiénistes employées et de trois hygiénistes indépendantes. Il m'a semblé intéressant de comparer ces deux « groupes ». On peut en effet imaginer que le rapport au métier, aux médecins-dentistes (en termes de division du travail et de hiérarchie) et aux patient-e-s sera différent selon que l'on est employée dans un cabinet dentaire ou indépendante, autrement dit « à son compte ». Lors des entretiens, trois dimensions principales ont été abordées¹.

¹ Pour plus de détails, se référer au guide d'entretien en annexe.

La première dimension comprend la pratique quotidienne, la définition et le rapport au métier des hygiénistes dentaires. Comment définissent-elles leur travail ? En lien avec mon hypothèse du travail des hygiénistes comme profession du *care*, les interviewées mettent-elles plus l'accent sur la dimension technique ou préventive et relationnelle de leur travail ? Sont-elles satisfaites de leur travail ? Exploitent-elles toutes leurs compétences acquises pendant leur formation ? Et en ce qui concerne la division du travail, comment le cabinet dentaire est-il organisé ? Les hygiénistes bénéficient-elles d'une marge de manœuvre ou sont-elles soumises aux directives des médecins-dentistes qui les emploient ? Le rapport au métier est-il le même selon que l'on est indépendante ou employée ? Cette dernière question est importante afin de déterminer si l'indépendance peut être considérée comme un réel « progrès » pour la condition des hygiénistes dentaires.

La deuxième dimension insiste plus précisément sur la répartition des tâches au sein du cabinet dentaire. Les questions visent non seulement à connaître la division concrète du travail (qui fait quoi ?) mais aussi à déterminer la visibilité ou non et le degré de reconnaissance des hygiénistes dentaires et de leur travail. En lien avec mon hypothèse de division sexuelle du travail au sein du cabinet dentaire, l'objectif est ici de mettre à jour les relations de pouvoir qui structurent les relations entre dentistes et hygiénistes. Sont-elles habilitées à faire des radiographies ? Peuvent-elles travailler en l'absence du dentiste ? Ont-elles leur nom sur la porte du cabinet dentaire ? Autant de questions qui me semblent pertinentes.

Enfin, la dernière dimension abordée est celle des conditions de travail. Il s'agit de savoir à quel pourcentage les hygiénistes dentaires travaillent, pour combien d'employeurs (si elles ne sont pas indépendantes) et pour quel salaire.

Voici en quelques mots, les portraits des six interviewées. Les prénoms sont fictifs.

Agnès a 47 ans. Elle est mariée et a trois enfants adolescents. Elle est employée dans deux cabinets dentaires. Son taux d'activité s'élève à 60%, 40% chez un employeur et 20 chez un autre. Elle a obtenu son diplôme en 1981 et cela fait aujourd'hui 26 ans qu'elle travaille.

Brigitte a 47 ans, est célibataire et a un enfant. Après avoir travaillé 10 ans comme assistante dentaire, elle a obtenu son diplôme d'hygiéniste dentaire en 1988. Elle exerce cette profession depuis 19 ans. Brigitte travaille à 80% et a deux employeurs.

Catherine a 30 ans, est célibataire. Après le Gymnase, elle a fait l'Ecole d'hygiénistes dentaires et a obtenu son diplôme en 2000. Elle exerce cette profession depuis 7 ans. Après avoir travaillé à 100% pendant plusieurs années, elle est actuellement employée à 60% chez deux médecins-dentistes.

Doris a 46 ans. Elle est mariée et à un enfant de 4 ans. Après le diplôme de l'ECG, elle a fait l'école d'hygiénistes dentaires et a obtenu son diplôme en 1981, elle exerce cette profession depuis 26 ans. En parallèle, elle a suivi de nombreuses formations, notamment en naturopathie et en herboristerie. Après avoir travaillé comme employée, elle s'est mise à son compte en janvier 2007 mais a gardé un jour de travail chez un de ses employeurs.

Emilie a 45 ans. Elle est divorcée et a trois enfants. Après une maturité artistique, elle a fait l'Ecole d'hygiénistes dentaires et obtenu son diplôme en 1982, elle exerce cette profession depuis 25 ans. Elle a par ailleurs suivi d'autres formations telles que l'Ecole professionnelle de massage, l'Ecole cantonale d'Art de Lausanne et les méthodes de thérapie brèves et d'hypnose. Après avoir travaillé comme employée, elle s'est mise à son compte en 2001 et travaille à 80%.

Françoise a 55 ans. Elle est mariée et a trois enfants adultes. Après avoir travaillé comme assistante dentaire, elle a fait l'Ecole d'hygiénistes dentaire et a obtenu son diplôme en 1978, elle exerce cette profession depuis 29 ans. A l'heure actuelle, elle travaille à 50% à son compte.

3. Analyse des entretiens dans une perspective de genre

3.1. De l'importance du « relationnel »

Comment les hygiénistes dentaires définissent-elles leur métier ? Comment se situent-elles en tant que professionnelles ? Dans ce chapitre, nous allons aborder

cette dimension de la définition de leur profession par les hygiénistes dentaires. Cette dimension est d'autant plus importante que, comme nous l'avons vu en introduction, le métier d'hygiéniste dentaire n'est pas reconnu à sa juste valeur. Les professionnelles ont-elles intégré cette dévalorisation ? Et quelles stratégies élaborent-elles pour revaloriser leur travail ?

Lorsque j'ai demandé à mes interlocutrices de définir leur profession, toutes ont d'abord hésité mais ont ensuite placé la « motivation » (l'éducation du patient-e-s pour une bonne santé buccale) et le contact avec les patient-e-s au centre de leur préoccupation. Pour Agnès par exemple, le travail de l'hygiéniste dentaire, « *c'est une prise de conscience de la santé buccale. Il y a aussi le travail pratique, l'élimination des irritants au niveau de la gencive, mais c'est surtout donner les moyens aux patients d'éliminer la plaque dentaire et d'avoir une bonne santé buccale* ». Comme elle le dit : « *La personne est au centre de mes préoccupations, de mon intérêt. Ensuite vient le détartrage* ». Pour Brigitte aussi, la dimension relationnelle est au centre de son intérêt et de sa définition de la profession. Elle dit : « *(...) ça [les relations avec les patient-e-s], c'est la partie du travail que m'intéresse beaucoup. Je fais de la prophylaxie tout d'abord, j'enseigne les techniques de brossage, la motivation (...) avoir un côté relationnel avec le patient, ça, c'est très important, le contact* ». Ou encore Doris qui explique : « *Ce que je préfère, c'est déjà le relationnel avec le patient, d'avoir un bon contact avec lui pour avoir un bon feeling (...)* ».

Alors qu'une grande partie du travail des hygiénistes dentaires est un travail technique, de manipulation d'instruments, dans la définition que les hygiénistes dentaires donnent de leur métier, cette partie technique de leur travail est invisibilisée ou placée en dernier dans l'ordre d'importance et d'intérêt. Cette valorisation du relationnel au détriment de la dimension technique peut être interprétée comme le résultat de la dévalorisation sociale du métier d'hygiéniste dentaire, supposé fondé sur des qualités féminines dont « le relationnel » fait indubitablement partie. Mais en même temps que les hygiénistes mettent en avant une dimension socialement dévalorisée, elles se revalorisent, à leurs yeux, en tant que professionnelles. Contrairement aux médecins-dentistes qui ne font qu'exécuter des gestes techniques (je caricature à peine), elles ont des contacts avec les patient-e-s et sont des

« artisanes » de la santé publique. Pour Françoise, le travail de l'hygiéniste, « *C'est un travail de prévention, un travail de santé publique, un travail de prévention justement de toutes les maladies parodontales et aussi du dépistage* ». Plus qu'en opposition aux médecins-dentistes, elles se définissent plutôt, selon mon analyse, comme complémentaires. La division des tâches est stricte mais chacun-e y trouve son compte. Elles le trouvent dans la dimension relationnelle et préventive de leur travail qu'elles mettent tant en avant. La définition de la profession d'hygiéniste dentaire se fait donc relativement à celle de médecin-dentiste et des « bastions » qui lui sont réservés.

Si les enquêtées mettent systématiquement le contact et le feeling avec le ou la patient-e en avant, on observe pourtant, lorsqu'on les interroge sur leurs activités pendant une séance, que c'est le travail technique qui occupe le plus de temps. Ainsi, lorsque je leur demande quelle est la part la plus importante de leur travail et à quelle activité elles consacrent le plus de temps, Agnès répond : « *deux tiers, élimination du tartre, un tiers, motivation, instruction* ». Importance du travail technique encore plus grande selon Brigitte qui me dit : « *En pour cent, je pense que le détartrage représente 90% compris polissage et fluoration, toujours... bon, il y a la motivation qui prend aussi du temps, c'est systématique la motivation, normalement, c'est autant que le détartrage* ». Quant à Catherine, Doris et Françoise, de leur point de vue, c'est 80% de soins contre 20% de discussion dans une séance. Il est intéressant de noter que la seule personne qui dit consacrer autant de temps à la motivation qu'au détartrage, est indépendante. En effet, Emilie consacre à « *parts égales, une demie heure de conseils et discussion, et une demie heure de soins en bouche* ». On peut penser que le fait d'être indépendante donne à Emilie plus de liberté pour exercer son métier tel qu'elle le conçoit. Moins soumise aux contraintes temporelles et organisationnelles, elle dispose de plus de temps pour discuter avec les patient-e-s.

On peut donc conclure que les hygiénistes dentaires ont très largement intériorisé la dévalorisation sociale de leur métier qui est réduit à un travail du *care*. Dans la définition que les hygiénistes dentaires donnent de leur métier, on assiste à une occultation du travail technique qui leur prend en réalité beaucoup de temps et

nécessite un long apprentissage, autant que les compétences relationnelles d'ailleurs.

Cet aspect technique inhérent au travail des hygiénistes dentaires n'est pas seulement invisibilisé par les enquêtées ; il l'est aussi de manière plus générale. On demande aux hygiénistes dentaires d'avoir une bonne acuité visuelle, la capacité de mettre leurs patient-e-s en confiance, une facilité de contact, de la patience, de la concentration, de l'intérêt pour les soins médicaux et d'être habiles manuellement (www.orientation.ch). Au sein du cabinet dentaire, elles éduquent, conseillent, dépistent les maladies liées à l'hygiène dentaire, mais aussi exécutent tout un travail technique lié au traitement des maladies de la bouche. Ce travail est très valorisé quand c'est le médecin dentiste qui le fait, mais très peu quand c'est une hygiéniste dentaire qui l'exécute. Si l'on se base sur le tarif dentaire introduit en 1978, le travail des hygiénistes est simplifié et peu rémunéré. Le tarif médico-dentaire contient plus de 500 prestations uniques. A chaque prestation est attribué un nombre particulier de points tarifaires. Ce nombre de points tarifaires est multiplié par la valeur des points et donne ainsi le prix d'une prestation unique. A l'heure actuelle, il n'y a qu'une prestation pour désigner le travail de l'hygiéniste dentaire (4111) (alors que le descriptif de la SSO nous reconnaît 36 tâches et compétences !) qui évolue en fonction du temps que mettent les hygiénistes dentaires pour effectuer leur travail. En comparaison, le tarif concernant l'hygiène bucco-dentaire et la prophylaxie effectué par le médecin dentiste comprend 9 postes (4100 à 4109) (SSO, 2006). En ce qui concerne les radiographies, le tarif est le même pour toutes et tous, mais l'hygiéniste dentaire, l'aide en prophylaxie, l'assistante dentaire doivent les faire à la demande du médecin-dentiste.

La négation du caractère technique du métier d'hygiéniste dentaire occupé principalement par des femmes, la mise en avant des qualités relationnelles et, plus généralement, la négation de leurs compétences (réduites à des qualités) participent de l'infériorisation des hygiénistes dentaires, niées dans leurs qualifications et leur statut de professionnelles de la santé bucco-dentaire (Doniol-Shaw et Junter-Loiseau, 1997 : 75). Les hygiénistes dentaires acquièrent dans leur formation les outils nécessaires à la compréhension de la situation. Souvent, la résolution de situations difficiles passe par la confrontation d'idées et par la communication, qui se

situent jusqu'à présent entre personnes de niveau de compétences égales. Toutefois, la mise sur pied de formations différentes - dans le cas précis, celle d'assistante en prophylaxie - prépare à un nouveau type d'agir professionnel. On risque de voir s'établir, entre professionnel-le-s d'un même groupe, des cahiers des charges différenciés : pour les diplômés ES, les tâches qui nécessitent de faire face à des situations complexes appelant des savoirs multidisciplinaires, aux titulaires de CFC, ayant fait une formation continue en prophylaxie, les tâches dont l'agir se situera dans un domaine restreint ainsi que dans des tâches « basiques » et perçues comme (encore) plus dévalorisées.

De plus, cette division des tâches risque à terme de recouper (et de renforcer) la division traditionnellement sexuée des activités, entre celles qui sont imparties aux femmes et celles qui sont réservées aux hommes. En effet, la prise en charge d'un patient s'accompagne de nombreux gestes qui ne sont pas valorisés tels que : ouverture du cabinet le matin (remonter les stores, contrôle du stock), désinfection entre chaque patient-e (débarrasser les instruments et les amener à la stérilisation), mesures des données de la maladie, développement des radiographies, entrée des prestations dans l'ordinateur, aiguisage des instruments, effectuer la désinfection des tuyaux d'aspirations, le nettoyage des filtres, commander des échantillons, donner des rendez-vous, faire le listing des recall¹ et fermer le cabinet (fermeture des stores et quelques fois, vider la poubelle). Tous ces « petits » travaux qui sont effectués par l'assistante du médecin-dentiste pour lui laisser plus de temps avec le ou la patiente, sont, la plupart du temps, réalisés par l'hygiéniste dentaire « entre deux » et sans l'aide de personne. En une heure, il est souvent difficile de tout faire d'autant plus que le ou la patiente paie un traitement tarifé au temps passé sur le fauteuil ; il ou elle ne veut pas forcément payer le temps qu'il ou elle passe à prendre un rendez-vous. Il arrive fréquemment qu'une hygiéniste dentaire fasse une demi-heure d'heures supplémentaires (voire plus) qui n'est pas rémunérée pour pouvoir assumer les différentes tâches énumérées ci-dessus.

Toutes les interviewées le confirment : aucune ne bénéficie du soutien d'une assistante dentaire. « (...) *ni avant, ni pendant, ni après [le traitement]* », raconte

¹ Faire des listes de patient-e-s à convoquer.

Agnès ; « *Je désinfecte moi-même ma place de travail. Une seule fois, j'ai été aidée dans un cabinet. Je donne même souvent des rendez-vous. Parfois, je lave les instruments et je les stérilise* ». Seule Doris me raconte avoir l'aide d'une assistante. Mais elle précise qu'elle a dû insister pour obtenir cette aide et que la présence d'une assistante dentaire à ses côtés est soumise aux besoins du médecin-dentiste : « (...) *j'ai dû insister pour l'avoir, qu'on le sache quand même ! Et il ne faut pas que le médecin-dentiste ait besoin de toutes ses assistantes, sinon j'en ai pas* ».

En plus de traiter les patients donc, les hygiénistes dentaires doivent souvent accomplir de gestes de désinfection, donner des rendez-vous etc., ce qui implique qu'elles effectuent régulièrement des heures supplémentaires : « *30 à 45 minutes par jour, systématiquement parce qu'on me disait par exemple le vendredi qu'il ne fallait pas laisser des instruments sales tout un week-end ; donc il fallait que je les nettoie, que je les sèche, que je les mette sur le plateau et enfin dans le stérilisateur. Plus toutes les prestations que j'ai pas eu le temps de rentrer dans l'ordinateur parce que je prenais du retard avec les patients. Et encore les tuyaux à désinfecter, ça prend du temps, donc je prends du retard* » (Catherine). Ou encore Agnès qui explique : « *J'ai jamais calculé [mes heures supplémentaires] mais je me débrouille. Je fais en sorte qu'aucun ne soit lésé. Quand on aime son boulot... Je ne suis pas à la minute !* » Comme si le fait d'aimer son travail justifiait le fait qu'il soit exploité et, dans le cas des heures supplémentaires, non rémunéré et gratuit.

Dans ce chapitre, nous avons pu voir comment les hygiénistes dentaires définissent leur profession. Nous avons mis en évidence que plus que comme une profession dentaire et technique, les hygiénistes dentaires la définissent comme une profession du *care*, du conseil et du relationnel. Du point de vue de leurs conditions de travail, elles ne bénéficient d'aucune aide et alors même qu'elles effectuent parfois le même travail que les médecins-dentistes, elles n'ont aucune assistante dentaire à leur « disposition ». Il y a donc une hiérarchie au sein du cabinet dentaire. Abordons plus précisément cette question de la hiérarchie en nous intéressant maintenant à la division sexuelle entre hygiénistes dentaires et médecins-dentistes.

3.2. De la «complémentarité» à la division sexuelle du travail

Lorsque je demande aux enquêtées comment sont réparties les tâches dans le cabinet dentaire, toutes disent qu'elles « préparent le terrain » : « *Je dirai que le médecin-dentiste répare et que l'hygiéniste dentaire prépare le terrain. Oui, c'est une bonne formule. L'assistante assiste le médecin-dentiste. On est complémentaire, on leur facilite leur boulot* » (Agnès). Ou encore : « *Je fonctionne un peu comme un aiguillage. Les nouveaux patients doivent passer chez moi en premier pour une approche globale et «préparer le terrain». Mon collaborateur n'envisage des chirurgies ou implants que dans des bouches assainies au préalable et s'il est convaincu de la motivation des patients* » (Emilie). Du point de vue des hygiénistes dentaires interviewées, leur travail est complémentaire à celui des médecins-dentistes. Elles *préparent* les patient-e-s et les aiguillent : « (...) *mon rôle, c'est vraiment de voir si il y a des choses importantes à faire en bouche, des travaux qui vont être délégués au médecin-dentiste* » (Catherine).

On assiste donc à une division et à une spécialisation des tâches au sein du cabinet dentaire. Aux hygiénistes, l'accueil des patient-e-s et l'« état des lieux ». Aux médecins-dentistes, les traitements et réparations. Comme le dit Françoise, « *Chacun est à son poste, moi je m'occupe que des traitements qui m'incombent, (...) je les [les patient-e-s] prépare (...) et puis le dentiste fait son job (...)* ». De prime abord, cette répartition des tâches peut nous sembler horizontale et fondée sur la complémentarité des compétences des professionnel-le-s de la santé bucco-dentaire. C'est d'ailleurs le point de vue d'Emilie : « *J'ai besoin de travailler en collaboration avec un médecin-dentiste. Il m'apporte les réponses dont j'ai besoin, un appui scientifique que je n'ai pas sans lui, nous nous complétons bien* ». Mais, d'un point de vue de l'analyse, il s'agit bien d'une hiérarchie entre médecins-dentistes et hygiénistes dentaire (mais qui n'exclut en aucun cas la collaboration). Non seulement, le travail des hygiénistes dentaires est moins rémunéré (nous l'avons vu en introduction), mais encore elles sont « sous les ordres » des médecins-dentistes qui les emploient. C'est d'ailleurs probablement ce qui a motivé les revendications d'indépendance portées par un certain nombre d'hygiénistes dentaires.

Dans ce contexte, il m'a semblé intéressant de savoir si les interviewées bénéficiaient malgré tout d'une certaine indépendance au sein du cabinet dentaire. A cette question de la marge de manœuvre, les réponses sont mitigées. Si toutes disent travailler de façon autonome et rejettent ainsi toute forme de soumission au médecin-dentiste, en même temps plusieurs enquêtées *employées* disent ne pas se sentir indépendantes. C'est le cas de Brigitte par exemple : « *Non, je ne peux pas dire [que je me sens indépendante], je ne fais pas ce que je veux. Je ne prends pas les patients non plus avec le temps que j'aimerais !* ». Quant à Catherine, elle introduit une nuance : « *[J'ai] une indépendance relative, je me sens relativement indépendante parce que, il m'arrive de ne pas côtoyer le médecin-dentiste au cours d'une journée* ». Par contre, du côté des interviewées *indépendantes* (mais qui travaillent malgré tout dans le cabinet d'un médecin-dentiste), le sentiment d'indépendance est nettement plus fort. C'est le cas d'Emilie qui dit « *...aimer sa liberté et de pouvoir utiliser toutes ses ressources ...sans en référer à un patron...* ». Et Françoise qui se réjouit de sa « *...future liberté financière* ». Et on peut penser que cette indépendance est effective et dans ce sens, le statut d'indépendante semble influencer positivement sur les conditions de travail des professionnelles concernées.

Plus concrètement, je me suis aussi intéressée aux modalités de prises de décision en ce qui concerne les traitements. La question étant de savoir qui décide si un-e patient-e doit aller ou non chez l'hygiéniste dentaire et à quelle fréquence. De façon relativement surprenante, on n'observe pas de différence nette entre employées et indépendantes. Toutes disent, voire revendiquent, que ce sont elles qui décident de la prise en charge des patient-e-s et de leur suivi. « *(...) c'est moi qui décide de toute la prise en charge du patient* », nous dit Agnès. De la même manière, Brigitte explique : « *Non, je prends moi-même la décision si le patient vient tous les 4 mois ou tous les 6 mois, voire une année, je décide moi, sans problème, je suis assez libre, il [le médecin-dentiste] me fait confiance* ». D'ailleurs, les médecins-dentistes ne voient pas systématiquement les patient-e-s : « *(...) c'est moi qui l'appelle si j'en sens la nécessité* » (Agnès). En outre, toutes les interviewées sont autorisées à décider par elles-mêmes de faire des radiographies ou non.

Les hygiénistes dentaires se trouvent finalement dans une situation plutôt paradoxale. En même temps qu'elles sont employées par un médecin-dentiste et font

ce travail d'aiguillage et de préparation des patient-e-s (en ce sens, elles font le « sale travail » que s'épargnent ainsi les dentistes), elles se voient malgré tout accorder une marge de manœuvre relativement large et bénéficient d'une certaine autonomie dans la gestion de leur travail. Et en même temps aussi qu'elles assument de grandes responsabilités, on ne reconnaît malgré tout pas leurs qualifications et la valeur de leur travail. Non seulement au niveau de leur rémunération mais aussi en termes de visibilité. Aucune hygiéniste dentaire employée n'a son nom sur la porte du cabinet dentaire ; et peu ont des cartes de rendez-vous à leur nom. Lorsque je demande à Brigitte si elle a son nom sur la porte, elle répond : « *Non, mon nom sur la porte en tout cas pas. La plupart des patients, ils ne savent même pas comment je m'appelle à part mon prénom, ils ne connaissent même pas mon nom de famille* ». On observe ici une différence entre les employées et les indépendantes puisque ces dernières ont toutes leur nom sur la porte : « *Obligée, je suis indépendante. Mon nom est dans la rue, sur la porte d'entrée, sur la boîte aux lettres, dans l'ascenseur, sur la porte du cabinet et dans l'annuaire* » (Emilie). Si l'accès à l'indépendance permet aux hygiénistes dentaires de gagner en visibilité, force est de constater que lorsqu'elles sont employées, elles sont niées et invisibilisées non seulement en tant que personnes (les patient-e-s ne savent pas leur nom) mais aussi en tant que professionnelles. On peut d'ailleurs se demander pourquoi le nom des employé-e-s des médecins en général n'apparaît jamais nulle part.

Cette situation paradoxale dans laquelle se trouvent les hygiénistes dentaires, entre délégation de tâches et de responsabilités et invisibilisation de leur travail, participe de la dévalorisation de leur métier. Elles doivent assumer un rôle de professionnelles mais on ne les reconnaît pas en tant que telles. Comme je l'ai déjà dit, l'arrivée des aides en prophylaxie ne viendra pas éclaircir le tableau. Si, de manière générale, les interviewées ne voient pas les aides en prophylaxie comme des concurrentes ou une menace, elles expriment, à juste titre, quelques réserves. Comme Brigitte : « *C'est inadmissible que des filles, avec une formation de 9 mois, puissent faire le même travail alors qu'on a une formation de 3 ans à temps complet (...)* ». Ou encore Catherine : « *Je n'aime pas trop qu'on vienne marcher sur mes plates-bandes ! Et qu'on bluffe les gens qui ne connaissent rien au domaine dentaire et qui vont aller chez une aide en prophylaxie plutôt que chez une hygiéniste parce que c'est meilleur marché. La qualité de travail ne sera pas du tout la même. On ne peut pas former*

aussi bien en je ne sais pas combien de temps, par rapport à la formation en trois ans de l'école d'hygiéniste dentaire. La formation n'est pas aussi complète donc le travail n'est pas aussi bien fait. Donc, je ne suis pas en faveur des aides en prophylaxie ».

Dans ce chapitre, nous avons pu voir comment est réparti le travail au sein du cabinet. Malgré une certaine autonomie et de grandes responsabilités, les hygiénistes dentaires restent peu reconnues et la mise en place d'une profession apparentée mais peu qualifiée participe de la dévalorisation de leur métier. En lien avec cette exploitation de leur travail et une division stricte des tâches, les hygiénistes se voient imposer des conditions d'engagement précaires et flexibles. C'est cette question des conditions de travail que nous allons aborder maintenant.

3.3. Des emplois précaires : temps partiel et cumul de places

Au Canada, 41% des hygiénistes dentaires travaillaient à temps partiel en 2001 (www.jobfutures.ca). En Suisse, il n'existe pas de statistiques mais en regardant les offres d'emploi du journal *Dimensions* de Swiss Dental Hygienists, on peut constater que ce sont essentiellement des offres d'emplois à temps partiel.

Dans notre population de six hygiénistes dentaires, toutes travaillent à temps partiel et cumulent plusieurs places de travail. Par exemple, Agnès travaille pour deux employeurs, à 40% chez l'un et à 20% chez l'autre. Ou Catherine qui travaille elle aussi à 60% et à 30% pour chacun de ses employeurs. Par ailleurs, les interviewées m'explique que leurs collègues sont elles aussi à temps partiel et occupent plusieurs emplois. Brigitte raconte « *Dans le premier poste, j'ai cinq collègues, toutes à mi-temps, et dans le second poste, j'ai une collègue qui travaille deux jours. Comme c'est un cabinet de groupe, il y a une autre hygiéniste qui travaille pour un autre médecin-dentiste, elle travaille aussi ailleurs, dans une autre place où il y a aussi une hygiéniste et ainsi de suite...* ». Lorsqu'on interroge les enquêtées sur leur parcours, on est aussi frappée de constater qu'elles changent fréquemment d'employeur.

Les salaires des hygiénistes dentaires sont inférieurs à celui des hommes dans le même secteur d'activité, domaine de la santé et du social. Leurs salaires se situent la

première année entre 4787 francs et 5332 francs (SSO, 2007) ce qui correspond à la moyenne suisse qui est de 4920 francs pour les femmes mais ce qui est inférieur à celui des hommes : 5608 francs (www.bfs.admin.ch). De plus, si l'on tient compte des directives de la SSO relatives aux salaires, une année d'activité équivaut à 12 mois d'occupation à plein temps. En cas de travail à temps partiel, les périodes de travail sont prises en compte en fonction du taux d'activité (activité à 50% pendant un an = ½ année d'activité). En cas d'interruption du travail pendant une période prolongée, seules les années d'activité sont prises en compte (SSO, 2007). Nous sommes pénalisées dès le départ par rapport aux hommes puisque nos salaires sont inférieurs. De plus, nous portons sur nous l'image d'une employée à temps partiel qui a choisi ce mode d'emploi alors que la plupart des hygiénistes dentaires cumulent plusieurs emplois pour avoir un salaire suffisant. Au travail à temps partiel correspond un salaire partiel mais aussi un statut moindre. Un emploi à temps partiel n'est pas reconnu comme un vrai travail : «Le *vrai travail*, c'est celui qui est salarié, effectué à plein temps et masculin » (Roux, 2001 : 120).

Beaucoup d'entre nous avons arrêté de travailler ou avons gardé un travail à temps partiel lorsque nous avons eu des enfants, mais lorsque l'envie ou la nécessité de retravailler s'est présentée, le salaire n'a plus été adapté au coût de la vie et des années de cotisations aux assurances sociales ont été perdues. En effet, le travail à temps partiel se répercute dans les assurances sociales liées à l'emploi. Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'affiliation au 2^{ème} pilier est obligatoire pour tous-tes les salarié-e-s touchant 19'350 francs. Mais la LPP n'est pas adaptée au temps partiel : 23% des salarié-e-s échappent à la LPP ; 35% sont des femmes et on observe une augmentation du nombre de femmes hors du 2^{ème} pilier (Despland, 2005).

Ce que peu de personnes savent, c'est que les salarié-e-s occupé-e-s par plusieurs employeurs auprès desquels ils/elles touchent des salaires annuels dont le total dépasse 19'350 francs, peuvent se faire assurer à titre facultatif selon les normes de la LPP, en en faisant la demande soit à une institution supplétive, soit à une autre institution compétente. Les salarié-e-s qui sont occupé-e-s auprès de plusieurs employeurs sans atteindre chez l'un d'eux le salaire minimal assuré, mais en l'atteignant par le cumul des salaires, ont droit à la prise en charge par chaque employeur de la part patronale de la cotisation calculée en proportion de ce que

représente le salaire versé par rapport au salaire coordonné comprenant l'ensemble des salaires. L'employeur ne doit toutefois sa participation que s'il est tenu de payer des cotisations AVS et qu'à partir du moment où le-la salarié-e l'a avisé de son adhésion à l'assurance facultative. Et en cas de non-paiement de la part patronale, l'assuré-e doit s'acquitter lui/elle-même des cotisations (Centre Patronal, 2005).

Les salaires sont pour la plupart fixés en fonction du tarif SSO mais souvent les augmentations sont remplacées par des jours de vacances. De plus, la question du nombre d'années d'expérience (qui a une influence sur le salaire) pose problème. C'est ce qu'explique Catherine : *« C'est [le salaire] un accord entre le patron et l'employée, d'après la SSO qui sort annuellement ses barèmes qui sont fixés en fonction du nombre d'années d'activité. Là, de nouveau, ce n'est pas très clair. On est diplômée en juin qui se trouve être le 6^{ème} mois, donc la première année n'est pas prise en compte comme une année. On peut chaque fois discuter sur les années d'expérience »*. Et, comme je l'ai mentionné précédemment, à un travail partiel correspond un salaire partiel. Moins un « choix » de la part des interviewées, le travail à temps partiel apparaît plus comme une demande voire une exigence de la part des médecins-dentistes. En plus du salaire, les cotisations au deuxième pilier posent problème, ceci notamment parce que les hygiénistes dentaires ont plusieurs employeurs. Brigitte et Doris expliquent ce problème : *« Je cotise à la LPP mais extrêmement peu car je suis considérée comme deux personnes. Je ne peux pas cumuler mes salaires, j'ai deux caisses »* (Brigitte) ; *« Quand j'étais employée, j'étais payée au pourcentage, 45 %. Mais le problème quand on a plusieurs employeurs, on est très mal assurée, c'est le problème de toutes les hygiénistes, on n'a pas de LPP correcte et ça, c'est pas normal ! »* (Doris).

Les hygiénistes dentaires ont donc tous les inconvénients liés au cumul de places de travail : difficulté de faire valoir leur expérience pour améliorer leurs conditions salariales, difficulté d'adhérer à la LPP car c'est un vrai parcours de la combattante quant on lit ce qui précède (et encore faut-il être au courant). Difficulté aussi de faire valoir leurs droits ne bénéficiant pas d'une convention collective de travail.

Pour les travailleuses indépendantes, la question se pose différemment. En effet, leur salaire dépend du nombre de patient-e-s. Emilie raconte : *« Ce n'est pas un*

salaires fixes. Cela dépend des mois. J'en suis satisfaite. Cela correspond plus ou moins au même salaire qu'une HD employée. Les soucis en plus, mais aussi la liberté et pour moi, ça vaut tout l'or du monde ! (...) Si je travaillais à 100%, sachant qu'on couvre ses frais fixes avec un 40%, j'arriverais à environ 9000 francs par mois ».

On ne peut nier que les travailleuses indépendantes encourent différents risques (économiques notamment) liés à leur statut d'indépendantes. Toutefois, d'un point de vue salarial et du point de vue de leurs conditions de travail, les hygiénistes dentaires semblent avoir tout à y gagner. De mon point de vue, on peut reprendre l'analyse que fait Danièle Kergoat (1992) des luttes des infirmières en France pour comprendre la lutte pour l'indépendance des hygiénistes dentaires, ses implications et le sens dont elle est porteuse. Selon mon analyse, le combat des hygiénistes dentaires pour l'indépendance « à travers son expérience de lutte permet de concevoir une ouverture dans l'enfermement répétitif dessinés par les rapports sociaux de sexe. C'est une revendication d'identité professionnelle, la volonté de remettre en cause des stéréotypes liés à un métier de femme dans lequel elles ne se reconnaissent plus. Leur travail qualifié mérite un salaire correspondant et cette revendication salariale s'appuie sur une nouvelle reconstruction sociale : l'indépendance. Ce changement dans la représentation d'un métier de femme les conduit à offrir, ce qui est réellement subversif : un autre modèle de travail, qui revendique un travail intéressant, qui doit offrir des conditions de travail où se conjuguent plaisir et efficacité, implications personnelles et compétences professionnelles, le tout bien entendu méritant salaire » (Kergoat, 1992 : 146).

Nous l'avons vu, la division sexuelle du travail au sein du cabinet est bien présente, aux médecins-dentistes les gestes techniques et hautement valorisés et rémunérés, et aux hygiénistes dentaires la prévention, le « nettoyage » peu valorisé et peu rémunéré. De plus, les hygiénistes travaillent très souvent à temps partiel et leur rémunération est faible au vu des responsabilités qui leur incombent. Il y a donc des luttes de pouvoir entre hygiénistes dentaires et les médecins-dentistes qui ne veulent que les employer à temps partiel et sous leur contrôle. D'où, à mon avis, tout le poids symbolique et politique de la revendication d'indépendance pour s'extraire du carcan des médecins-dentistes. A ce sujet, j'ai voulu mieux connaître le point de vue des

interviewées employées et indépendantes à propos de l'indépendance. Les différentes réponses nous font voir le besoin de visibilité et de reconnaissance de la profession d'hygiéniste dentaire. Ainsi, Agnès dit : « *Je ne suis pas indépendante et je ne désire pas être indépendante mais c'est bien pour la reconnaissance en tant qu'hygiéniste dentaire (...) on devient visible* ». Quant à Catherine, elle explique : « *C'est très valorisant pour la profession. Finalement, on est déjà habituée à travailler sans l'aide de qui que se soit. Je pense que c'est une bonne chose, mais c'est aussi réconfortant d'avoir l'avis d'un médecin si il y a des incertitudes.* ». On le voit, du côté des employées, il y a une petite réserve qui est mise à propos de l'indépendance : elles semblent tenir à la collaboration avec les médecins-dentistes et insistent encore une fois sur la « complémentarité » entre hygiénistes dentaires et médecins-dentistes.

Quant aux indépendantes, elles sont particulièrement satisfaites et optimistes par rapport à leur nouvelle situation. A l'image de Doris : « *Je suis indépendante depuis pas très longtemps, l'avantage est que le patient vient chez toi (...) moi je trouve agréable d'avoir sa propre clientèle. (...) je pense que le fait d'avoir cette responsabilité, que ce sont mes patients, et que je dois moi-même mieux gérer, fait que je suis beaucoup plus motivée face à mes patients. Je me donne plus de peine maintenant du fait que c'est pour moi que je travaille. Enfin, je me suis fait plaisir en achetant du beau matériel, en aménageant comme je voulais mon cabinet* ». Et Emilie : « *J'aime ma liberté et pouvoir utiliser toutes mes ressources ou formations complémentaires sans en référer à un patron ou devoir justifier pourquoi je compte un traitement différemment parce que nous n'avons fait que de parler* ». A la lumière des témoignages des indépendantes, l'indépendance semble offrir une alternative intéressante aux hygiénistes dentaires pour travailler à plein temps, sur un même lieu de travail, en collaboration avec le médecin-dentiste, tout en permettant une plus grande égalité entre les différent-e-s partenaires au sein du cabinet dentaire.

Dans ce chapitre, nous avons vu que le travail à temps partiel est très répandu chez les hygiénistes dentaires. Mais ce sont les offres qui déterminent le marché de l'emploi et non la demande ; et ces offres sont souvent de un voire deux jours de travail, ce qui est insuffisant pour avoir un salaire décent et pour cotiser aux assurances sociales. Face à cette situation de précarité, l'indépendance paraît une

alternative intéressante pour exercer le métier d'hygiéniste dentaire à plein temps et dans de meilleures conditions. Elle semble aussi favoriser une plus grande égalité entre hygiénistes dentaires et médecins-dentistes.

4. Conclusions et perspectives

C'est à travers l'histoire que s'est construit le métier d'hygiéniste dentaire basé sur des qualités féminines qui prend lentement sa place dans un domaine de la médecine dentaire, celui de la prévention. Toutefois, la profession d'hygiéniste dentaire semble encore aujourd'hui porter en elle les « traces » du passé. Elle s'émancipe en effet difficilement de la définition qui lui a été assignée : celle d'une profession féminine et peu reconnue, les hygiénistes étant assimilées à des auxiliaires soumises aux exigences des médecins-dentistes.

Ma première hypothèse de travail était que la faible reconnaissance du métier d'hygiéniste dentaire est le produit de la division sexuelle du travail qui assigne les femmes à des professions et des tâches subordonnées. Les différents documents que j'ai pu réunir de même que les propos des interviewées vont dans le sens de cette hypothèse. Nous l'avons vu, le travail des hygiénistes dentaires est réduit à du travail de « nettoyage » et de préparation des patient-e-s pour les médecins-dentistes. De plus, une même tâche n'a pas la même valeur si elle est effectuée par une hygiéniste dentaire ou un médecin-dentiste.

Ma deuxième hypothèse était que le métier d'hygiéniste dentaire est perçu et défini comme un métier du *care*, les métiers du *care* étant largement dévalorisés car supposés basés sur des « qualités » féminines naturelles et non sur des qualifications. Effectivement, le métier d'hygiéniste dentaire est non seulement réduit à du nettoyage dans les différents documents, allant dans le sens d'une invisibilisation des qualifications des hygiénistes. Mais encore, les interviewées insistent sur la dimension relationnelle de leur travail et passent alors sous silence tous les gestes techniques qu'elles exécutent. Pourtant, le métier d'hygiéniste est un métier de la médecine dentaire à part entière puisqu'il faut trois ans d'étude à plein temps pour pouvoir l'exercer. Il nécessite des compétences non seulement relationnelles mais aussi techniques dans le domaine de la prévention.

Enfin, j'ai montré, en lien avec la division sexuelle du travail et la définition du métier d'hygiéniste dentaire comme métier dentaire, les conditions précaires d'emploi et d'exercice que ces professionnelles subissent. Comme le montrent les résultats des interviews, toutes les hygiénistes dentaires travaillent à temps partiel avec des conséquences désastreuses notamment sur leurs cotisations sociales. Elles sont soumises à la demande des employeurs et se voient forcées de cumuler plusieurs places de travail tout au long de leur vie professionnelle.

Alors que certains médecins-dentistes cherchent à « retourner en arrière » en engageant des aides en prophylaxie et d'une certaine manière, exclure les hygiénistes dentaires qualifiées de surqualifiées (on croit rêver), les hygiénistes dentaires, elles, se tournent vers l'avenir et militent pour l'indépendance. On peut s'alarmer, comme cela se produit dans le canton de Zurich où la formation des aides en prophylaxie a été mise en place par des médecins-dentistes privés, qu'à l'avenir, ces mêmes médecins-dentistes n'engagent plus que des aides en prophylaxie. Le rapport de Thérèse Vollenweider qui s'occupe du service de placement de Suisse alémanique explique que « malheureusement, les chiffres pour notre centre de placement sont en recul (...). Il arrive souvent qu'on embauche une aide en prophylaxie plutôt qu'une hygiéniste dentaire (...) ». Idem pour Caroline Donzé qui travaille au service de placement de Suisse romande et qui « déplore l'attitude d'un médecin dentiste qui a renvoyé son hygiéniste dentaire pour engager deux aides en prophylaxie » (Rapport annuel de Swiss Dental Hygienists 2004/2005 : 28). On peut se demander si ce ne sont pas des impératifs économiques plus que la promotion de la santé qui ont poussé certains médecins dentistes à créer cette nouvelle profession. On peut craindre que l'introduction de personnels disposant de formations différenciées dans un même groupe conduise de façon inévitable à une ségrégation, à une division du travail, à un abaissement des compétences pour certaines professionnelles, à une diminution des salaires, à de nouvelles politiques d'embauche et à une structuration verticale des soins. Et il y a des risques que les hygiénistes dentaires en fassent les frais.

On peut craindre aussi que la hiérarchie et la division du travail s'accroissent au sein du cabinet dentaire, entre le-la médecin-dentiste, l'hygiéniste dentaire, la stagiaire hygiéniste dentaire, l'assistante en prophylaxie, l'assistante dentaire. La création de

ces statuts différenciés risque de provoquer une dégradation de l'esprit d'équipe, de renforcer les inégalités salariales et de produire une rivalité dans les compétences : en effet, qui fait quoi ? Le ou la patiente devra passer dans plusieurs « mains » pour achever son traitement. Qui lui dira qui la/le soigne ? Comment le retrouvera-t-elle/il sur sa facture ? On peut se demander quelle sera la place des hygiénistes dentaires ?

On tend, pour certaines catégories de patient-e-s (enfants, personnes âgées, handicapé-e-s), à affirmer ne pas avoir besoin de personnel formé ou trop formé dans le domaine de la prévention. Mais lorsque ce sont les médecins-dentistes qui la font, la prophylaxie est présentée comme particulièrement nécessaire et efficace. On dit des hygiénistes dentaires qu'elles « trop qualifiées pour l'effectuer ». Situation aberrante et révélatrice des luttes de pouvoir au sein des professions dentaires, qui se recourent très largement avec les rapports de domination entre les sexes et l'infériorisation des professions réservées aux femmes. L'indépendance, c'est le refus de faire un « métier de femmes » donc à temps partiel, peu reconnu, peu valorisé et invisible. Les femmes veulent un vrai travail qui leur donne la capacité de subvenir à leur besoins et à celui de leurs enfants. Elles ne veulent plus d'un salaire d'appoint.

Je terminerai par quelques propositions pour palier certains aspects de la situation actuelle et contribuer à améliorer l'image de la profession. Il serait intéressant de faire des études sociologiques, épidémiologiques sur les métiers de la médecine dentaire afin de mettre en lumière le travail des hygiénistes et son efficacité. Il serait important aussi de promouvoir des formations de base et des formations continues conjointes avec les médecins-dentistes. D'évaluer régulièrement l'adéquation de la rémunération des hygiénistes dentaires avec des métiers dits masculin. On pourrait aussi imaginer introduire un module « genre » dans les études de médecine dentaire et d'hygiéniste dentaire. Rendre accessible à tout un chacun-e des informations concernant les droits de pratique des différent-e-s intervenant-e-s dans un cabinet médical me semble aussi primordial. De même que d'encourager les hygiénistes dentaires à se présenter systématiquement, à mettre des informations dans la salle d'attente sur leur profession. Enfin, la mixité ne garantit pas à elle seule une réduction des inégalités et n'entraîne pas forcément des changements dans les

représentations du féminin et du masculin. Toutefois, on peut se demander s'il ne serait pas bien d'ouvrir la profession aux hommes, même si, on le sait, ceux-ci ont vite tendance à « gravir les échelons », allant alors dans le sens d'une reproduction des inégalités entre femmes et hommes.

Jusqu'à aujourd'hui, la prévention des maladies dentaires a triomphé. En trente ans, les caries ont reculé en Suisse de près de nonante pour cent. Mais ce succès ne doit pas nous leurrer : la fréquence des maladies augmente immédiatement dès que les efforts de prophylaxie diminuent, ne serait-ce que légèrement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la carie constitue la maladie humaine la plus fréquente et selon le Dr Ciucchi, directeur de la clinique de la jeunesse à Genève : « Nous assistons malheureusement à une période de régression. N'ayant pas souffert eux-mêmes de problèmes dentaires, des parents semblent moins attentifs à leur progéniture » (Bézaguet, 2005 : 22). Permettre aux hygiénistes dentaires de travailler plus, c'est permettre à plus de patient-e-s d'avoir accès à la prévention, et l'ouverture plus large à la prévention contribuera également à la réduction des coûts de la santé. C'est un véritable enjeu de santé publique. C'est probablement ce que les politiques ont compris en donnant la possibilité aux hygiénistes dentaires de pratiquer de façon indépendante. Jusqu'à l'année 2015, le nombre de médecins-dentistes pourrait diminuer de 20%. De plus, on constate chez les hommes un manque d'intérêt pour les études en médecine dentaire, alors que le nombre des femmes augmente. Mais le temps d'activité des femmes étant court, 40% par rapport à celui des hommes, le nombre des futur-e-s professionnel-le-s en médecine dentaire diminue (www.sso.ch). Cela aura à n'en pas douter des répercussions sur le nombre de places offertes aux hygiénistes dentaires. Voilà tout l'intérêt d'avoir des professionnelles de la prévention à leur compte.

5. Bibliographie

Articles et ouvrages

ANGELOFF Tania (2003). « Le temps partiel un marché de dupes ». Paris : Edition Syros.

BEZAGUET Laurence (3-4 décembre 2005). « Pour soigner leurs caries, des enfants passent sur le billard ». *Tribune de Genève* : 22.

CRESSON Geneviève, Nicole GADREY (2004). « Entre famille et métier : le travail du care ». *Nouvelles Questions Féministes*, 23 (3) : 26-40.

DESPLAND Béatrice (2005). « Les assurances sociales liées au travail : de réelles discriminations ». Cours donné dans le cadre du certificat de formation continue en Etudes genre, mars 2005.

DONIOL-SCHAW Ghislaine, JUNTER-LIOSEAU Annie (1997). « La formation des femmes aux nouvelles technologies : une mauvaise réponse à un vrai problème ». *Les Cahiers du Mage*, 1 : 73-80.

DUSSAULT Andrée-Marie (2003). « Le non-choix du temps partiel ». *L'Emilie*, juin-juillet : 20.

GILLIAND Pierre (1991). « Population active en Suisse, situation des femmes ». In Béatrice Despland (Ed.), *Femmes et travail ; Enjeux et perspective de l'activité en Suisse* (pp. 13-39). Lausanne : Réalités sociales.

KERGOAT Danièle (2000). « Division sexuelle de travail et rapports sociaux de sexe ». In Helena Hirata et al. (Ed.), *Dictionnaire critique du féminisme* (pp. 35-44). Paris : PUF.

KERGOAT Danièle, Françoise IMBERT, Danièle SENOTIER, Hélène LE DOARE (1992). *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*. Paris : Ed. Lamarre.

MARUANI Margaret, « Les ravages cachés du sous-emploi ». <http://www.monde-diplomatique.fr/2003/06/MARUANI/10215> - JUIN 2003.

MESSANT-LAURENT Françoise (1991). « Evolution du travail féminin : de la production artisanale au monde des bureaux ». In Béatrice Despland (Ed.), *Femmes et travail. Enjeux et perspective de l'activité féminine en Suisse* (pp. 41-45). Lausanne : Réalités sociales.

NADAI Eva (2002). « Etre aux petits soins - les professions féminines dans le domaine de la santé et du social ». *Questions au féminin*, 1/2002 : 25-26.

PASTEUR Christiane (20 septembre 2004). « Les hygiénistes dentaires veulent s'affranchir ». *Tribune de Genève* : 18.

PIROLT Sabine (août 2006). « Le temps partiel progresse en Suisse ». *L'Hebdo* : 9.

ROSENDE Magdalena (2000). « Féminisation de la profession médicale et représentation du travail entre femmes et hommes : des chasses gardées masculines et des niches féminines ». *Revue médicale de la Suisse romande*, 120 : 1015-1023.

ROSENDE Magdalena (2002) « La division sexuelle du travail chez les médecins : une étude de cas ». *Cahiers du Genre*, 32 : 25-41.

ROUX Patricia (2001). « La fin du travail ? Mais de quel travail parlez-vous ? ». In Jean Terrier et Hughes Poltier, *Vers de nouvelles dominations dans le travail ? Sur le sens de la crise* (pp. 117-124). Lausanne : Payot.

STEINEGGER Vreni, ASHD (Février 1991). « L'Hygiéniste dentaire ». *Journal de l'Association des Hygiénistes Dentaires*, 18-19.

Sites Internet et documents divers

Administration fédérale, www.bfs.admin.ch/doc.pdf.80412.

Association suisse des hygiénistes dentaires : <http://www.dentalhygienists.ch>.

Canadian Dental Association,
http://www.cda.adc.ca/files/cda/about_cda/history/fre_HSPart9.pdf, « Cents ans de service, Etudiant, auxiliaires et agrément », partie N°9.

Centre de formation professionnelle santé-social : <http://www.geneve.ch/cefops/>.

Centre patronal, « Guide pour l'employeur », octobre 2005.

Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé : <http://www.gdk.cds.ch>.

Croix Rouge suisse, www.redcross.ch, loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (K 3 02.01, p.12)

Emploiavenir.ca, www.jobfutures.ca.

Office Fédéral de la Formation Professionnelle et de la Technologie (OFFT). <http://www.bbt.admin.ch/berufsbj/hoehere/hf/f/index.htm>, 2005.

Office Fédéral de la Statistique (OFS), Communiqué de presse N° 0351-0501-80, Neuchâtel, le 7 mars 2005

Office Fédéral de la Statistique : www.bfs.admin.ch, Salaire mensuel brut en 2002, en francs. Polycopié du second module de formation continue en Etudes genre, Genève, mars 2005, p.69.

Office d'orientation professionnelle de Genève, www.orientation.ch, dernière mise à jour : 02.08.2006.

Secrétariat du Grand Conseil, Interpellation présentée par la députée Mme Ariane Wisard-Blum, doc. N°IUE 108, 2004, www.ge.ch/grandconseil/data/texte/IUE00108.pdf.

Société Suisse d'Odontostomatologie : <http://www.sso.ch>.

Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO), «*Le médecin-dentiste en 2010. Réalités et perspectives de la profession pour l'an 2010* », 1995.

Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO), «Directives relatives aux salaires des assistantes dentaires, apprenties, médecins-dentistes assistants et hygiénistes dentaires. », 1^{er} janvier 2007.

Société suisse de parodontologie, www.parodontologie.ch.

Vollenweider Thérèse, Donzé Caroline, Rapport annuel de Swiss Dental Hygienists, Service de placement, 2004/2005, p.28.

Annexe : Guide d'entretien

Merci beaucoup de m'accorder cette interview. Dans le cadre de mon mémoire de certificat de formation continue en Etudes Genre, je m'intéresse à la profession d'hygiéniste dentaire. Plus précisément, j'aimerais étudier le statut et la reconnaissance de cette profession. Pendant cet entretien, nous aborderons diverses questions : nous parlerons de votre pratique quotidienne, de vos relations avec les médecins-dentistes et les patients, mais aussi de questions politiques plus générales, notamment celle de la revendication d'indépendance par les hygiénistes dentaires. Si une question ou une autre vous met mal à l'aise, sentez-vous libre de ne pas y répondre. Cet entretien est strictement confidentiel et anonyme. Il dure environ une heure.

I. Pratique quotidienne, définition et rapport au métier

- En quoi consiste le travail d'hygiéniste dentaire ?
- Quelle définition donneriez-vous de votre profession ?

- Quelle est la part la plus importante de votre travail ? A quelle activité consacrez-vous le plus de temps ? Les soins dentaires et buccaux à proprement parler, ou la discussion avec les patient-e-s et la prévention ?
- Quelles sont vos relations avec les patient-e-s ?
- Quelle est la différence entre votre travail et celui du médecin-dentiste ?
- Qu'est-ce que vous préférez dans votre métier ? Et qu'est-ce qui vous plaît le moins ?
- Pourquoi avez-vous choisi la profession d'hygiéniste dentaire ?
- De plus en plus d'aides en prophylaxie sont formées. Qu'en pensez-vous ?

II. Division du travail au sein du cabinet dentaire et rapport au médecin-dentiste

- Comment se passent les relations avec le(s) médecin(s)-dentiste(s) avec qui vous travaillez ? Etes-vous satisfaite de ces relations ?
- Quelle est la répartition des tâches au sein du cabinet dentaire ? En d'autres termes, qui fait quoi ?
- Diriez-vous que vous bénéficiez d'indépendance au sein du cabinet dentaire ?
- Y a-t-il une procédure de prise en charge des patients ? Qui décide si un-e patient-e doit aller ou non chez l'hygiéniste dentaire ?
- Le médecin-dentiste est-il toujours présent au cabinet pendant vos heures de travail ?
- Le médecin-dentiste voit-il tous/toutes les patient-e-s ou seulement certain-e-s ?
- Etes-vous autorisée à faire des radiographies ? Et qui décide quelles radiographies doivent être faites ?
- Combien de temps avez-vous pour chaque patient ? Qui décide du temps de traitement ? Souhaiteriez-vous avoir plus de temps ?
- En fin de traitement, qui décide de la planification des visites spécifiques pour les soins d'hygiène dentaire ? (Recall).
- Sur la fiche du patient : avez-vous une place spécifique pour inscrire votre traitement, vos remarques, un programme d'hygiène... Ou une fiche spéciale HD ?
- Qui gère votre livre de rendez-vous ?
- Bénéficiez-vous de l'aide d'une assistante dentaire pendant le traitement d'un-e patient-e ? Et après le traitement, pour la désinfection ?
- Avez-vous une carte de rendez-vous à votre nom ? (Eventuellement votre nom sur la porte d'entrée ou sur la boîte aux lettres).
- L'équipement sur lequel vous travaillez vous convient-il ?
- Prenez-vous part aux décisions concernant les fournitures ?

III. Conditions de travail

- A quel pourcentage travaillez-vous ?
- Pour combien d'employeurs travaillez-vous ?
- Etes-vous indépendante ? Si oui, pourquoi ? Quels avantages y voyez-vous ? Si non, quelle est votre position par rapport à l'indépendance ?
- Salaires : qui fixe votre salaire ? Et sur quelle base ? Est-ce un salaire fixe ? Au pourcentage ? Une combinaison des deux ? En êtes-vous satisfaite ? Cotisez-vous à la LPP ?

- A quelle fréquence estimez-vous faire des heures supplémentaires ? Sont-elles payées ?
- Êtes-vous membre de l'association des hygiénistes dentaires ? Engagée politiquement pour défendre vos conditions de travail ?

IV. Données sociographiques

Année de diplôme
Parcours professionnel
Nombre d'années d'exercice
Age
Situation familiale