

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2016

N° :

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 22 janvier 2016

Par Marion BASSEE

Née le 20 Mars 1990 à Villeneuve d'Ascq - FRANCE

LA TENUE VESTIMENTAIRE

DU CHIRURGIEN-DENTISTE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Directeur : Monsieur le Docteur François DESCAMP

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Président de l'Université :	Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université :	P-M. ROBERT
Doyen :	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens :	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services Administratifs	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P.BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Sciences Biologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section d’Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. DE BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de Sous-Section d’ Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Responsable de la Sous-Section d’Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Responsable de la Sous-Section Prothèses
J.L LEGER	Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie

G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. OELJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Biophysique, Occlusodontiques, Biomatériaux, Radiologie
T. TRENTÉSEAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses

REGLEMENTATION DE PRESENTATION DU MEMOIRE DE THESE

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique
- DEA Quaternaire : Géologie, Préhistoire et Paléanthropologie
- Maîtrise de Biologie Humaine
- EDBSL
- Expert en Anthropologie près la cour d'appel de Douai

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Pour la qualité de votre enseignement et l'intérêt que vous portez aux étudiants, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur François DESCAMP

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Prothèses

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales
- Maîtrise Universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé
- D.E.S.S Education et Santé
- D.E.A Science de l'Education
- Lauréat de l'Académie Nationale Chirurgie Dentaire
- Médaille de Bronze de la Défense Nationale (Agrafe « service de santé »)
- Médaille d'Outre-Mer (Agrafe « Tchad »)
- Titre de reconnaissance de la Nation

Pour avoir passé deux ans à vos côtés au cabinet, je peux témoigner du grand professionnalisme et du sens humain dont vous faites preuve au quotidien. Vous avez toujours été et resterez un modèle pour moi. Le mérite, la persévérance, le travail et votre pédagogie sont à mon sens autant de qualités qui expliquent votre réussite professionnelle et personnelle.

Je suis fier que vous ayez accepté la direction de ce travail. Vous m'avez toujours encouragé à fournir un travail et une réflexion aboutis ainsi qu'à ne jamais rester sur mes acquis.

Pour toute la transmission et les moments partagés avec vous et votre famille, trouvez ici l'expression de mon plus grand respect. J'espère pouvoir toujours rester digne de la confiance que vous m'accordez... Merci

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
- Maîtrise en Biologie Humaine
- C.E.S d'Odontologie Chirurgicale
- Coordonnateur Adjoint du D.E.S de Chirurgie Orale
- Secrétaire du Collège Hospitalo - Universitaire de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale
- Vice Doyen Relations intérieures et extérieures de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Vous avez toujours eu de précieux conseils pour nous permettre d'avancer sereinement dans les débuts de la vie professionnelle. Votre écoute attentive, votre disponibilité et votre bienveillance resteront gravées dans ma mémoire.

Victor et moi vous devons beaucoup. A titre personnel, vous avez su me donner goût à l'odontologie pédiatrique grâce à nos vacances du mardi soir qui me manquent d'ailleurs beaucoup.

Je vous remercie infiniment pour la qualité de votre enseignement tout au long de notre cursus universitaire et d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maitre de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Responsable de la Sous-Section Prévention et Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale
- Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie
- Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé & Recherche Clinique – Université Claude Bernard, Lyon I
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales
- Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires
- Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »
- Secrétaire générale de la Société Française de Gérodontologie.

Pour m'avoir toujours épaulée dans les chirurgies difficiles des vacances du secteur handicap, je vous serai éternellement reconnaissante...

Vous avez toujours été à l'écoute de vos étudiants et les discussions collégiales autour des plans de traitements nous ont permis d'aiguiser notre sens critique.

Votre implication ainsi que celle de Monsieur le Docteur Ajmaal dans notre formation à devenir des praticiens polyvalents mais surtout humains suscite toute mon admiration. Je vous remercie...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	14
I. UNE HISTOIRE DE LA MEDECINE DENTAIRE ET DE SA TENUE PROFESSIONNELLE	16
I.1. UN PEU DE TENUE, S'IL VOUS PLAÎT ?	16
I.2. ÇA, C'ETAIT AVANT !	17
I.2.1. Préhistoire.....	17
I.2.2. Égypte antique (-3100 ; -30)	19
I.2.3. L'Empire Gréco-Romain (de 753 av JC à 476 ap JC)	21
I.2.4. Influence de la médecine arabe	23
I.2.5. Le Moyen-Age (476 à 1453)	25
I.2.5.1. Les Chrétiens occidentaux.....	25
I.2.6. La Renaissance (1450-1600).....	30
I.2.7. Le XVIIe siècle.....	31
I.2.8. Le XVIIIe siècle	32
I.2.9. Le XIXe siècle.....	35
I.3. VERS UNE TENUE REGLEMENTAIRE : L'APOGEE DU BLANC	38
I.3.1. Le XXème siècle, naissance de l'asepsie.....	38
I.3.2. Fin de cette « serre opératoire blanche » (29) (XXIème siècle).....	40
II. LA TENUE INTEGRALE DU CHIRURGIEN-DENTISTE.....	41
II.1. AU CABINET	41
II.1.1. Recommandations générales	41
II.1.2. Hygiène corporelle et prérequis	42
II.1.3. La tenue Standard	43
II.1.4. Les Moyens de protection individuels (MPI).....	46
II.1.4.1. Les gants.....	47
II.1.4.2. Le masque.....	50
II.1.4.3. Les lunettes de protection	52
II.1.4.4. La sur-blouse ou tablier à usage unique	56
II.1.4.5. Les chaussures de travail	56
II.1.4.6. Le badge de radioprotection.....	58
II.2. PRECAUTIONS PARTICULIERES POUR LES ACTIVITES DITES « SPECIALISEES »	58
II.2.1. Recommandations générales	58
II.2.2. Choix de la tenue en fonction des zones du cabinet.....	60
II.2.3. Moyens de protection individuels complémentaires	61
II.2.3.1. Les coiffes: calots, cagoules, bonnets et charlottes.....	61
II.2.3.2. La casaque chirurgicale.....	62
II.2.3.3. Les gants stériles à usage unique	63
II.2.3.4. Les masques.....	65
II.2.3.5. Les lunettes	65
II.2.3.6. Les surblouses et tabliers à usage unique.....	66
II.2.3.7. Les Chaussures et surchaussures.....	66
II.2.4. Règles d'habillage.....	66
II.2.5. Règles de déshabillage	67

II.3.	TRAITEMENT ET USAGE DES TENUES (AU CABINET DENTAIRE)	67
II.3.1.	Recommandations générales	67
II.3.2.	L'organisation des vestiaires.....	68
II.3.3.	Coût et frais professionnels.....	68
II.3.4.	Le marché internet, gestion des commandes et catalogues	69
II.4.	ÉVOLUTIONS ET AMELIORATIONS DE LA TENUE ET DES MOYENS DE PROTECTION INDIVIDUELS.....	70
II.4.1.	Les innovations textiles	70
III.	APPROCHE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DE LA TENUE PROFESSIONNELLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE	73
III.1.	LA TENUE PROFESSIONNELLE, UNE CARTE D'IDENTITE.....	73
III.1.1.	La tenue pour s'identifier.....	73
III.1.2.	La tenue pour se conformer.....	73
III.1.3.	La tenue pour se démarquer et s'exprimer	74
III.2.	LA TENUE, PREMIER CONTACT VISUEL DANS LA RELATION PATIENT-PRATICIEN	75
III.2.1.	La relation patient/praticien.....	75
III.2.2.	Le premier contact.....	76
III.2.2.1.	Une communication visuelle	76
III.2.2.2.	Une communication non verbale	77
III.3.	LE ROLE DE LA COULEUR	78
III.3.1.	Le blanc, une synthèse chromatique emblématique	78
III.3.1.1.	La tenue « blouse blanche »	78
III.3.1.2.	L'effet blouse blanche	79
III.3.2.	Les tenues de couleurs et leurs symboliques	79
III.3.2.1.	Symbolique des couleurs vestimentaires.....	80
III.3.3.	Alors pourquoi le vert a-t-il été attribué aux tenues des chirurgiens ?	82
III.4.	LA TENUE PROFESSIONNELLE, UN ATOUT RELATIONNEL THERAPEUTIQUE.....	84
III.4.1.	Gestion du patient anxieux ou phobique par la couleur	84
III.4.2.	L'approche de l'enfant.....	85
III.4.3.	Le masque comme outil de communication.....	89
III.4.4.	Rôle de la tenue sur les personnes handicapées	92
III.5.	LA TENUE, REFLET DE LA MODERNITE DU CABINET ?	92
III.5.1.	La tenue, un moyen de cohésion au sein de l'équipe médicale	93
III.6.	LES EFFETS DE MODE.....	94
III.6.1.	Les origines.....	94
III.6.2.	Perspectives de l'approche psycho-sociale autour de la tenue.....	95
	CONCLUSION	97
	BIBLIOGRAPHIE.....	98
	INDEX DES ILLUSTRATIONS.....	104

INTRODUCTION

Pendant notre cursus de chirurgie-dentaire, nous avons pu entendre à plusieurs reprises cette phrase prononcée par un enseignant excédé à l'encontre d'étudiants dépenaillés : « si vous voulez que l'on vous prenne pour des chirurgiens-dentistes, commencez par ressembler à des chirurgiens-dentistes ! ». A partir de cette semonce, nous pouvons nous interroger : « mais à quoi cela ressemble, un chirurgien-dentiste ? ». Ressembler à un chirurgien-dentiste ne fait pas appel à quelque compétence que ce soit. En effet, cette dernière ne se révèle que dans l'action. La volonté d'appartenance à ce type de corps professionnel passe donc par des signes d'appartenance. Il s'agit en premier lieu de la tenue.

Mais le terme de tenue offre un double sens : il confine à une dimension vestimentaire mais aussi à une dimension comportementale. Cette dernière est de première importance dans notre profession et se trouve même encadrée par notre code de déontologie. Elle ne sera néanmoins pas abordée dans ce travail. Aussi, nous proposons au lecteur d'explorer les différents paramètres de l'univers vestimentaire professionnel associé à la pratique du chirurgien-dentiste.

Dans la première partie de ce travail, nous retracerons l'histoire de la médecine dentaire et du vêtement de travail qui fut associé depuis les temps anciens jusqu'à nos jours. Certaines évolutions furent parfois amenées grâce à des combats de diverses natures qu'il nous a paru utile de rappeler. La tenue ne fait pas l'homme, mais l'homme a forgé sa tenue.

La deuxième partie aborde les concepts incontournables qui permettent d'établir un « cahier des charges » nécessaire à la constitution d'une tenue adaptée à la pratique professionnelle de l'odontologie. Cette partie intègre notamment une description précise et exhaustive des éléments qui la constituent.

Enfin, une troisième et dernière partie propose d'aborder la dimension psychosociologique de la tenue du chirurgien-dentiste. Possède-t-elle un rôle sociétal ou thérapeutique dans la relation qui unit le praticien et son patient ? Qu'en est-il du

fameux « effet blouse blanche » et du lien de subordination qu'il induit ?

La tenue vestimentaire, quelle qu'elle soit, peut également être un objet de mode et de communication. La tenue professionnelle entre t-elle dans ces champs sociétaux ? Peut-elle aider le praticien à favoriser l'acceptation du soin dans certaines populations ciblées de patients comme les enfants, les personnes handicapées ou les patients anxieux ? Peut-on sortir de la blouse blanche en respectant les obligations de notre pratique professionnelle ?

I. UNE HISTOIRE DE LA MEDECINE DENTAIRE ET DE SA TENUE PROFESSIONNELLE

I.1. Un peu de tenue, s'il vous plait ?

Pour parler de la tenue, il convient préalablement de définir la sémantique utilisée autour de ce mot. Ainsi, le champ lexical de la tenue regroupe les termes vêtement, costume, habit, et uniforme.

Selon le petit Robert, le vêtement est « un objet fabriqué pour couvrir le corps humain, le cacher, le protéger, le parer ».

Le costume issu du mot « coutume », désigne l'ensemble des différentes pièces d'un même habillement propre à un pays, une époque ou une condition. Le costume peut être composé librement (ex : un déguisement) ou être imposé, comme dans le cas des vêtements professionnels » (1).

L'habit provient du terme latin « habitudo » qui signifie « habitude ». Il désigne les vêtements du dessus hors ornements. Ce terme peut concerner un vêtement attitré à un milieu professionnel ou une fonction.

L'uniforme est quant à lui un habit symbolique imposé par un règlement qui en définit la couleur, la forme et le tissu.

Dès lors, la tenue désignerait « l'ensemble des vêtements et accessoires qui constituent un habillement particulier à une profession ou à une activité ». La tenue constitue donc notre seconde peau.

Mais c'est aussi la façon de se tenir, de se conduire : « *La tenue renforce le corps, elle se tient, comme une armure* » (2).

Elle a donc une valeur multidimensionnelle : culturelle, sociale et psychologique.

" On ne connaît bien une science que lorsque l'on en connaît l'histoire " a dit Auguste Comte (3).

Remonter aux sources de la profession, c'est étudier les valeurs qui s'y rapportent,

valeurs associées à l'image que l'on a forgé du chirurgien-dentiste par l'intermédiaire de son vêtement. Le vêtement est donc le « fil rouge » de cette synthèse en tant qu'indicateur de l'histoire professionnelle.

Pour comprendre et décrire au mieux notre tenue professionnelle actuelle, il ne faut pas sous-estimer l'importance qu'a le vêtement pour l'individu ou pour un groupe (2). Il convient donc d'analyser le contexte social et culturel de chaque période de l'histoire.

I.2. Ça, c'était avant !

I.2.1. Préhistoire

On observe, tout au long de l'Histoire, qu'il y a toujours eu des « soignants » au service d'autrui. Ces hommes, se sont efforcés de comprendre, par différentes théories, l'origine de la carie et les moyens de soulager les maux qu'elle procure.

La préhistoire commence en Afrique, il y a 3 millions d'années, avec la naissance des premiers ancêtres de l'homme et se termine 3500 ans avant JC par la découverte des premières écritures.

L'homme préhistorique est considéré comme un être initialement végétarien et plutôt sédentaire. De ce fait, la prévalence de la carie est quasi nulle à ces débuts. La première et unique trace retrouvée de carie dentaire fossilisée remonte aux alentours de 40 000 ans avant JC.

Avec la diversification du régime alimentaire de l'Homo habilis (-2,5 millions d'années), l'homme des cavernes se nourrit essentiellement de proies délaissées par les gros carnassiers ou de carcasses de gros prédateurs. Les habitudes alimentaires se modifient et les outils utilisés deviennent tranchants et affutés (4).

L'Homo erectus (-1,5 millions d'années) enrichit encore un peu plus son menu en découvrant le feu et donc la consommation de viande cuite.

L'Homo sapiens-sapiens (-100.000 ans) décide quant à lui de s'accomplir dans les domaines de l'art et de l'agriculture. Il se met donc à l'élevage et à la cueillette (cf. figure 1).

Cette évolution culinaire rend le bol alimentaire plus mou et plus adhérent aux

surfaces dentaires. Le travail masticatoire diminue considérablement et la carie dentaire voit le jour en tant que réelle pathologie.

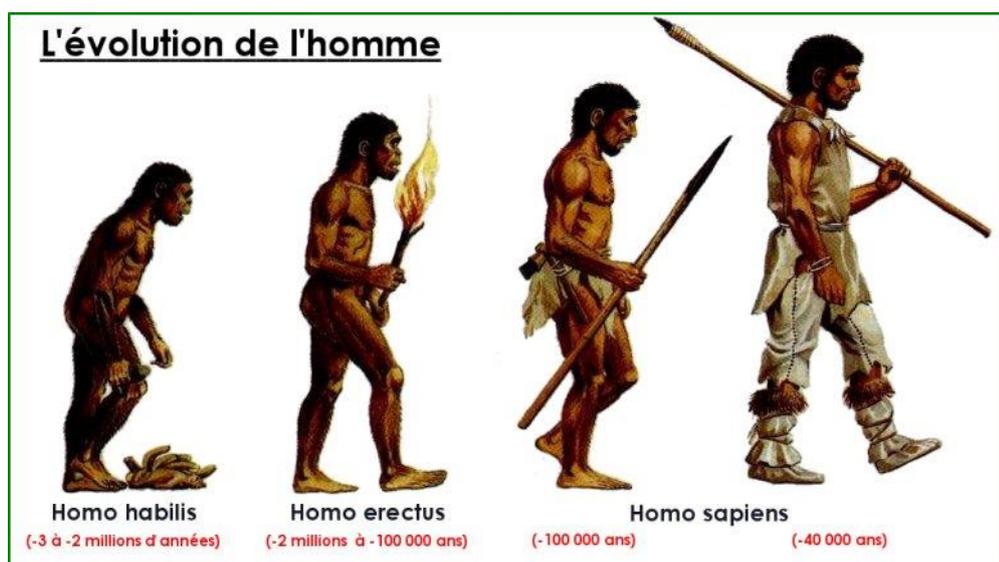


Figure 1: De l'homme préhistorique à l'homme moderne... (5)

A partir de là, nos ancêtres ont été confrontés au problème de la douleur dentaire, auquel ils ont dû trouver des solutions... Difficile de définir précisément l'étendue des connaissances thérapeutiques des hommes préhistoriques mais les anthropologues estiment que les soins étaient assurés par un « homme-médecine », dévoué à sa communauté, exerçant un art lié au chamanisme.

Les premiers soins se sont limités à des mutilations rituelles ou esthétiques en utilisant des silex taillés pour ôter des dents (4).

Des archéologues ont même retrouvé sur plusieurs squelettes au Pakistan des molaires et prémolaires comportant des cavités faites avec des outils de pierre ou d'os et ce, sur plusieurs millimètres de profondeur ! Des interventions qui devaient rester extrêmement douloureuses...(cf. figure 2) (6).



Figure 2 : Reconstitution par les archéologues du travail d'une dent, comme pratiqué au néolithique (Crédits : Roberto Macchiarelli, Université de Poitiers) (6)

I.2.2. Égypte antique (-3100 ; -30)

Religion, magie et médecine sont indissociables. On dénombre trois sortes de médecins (« *sounou* » signifiant « médecin du peuple » en égyptien antique) : les médecins pour le corps, les yeux et les dents.

Certains papyrus reconnus comme ceux d'Ebers (sur la démarche diagnostique), Smith ou Berlin délivrent de précieux conseils pour soigner les douleurs dentaires, les gingivites et les abcès. Mais beaucoup d'autres papyrus ou tablettes préconisent le recours aux injonctions et aux amulettes guérisseuses. Les soins conservateurs consistent en des obturations à base de terre argileuse, de poudres minérales et de miel.

C'est au cours de cette période qu'apparaissent les premières représentations des « médecins des dents ». Même si leur rang social n'est pas clairement défini, il semble qu'ils appartiennent aux castes sociétales les plus élevées. (4)



Figure 3 : Imhotep, le médecin aux serpents (7)

Leur tenue vestimentaire doit donc répondre à certains critères (cf. figure 3) :

1. Ils portent des pagnes plus ou moins luxueux en fonction de leur fonction ou des tuniques de lin amples avec de longues manches.
2. L'épilation totale du crâne est de rigueur pour tous les hommes adultes selon la tradition. Les perruques, constituées de véritables cheveux et de crins, ne sont portées que par les castes les plus aisées.
3. Ils pratiquent l'art du maquillage sur le visage et les mains selon des rituels bien précis. Ils se fardent les yeux de noirs et soulignent leur regard de khôl.



Figure 4 : Hésirê, chef des dentistes et scribe royal sous le règne du roi Djoser - III^e dynastie, Ancien Empire. Panneau de bois sculpté, Musée égyptien du Caire. (8)

Sur la figure 4, on observe une tablette de pierre sur laquelle a été gravé Hésirê, chef des dentistes et scribe royal. Il porte la tenue caractéristique des Egyptiens de haut rang : un pagne long et une perruque. Il est représenté assis et de profil, le regard noble et déterminé. Il tient de la main gauche un long bâton, symbole du médecin guérisseur et porte dans son dos le matériel du scribe. Le médecin apportait souvent avec lui un « coffret d'Oubastet », rempli de ses instruments. On y trouve des couteaux en cuivre et en bronze, des lames, de longues sondes aiguës pour la ponction ou le drainage des abcès. Chauffées au feu, elles permettaient de cautériser des plaies. Il existe deux types de cautères différents: le « *hemen* », petite lance chauffée au feu, et le « *dja* » ou "bâton de feu", datant des premières dynasties (9) (10).

I.2.3. L'Empire Gréco-Romain (de 753 av JC à 476 ap JC)

L'hygiène buccale a une grande importance à Rome et les soins dentaires sont prodigués par des médecins spécialistes formés dans des « sectes » médicales (11). Les soignants se réunissent au sein d'établissements de soins appelés « *tabernae* ».

Ces centres de soins fonctionnent bien car la carie concerne à l'époque romaine environ 50% de la population (12).

Sous le règne d'Auguste (-63 à 14), ils s'installent dans de véritables « cabinets dentaires » avec un fauteuil pour allonger le patient et une instrumentation fournie.

La contribution intellectuelle de grands acteurs comme Hippocrate, Celse, Pline l'Ancien et Galien font avancer considérablement les thérapeutiques dentaires. A Rome, Casoellius est le premier dentiste reconnu (81-96 après JC).

Le costume des soignants est constitué de deux pièces majeures: le *chiton* et l'*himation* :

- Le *chiton* ou vêtement du dessous est un large rectangle de toile ou de laine dont on s'entoure transversalement. C'est un simple morceau de tissu troué au niveau de la tête avec ou sans manches. On le fixe aux jambes par des lanières de séparation et à la taille par une ceinture pour éviter qu'il ne s'écarte latéralement. On l'appelle aussi tunique et correspond au vêtement dans lequel travaillent les romains pour plus d'aisance et de liberté de mouvement.
- L'*himation* est un large manteau drapé enfilé par dessus le *chiton* et fixé à l'épaule droite. Il passe sous l'aisselle gauche et se drape avec plus ou moins de goût et de fantaisies. Sa longueur est trois fois plus grande que celui qui la porte.

Les seules et rares représentations (cf. figure 5) dont on dispose représentent l'opérateur vêtu d'une robe blanche (*chiton* + *himation*) plus couramment appelée *toge* comme on en portait à Rome traditionnellement. Certains rubans de couleur permettent d'identifier le statut social et professionnel (13) (14).



Figure 5 : Statue symbolique d'Asclépios tenant son bâton. Il a souvent été confondu avec le caducée, entouré de deux serpents. Le serpent est à l'origine un ver parasite que l'on écarte avec un bâton. Le serpent incarne le symbole curatif dans le rituel romain (7).

Le vêtement gréco-romain est assez volumineux, lourd et encombrant. Si bien qu'il paraît difficile de travailler dans un tel vêtement. Il semble que la toge soit plutôt portée en public pour se promener ou lors de cérémonies officielles.

Aux pieds, on distingue 2 sortes de chaussures :

- Les *Calceus* portées avec la toge. Elles englobent le pied et recouvrent les orteils.
- Les Sandales portées avec les autres vêtements ou pour plus de confort. Elles se nouent autour de la cheville par des lanières de cuir.

I.2.4. Influence de la médecine arabe

Les Arabes vont largement s'inspirer des Grecs et vont contribuer à faire avancer la médecine à pas de géant.

Trois grands esprits vont participer à cette avancée : Rhazès (860-923), Avicenne (980-1037) et surtout Albucasis (963-1013) qui a posé les fondements de la chirurgie et décrit le protocole de l'avulsion dentaire, du détartrage, et des cautérisations.

Rhazés (cf. figure 6) est le premier médecin arabe s'occupant des dents. Il recommande le nettoyage de la cavité buccale après chaque repas avec un bâtonnet (le *siwak*) et une poudre dentifrice. Il a inventé une formule à base de résine pour obturer les dents. Il traite les douleurs par l'éclatement des dents et il préconise d'éviter les aliments sucrés, acides, trop chauds ou trop froids.



Figure 6 : Rhazès (15)

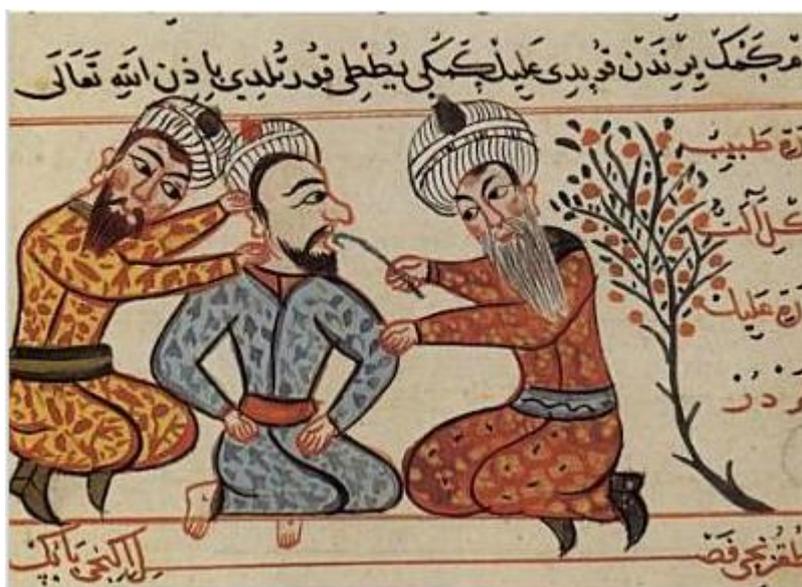


Figure 7 : Charaf ed.Din issu du livre Chirurgie des Ilkhani d'une extraction dentaire (16).

L'illustration ci-dessus (figure 7) représente le trio dentiste, patient, assistant au cours d'une extraction dentaire. Ils sont assis assez sommairement, sur les genoux ou accroupis.

Ils sont enturbannés et vêtus de tuniques-pantalons colorées appelées cottes ou biaux, ajustées et ceinturées par des chèches au niveau du bassin. Elles sont généralement plus

lâches au niveau des jambes un peu comme des sarouels.

En général, les vêtements sont colorés et tissés dans des tissus à motifs ou des étoffes de soie brodées. Ils portent des escarpins noirs à bouts recourbés et à grosses semelles sauf le patient qui est pieds nus. Celui-ci semble d'ailleurs relativement confiant et serein, reposant les mains sur ses cuisses. La barbe est un élément qui réapparaît souvent dans les représentations picturales : au plus elle est longue, au plus le personnage semble important, sage et qualifié. De longues capes de couleurs vives et joliment décorées leur servent de manteaux dans leurs déplacements.

Les médecins arabes ont beaucoup fait évoluer l'art dentaire mais manquent de connaissances anatomiques car ils ne pratiquent pas la dissection (17).

I.2.5. Le Moyen-Age (476 à 1453)

I.2.5.1. Les Chrétiens occidentaux

(16) (18)

La société médiévale a considérablement freiné l'avancée médicale initiée par les Grecs et poursuivie par les Arabes. En effet, l'obscurantisme véhiculé par l'Église s'oppose farouchement à toute démarche scientifique.

Avant le 12^e siècle, seuls les clercs et les moines exercent la médecine. Regroupés en ordres, ils créent des hospices, assurent l'enseignement universitaire et la fonction de soignants.

C'est une médecine essentiellement basée sur des croyances populaires, religieuses et la sorcellerie. Elle entretient les superstitions et remèdes archaïques à base de plantes médicinales. Ils ne connaissent pas l'asepsie et les conditions d'hygiène déplorables favorisent la propagation d'épidémies (peste, choléra, syphilis).

A partir du 12^{ème} siècle, le concile de Clermont (1130) interdit aux religieux de pratiquer la médecine. Des écoles sont alors créées pour former du personnel spécialisé et compétent. Cela permet aux laïcs d'accéder à l'enseignement médical. Plusieurs

facultés (quatorze en tout) vont ainsi voir le jour : la Faculté de Médecine de Montpellier, l'Université de Paris et bien d'autres...

Dès lors, trois corporations s'individualisent : les médecins, les chirurgiens et les charlatans vont se charger des soins dentaires.

- ❖ **Les « Docteurs de la Faculté » de Médecine** (cf. figure 8) sont formés pendant cinq ans à l'Université puis initiés à la pratique pendant un an. Ils passent des examens et soutiennent des thèses pour obtenir un doctorat. Ils portent de longues robes noires resserrées à la taille et à manches longues, agrémentées d'une chausse d'écarlate à l'épaule aussi appelée épitoge. Ils ont des bonnets carrés sur la tête et des grands cols à rabats ou des collets d'hermine. Le luxe vestimentaire s'amplifie et presque toutes les pièces se garnissent de fourrures. Les plus pauvres revêtent des fourrures d'écureuil, de renard ou de lapin tandis que les gens de robe portent de l'hermine ou des cols doublés de menu-vair (fourrure rare provenant de la peau d'écureuil du Nord).



Figure 8 : Docteur de la Faculté de Médecine dans son appareil traditionnel (19).

❖ **La communauté des chirurgiens**, se scinde elle-même en deux communautés :

→ **Les chirurgiens-barbiers** ou **chirurgiens de longues robes**. Cette élite de barbier décide de se consacrer exclusivement à la chirurgie et fonde une corporation réglementée en 1268, appelée confrérie ou collège de Saint Côme (cf. figures 9 et 10). Dès le XIV^{ème} siècle, ils décident de calquer leur formation sur celle des Facultés de Médecine. Ils portent de longues robes à collets dite de « Rabelais » sortes de soutanes amples d'allure austère, tombant jusqu'aux talons ainsi que des bonnets magistraux.



Figure 9 : Jean Pitard, premier chirurgien de Saint Louis et fondateur de la Confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien (~1228-1315) (19).



Figure 10 : représentation de Saint Côme et Saint Damien, Gravure de confrérie de médecin de la ville de Toulouse ; XVe (20).

→ **Les simples barbiers ou chirurgiens de robes courtes** : ce sont des artisans laïques illettrés n'ayant donc pas accès aux connaissances médicales. Ils travaillent dans des boutiques en ville appelées officines, ou de façon ambulante sur les foires et les marchés. Ils exercent le métier de barbier-perruquier et réalisent les petits actes de chirurgie. Ils apprennent initialement auprès d'un maître et le deviennent eux-mêmes lorsqu'ils ont acquis assez d'expérience. Contrairement aux chirurgiens de robes longues, ils ne sont pas autorisés à porter le bonnet magistral. Ces simples barbiers se voient accomplir les « sales besognes » délaissées des chirurgiens de longues robes. Leur non-reconnaissance sera à l'origine de plus de quatre siècles de querelles entre les deux communautés...



Figure 11 : Chirurgien-Barbier par David Teniers le jeune (16).

Dans les iconographies représentant ces « dentistes artisans », (cf. figure 11), le patient paraît souvent mal installé, assis sur une chaise, un tabouret, un tonneau, une planche ou une estrade. S'il y a bien une chose qui ne manque jamais d'être représentée, et ce quelle que soit la peinture, c'est l'expression de la douleur. En effet, les patients y figurent les mains aux ciels, les yeux exorbités, la bouche ouverte, les pieds décollés du siège ou les mains cramponnées à ce qu'elles peuvent. Ils sont parfois attachés sur le

siège, implorant qu'on abrège leurs souffrances.

Les conditions de travail sont précaires : pas ou peu d'éclairage, seules quelques bougies ou la lueur d'une fenêtre comme aide visuelle, et surtout aucune asepsie. Les barbiers exerçant dans leur boutique en ville, portent plutôt des habits pratiques et plus fonctionnels pour travailler confortablement.

Les charlatans : Parallèlement à ces artisans sédentaires et « réguliers », il coexiste toujours un certain charlatanisme pratiqué par des « arracheurs de dents » n'ayant aucune formation particulière.

Ils sillonnent les marchés et les campagnes à la recherche de patients. Ils se déplacent dans des chars décorés, portent des tuniques étincelantes plus ou moins exotiques, des chapeaux à plumes, transportent avec eux des animaux et des instruments de musique...tels des acteurs, ils font des discours et des mises en scène rocambolesques sur la place publique (cf. figure 13). Cependant, il faut reconnaître qu'ils arrivent avec brio à flatter et bonimenter les foules.

Dans l'art pictural, ils sont d'ailleurs bien souvent représentés comme des comédiens roublards aux allures pittoresques, associés aux symboles de richesse, de sadisme et de manipulation. Ils arborent des colliers de dents autour du cou et travaillent à la vue de tous sur des estrades ou des stands de foire (cf. figure 12).



Figure 12 : Arracheur de dents, gravure aquarelle, Paris 1582, Ecole Française (16).

Ces charlatans proposent des remèdes aussi étranges qu'infects à base d'excréments ou de cervelles d'animaux et préconisent les recours aux amulettes et aux prières de Sainte Apolline (protectrice des chirurgiens-dentistes et invoquée contre les maux de dents) pour venir à bout de la douleur dentaire. Leurs mises en scènes permettent accessoirement à des complices de dépouiller leurs victimes et les spectateurs (21).

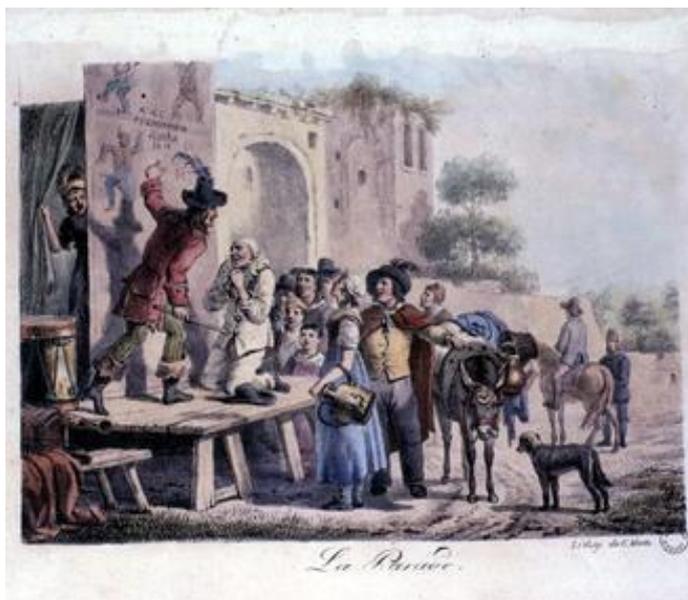


Figure 13 : La Parade, charlatan sur une estrade, XIX^{ème} siècle. Photo P.Barritaud (16).

I.2.6. La Renaissance (1450-1600)

En 1505, les simples-barbiers sont acceptés par les Facultés en tant qu'élèves « réguliers » malgré l'indignation des chirurgiens-barbiers qui ne les trouvent pas dignes de recevoir cet enseignement. Quant au collège de Saint Côme, François Ier les autorise en 1544 à réclamer les trois grades universitaires au même titre que les médecins.

Le plus célèbre auteur de la Renaissance, Ambroise Paré (1510 -1590) exerce le métier de « simple-barbier » à Laval (cf. figure 14). Admis en 1533 à l'Hôtel-Dieu à Paris, il devient compagnon-chirurgien pour apprendre l'anatomie et la chirurgie. Il ouvre sa boutique de barbier-chirurgien en 1539. Opérateur hors pair, il entre en 1554 dans la confrérie de Saint Côme et va inaugurer de nouvelles techniques.



Figure 14 : Ambroise Paré (1510 – 1590) (22).

I.2.7. Le XVIIe siècle

A la cour, Le roi Louis XIV disposait d'une véritable équipe chirurgicale composée notamment d'un « opérateur des dents du roi » (Dupont), sous l'autorité du Premier Chirurgien (Charles François Félix).



Figure 15 : Charles François Felix, Premier Chirurgien du roi (19).

Fort des conseils de ce Premier Chirurgien (cf. figure 15), qui lui a de nombreuses fois sauvé la vie et montré sa parfaite maîtrise de la technique, Louis XIV (cf. figure 16) décide de faire reconnaître par l'édit de 1699 les spécialités jusqu'alors peu reconnues, négligées et méprisées.

Pour la première fois dans l'histoire, la dentisterie entre dans le monde officiel de la médecine. Par cet édit, on exige des connaissances, un titre officiel et une reconnaissance de la capacité en plus de règles à suivre.

Les costumes de ce siècle n'échappent pas aux fastes de la cour et les accoutrements des acteurs médicaux sont assez grotesques: on porte des énormes perruques, des hauts-de-chausses couverts de nœuds, de perles et de rubans, des bas en dentelle, des manches bouffantes et des cols doublés de fourrures.

Les chaussures ont tendance à s'affiner mais sont portées sur des bas appelés « rhingraves » (jupes-culottes bouffantes), comparables à de véritables jupons. Le costume se charge d'un tas d'ornements et de nœuds, signes de richesse, de prestance et d'élégance.



Figure 16 : Costume Louis XIV vers 1670 (23).

I.2.8. Le XVIIIe siècle

En 1699, seuls les « experts pour les dents » appelés « chirurgiens-dentistes » peuvent intervenir en bouche. Cette évolution permet à l'enseignement de la dentisterie

d'évoluer considérablement. L'art dentaire acquiert ses lettres de noblesse et devient une véritable spécialité. Le nombre de dentistes augmente considérablement à Paris.

Le travail des chirurgiens-dentistes ruraux et urbains reste encore bien distinct tant par les actes effectués que par les tarifs pratiqués et l'habit qu'ils revêtent :

- Dans les grandes villes, les dentistes sont de riches bourgeois anoblis et exemptés d'impôts. Côté tenue, la robe commence à être délaissée et reste plutôt réservée aux cérémonies confraternelles et aux professeurs des Universités. Au travail, ils adoptent un vêtement bourgeois plus fonctionnel : l'habit de draps ou de velours avec jabot et manchettes en dentelle (cf. figure 17).



Figure 17: Pietro Longhi, L'arracheur de dents, v. 1780 (16).

- A l'inverse, les chirurgiens de campagne (cf. figure 18) sont pauvres et doivent savoir tout faire. Ils sont vénérés dans leurs villages car ils savent lire, écrire et savent se débrouiller avec peu de matériel. Ils sont moins précieux et revêtent un habit en velours ras doublé de serge d'Aumale (habit en côte de velours doublé d'une légère étoffe de laine) avec une chemisette et une culotte doublée de peau.



Figure 18: Le Dentiste par Steen, opérateur rural du XVIIIème (24)

Le grand nom de ce siècle reste celui de Pierre Fauchard (1678-1761), père de la dentisterie moderne et premier chirurgien-dentiste de ce nom (cf. figure 19). Il est le précurseur dans la conception de l'enseignement délivré aux futurs odontologistes. Il propose entre autres que des dentistes expérimentés puissent rédiger des traités utiles aux étudiants et aux autres professionnels.

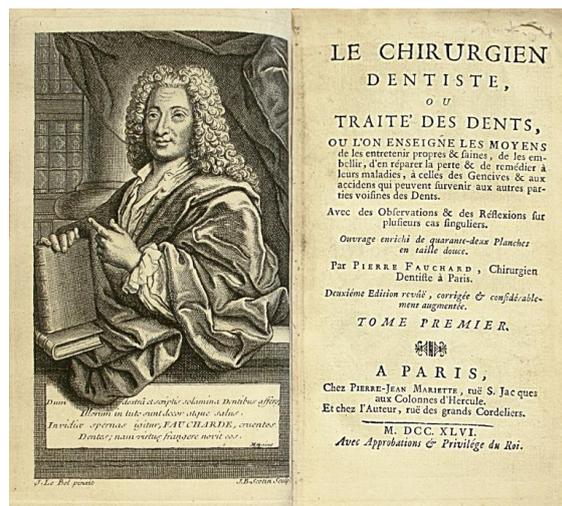


Figure 19 : Portrait de Pierre Fauchard; gravure sur cuivre de l'édition original de 1728 (25).

En 1768, un édit royal de Louis XV complète l'édit de 1699 et fixe les conditions d'obtention du titre de « dentiste-expert ». La formation est exclusivement remise au Collège de Chirurgie qui impose entre autre une formation initiale de deux ans auprès d'un Maître de Chirurgie. Un examen théorique et pratique final valide les compétences du candidat mais les frais inhérents à cet examen deviennent vite très onéreux. Tout exercice de l'art dentaire sans ce titre d'expert sera pénalisé et reconnu comme exercice illégal.

La Révolution anéantit tout le travail de construction de la profession. La loi de mars 1791 supprime toutes les corporations et plus aucun diplôme n'est exigé pour pratiquer cette profession qui redevient la proie des charlatans. Le seul prérequis à l'inscription est celui d'avoir une patente (taxe professionnelle en fonction de l'outil de travail). Les Universités et Facultés sont supprimées dès décembre 1794 et l'enseignement supérieur réduit à néant.

Sous le consulat de Bonaparte, Fourcroy rétablit de nouvelles règles afin de répondre à la demande croissante de soins. Trois facultés (Paris, Montpellier et Strasbourg) persistent cependant à délivrer un enseignement de qualité clôturé par un diplôme afin de démarquer les dentistes sérieux des charlatans. Les autres « dentistes » issus des droits de patentes n'ont pas le titre officiel de « docteur » mais obtiennent en 1803 le titre « d'officiers de santé » qui leur permet de réaliser les soins banaux.

I.2.9. Le XIXe siècle

C'est la révolution industrielle (1800-1910) qui amorce la conception d'un vêtement de travail. Initialement au sein du monde ouvrier, elle se propage ensuite dans le monde médical. Le costume pantalon se démocratise et la perruque est abandonnée. Plus de toupets ni de queues à postiche, la simplicité républicaine est de rigueur.



Figure 20 : habit du gentilhomme Français sous la révolution (26).

Le vêtement français (cf. figure 20) se compose d'un habit coupé, un pantalon, une fine redingote, un chapeau rond de castor porté sur des cheveux courts, propres et parfumés. Les souliers à talons sont troqués contre des bottes cirées et reluisantes, plus légères et confortables. La chemise à jabot se porte ajustée et une chaîne de montre est accrochée ou insérée dans la poche de la redingote. Le tablier, porté au dessus de la tenue, devient le signe distinctif du médecin-chirurgien hospitalier (27).

La lutte pour la création d'un diplôme français se poursuit jusqu'au 1^{er} décembre 1892 avec la loi Brouardel (médecin français, membre de l'Académie de Médecine). La déontologie de l'art dentaire se calque sur celle de la médecine et nul ne peut plus exercer l'art dentaire s'il ne possède pas le diplôme de « chirurgien-dentiste ». Le décret du 23 juillet 1893 précise que les études seront de trois années et que le certificat d'études primaires sera une condition nécessaire à toute première inscription.

Dès la fin du 19^{ème} siècle, les tableaux représentent des cabinets plus fonctionnels : un fauteuil métallique avec un crachoir, des instruments rotatifs et des laboratoires de prothèses. Organisation du matériel, création d'une salle d'attente séparée de la salle de soin et diplôme accroché au mur comme gage de professionnalisme.



Figure 21 : Louis Tinagre ; Clinique de l'école dentaire, gravure. École française. Musée National de l'éducation, Mont saint Aignan (16).

Sur la photographie ci-dessus (figure 21) : un cours pratique au sein d'une école dentaire, dispensé par un professeur vêtu d'un long veston d'alpaga noir type « queue-de-pie » par-dessus une chemise à col montant (16).



Figure 22 : L. Laforgue. - "L'art du dentiste" 1802 (19).

La couleur des vêtements reflète souvent le mode de vie de la société à une période définie. Au 19^e siècle, les couleurs foncées prédominent, « reflet des habitudes de vie antihygiéniques » (cf. figure 22). A cette époque, en France, l'hygiène corporelle reste déficiente, les tenues sont poreuses et difficilement lavables. Le noir permet donc de cacher le sale, le marron est une couleur refuge (28).

I.3. Vers une tenue réglementaire : l'apogée du blanc

I.3.1. Le XX^e siècle, naissance de l'asepsie

Fin XIX^e siècle, l'hygiène se développe et Louis Pasteur (1822-1895) démontre la nécessité de l'asepsie grâce à ses découvertes sur les microbes. Il crée le Four Pasteur pour stériliser les instruments. Les premiers appareils de stérilisation sont mis sur le marché seulement fin 19^e siècle. La méthode de stérilisation de Louis Pasteur consiste à stériliser par chaleur sèche (chauffage jusqu'à 180°C) tout ce qui a été en contact avec le malade. Le Poupinel est une des premières étuves sèches, dérivé du Four Pasteur. Il y a eu ensuite de nombreuses discussions autour de la méthode de stérilisation (chaleur sèche VS chaleur humide avec ou sans pression) pour déterminer la plus efficace (29).

Parallèlement à cette période (1883-1914), les nombreuses infections et complications post-opératoires ont poussé les praticiens à améliorer la gestion du risque infectieux. La notion d'hygiène a induit la création d'un vêtement unique, dédié au travail. Les matières textiles doivent s'adapter et le vêtement (en coton) stérile voit le jour.

Trois types de vêtements médicaux sont utilisés :

1. La veste blanche de Poncet à manches courtes (1889),
2. Le grand tablier blanc traditionnel (cf. figure 23),
3. Le sarrau blanc, blouse courte qui se ferme par l'arrière (29).



Figure 23 : La fameuse opération de Doyen de 1902 de séparation des siamoises (29).

De 1915 à 1960, la tenue blanche du chirurgien, le sarrau, le masque et le calot s'imposent. A cette période, le chirurgien conserve sa chemise (dont il retrousse les manches au-dessus des coudes) sous son sarrau ainsi que son pantalon et ses chaussures. Il enfile par-dessus des bottes en tissu nouées par des cordons ou des grandes bottes de caoutchouc blanc. On voit que la tenue chirurgicale a bien évolué depuis la première salle d'opération "aseptique" d'Antonin Poncet (1890)... Le chirurgien passe du grand tablier blanc à la tenue blanche classique dite « stérile » des années 1930.

Vers 1960, les recherches montrent que le sarrau blanc n'est finalement pas si « opaque » aux micro-organismes. La période de 1960 à 1975, aussi appelée « serre opératoire blanche » voit naître la transition vers une nouvelle ère toujours plus rigoureuse en matière d'asepsie (29).

La notion d'asepsie a beaucoup évolué au cours du XXe siècle : actuellement, on distingue l'asepsie (ensemble des mesures s'opposant au dépôt de germes) de l'antisepsie (ensemble des mesures visant à combattre les germes existants).

De par cet historique, le blanc reste la couleur emblématique du monde médical dans son ensemble car il représente « la respectabilité, l'hygiène et l'image d'une compétence professionnelle » (2). Le blanc traduit la volonté d'une propreté intérieure comme extérieure. Cette période vestimentaire blanche aura duré un peu plus de cinquante ans...

I.3.2. Fin de cette « serre opératoire blanche » (29) (XXI^{ème} siècle).

L'outillage et les installations médicales se perfectionnent. La nécessité de prévenir les risques pousse les normes sanitaires à évoluer.

On abandonne par exemple, le port de la cravate sous la blouse car elle constitue un vecteur de germes important.

L'hygiène corporelle et notamment le lavage des mains deviennent des protocoles normalisés et incontournables.

Les avant-bras se dénudent et se délaissent de leurs appareils : bagues, alliances, bracelets.

On passe de la blouse blanche symbolique à un vêtement fonctionnel incarné par le modèle « tunique-pantalon ».

La couleur fait son apparition grâce à la diversification des tissus. Initialement, elle permet, notamment en milieu hospitalier, de différencier les grades et d'améliorer l'ergonomie des différents services.

La masculinisation du vêtement de travail s'accroît avec la féminisation de la profession. L'égalité des sexes se traduit par l'uniformisation et la mode s'impose avec force (2).

L'étude préalable de l'évolution des pratiques dentaires depuis ses origines nous a permis de mieux comprendre comment nous sommes passés d'un art dentaire artisanal à une science médicale de haute technologie. La reconnaissance de la profession comme spécialité médicale fut un parcours semé d'embûches au gré des époques. On constate que la tenue a, elle aussi, subi de profondes mutations. Afin de mieux cerner ce que nous attendons aujourd'hui de notre habit professionnel, il convient de se pencher sur chacun des éléments qui la constitue.

II. LA TENUE INTEGRALE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

II.1. Au Cabinet

II.1.1. Recommandations générales

Tout professionnel de santé est amené au cours de son exercice à effectuer des gestes comportant un risque infectieux. Il est donc tenu de respecter des obligations strictes en matière d'hygiène. Il doit se soumettre à des responsabilités pénales, civiles et disciplinaires. Les chirurgiens-dentistes sont tenus, selon le décret n° 94-500 du 15 juin 1994 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes : « *d'exercer dans des conditions qui ne sont pas susceptibles de compromettre la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit* » (30).

Les précautions standard en matière d'hygiène contribuent à prévenir les transmissions croisées de micro-organismes de personne à personne. Il faut par principe considérer que tout patient est un potentiel vecteur d'agents infectieux. Ces précautions de base sont la pierre angulaire de la prévention et sont complémentaires des règles d'asepsie :

- l'hygiène des mains,
- le port de moyens de protection individuels,
- le port de vêtements de protection,
- la gestion du matériel souillé,
- l'entretien des surfaces souillées,
- le nettoyage du linge usagé,
- la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

En tout état de cause, il convient que la tenue professionnelle du chirurgien-dentiste puisse être adaptée à la maîtrise du risque infectieux (31) (32).

II.1.2. Hygiène corporelle et prérequis

La tenue professionnelle et corporelle reflète le soin que l'on apporte à l'hygiène globale du cabinet. Notre tenue incarne également l'image de la profession médicale et influence considérablement la perception du patient quant à notre compétence et notre professionnalisme.

Selon la HAS (33) et la Direction Générale de la Santé (34), « au cabinet, la blouse est la tenue professionnelle de base pour la réalisation d'un soin. Elle doit avoir des manches courtes, sur des vêtements à manches courtes ou retroussées, pour faciliter le lavage des mains et doit pouvoir être lavée à haute température (supérieure à 60°C). Elle sera changée quotidiennement et chaque fois que visiblement souillée. Un lavage des mains doit être réalisé avant d'enfiler et après avoir retiré sa tenue professionnelle ».

Les vêtements de travail ont pour missions :

- de protéger le praticien des agressions chimiques, physiques et biologiques,
- de ne pas être eux mêmes contaminants,
- d'être confortables,
- de conférer une certaine image de marque au cabinet.

Les prérequis indispensables :

- L'hygiène corporelle doit être irréprochable.
 - Un t-shirt à manches courtes reste toléré sous sa tenue.
 - Les ongles doivent être courts, sans vernis ni faux ongles.
 - Les cheveux doivent être propres, courts, relevés et attachés.
- Tout effet personnel comme les foulards, les broches et les vêtements à longues manches sont interdits. Praticiens et soignants doivent normalement respecter la « tolérance zéro » en matière de bijoux car ils constituent des réservoirs de germes et diminuent les performances des techniques de désinfection des mains. Seuls sont tolérés les alliances, les colliers ras du cou et les petites boucles d'oreilles sans pendentif.
- Pour la montre, il faut choisir un modèle qui s'accroche à la blouse à l'aide d'une pince

ou d'une boutonnière car c'est plus facile d'entretien et d'accès. Inutile de fouiller dans les poches pour retrouver sa montre... Le praticien doit limiter le nombre d'objets dans ses poches, doit pouvoir les nettoyer régulièrement et après chaque acte contaminant.

- Si l'opérateur porte un badge, il doit être thermocollé ou démontable pour le nettoyer au moins une fois par semaine. Les badges en bois, porcelaine, terre cuite et autres fantaisies sont à proscrire car ils constituent de véritables nids à bactéries.

- Les lunettes doivent être nettoyées tous les jours à chaque prise de poste et chaque fois que nécessaire (31).

Le praticien doit réaliser un lavage des mains avant de mettre sa tenue et après l'avoir ôtée : « Une tenue propre sur un corps propre » (30) (35).

Nous verrons qu'il existe une tenue de base à laquelle peuvent se greffer des accessoires et des moyens de protections supplémentaires lorsque la situation le demande. Cela permet de s'adapter au risque infectieux ou de répondre à des exigences particulières dans certaines disciplines (implantologie, chirurgie complexe).

II.1.3. La tenue Standard

La tenue professionnelle se caractérise par:

- sa forme (tunique/pantalon ou blouse),
- sa confection (col, manches, poches),
- son tissu (composition, grammage, armure),
- son usage (traitement, lavage).

◆ La forme :

Constituée d'une tunique-pantalon, ou d'une blouse, elle est obligatoire quelle que soit l'activité.

La tunique doit être à manches courtes, assez longue pour couvrir le haut des cuisses et adaptée à la morphologie et taille du praticien. Elle est portée, au cabinet, sur des vêtements à manches courtes ou retroussées.

Le pantalon doit être sans poche et muni d'un élastique à la taille pour des raisons

pratiques et hygiéniques. Le pantalon est droit et de longueur adaptée.

Si le praticien opte pour le port d'une blouse (moins recommandée), celle-ci doit être également à manches courtes, de longueur suffisante et fermée.



Figure 24 : les différents types d'emmanchures (36).



Figure 25 : Exemples de tenues hospitalières (36).

La tenue doit être confortable et ergonomique tout en respectant la morphologie de la personne (cf. figure 25). Éviter les tenues trop serrées, trop petites ou trop décolletées. Les emmanchures de la blouse sont idéalement de type « kimono » sans couture ou « raglan » pour plus d'aisance (cf. figure 24).

◆ **La confection** :

Idéalement, le système d'ouverture de la tunique permet de l'enfiler sans contact avec le visage et les cheveux. Il est plus souvent de type bouton-pression. Il doit y avoir le moins de poche possible afin de ne pas être tenté de les remplir de dispositifs médicaux non stériles ou d'objets personnels inadaptés. Les poches doivent être droites, plaquées pour éviter de s'accrocher, et relativement petites.

◆ **Le tissu :**

En ce qui concerne la matière, le mélange polyester coton (65%-35%) reste la référence en matière de vêtement médical et se trouve être beaucoup plus résistant que les habits en mélange 50/50. Cette composition permet un entretien facile et rapide avec un lavage à haute température (supérieure à 60°). Elle isole relativement bien du froid, émet peu de particules, résiste correctement à l'humidité et présente une faible adhérence aux bactéries par rapport au coton seul.

On recommande un grammage moyen de 200 g/m² pour allier résistance et opacité du tissu. Utile si l'on choisit de travailler en blanc....

Il existe deux sortes de tissages différents pour réaliser la tunique:

- **une armure toile :** le fil de chaîne passe une fois au dessus et une fois en dessous du fil de trame. On obtient un tissu très solide comme la toile à drap (cf. figure 26).

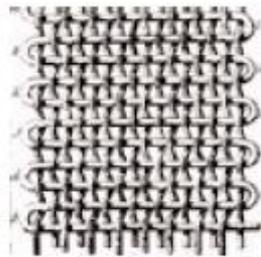


Figure 26 : armure toile (36).

- **une armure serge:** le fil de chaîne passe une fois au dessus et une fois en dessous de 2 fils de trame et se décale d'un rang à l'autre pour donner des côtes en diagonale vers la droite ou la gauche (cf. figure 27). Cela donne un tissu plus souple, plus opaque et plus agréable au toucher.

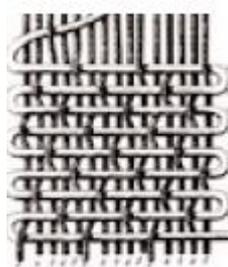


Figure 27 : armure serge (36).

Il existe d'autres tissus comme les vêtements 100% polyester mais leur coût important reste encore un frein à leur diffusion. L'avancée technologique et textile permet aujourd'hui d'envisager des textiles antimicrobiens comme le polyester texturé dans lequel on enrobe un filament classique de microfilaments. L'insertion d'ions antibactériens au cœur des fibres est aussi évoquée (le fer, le zinc, le cuivre..) mais leur dégradation et la perte d'efficacité au lavage limitent pour le moment l'utilisation du vêtement à un certain nombre de lavages.

◆ **L'usage :**

Il n'en reste pas moins que le rythme de changement du vêtement doit être quotidien. Il sera immédiatement changé en cas de souillure. Pour un turn-over correct, il faut donc un minimum de 6 tenues différentes au cabinet. L'utilisation de cette tenue doit être exclusivement réservée à l'usage professionnel et il va de soi que le praticien doit remettre ses habits personnels pour la prise des repas et autres activités qui sortent du cadre médical (réunion, salle de repos) (37).

II.1.4. Les Moyens de protection individuels (MPI)

Les situations de soins au cabinet exposent parfois le praticien et le patient à des risques de contaminations croisées, de projections, d'inhalation et de piqûre.

Ces risques peuvent être limités par l'usage de moyens de protection individuels (MPI) comme :

- les gants,
- le masque,
- les lunettes,
- la sur-blouse ou tablier à usage unique,
- les chaussures de travail,
- le badge de radioprotection.

Ce sont des éléments « barrières » qui protègent le personnel, le patient et l'environnement.

II.1.4.1. Les gants

L'obstétricien Plenck recommandait déjà l'usage des gants au 16ème siècle pour protéger les enfants de la syphilis maternelle au moment de l'accouchement. Les travaux de Pasteur sur les microbes ainsi que les travaux de Semmelweis sur l'asepsie de l'accouchement ont démontré que les mains non gantées étaient vectrices de maladies et d'infections postopératoires. Il faudra attendre 1889, pour que le médecin américain William Halsted introduise le port de gants en chirurgie. Ils ne deviendront à usage unique qu'en 1975. Depuis 1985, la fréquence du port de gants augmente avec l'épidémie du VIH, et les premières allergies apparaissent. Environ 70 à 80% des infections sont manu-portées et la meilleure prévention reste le lavage des mains.

On l'a vu précédemment, le port de gants ne remplace pas l'hygiène des mains. Cela reste un prérequis indispensable au rituel de soin. Les gants se portent sur des mains préalablement lavées et séchées sans contact avec une serviette ou un chiffon en tissu potentiellement souillés. Le moyen idéal reste le séchage par tamponnement à l'aide d'essuie-mains à usage unique ou via un appareil à air pulsé (cf. figure 28) de type Airblade© de Dyson® (38).

Une fois lavées, elles sont désinfectées par friction à l'aide d'une solution hydro-alcoolique.



Figure 28 : Sèche-mains air froid Airblade© (39).

Le choix du type de gants doit être adapté au type d'activité exercée (cf. figure 29):

- **Les gants non stériles à usage unique:** ils évitent la transmission croisée par manutention.

Il faut les utiliser à chaque fois qu'il existe un risque de contact avec:

- du sang ou tout autre liquide biologique,
- une peau ou une muqueuse lésée,
- du linge ou matériel souillé.

- **Les gants stériles à usage unique:** ils sont d'usage pour des actes chirurgicaux nécessitant un niveau d'asepsie plus rigoureux ou lorsqu'il faut manipuler du matériel stérile. Ils sont commercialisés sous emballage individuel stérile.

Les modalités d'utilisation doivent être rigoureusement appliquées:

- le port des gants se limite à la durée du soin. Ils sont enfilés avant le geste et retirés immédiatement après. Toute interruption de soin impose le retrait des gants puis leur changement ;
- une paire de gant = un patient ;
- vérifier après gantage qu'il n'y ait pas de trous ;
- changer de gants régulièrement au cours des utilisations de longue durée: l'effet barrière du gant s'atténue au delà de 30 minutes. Les gants en vinyle doivent être changés encore plus fréquemment ;
- Le lavage des gants est interdit car il altère la qualité de l'effet barrière et leur étanchéité.

Il existe différents types de matériaux comme le latex (poudré ou non), le vinyle, le nitrile et le polyéthylène ou néoprène (caoutchouc synthétique sélectionné en cas d'allergie liée aux agents utilisés dans la fabrication du latex). La poudre des gants peut être à l'origine de petites réactions allergiques et diminue l'efficacité des solutions hydro-alcooliques.

La qualité du gant doit être obligatoirement garantie par un marquage CE

(obligatoire depuis le 14 juin 1998) et « NF Médical ». Les gants médicaux doivent répondre à des normes européennes (EN 455-1, EN 455-2).

Ils doivent :

- être isolants électriques,
- être étanches aux colorants,
- permettre une bonne sensibilité tactile,
- avoir une bonne résistance à la traction,
- respecter une forme anatomique.

Ils sont disponibles sous forme de boîtes distributrices dont la taille est notifiée en chiffres (1, 2, 3, 4) ou en lettres (S, M, L, XL) (35) (40) (41).

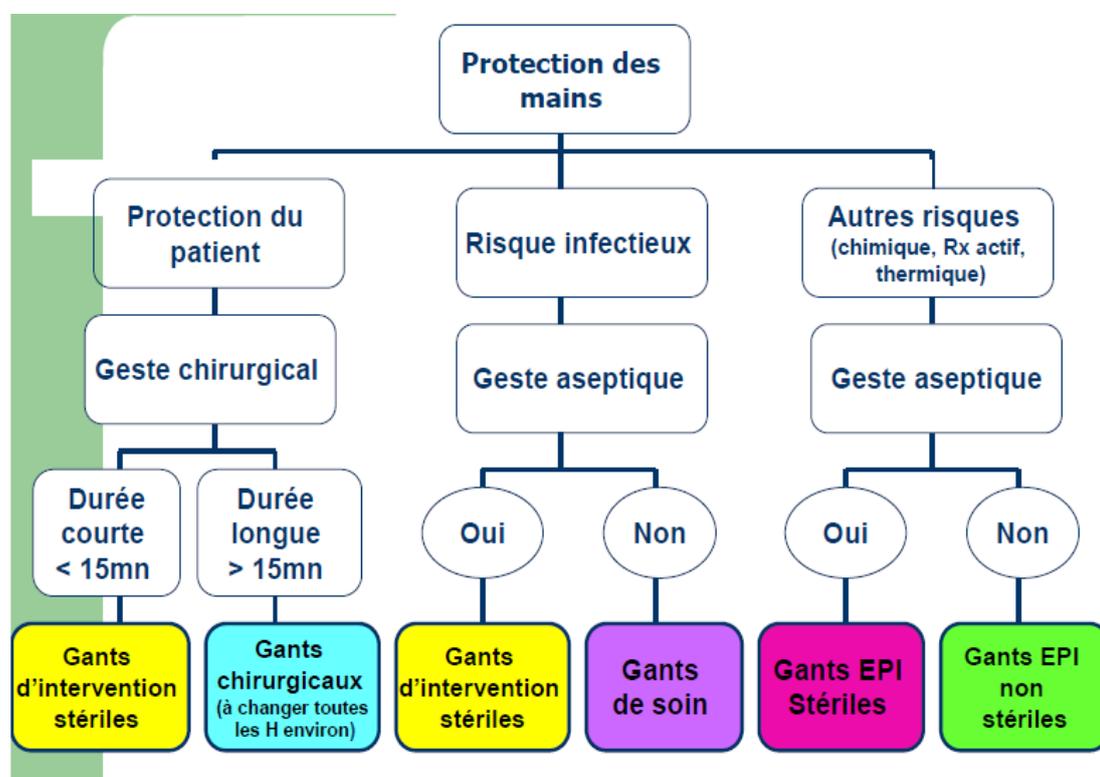


Figure 29 : arbre décisionnel, le bon usage des gants (41).

II.1.4.2. Le masque

Il convient de distinguer les masques médicaux à usage unique des masques de protection respiratoire.

a) **Les masques médicaux**, aussi appelés masques chirurgicaux, permettent au praticien d'éviter de transmettre au patient et à son environnement de travail, des gouttelettes de salive ou de sécrétions respiratoires lors des expirations. C'est avant tout une protection du patient avant celle du praticien. Sur certains masques, il y a parfois un revêtement imperméable. Il existe également des masques à visières intégrées afin de se protéger des projections émanant du patient ou du soin en cours (projections de liquides biologiques). Ils sont appelés masques « anti-projections ».

Les masques chirurgicaux ne protègent pas le porteur des particules pathogènes ou infectieuses. Ils doivent répondre à la norme européenne (93/42/CEE) relatives aux dispositifs médicaux (DM de classe I) et leurs boîtes de stockage doivent porter le marquage CE.

Ils sont constitués de plusieurs éléments:

- un écran organisé en 3 couches (aussi appelés « plis »): une couche interne et externe non tissées qui englobent une couche intermédiaire appelée « média filtrant » assurant la filtration à proprement parler.
- une barrette nasale : qui se plie pour ajuster au mieux le masque à la forme du nez et éviter les fuites. Son correct ajustement permet de réguler l'apparition de buée sur les lunettes.
- les liens ou fixations auriculaires: permettent d'attacher le masque au visage (cf. figures 30 et 31).

Il convient de respecter un « sens » de pose : mettre la mention imprimée sur le masque vers l'extérieur. Sans mention spécifique, appliquer contre le visage le côté le plus rembourré de la barrette nasale.



Figure 30 : fixations élastiques (30).



Figure 31 : fixations à nouer

Tout comme les gants, l'efficacité du masque reste limitée dans le temps et dépend en partie de son adaptation et de son bon ajustement sur le visage. Une fois porté, il ne doit plus être manipulé au cours du soin pour ne pas favoriser la contamination des mains et sa détérioration. Il doit être changé à chaque fois qu'il est humide, après un acte contaminant et à la fin de chaque soin.

un patient = un masque

Cependant, cela reste peu appliqué en cabinet, notamment pour des problèmes de coût. Le port du masque peut également engendrer des irritations ou des allergies liées à certains composants et/ou colorants employés. Il conviendra alors de sélectionner des masques exempts de latex et d'opter pour des masques «hypoallergéniques ».

b) Les masques de protection respiratoire filtrants sont jetables et englobent à la fois la bouche et le nez pour protéger celui qui le porte de l'inhalation de poussières ou de particules contaminantes transmissibles par voie aérienne.

Ces appareils filtrants épurent l'air ambiant et sont constitués d'une pièce faciale et d'un système de filtration. Parfois, cette pièce faciale est elle-même filtrante et ne nécessite pas l'adjonction d'un filtre. La pièce faciale peut être plus ou moins grande et couvrante. Elle se présente sous la forme d'un demi-masque qui englobe la zone nez-bouche-menton ou peut aussi couvrir tout le visage.

On dénombre trois classes de masques, par ordre croissant d'efficacité : FFP1, FFP2, FFP3 (selon la norme européenne EN 149).

En fonction du type de filtre, ils protègent:

- des particules (ils sont marqués d'une lettre P et d'une bande blanche)
- de certains gaz ou vapeurs (ils sont marqués d'autres lettres et de diverses bandes colorées)
- des deux (combinaisons diverses de lettres et chiffres).

Le marquage des filtres utilisés se fait par l'utilisation de lettres et de couleurs différentes en fonction du type de particule ou gaz contre lequel lutte le filtre.

Ils appartiennent à la classe des équipements de protection individuels répondant à la directive 89/686/CEE du 30 novembre 1989 et doivent porter un marquage CE. Ils sont plutôt dédiés à un usage hospitalier. Pour tous les soins dentaires réalisés au cabinet, il est suffisant de porter un masque chirurgical (36).

II.1.4.3. Les lunettes de protection

L'œil humain est un organe fragile et précieux qu'il convient de protéger avec beaucoup de précaution. Les soins prodigués en chirurgie dentaire impliquent des projections à haute vitesse qui peuvent engendrer des lésions de l'œil allant de simples irritations superficielles à une perte totale de l'acuité visuelle.

De même, certaines de ces protections peuvent également heurter le visage et être à l'origine de cicatrices inaltérables et inesthétiques. Le recours à un protecteur visuel s'impose donc au sein des mesures de protection globales afin d'assurer la sécurité

de l'opérateur ainsi que sa bonne santé. Il n'existe pas d'équipement parfait qui permettrait d'atteindre le risque zéro sans être source d'inconfort ou de gêne au travail. Porter des lunettes de protection lorsque l'on ne porte pas des lunettes de vue peut être une véritable contrainte et devra résulter d'un compromis entre sécurité et nécessité de travailler dans des conditions optimales. Le port de lunettes correctrices reste nettement insuffisant face au risque de projection.

Pour choisir correctement les lunettes, il convient de mesurer au préalable les risques encourus, les contraintes de la tâche à exécuter et les motifs d'éventuelles réticences à les porter.

Parmi les risques:

- **le risque traumatique** : dû aux particules accélérées et projetées (copeaux métalliques, éclats de dents ou biomatériaux, eau sous pression). La norme EN 166 définit trois niveaux de résistance aux chocs des particules :
 - Résistance aux particules de basses énergies: lettre F,
 - Résistance aux particules de moyennes énergies: lettre B,
 - Résistance aux particules de hautes énergies: lettre A.

NB: L'éventuelle projection de micros débris ou produits chimiques irritants peut provoquer une conjonctivite à l'origine d'une interruption de travail de une à deux semaines.

- **Le risque chimique** : une substance peut être projetée dans le milieu ambiant ou dans l'œil directement (Hypochlorite, Dakin, Chlorhexidine).
- **Le risque biologique** : nous sommes confrontés à des micro-organismes potentiellement contaminants.

Il convient de définir également les contraintes éventuelles auxquelles le praticien peut être confronté comme:

- la luminosité,
- la buée,

- le degré de minutie requis.

Il faut donc choisir des lunettes adaptées aux contraintes évaluées et qui fassent preuve de neutralité optique.

Les contraintes fréquemment évoquées sont: l'inconfort, la baisse de l'acuité visuelle, l'apparition de buée ou d'imperfections, la diminution de la netteté des verres, l'aspect esthétique et la fatigue visuelle engendrée.

La pluralité des modèles vendus sur le marché complique le choix.

Il existe trois grands types de protection visuelle:

- **Les lunettes à branches** sont constituées d'oculaires mis sur une monture à branches associés ou non à des protections latérales. Elles n'assurent pas d'étanchéité par rapport au milieu environnant. Ces lunettes autorisent une correction visuelle personnalisée définie préalablement par l'ophtalmologue et l'opticien.
- **Les lunettes masques** ne sont pas utilisées dans la pratique dentaire, elles isolent hermétiquement tout la région orbitaire et sont maintenues par un élastique serre tête. Elles comportent un système de ventilation afin d'éviter la formation de buée et sont d'avantage utilisées en cas de risque chimique important.
- **Les écrans faciaux** assurent quant à eux la protection des yeux, du visage et du cou. Ils sont fixés à un système de monture ou de serre-tête et sont plutôt conseillés pour des utilisations intermittentes ou des actes bien spécifiques. Ils n'assurent pas non plus l'étanchéité avec le milieu ambiant. L'avantage reste qu'ils peuvent être portés au dessus de lunettes correctrices.

Tous les protecteurs oculaires doivent répondre à la norme EN 166 qui garantit résistance et qualités optique.

La norme EN 166 définit trois classes optiques :

- **classe 1** : recommandée pour un port permanent ou la réalisation d'un travail

minutieux,

- **classe 2** : recommandée pour un port intermittent,
- **classe 3** : préconisée pour une durée très brève.

Les lunettes doivent impérativement porter le marquage CE (marquage établi par le fabricant qui atteste de la conformité du produit aux directives européennes et qui atteste que le produit a satisfait aux procédures de certification).

Les lunettes de protection doivent:

- être résistantes aux agressions courantes (chute au sol, vieillissement à la lumière, à la chaleur et à la corrosion),
- garantir certaines propriétés optiques (vision confortable et non altérée),
- résistantes à l'abrasion (on utilise du polycarbonate comme matériau de référence mais aussi l'acétate de cellulose et le propionate de cellulose qui peuvent recevoir des traitements de surface augmentant leur résistance à l'abrasion. Les matériaux minéraux comme le verre sont plus lourds à porter),
- résistantes à la buée (soit oculaire à double écran, soit oculaire traité à l'aide d'un produit antibuée),
- compatibles avec le port d'oculaires correcteurs (les écrans faciaux et certaines lunettes à branches le permettent),
- compatibles avec le port d'autres moyens d'équipements individuels comme le masque médical ou de protection respiratoire.

La notice d'emploi spécifie les conditions de stockage des protecteurs, leur nettoyage, leur entretien, leur désinfection, leurs performances, leurs limites d'utilisation et la signification des marquages.

Le vieillissement des lunettes et leur non-entretien peuvent altérer leur fonction de protection et engendrer des gênes visuelles. Ces équipements doivent être régulièrement nettoyés et remplacés lorsque la transparence des correcteurs laisse à désirer. Dans l'idéal, le praticien devrait disposer d'un certain stock de protecteurs oculaires pour lui et ses éventuels collaborateurs ou remplaçants. L'idéal serait de nettoyer les lunettes entre chaque patient à l'hypochlorite dilué au 1/10e ou avec de

l'alcool à 90°.

Une fois utilisées et soigneusement nettoyées, les lunettes doivent être rangées dans des étuis individuels adaptés et à proximité du poste de travail pour rester à l'abri de la poussière, de la lumière et de l'humidité (42).

II.1.4.4. La sur-blouse ou tablier à usage unique

La sur-blouse ou le tablier sont des éléments de protections additionnels utilisés lors de soins à risque infectieux plus important ou à risque de projection. Ces éléments de protection répondent à la fois aux normes des dispositifs médicaux (directive 93/42/CEE) et aux normes des éléments de protection individuels (directive 89/686/CEE).

La sur-blouse a surtout la vocation d'imperméabiliser la tenue de base. Il convient de privilégier une blouse non tissée à usage unique, resserrée aux poignets si elle est à manches longues. Elle a un rôle de barrière imperméable ayant une surface de faible adhérence aux micro-organismes et ne dispersant pas de fibres textiles.

Le tablier plastique à usage unique doit être sans poche, avec ou sans manches en fonction des situations. Il est enfilé par dessus la tenue de base et doit laisser le praticien libre de ses mouvements. Il est enveloppant tout en étant ajusté à sa morphologie, solide et imperméable.

II.1.4.5. Les chaussures de travail

Les chaussures de travail doivent absolument être différentes de celles portées en ville, à domicile ou dans la vie courante. En effet, elles ont à répondre à des exigences différentes et leur qualité va conditionner la protection, le confort et la sécurité du praticien. Les chaussures doivent à la fois convenir aux exigences de la profession mais aussi au pied du porteur. Une paire de chaussures inadaptées serait à l'origine d'inconfort, de diverses pathologies du pied, de risques d'accident du travail et de douleurs dorsales.

Les chaussures du dentiste doivent donc répondre à plusieurs critères:

- elles doivent être silencieuses, ce qui sous-entend que les talons sont à éviter pour ne pas générer de bruits inutiles et disconvenus,
- elles doivent maintenir le pied, garantir au praticien une certaine stabilité et sécurité au cours de ses déplacements,
- dans l'idéal, les semelles extérieures doivent être souples, amortissantes, antidérapantes et les semelles intérieures rembourrées au niveau de la voûte plantaire afin d'éviter les douleurs et mauvais retours veineux,
- Elles doivent être fermées à l'arrière pour éviter les chutes et les entorses,
- Elles doivent être respirantes pour ne pas transpirer au cours de la journée. Les aérations doivent être situées latéralement pour ne pas réduire la protection du dessus et de l'avant du pied en cas de chutes d'objets,
- Elles doivent être lavables à haute température et désinfectables,
- Elles doivent être stables : ne pas excéder 4 cm en hauteur de talon pour ne pas perturber la répartition du poids du corps et engendrer des dysfonctions de la posture corporelle et vertébrale. Le talon idéal serait de 2 cm car il permettrait une répartition homogène du poids entre l'avant et l'arrière du pied.

Les chaussures de sécurité doivent aussi répondre à des normes européennes très précises: les normes EN 345 et EN 346 en matière d'innocuité, de confort, de résistance, de solidité, de résistance aux écrasements et aux chocs (200 joules pour EN 345 et 100 joules pour EN 346).

En plus de tous ces critères, le CCLIN Sud-Est de 2008 va même jusqu'à recommander que les chaussures prennent en considération la forme du pied de l'opérateur. Ainsi, les mêmes chaussures ne conviendront pas à un pied égyptien, un pied grec ou à un pied carré.

- Les pieds Égyptiens (le premier orteil est le plus grand), devront plutôt choisir des chaussures à bouts ronds,
- Les pieds Grecs (le deuxième orteil est le plus grand) devront s'orienter vers des chaussures à bouts effilés,
- Les pieds Carrés (tous les orteils sont de la même taille) devront choisir des chaussures

à bouts larges (37).

II.1.4.6. Le badge de radioprotection

C'est un élément de protection et de mesure qui fait partie intégrante de la tenue libérale. Il doit être accroché systématiquement à la tenue de base au cours de la journée de travail contrairement aux autres moyens de radioprotection disponibles comme le collier cervical, le tablier plombé, les gants plombés, les lunettes plombées et le protège-gonades qui restent des protections transitoires et ponctuelles (grossesse, immunodépression, problèmes thyroïdiens, etc.).

Le badge est un dosimètre passif aussi appelé dosimètre « corps entier » qui mesure l'exposition du praticien aux rayons X, gamma et bêta. Il génère des moyennes recueillies et analysées tous les trois mois par l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire). Le badge est nominatif et doit répondre aux critères de l'arrêté du 31 décembre 2004 (37).

II.2. Précautions particulières pour les activités dites « spécialisées »

II.2.1. Recommandations générales

La tenue du chirurgien-dentiste doit être modulable et permettre à l'opérateur d'effectuer toutes les tâches qui lui incombent au cours de son activité professionnelle. Des secteurs comme l'implantologie et la chirurgie complexe nécessitent un niveau de sécurité et de protection plus élevés. La tenue de base détaillée précédemment peut s'agrémenter de moyens de protection individuels complémentaires afin de mieux répondre aux exigences du bloc. En cas de chirurgie osseuse ou de patient à risque, les conditions d'asepsie sont plus strictes et l'environnement doit être totalement maîtrisé, l'objectif étant de limiter les risques de contaminations croisées et les infections nosocomiales.

La tenue de bloc (cf. figure 32) est définie par la norme comme « une tenue destinée et ayant démontré son efficacité à réduire la contamination de la plaie opératoire par les squames porteurs d'agents infectieux provenant de la personne

habillée de cette tenue via l'air de la salle d'opération, réduisant ainsi les risques d'infection de la plaie » (30).

Au niveau des matières textiles recommandées (cf. figure 32), le non tissé reste la matière de référence. Le mélange polyester/coton est toléré mais le coton seul est à proscrire.

	Avantages	Inconvénients
Coton	Confortable	Perméable Générateur particules +++ Usure
Polyester	Peu de particules, imperméable	Imperméabilité aux gaz (compromis à trouver : polyester/coton)
Micro fibres	Effet barrière, imperméables aux liquides, perméables aux gaz	Nécessité d'un traitement spécifique Re stérilisation limitée
Non tissé	Effet barrière, imperméable aux liquides, perméable aux gaz Neuf pour chaque patient ? Assurance qualité	Coût mais étude globale, qualité selon les fabricants

Figure 32 : Avantages et inconvénients des différents textiles existants (43).

Les éléments additionnels sont:

- une casaque chirurgicale stérile,
- une coiffe,
- un masque chirurgical,
- des gants stériles,
- des chaussures spécifiques réservées au bloc (type sabots),
- des sur-chaussures (facultatives).

Il est préconisé de choisir des vêtements qui garantissent l'isolation du corps du soignant avec le milieu ambiant afin d'éviter la diffusion des particules de desquamation (cf. figure 33).

Aucun vêtement civil ne doit dépasser et il faut rentrer la tunique dans le pantalon afin d'éviter la dissémination de particules et de faire des fautes d'asepsie par contact.

Les poches sont à proscrire et le port de chaussettes autorisé à condition qu'elles soient propres et changées chaque jour (43).



Figure 33 : Tenue conforme aux exigences du bloc opératoire (43).

II.2.2. Choix de la tenue en fonction des zones du cabinet

Il convient à chaque praticien d'adapter sa tenue en fonction du risque infectieux et de respecter le principe d'asepsie progressive requise lorsqu'il s'apprête à rentrer dans son bloc opératoire.

Recommandations du port de la tenue en fonction des zones dans lequel évolue le praticien:

- **Dans une zone à bas risque** (hors du bloc), le praticien peut se contenter de sa tenue de base,
- **Dans une zone à risque modéré** (ex: salle de stockage du matériel), il devra être en tenue de base agrémentée d'un article coiffant et de sabots,

- **Dans une zone à haut risque** (ex: salle de préparation du patient), il devra porter en plus un masque et des lunettes de protection,
- **Dans une zone à très haut risque** (ex: zone opératoire), il devra porter sa tenue de bloc, un article coiffant, des sabots, un masque, des lunettes de protection et des gants stériles (44).

Recommandations du port de la tenue en fonction du niveau de risque infectieux:

- **Pour un bas niveau de risque infectieux** (ex: intervention sur un patient non infecté, non immunodéprimé et pour la réalisation d'un acte non invasif) la tenue de base suffit amplement (tunique, gants, masque, lunettes),
- **Pour un niveau de risque infectieux intermédiaire** (ex: patient infecté, avec facteurs de risques, immunodéprimé ou pour tout acte invasif) la tenue de base devra être agrémentée d'un masque chirurgical et de gants stériles. L'intervention peut être effectuée au cabinet au sein d'une salle spécifique,
- Enfin, **pour un niveau élevé de risque infectieux** (ex: patient à risque élevé, aplasique ou pour tout acte à haut risque) la tenue devra être complète et spécifique en fonction du secteur et du geste préconisé. Il se fera le plus souvent en milieu hospitalier pour une gestion optimale du risque infectieux (43) (30) (44).

II.2.3. Moyens de protection individuels complémentaires

II.2.3.1. Les coiffes: calots, cagoules, bonnets et charlottes

La qualité de leur composition doit assurer l'isolation parfaite de la chevelure de l'opérateur du milieu ambiant. Aucun cheveu ne doit dépasser. Il convient de respecter un certain grammage et une trame de tissu assez serrée afin qu'aucun cheveu ne puisse passer au travers.

La cagoule (cf. figure 34) reste la coiffe de référence pour le praticien car c'est la plus englobante. Elle limite la surface de peau exposée et contient parfaitement toute la chevelure, les oreilles et la barbe. Pour ses assistants ou aides opératoires, une coiffe nouée reste une bonne solution pour contenir toute la chevelure.

La charlotte doit être réservée au patient car la qualité du non-tissé est souvent insuffisante. Les bonnets et calots sont à proscrire car ils ne sont pas assez couvrants.

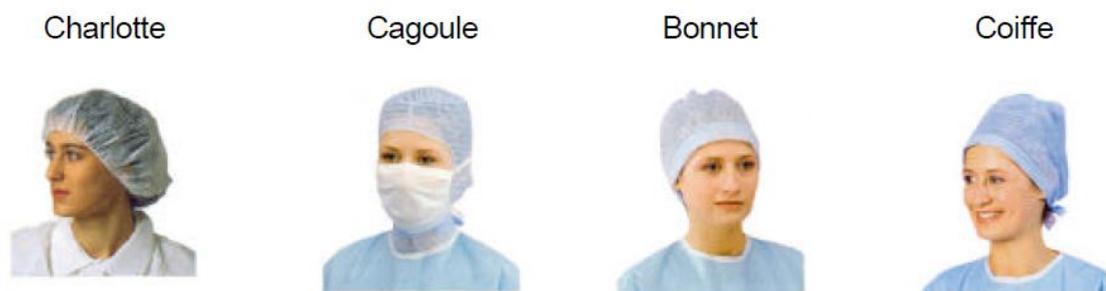


Figure 34 : les différents types de coiffes (30).

Une fois mise en place au vestiaire, la coiffe ne doit plus être touchée et reste à renouveler en cas de souillure ou déchirure.

II.2.3.2. La casaque chirurgicale

La casaque est une surtunique stérile, à usage unique et à manches longues qui s'enfile par dessus la tenue de bloc.

Il existe deux types de casaques:

- **la standard,**

- **la renforcée** : resserrée et renforcée au niveau des manches et du plastron en fonction du type d'intervention pratiquée et de sa durée. Sur la version renforcée, un voile en polypropylène est ajouté à l'intérieur (cf. figure 35).

Le textile et les coutures doivent être imperméables aux micro-organismes, ne pas générer de particules, être imperméables à la sueur mais perméables à la perspiration.

Les manches sont de type « raglan » ou droites et se terminent par une manchette élastique en jersey.

La fermeture au niveau du cou se fait par des bandes velcro ou des pressions.



Figure 35 : casaque renforcée (45).

La fermeture croisée à la taille s'effectue sur le devant par des liens intérieurs et extérieurs sur le devant à l'aide d'un carton de transfert (qui permet de fermer en respectant les règles d'asepsie) (46) (47).

II.2.3.3. Les gants stériles à usage unique

Les principes d'utilisation et prérequis au port des gants restent conformes à ceux vus précédemment. (cf. 2.4.1.4. sur les gants).

Selon le CCLIN (Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales), les gants chirurgicaux stériles doivent répondre à des critères bien précis:

- être étanches aux bactéries et virus ;
- conserver une bonne sensibilité tactile ;
- être résistants aux produits chimiques ;
- répondre aux normes EN 455-1 et 2, 3 ;
- avoir toutes les informations inscrites lisiblement sur l'emballage ;
- être hypoallergéniques ;
- être exempts de micro trous ;
- être un bon isolant électrique ;
- être étanches aux colorants ;

- résister à la traction.

Comment mettre des gants stériles ?



Figure 36 : Protocole d'enfilage des gants stériles (48).

Ils sont conditionnés unitairement sous un double emballage, en sachet et pliés de telle sorte qu'on puisse les enfiler de façon hygiénique (cf. figure 36 et 37). Leur manchette est longue contrairement aux gants de soins non stériles à usage unique (environ 3 cm). Les tailles disponibles vont du 6 au 9 avec des demi-tailles intermédiaires.

Ils sont à déconditionner au dernier moment sur les lieux immédiats de soins. Ils sont de forme anatomique et réservés aux actes chirurgicaux et aux techniques invasives.

Pour les gants en latex, ils ont une épaisseur de 0.17mm et sont non poudrés. En cas d'allergie de l'opérateur, il existe des gants stériles en Duraprene sans latex et sans poudre. Ils établissent une barrière étanche entre le patient et l'opérateur. Certains opérateurs pratiquent même la technique du double gantage. Une fois enfilés dans les règles de l'art, il ne faut plus descendre les mains au dessous du nombril et ne pas faire de gestes intempestifs (48).



Figure 37 : Emballage Gant stérile (41).

II.2.3.4. Les masques

Pour éviter la diffusion de la flore oro-pharyngée (toux, respiration), il est indiqué de porter un masque à haute filtration. Il doit être correctement appliqué sur le visage avant d'entrer dans le bloc pour être pleinement efficace et après avoir réalisé une désinfection chirurgicale des mains. Il constitue une double protection : une barrière aérienne, cutanée et muqueuse vis à vis des micro-organismes du patient et du personnel auxiliaire mais aussi une protection contre les projections biologiques et aérosols. Il faut fixer les 4 bandelettes deux par deux et séparément pour éviter « l'effet cheminée » tout en serrant suffisamment pour englober correctement le visage et éviter les fuites d'air non filtré. Une fois posé, il ne faut plus le toucher, le descendre ou le remonter et surtout ne pas hésiter à le changer régulièrement toutes les deux à trois heures et plus souvent s'il s'humidifie.

Au moment de retirer le masque, il faut le manipuler par les attaches (36).

II.2.3.5. Les lunettes

cf. paragraphe 2.1.4.3.

Le port de lunettes de protection assez larges est obligatoire ou un masque à visière s'il y a des risques de projections importants.

II.2.3.6. Les surblouses et tabliers à usage unique

Uniquement recommandés si les soins effectués exposent à des risques de projection de sang ou de liquides biologiques ou si le patient relève d'une précaution de contact « C » (ex: patient porteur d'une bactérie multirésistante aux antibiotiques).

II.2.3.7. Les Chaussures et surchaussures

Il convient de porter des sabots spécifiques réservés au bloc opératoire, qui seront nettoyés après chaque utilisation. Un pool de sabots en matière plastique et en quantité suffisante doit être mis à disposition des soignants par l'établissement. Ces sabots doivent pouvoir passer en machine, être silencieux, antidérapants et antistatiques tout en assurant un bon maintien et une bonne aération du pied. Ils sont à enfiler après avoir revêtu sa tenue. Les surchaussures sont utilisées lorsque les sabots ne sont pas quotidiennement décontaminés et bien souvent réservées à des cas très particuliers (isolement, travaux). Elles peuvent générer des fautes d'asepsie et de contamination des mains des opérateurs lors de la mise en place et du retrait. Le mieux est parfois l'ennemi du bien.

II.2.4. Règles d'habillement

Plusieurs lieux comparés à des « douanes » permettent l'habillement selon le principe de l'asepsie progressive:

- **Le vestiaire central** situé en dehors du bloc, permet au praticien d'y déposer sa tenue civile et d'enfiler sa tenue de base. Il y dépose tous ses objets personnels et attache ses cheveux si nécessaire.
- **Le vestiaire annexé au bloc** va permettre au praticien de passer d'une tenue de base à

une tenue de bloc. Il rentre sa tunique dans son pantalon, lui même resserré en bas ou rentré dans ses chaussettes, toujours dans l'optique d'isoler le plus possible le corps du milieu ambiant. Il chausse ses sabots et met son article coiffant à usage unique.

- **L'espace de préparation** des membres de l'équipe soignante où ils peuvent enfiler masques et lunettes après s'être lavé les mains (lavage chirurgical).
- **Le bloc chirurgical** où la tenue est complétée de gants chirurgicaux stériles et éventuellement d'une casaque chirurgicale stérile (49).

II.2.5. Règles de déshabillage

Lors de la sortie du bloc, il convient de respecter une séquence chronologique de déshabillage:

- Les gants et la casaque sont retirés au sein de la salle d'intervention à la fin de l'acte,
- Le masque se retire au sein de la zone de préparation,
- Les articles coiffants, la tenue de bloc et les sabots sont retirés au sein du vestiaire annexé au bloc,
- La tenue de base est troquée contre la tenue civile au sein du vestiaire central.

II.3. Traitement et usage des tenues (au cabinet dentaire)

II.3.1. Recommandations générales

Au cabinet dentaire, le nettoyage des tenues peut être effectué:

- par le ou les praticiens eux-mêmes au cabinet,
- par un service de blanchisserie privé ou un pressing.

L'idéal étant de disposer d'un lave-linge et d'un sèche-linge exclusivement réservé à cet usage, au sein du local professionnel pour ne pas ramener le linge souillé à domicile. La température nécessaire à la désinfection du linge est de 65°C minimum avec un détergent commercial. Le repassage se fera dans l'idéal au cabinet pour ranger

directement les tenues dans les armoires.

Les tenues propres du praticien et du personnel peuvent être entreposées au sein d'une armoire fermée et compartimentée, à l'abri de la poussière et de la chaleur (cf. figure 38). De même, elles peuvent être nominatives mais le plus souvent par l'intermédiaire d'un badge annexé à la tunique. Ce badge est autorisé à condition de ne pas blesser le porteur, d'être nettoyable et désinfectable. En fin de poste et au moment du nettoyage, il est retiré de la tenue et nettoyé individuellement par l'opérateur.

II.3.2. L'organisation des vestiaires

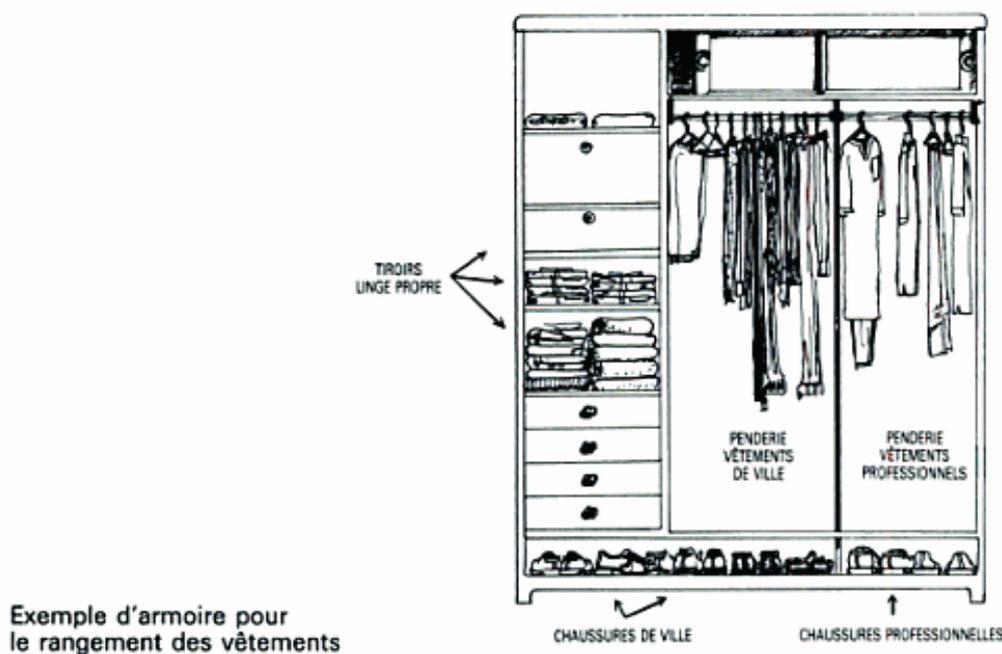


Figure 38 : vestiaire type (30).

Le vestiaire est un espace commun destiné au changement de tenue du praticien et du personnel. L'entretien quotidien du sol est indispensable. Chaque membre dispose d'un casier à deux compartiments bien distincts afin de pouvoir séparer ses affaires personnelles de sa tenue et accessoires de travail. Chaque utilisateur est responsable du rangement et de l'entretien de son casier.

II.3.3. Coût et frais professionnels

Selon l'Article 3.15 « *Hygiène des locaux - Tenue de travail* » du code du travail et

de la convention collective nationale des cabinets dentaires: « Si le praticien exige une tenue de travail particulière, il doit la fournir à son personnel et en assurer l'entretien, dans le cas contraire, il doit fournir deux blouses par an à son ou ses salariés. ».

Selon l'article article R4323-95 du code du travail : « Les équipements de protection individuelle et les vêtements de travail mentionnés à l'article R. 4321-4 sont fournis gratuitement par l'employeur qui assure leur bon fonctionnement et leur maintien dans un état hygiénique satisfaisant par les entretiens, réparations et remplacements nécessaires » (50) (51).

Selon la Direction de la Sécurité Sociale: « S'agissant des vêtements, lorsque les dépenses d'habillement des salariés se traduisent par un remboursement, elles sont considérées comme des avantages en espèces qui doivent donc être réintégrés dans l'assiette de cotisation. Toutefois, relèvent de frais d'entreprise les dépenses se traduisant par un remboursement de l'employeur ou par la fourniture gratuite aux salariés de vêtements qui répondent aux critères de vêtement de protection individuelle (...) Ces vêtements doivent demeurer la propriété de l'employeur. (...) il y a lieu d'admettre que les frais d'entretien de ceux-ci sont également des frais d'entreprise. »

Les frais déductibles comprennent le prix d'achat des tenues de travail mais aussi le coût de leurs entretiens et du blanchissage. (52)

II.3.4. Le marché internet, gestion des commandes et catalogues

Avec l'explosion des achats en ligne, les sites internet fleurissent et rivalisent de créativité en permanence pour créer des nouvelles collections vestimentaires. Beaucoup de tenues sont commandées aux Etats-Unis ou dans les pays asiatiques, pionniers dans les créations originales de lignes mixtes et modernes. Certaines marques vont même jusqu'à proposer les tenues portées par les chirurgiens de séries américaines comme *Grey's Anatomy* ou *Scrubs*.

Ces sites proposent plusieurs collections « *été, automne, hiver* » car les vêtements de travail doivent être avant tout confortables mais aussi branchés, dans « l'air du temps » et aux couleurs tendances. Les coupes s'améliorent, les couleurs se

multiplient et de nouveaux imprimés se déclinent sans cesse. Il existe un marché mondial important et beaucoup de praticiens se constituent des véritables « garde-robes ».

Sur une semaine, certains chirurgiens-dentistes passent plus de temps dans leurs habits de travail que dans leurs propres vêtements. De ce postulat, les créateurs justifient une certaine diversité dans la tenue. Ainsi, chaque praticien peut être unique dans son habillement professionnel tout en se conformant aux normes imposées par le code du travail.

La gestion des commandes s'établit en fonction des besoins du praticien et de son équipe (renouvellement du stock, gestion du nombre de tenue par opérateur).

II.4. Évolutions et améliorations de la tenue et des moyens de protection individuels

II.4.1. Les innovations textiles

Les nouveaux tissus appelés « textiles techniques » envahissent le monde médical et font l'objet de travaux de recherche et d'innovation importants. Selon la DGE (Direction Générale des Entreprises), un textile « technique » peut se définir comme « tout produit ou matériau textile dont les performances techniques et les propriétés fonctionnelles prévalent sur les caractéristiques esthétiques et décoratives » (53).

L'innovation technologique découle d'une organisation textile de base à laquelle viennent se greffer de nouveaux procédés, de nouveaux modes d'assemblage ou traitements en fin de chaîne.

La recherche s'oriente vers trois axes bien distincts:

- Le matériau (création de nouvelles matières premières),
- L'agencement des fibres (nouveaux procédés de tissages, de nouvelles fibres, amélioration de la qualité, création de nouvelles machines et outils de fabrication),
- Le traitement du textile (optimisation du tissu par traitement chimique ou autres procédés).

Les principaux objectifs du secteur médical vont être de rendre les tissus fonctionnels, biocompatibles, nanofiltrants et biodégradables (54).

Voyons quelques unes des évolutions tant attendues:

- **Les tissus antibactériens** : cela nécessite une technique de greffage moléculaire au sein même du tissu afin de le rendre bactéricide de façon permanente. Ce progrès pourrait concerner tout le linge médical au cours des années à venir (55).

- **Les tissus imper-respirants** : Ce sont des tissus qui auraient des mailles assez fines pour rendre le tissu imperméable aux fluides extérieurs comme le sang mais assez lâches pour laisser s'évacuer les molécules de transpiration. Cela tout en laissant le tissu sec et respirant.

- **Les textiles en bio-polymères** : Ce sont des tissus à visées thérapeutique et apaisante pour les patients atteints de dermatoses. Cela permettrait de créer une véritable couche de transition entre la peau et le vêtement. Toute la recherche consiste en l'étude de la composition chimique des particules greffées et sur la façon d'ancrer définitivement ces agents actifs au sein de la matière.

- **Les tissus bio-communicants**: ce sont des tissus bardés de capteurs de recueil d'informations (paramètres médicaux comme la fréquence cardiaque, la glycémie, la température, la saturation, etc.) afin de permettre un suivi médical à distance. Ce marché pourrait concerner les personnes diabétiques, les personnes âgées, les nourrissons et les personnes cardiaques. On parlerait de vêtements « intelligents ». Ils pourraient même à l'avenir communiquer l'exposition radiologique du praticien sans pour autant lui imposer le port d'un dosimètre (56).

- **Les tissus nanofiltrants** : ils assurent une filtration ultrafine des fluides tout en restant biocompatibles et tendent vers une certaine neutralité biologique.

- **Les tissus ignifugés** : pour pouvoir résister au feu en cas d'incendie lié à l'utilisation d'une source de chaleur ou de produits inflammables près d'une source de chaleur. Il y a différents niveaux de protection contre les flammes. La protection nécessaire et

suffisante au chirurgien dentiste au sein de son exercice serait la « non-propagation d'une flamme en cas de contact accidentel avec une petite flamme » (cf. figure 39).

Les vêtements contre la chaleur et la flamme (sapeurs-pompiers exclus) sont identifiés par le pictogramme suivant. La mention de cet indice n'est exigée que pour les vêtements conformes à la norme EN 533.



Figure 39 : pictogramme vêtement anti-feu (53) .

Les matériaux fréquemment utilisés dans ce genre de tenues sont:

- le coton ignifugé par traitement,
- l'aramide (Kevlar) ou le mélange viscose ignifugée / aramide,
- le modacrylique ou le mélange modacrylique / coton ignifugé (53) (42).

D'infinies possibilités s'offrent à nous dans le futur avec la création :

- de fibres textiles qui pourraient convertir notre chaleur en électricité (projet « Sofileta ») (pour recharger les LED d'une loupe binoculaire par exemple),
- des tissus lumineux avec des fibres optiques intégrées pourraient traiter certaines pathologies (jaunisse du nourrisson, dépression),
- des gants « indéchirables » en fils composites de verre et d'inox (*Massebeuf Textiles*)
- des tissus amincissants. (55) (54) (56).

Il faut donc apporter une originalité en plus de la fonctionnalité. La barrière entre le textile de mode et le textile technique n'est pas étanche. La performance est essentielle mais le confort et l'esthétique ne peuvent être négligés (54).

III. APPROCHE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DE LA TENUE PROFESSIONNELLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

III.1. La tenue professionnelle, une carte d'identité.

III.1.1. La tenue pour s'identifier

Le fait de se vêtir est avant tout un acte culturel au sein de nos sociétés occidentales. La tenue nous présente aux autres. Selon Françoise Vincent-Ricard, (fondatrice de « Promostyl », premier bureau de style à Paris créé en 1966 ayant une approche visionnaire des tendances au service de la création, de la mode et du design), « notre manière d'habiter notre corps, en habitant nos vêtements, laisse émerger le plus intime, le plus occulte, nous permettant en retour d'être objet du regard de l'autre ».

L'apparence que confère notre panoplie professionnelle permet au praticien d'incarner pleinement la fonction de soignant. La tenue ne lui génère pas des compétences ou des qualifications réelles mais une certaine légitimité vis à vis des patients.

Selon Ginette Francequin (maître de conférences en psychologie clinique et sociale), « *le vêtement de travail, uniforme professionnel impose un rôle, une autorité conférée par ce rôle (...)* » (57).

La tenue a donc une signalétique forte.

.

III.1.2. La tenue pour se conformer

En tant que professionnel de santé, il faut respecter et se conformer au costume de la majorité. Selon Quentin Bell (écrivain et historien de l'art britannique) : « *la norme vestimentaire, loin d'être conçue pour convenir à tout le monde, ne présente même pas un niveau moyen de beauté ou d'utilité. Ce n'est pas qu'on exige de certains qu'ils sacrifient une partie de leur confort ou de leur beauté afin qu'une norme s'applique à tous (du moins en général), mais on attend de tous et de chacun qu'ils acceptent un certain niveau d'inconfort et de désagrément, non pas parce que cela présente des avantages pratiques pour qui que ce soit, mais parce que cela sert un idéal* » (58).

L'uniforme médical permet de se sentir intégré à un collectif d'individus qui exercent la même profession et se construisent autour d'un patrimoine commun. La tenue est une déclaration d'appartenance à un corps de métier, un « savoir-faire ». Se conformer permet d'entretenir une certaine vertu identitaire et cultive une fonction sociale intégrative (cf. figure 40) (59).



Figure 40 : La tenue au service d'un idéal professionnel (60).

III.1.3. La tenue pour se démarquer et s'exprimer

Il faut pouvoir trouver une certaine cohérence entre l'apparence exprimée et l'apparence perçue. Pour faire transparaître son identité, il faut d'abord se connaître soi-même. S'accepter et savoir ce que l'on vaut sont des prérequis essentiels. L'âge et l'expérience enrichissent certainement cette auto-analyse (61).

La relation patient-praticien, au delà des compétences techniques dispensées, est avant tout une relation humaine où les centres d'intérêts, les passions et les personnalités s'accordent ou non. La gestuelle, la posture, la façon de porter la tenue transparaît l'essence même du praticien. Le paraître au service de l'être.

Le praticien a donc un libre arbitre en ce qui concerne la personnalisation de sa tenue. Le vêtement devient langage car il peut le choisir et l'adapter au gré de ses envies, de ses humeurs, de ses rendez-vous et de ses aspirations. Ces choix auront une signification via l'inconscient des patients. Les couleurs, les motifs et les accessoires sont autant d'éléments de démarcation et de personnalisation porteurs de sens.

Les vêtements permettent donc de se distinguer. Ils sont portés différemment selon l'âge, le sexe, le rang social et la fonction professionnelle.

Attention néanmoins de ne pas outrepasser certaines règles éthiques car c'est aussi une question de respect envers les patients : l'habit doit être adapté au lieu, au moment, au travail et le principe de convention en définit les usages. Tout ce qui peut déranger, perturber ou mettre mal à l'aise est à proscrire. Il existe par exemple un certain contrôle social et moral face aux vêtements trop séducteurs (62).

La tenue doit donc à la fois respecter un certain sens moral tout en sublimant son porteur.

III.2. La tenue, premier contact visuel dans la relation patient-praticien

III.2.1. La relation patient/praticien

C'est un travail d'équipe et d'interactions permanentes entre le praticien et son patient.

Sa complexité en fait une relation dite multifactorielle:

- le médecin est « actif » et le patient « passif »: le clinicien dirige alors que le patient coopère sans intervenir.
- une relation presque paternaliste où le praticien agit et décide à la place du patient pour son bien.
- une relation de coopération bidirectionnelle où le dentiste conseille, oriente, propose et où le patient participe au bon déroulement des séances et à l'observance des traitements dans un climat de confiance réciproque.
- une relation bidirectionnelle inégalitaire : le praticien détient le pouvoir et le savoir tandis que le malade, s'en remet à lui. La position « dominante » du praticien instaure une certaine distance et une sensation de soumission qui peut être mal vécue.

La tenue renforce donc la séparation fictive entre le patient et le praticien. Elle est impressionnante, parfois même angoissante pour certains patients.

III.2.2. Le premier contact

III.2.2.1. Une communication visuelle

Le vêtement professionnel communique. Il est vecteur de lien social, à la fois élément émetteur d'une image et récepteur du regard d'autrui (63).

L'apparence n'est qu'une infime partie de ce qui constitue l'être humain mais il semble qu'elle soit capitale dans les premières minutes de la rencontre. Lorsque nous rencontrons brièvement une personne, nous retenons souvent d'elle les vêtements qu'elle porte. C'est notre mémoire visuelle qui est sollicitée.

« Les informations extérieures, de l'ordre de l'apparence sont souvent ces premières ou seules informations que nous obtenons d'une personne; nous les utilisons donc pour effectuer nos jugements » (63).

Il semble que l'on puisse engager une relation patient-praticien plus avenante si le praticien correspond à l'idée que le patient s'en était fait (cf. figure 42). Si l'apparence plaît, la compétence et l'écoute feront le reste. On parlerait presque d'un « coup de cœur visuel ». A l'inverse, si l'allure générale n'a pas convaincue au premier coup d'œil, le praticien devra redoubler d'efforts, d'écoute et d'empathie pour gagner le respect et la confiance de son patient.

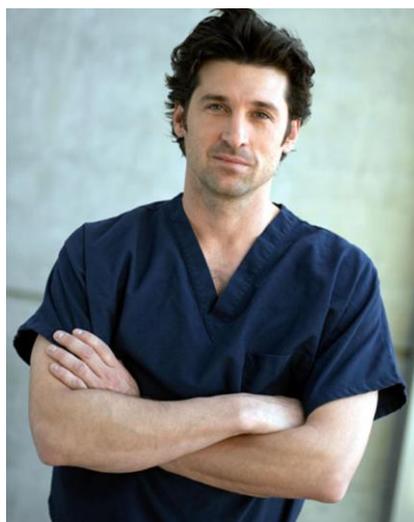


Figure 41 : Patrick Dempsey dans Grey's Anatomy. L'acteur, par la tenue, entre dans le personnage du chirurgien (64).

III.2.2.2. Une communication non verbale

La définition de la tenue (cf. partie I.1) explore également une autre composante, celle du comportement. La tenue signifie *la manière dont quelqu'un se conduit*. L'individu communique avec son corps, ses vêtements et ses artefacts.

Nos habits exploitent le canal de la communication non-verbale. On entend par cela, tous les vecteurs de communication n'utilisant ni le langage, ni les moyens sonores. Par ailleurs, cette métacommunication sollicite aussi trois autres canaux en plus du visuel: olfactif, tactile et thermique.

Ainsi, les odeurs sont aussi empreintes de subjectivité et assimilées à des processus de mémorisation. De ce fait, une odeur ou un parfum peuvent être associés à une émotion propre à chaque individu. La température ambiante des locaux et leur luminosité sont des facteurs de confort thermiques déterminants pour la sérénité et le bien être des patients (65).

Le langage non verbal établit un contact au-delà des mots tout aussi important... Lorsqu'un enfant entre dans un cabinet dentaire, il est très attentif à tout. Il perçoit aussi bien l'environnement, la décoration, le confort de la salle d'attente et du cabinet, que le comportement et l'apparence physique de l'équipe soignante. C'est une réalité globale beaucoup plus sensorielle et corporelle qu'intellectuelle : la voix, les gestes et les déplacements dans l'espace sont pour lui des indicateurs du potentiel de compréhension, d'agressivité ou de bienveillance. L'appréciation du degré de sympathie ou d'antipathie est souvent faite au premier regard (66).

« Si tu veux un ami, apprivoise-moi ! Que faut-il faire ? dit le Petit Prince. Il faut être très patient, répondit le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. Mais chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près... » (Antoine De Saint-Exupéry) (66).

III.3. Le rôle de la Couleur

III.3.1. Le blanc, une synthèse chromatique emblématique

III.3.1.1. La tenue « blouse blanche »

Au XIXe siècle, les laïques portent des robes foncées mais l'uniforme n'existe pas. En France, c'est Léonie Chaptal qui instaure en premier l'uniforme. Les progrès de l'hygiène génèrent un passage du noir au blanc (cf. partie I.3).

La blouse blanche reste encore de nos jours un symbole fard du milieu hospitalier (cf. figure 43). Elle permet une reconnaissance visuelle immédiate pour les patients, et la porter représente la compétence et l'appartenance à une corporation pluridisciplinaire de soin. Le vêtement participe à la reconnaissance sociale et corporatiste. Il induit reconnaissance et respect (67). Le blanc représente l'honnêteté, la pureté, la rigueur et l'équilibre. Il incarne la couleur de la profession médicale depuis des décennies.

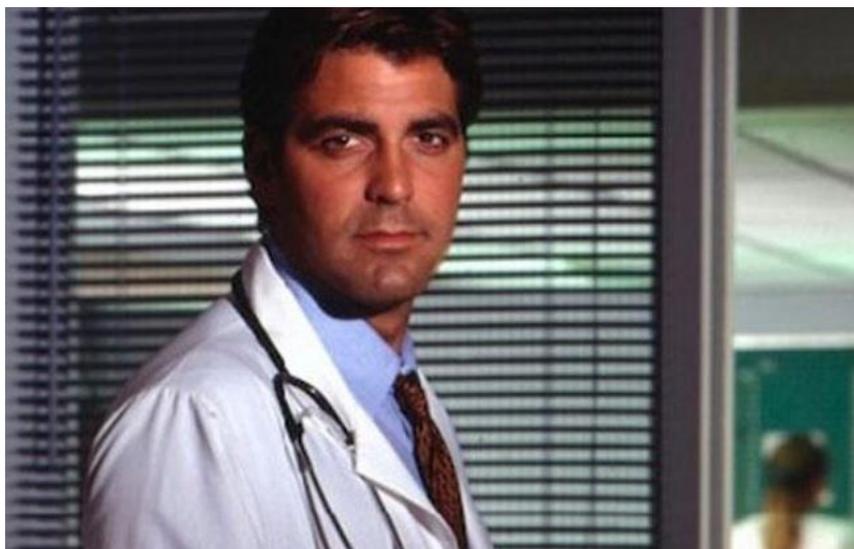


Figure 42 : Georges Clooney dans Urgences. L'archétype du soignant dans les séries télévisées (68).

Cependant, la blouse blanche est aujourd'hui controversée au sein de la profession. C'est avant tout un vêtement symbolique qui ne correspond plus tout à fait aux critères actuels de fonctionnalité et de confort. L'ergonomie est une des notions essentielles du XXIe siècle (67).

III.3.1.2. L'effet blouse blanche

L'expression « effet blouse blanche » désigne quant-à-elle les modifications physiologiques provoquées chez l'individu se trouvant dans un environnement médical ressenti comme stressant (cf. figure 44). Il désigne communément une augmentation inhabituelle de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle en présence d'un médecin. La prévalence de l'effet blouse blanche augmente avec l'âge (42).



Figure 43 : la caricature du praticien sadique (image extraite du film « La petite boutique des horreurs ») (69).

III.3.2. Les tenues de couleurs et leurs symboliques

Chaque élément du vêtement est évidemment porteur de sens: la couleur, la forme, le tissu, les motifs. Mais la couleur reste l'élément visuel le moins neutre.

Selon Michel Pastoureau (historien médiéviste français, spécialiste de la symbolique des couleurs, des emblèmes, et de l'héraldique), « la couleur est une donnée essentielle de tous les codes vestimentaires. Sa fonction est taxinomique et emblématique avant d'être psychologique ou esthétique. (...) La couleur se définit d'abord comme un fait de société. C'est la société qui « fait » la couleur, qui lui donne sa définition et son sens, qui construit ses codes et ses valeurs, qui organise ses pratiques et ses enjeux » (70).

Les pouvoirs psychiques des couleurs sont liés à l'éducation, à l'expérience et à l'hérédité. L'acquis et l'inné forment les préférences et les émotions que nous procurent chaque couleur.

III.3.2.1. Symbolique des couleurs vestimentaires

- **Le bleu** symbolise le calme, la sérénité, la fraîcheur, la sensibilité et la communication ;



Figure 44 : les motifs colorés et fantaisie décontextualisent l'acte professionnel (photos personnelles).

- **Le jaune** symbolise la renaissance printanière, la joie et la lumière. En tant que couleur claire, elle incarne la gaieté et la jeunesse ;
- **Le rouge** conserve une symbolique de couleur chaude et forte. Elle représente la

chaleur et la vie. Le rouge a beaucoup d'impacts sur nos fonctions physiologiques. C'est une couleur à double impact : elle peut être associée à la joie, la passion, la sensualité et le désir mais aussi à la couleur du sang, de la colère et de l'agressivité. Il faut donc choisir un rouge plutôt pastel ou au contraire bordeaux lie de vin.



Figure 45 : une façon de porter le rouge (photo personnelle).

- **Le vert** est considéré quant-à-lui, comme une couleur apaisante. Il est associé à la nature, à la vitalité et devient symbole d'espoir ;
- **L'orange** évoque le coucher de soleil, une lumière douce et chaude. C'est une couleur intime, accueillante, dynamique, créative et gourmande. Il convient toutefois de privilégier un orange chaud et ambré à un orange vif et agressif ;
- **Le gris** évoque l'équilibre et la neutralité. C'est une couleur mixte sérieuse et diplomate ;
- **Le rose** est une couleur douce, romantique qui renvoie à la sensibilité et à la timidité ;

- **Le marron** semble appartenir aux couleurs froides apaisantes, rassurantes et inflexibles ;
- **Le noir** est la négation de toutes les couleurs. En Occident, il représente l'élégance, l'autorité et l'austérité (71).

Les couleurs ont un réel pouvoir sur le ressenti et les émotions du patient. Selon Maud Vanhoutte, coach en image chez Reflet Nouveau (Centre de formation en hygiène corporelle, image de soi et insertion professionnelle, avec des formations dédiées aux personnes en situation de handicap), « *La convivialité est exprimée par les couleurs orange, vert et bleu, la modernité par des vêtements noir, blanc, rouge et la sérénité par le bleu, le vert et le rose. La confiance oriente sur des couleurs dites sérieuses : bleu marine, marron, blanc, noir, vert à choisir pour les tenues et accessoires professionnels* » (71).



Figure 46: la diversité des motifs est sans limite (photo personnelle).

III.3.3. Alors pourquoi le vert a-t-il été attribué aux tenues des

chirurgiens ?

Le vert est bien souvent la couleur la plus portée par les chirurgiens-dentistes depuis le XXI^e siècle. Plusieurs théories expliquent scientifiquement l'attribution de cette couleur à la profession :

- Premièrement, le vert est une couleur « reposante » pour les yeux.

Trois types de cônes rétinien sont responsables, selon leur pic de sensibilité, de la vision des couleurs : les cônes Rouges (sensibles au rouge), Verts (sensibles à la couleur verte) et Bleus (sensibles au bleu).

Les cônes sensibles aux rouges sont les plus nombreux donc le rouge capte plus facilement notre attention que les autres couleurs. Quand les cônes sont stimulés de façon intensive en fixant trop longtemps la couleur rouge (celle du sang), ils arrivent à saturation et ne répondent plus à l'excitation. L'acuité visuelle diminue et devient moins performante. En réduisant la palette de couleurs aux deux autres couleurs primaires (le Vert et le Bleu), cela repose l'œil du chirurgien et l'aide à mieux percevoir le Rouge (cf. figure 49).

- Deuxièmement, le vert confère un autre avantage : c'est la couleur complémentaire du rouge. Les tâches de sang sont donc bien visibles sur le vert mais paraissent moins impressionnantes que sur le blanc (72).



Figure 47 : Pose d'implant au bloc opératoire (73).

III.4. La tenue professionnelle, un atout relationnel thérapeutique

(74)

III.4.1. Gestion du patient anxieux ou phobique par la couleur

Au Québec, certains praticiens formés à l'hypnose utilisent des cadrans de capteurs LED intégrés au fauteuil dentaire qui diffusent des couleurs de façon alternative au cours du soin.

La relaxation par l'hypnose utilise le « pouvoir des couleurs » pour mieux gérer le stress. Associé à un protocole oral d'hypnose, les couleurs sont sensées plonger le patient dans un état de « veille » aussi appelé état de conscience modifiée, pendant lequel il reste conscient mais s'immerge dans son propre inconscient. Il doit fixer du regard les couleurs ainsi diffusées, tout en se concentrant sur la voix du praticien. Celle-ci doit être douce, claire et limpide. L'exploitation des propriétés de certaines couleurs permet au corps de ressentir des sensations de détente et de réconfort servant à consolider le bien-être physique et psychique ainsi que le relâchement musculaire. On pourrait imaginer dans le futur, la création de tenues professionnelles capable de générer des alternances de couleurs sur le même principe que ces séquences de chromothérapie...

Pour le choix des couleurs des tenues professionnelles, rappelons que le pourpre, le gris, le bleu, l'indigo et le vert sont réputés pour leurs propriétés apaisantes et relaxantes. Elles favoriseraient un climat propice à la détente et à l'échange (65). Les tenues peuvent aussi être choisies et adaptées en fonction des périodes de l'année et des événements qui s'y rapportent. Cela permet de renforcer le lien relationnel et de dédramatiser des situations de soins parfois anxiogènes.



Figure 48 : La tenue peut s'accorder en fonction des événements de l'année, ici, la fête d'Halloween (photo personnelle).

III.4.2. L'approche de l'enfant

On admet qu'un enfant ne réagit pas comme un adulte sur le plan cérébral. Il semble que pour lui, le visuel ait une importance capitale: ce qu'il voit, c'est ce qui est. Les émotions qu'il perçoit lui génèrent beaucoup plus de représentations imaginaires et de craintes que l'adulte. L'enfant réagit de façon plus « limbique ». Il faut savoir capter son attention tout en le laissant réceptif aux messages qu'on souhaite véhiculer.

De plus, les émotions et réactions de l'enfant sont en partie conditionnées par l'attitude de ses parents. Cette triade thérapeutique complexifie la relation car il convient à la fois de rassurer l'enfant mais aussi de paraître digne de confiance, compétent et sympathique aux parents.

Pour communiquer efficacement avec l'enfant, il faut gagner sa confiance et choisir un vocabulaire adapté à son âge. Il est indispensable de prendre en compte sa

dimension culturelle et de savoir le passionner. Les enfants sont naturellement réceptifs, curieux, désireux d'apprendre et d'essayer de nouvelles choses. Ils sont créatifs, extrêmement inventifs et sans a priori. Ils sont façonnables et les premières impressions sont très importantes dans la rencontre avec le professionnel de santé (18).

Ainsi, des tenues pédiatriques peuvent servir de supports de communication pour instaurer une « zone de sécurité », une bulle de bien-être dans laquelle l'enfant se sent relaxé et en pleine conscience (théorie du « *Mindfulness* »). En effet, une tenue décorée de personnages de dessins animés ou d'animaux permettrait à l'enfant de se sentir plus proche du dentiste. Cela permet d'aborder des sujets qui leur sont familiers, d'établir un visuel rassurant pendant des soins qui le sont moins.

Le fait d'être occupé canalise l'imagination de l'enfant qui n'est pas employée à la création de pensées négatives. Attention néanmoins à ne pas non plus trop en faire. Paraître trop familier risquerait de détruire l'autorité naturelle conférée par la fonction. L'effet obtenu serait alors contraire à ce que l'on espérait.

Il existe aujourd'hui des collections pédiatriques appelées « Tooniforms » (cf. figure 50). Ces tenues permettent une approche plus avenante car les enfants ont tendance à transférer la sympathie du personnage de dessin animé au praticien. Le fait d'être un « docteur » atypique permet de capter positivement leur attention. Le praticien entre dans leur monde imaginaire. S'intéresser à la littérature, à la cinématographie et au monde de l'enfance constitue la base de données essentielle du chirurgien-dentiste.





Figure 49 : marque de tenues pédiatriques, notamment commercialisé par Cherokee (75).

Une communication enfant-praticien efficace passe aussi par la compréhension du développement pédiatrique car chaque tranche d'âge a des intérêts bien différents. Cela nécessite de faire des choix pertinents dans la sélection des scénarios, des personnages et du contenu visuel qu'on leur délivre. Le degré de difficulté conceptuelle est essentiel car il va de soi que les enfants d'âge plus élevé comprennent et exigent des formes plus complexes d'interactions.

Il convient donc de définir les tranches d'âge les plus sensibles à ce type de distractions vestimentaires. Cela concerne plus spécifiquement les groupes de la petite enfance (de la naissance à l'âge de 6 ans) et de la moyenne enfance (de 7 à 11 ans).



Figure 50 : l'assistante, premier contact du jeune patient au cabinet, renforce le lien relationnel par une tenue de circonstance (photo personnelle).

Ces premières années de vie sont l'une des périodes les plus cruciales pour le développement humain. Nous investissons en elles les fondements de toute acquisition à venir, et notamment la conception qu'on inculque aux enfants du monde médical.

De la naissance à l'âge de 6 ans, les enfants se développent d'un point de vue cognitif, comportemental, émotionnel et ont des besoins spécifiques en terme de communication:

- **sur le plan cognitif**, ils font l'expérience des choses qui les entourent: les formes, les couleurs, les personnes, les sons et les lieux. Ils ont du mal à distinguer le rêve de la réalité et à comprendre les liens de causalité. Ils se concentrent essentiellement sur les aspects concrets de la réalité (ce que je peux voir, entendre et toucher),
- **sur le plan comportemental** : ils apprennent par l'action, le jeu, la répétition et la routine. Ils acquièrent l'expression et le contrôle de leurs émotions,
- **sur le plan émotionnel** : les nouvelles émotions ont pour point commun de générer la peur. Ils acquièrent la façon de résoudre des situations conflictuelles très simples et de coopérer avec l'autre,
- **en matière de communication** : Ils ont besoin de savoir qu'ils sont aimés et qu'ils sont en sécurité. Ils apprennent à gérer leurs peurs et à comprendre qu'elles sont normales face à des situations nouvelles. Ils sont curieux de tout.

Cette tranche d'âge constitue donc une population sensible à cette stimulation visuelle. Durant cette période, chaque praticien contribue à forger la qualité de l'image du chirurgien-dentiste que l'enfant gardera en mémoire à l'âge adulte (76).

La moyenne enfance est elle aussi sensible à la métacommunication. Ils comprennent mieux la motivation interne des individus et utilisent un langage plus élaboré. Ils participent d'avantage aux choses qui leur sont proposées. L'image corporelle et l'apparence sont plus importantes. Ils érigent souvent les adultes en modèles et attendent d'eux des exemples de comportements positifs. Ils s'expriment beaucoup plus et abordent des notions de société complexes comme la mort, la maladie, la douleur, le handicap qui peuvent parfois les tracasser (76).

III.4.3. Le masque comme outil de communication

Certains moyens de protection comme les masques chirurgicaux ont été édités dans des « designs originaux » afin de personnaliser la tenue et d'instaurer un contexte de soin ludique. Porter un masque peut dramatiser une situation ou être anxiogène pour l'enfant.

Celui-ci perd le contact visuel avec la bouche du praticien, perçoit moins bien ce qu'il dit et ne comprend pas toujours l'intérêt réel de cette protection. Cette barrière physique peut fragiliser le lien psychique initialement instauré avec l'enfant.

L'idée d'imprimer des motifs colorés, attendrissants ou drôles sur les masques médicaux provient essentiellement des pays asiatiques. La peur des épidémies et de la pollution due à la surpopulation sert la cause du masque. Il devient à ce titre un accessoire indispensable de la tenue quotidienne. Chacun veut porter un masque qui lui ressemble, le représente, traduit son état d'esprit ou son humeur du jour.

Une créatrice russe, reconnue aux États Unis, Irina Block, a exploité ce filon commercial en créant sa propre ligne de masques médicaux. *« L'idée m'est venue en regardant les infos, à l'époque où l'on parlait beaucoup de la grippe aviaire. Je me suis demandé comment un designer pouvait essayer de sauver le monde. J'ai décidé de me lancer dans la customisation de masques qui, jusqu'ici, étaient très anxiogènes »,* lance la créatrice (77).



Figure 51 : masque cartoons (78).

Les masques d'Irina (cf. figures 40, 41, 42, 43) sont en vente sur son site (www.creativeblok.com) pour 10 dollars l'unité (environ 7 €).



Figure 52 : masque bouche par Irina Block (79).



Figure 53 : collection « animals » (79).



Figure 54 : Collection Irina block (79).

III.4.4. Rôle de la tenue sur les personnes handicapées

Le handicap peut être à l'origine d'un certain isolement chez des personnes, de ce fait, plus craintives et fragiles que les autres. Leur stress est important. Il convient de pouvoir communiquer et rassurer pour ne pas rentrer dans une logique de soin conflictuelle. L'agressivité est souvent une réponse de protection face à l'« intrusion » que les soins dentaires génèrent chez ces personnes plus réceptives aux changements et aux bruits qui les entourent.

La communication verbale s'avère parfois difficile voire impossible à cause de certains handicaps. Divers éléments comme des stimuli musicaux, des couleurs, des motifs, des objets permettent d'établir un contact et d'instaurer un certain climat de confiance.

La tenue joue un rôle primordial dans l'interaction visuelle avec le patient handicapé. L'observation des détails ou l'attrait pour une couleur sont autant d'atouts pour plonger le patient dans un état de calme et d'attention qui préfigurent des bonnes conditions de soins. La patience, la compréhension et le contact oral feront le reste.

La répétition des soins dans des conditions similaires est souvent rassurante car ces personnes ont besoin de repères pour se canaliser. Le fait d'identifier clairement son dentiste et le cabinet par des repères visuels, olfactifs ou auditifs permet au patient de se familiariser aux lieux et d'éviter tout éléments anxigènes.

Pour les patients sourds, l'analyse visuelle des gestes et mimiques du praticien est encore plus importante. L'apparence est alors essentielle, il convient d'adapter sa gestuelle et d'éviter tant que possible le port du masque afin qu'ils puissent lire sur les lèvres (18).

III.5. La tenue, reflet de la modernité du cabinet ?

Selon l'étude de Jackson réalisée en 1978, l'ambiance générale du cabinet et la tenue du praticien conditionnerait le stress des patients. Selon lui, le profil type du

dentiste qui plairait à la grande majorité serait jeune, barbu, en milieu de carrière et propre sur lui.

La volonté de détendre le patient passe également par le souhait qu'il se sente bien au sein du cabinet et notamment dans les pièces qu'il va le plus côtoyer comme l'accueil, la salle de soin et la salle d'attente. La tenue ne reflète pas donc pas forcément la modernité des lieux et du matériel mais reflète surtout une certaine dynamique de soin: celle du praticien et de l'équipe soignante.



Figure 55 : La tenue professionnelle s'accorde logiquement avec l'ambiance du cabinet (photo personnelle).

III.5.1. La tenue, un moyen de cohésion au sein de l'équipe médicale

Un uniforme commun à l'ensemble de l'équipe soignante renforce l'idée de cohésion et d'appartenance à un groupe. Au delà des compétences personnelles de chacun, il y a la mission commune de prendre en charge le patient avec le plus d'humanité et de rigueur professionnelle possibles. Chacun est acteur de la relation avec le patient et joue

un rôle dans l'image qu'il génère du cabinet.

Ainsi, si les tenues sont en harmonie alors les idées, les comportements et les attitudes doivent aussi converger vers une même volonté: celle de l'altruisme, de la compétence et de l'accomplissement professionnel. Pour identifier chaque opérateur et la fonction qu'il occupe au sein de la structure, le port d'un badge est indispensable. Cela permet aussi d'éviter d'éventuels désordres hiérarchiques (80).

III.6. Les effets de mode

III.6.1. Les origines

Dans les années 1970, le pantalon se popularise en France. Le *blue-jean* débarque des Etats-Unis et la naissance du modèle « tunique-pantalon » se démocratise dans la sphère médicale de façon concomitante. La mode américaine et notamment le mouvement « Pop art » du 20e siècle (aux couleurs vives et nombreux motifs) semble avoir influencé les tendances vestimentaires françaises.

Parallèlement à l'évolution du vêtement civil, la mode intègre le milieu professionnel et notamment le monde médical. En 1985, André Courrèges crée une société de vêtements professionnels hospitaliers « branchés » appelée « Dispogam » qui apporte une note de fantaisie au milieu hospitalier.

Le 13 octobre 1986, Pierre Cardin présente une collection « Santé » colorée, légère et confortable diffusée jusqu'en 2002 par la société Dupont Beaudeux qui fabrique des vêtements professionnels. Malheureusement, le coût important de ces tenues limite le succès de ce designer reconnu. En effet, la logique hospitalière présente une composante économique qui n'est pas la même que celle de la mode civile. C'est donc la tunique-pantalon classique, stricte et anonyme qui se démocratise à l'hôpital. Elle devient l'uniforme de travail sur des principes d'hygiène, de confort, d'égalité sociale et d'uniformisation des sexes.

Aujourd'hui, le dentiste libéral ne veut plus être perçu comme un simple technicien. La mission de soin s'inscrit dans une logique de prise en charge globale.

C'est souvent grâce au relationnel qu'un praticien est apprécié, reconnu et estimé de ses patients.

Pour résumer, le « look idéal » pourrait se construire selon 7 préceptes (81) :

- **Professionalisme** : porter un vêtement destiné et réservé au travail
- **Rigueur** : avoir une apparence irréprochable pour transmettre une image de précision et de minutie.
- **Asepsie** : éviter les motifs et couleurs trop « spectaculaires », porter une blouse propre et repassée.
- **Sérénité** : utiliser les couleurs pour apaiser les patients anxieux, phobiques ou handicapés.
- **Convivialité** : cibler l'adaptation de sa tenue au patient pour établir une relation plus fluide et moins distante. La tenue devrait pouvoir conjuguer le sérieux lié à la technicité à une part de douceur et d'émotion.
- **Modernité** : soigner son apparence et renvoyer au patient l'image d'un praticien moderne aussi bien dans son attitude que dans ses compétences.

III.6.2. Perspectives de l'approche psycho-sociale autour de la tenue.

Idéalement, la tenue devrait pouvoir être considérée comme une arme thérapeutique à part entière. En effet, l'exercice de la chirurgie dentaire ne peut pas se limiter à des actes purement techniques et doit plus que tout intégrer une dimension psycho-sociale pour être complète. Soigner sa tenue professionnelle s'inscrit dans une démarche qualité qui doit sans cesse être perfectionnée.

L'enseignement universitaire pourrait intégrer l'éducation à la tenue au sein de modules basés sur des formations en hygiène au travail, image de soi et insertion professionnelle comme le font certains cabinets privés et onéreux de coaching. Des thèmes comme les codes professionnels, l'impact de l'image, savoir se présenter et communiquer au travail, le bien-être au travail et le respect des normes et de la sécurité pourraient être abordés.

Il est intéressant d'intégrer dès la formation initiale que la base de toute progression professionnelle repose sur l'amélioration des gestes quotidiens et des petits progrès permanents (« règle des 3P » du Dr. Edmond Binhas). Il faut prendre plaisir à prendre soin de soi et surtout avoir conscience de l'impact de l'image qu'on véhicule en milieu professionnel. Un praticien peut s'intéresser à la psychologie médicale et acquérir des compétences dans ce domaine, sans pour autant devenir psychothérapeute... Humaniser les rapports patient-praticien ne signifie pas non plus qu'il faille tous s'en faire des amis (66).

La tenue représente un fondement indiscutable de notre patrimoine professionnel. Au delà de son rôle sanitaire et règlementaire, c'est avant tout un vecteur de communication efficace. Le rôle de la tenue est double : elle endosse une fonction sociale intégrative pour le praticien ainsi qu'une vertu identitaire qui permet au patient d'identifier son clinicien. C'est également un moyen d'établir un lien avec des populations peut-être plus anxieuses comme les jeunes enfants ou les personnes handicapées. La tenue professionnelle est aussi le témoin d'un effort de coordination au sein d'une équipe de soin tournée vers la communication. Soumise, elle aussi, à de nouvelles attentes de la part de patients toujours plus exigeants, la tenue du chirurgien-dentiste n'est pas ou n'est plus à négliger...

CONCLUSION

« L'habit ne fait pas le moine » dit le proverbe, sauf peut-être lorsqu'il s'agit de vêtements de travail... D'un seul coup d'œil, on reconnaît par la tenue la profession d'un individu. Certes l'habit ne fait pas une personne mais sa tenue peut en exprimer l'essence même.

Depuis le début du XX^{ème} siècle, l'uniforme médical reste relativement neutre et uni. Le côté ludique de la personnalisation permet d'établir un lien patient-praticien différent et original. Tout en respectant les normes sanitaires requises par la HAS, la tenue vestimentaire est en pleine mutation. Les blouses blanches font toujours rêver : elles habitent nos imaginaires de part l'exploitation qu'en ont fait les médias, le cinéma et la littérature populaire.

Pourtant le blanc est à nouveau concurrencé par la couleur, réintroduite en force au cours des trois dernières décennies. Parallèlement, les formes et les textures évoluent pour répondre à des critères multiples : hygiène, fonctionnalité, économie et confort.

Tour à tour signe de reconnaissance, de cohésion, passerelle ou armure, la tenue professionnelle identifie et distingue entre eux les praticiens.

Par ailleurs, les nouvelles créations textiles s'attachent à associer des tissus innovants, antibactériens, permettant une hygiène irréprochable aux codes du prêt-à-porter. Il s'agit de casser la monotonie, d'oser les contrastes en matière de coupes et de coloris. L'image du chirurgien-dentiste va sans doute connaître une évolution majeure à partir de cette révolution textile (82).

Nous avons la chance de connaître une certaine liberté vestimentaire depuis la révolution de 1789. Ce sont les révolutionnaires qui ont proclamé dans une Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen quatre valeurs fondamentales : «La liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression» (art. 2).

De ce qui précède, il découle que chaque praticien peut s'habiller comme il l'entend tant que l'exercice de cette liberté ne nuit pas à autrui...

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse dictionnaire de Français. Définition du costume. 2015.
2. Bess-Lhez, P. De la robe de bure à la tunique pantalon; Etude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière (1870-1990). 1994.
3. Lalanne, C. L'art dentaire à travers les âges; Dossier Odontoto-Stomatologie Homéopathique.2006. [En ligne]. Disponible: homeoint.org.
4. Descamp, F. Odontologie et Sciences de l'Education, Etude d'une profession: Odontologie Enseignant Chercheur. 2003.
5. L'école du Dirlo. La préhistoire. [En ligne]. Disponible: soutien67.free.fr/histoire/pages/prehistoire/prehistoire.htm. Consulté le 13/10/2015.
6. Olry, C. Les dentistes préhistoriques utilisaient des "fraises" en silex ! Futura Sciences ; 7 avril 2006.
7. Base Secrete. Le Secret des Civilisations. [En ligne]. Disponible: secretebase.free.fr/complots/zodiac/ophiucus/ophiucus.htm. Consulté le 19/07/2014.
8. Nico, A. Médecine en Egypte ancienne. Une médecine magico-religieuse. [En ligne]. Disponible: http://www.egyptos.net/egyptos/viequotidienne/imprimer-medicine_croyance_divinite.php. Consulté le 21/07/2014.
9. Braeckevelt, X. L'histoire de l'art dentaire vue à travers l'iconographie picturale et graphique de l'antiquité à nos jours ; 2000.
10. Collard, F. ; Samana, E. Dents, Dentistes et Art Dentaire Paris: L'Harmattan; 2013.
11. Lausanne. « Les écoles médicales » à Rome. Actes du 2e Colloque international sur les Textes médicaux latins antiques. Septembre 1986.
12. Barrier, P. Sciences. La médecine bucco-dentaire à L'aube du XXIe siècle. Mémoires de l'Académie des Sciences, Arts et Belles-lettres de Touraine. Tome 23 ; 2010.
13. Astrid de Brondeau. [En ligne] ; Disponible : <https://lesyeuxdargus.wordpress.com/2014/02/18/vetements-grece-antique/>. 2014. Consulté le 09/08/2014.
14. Madame Mime. Antiquité, La Malle de Madame Mime. [En ligne]; 2014. Disponible: <https://lamallemadamemime.wordpress.com/category/antiquite/>. Consulté le 09/08/2014.

15. HCS Harvard. About Rhazes. [En ligne]. Disponible : http://www.hcs.harvard.edu/rhazes-web/?page_id=219. Consulté le 20/09/2014.
16. Armelle et Pierre Baron. L'art dentaire à travers la peinture. Courbevoie: ACR éditions; 1986.
17. Bull. Acad. Natle Chir. Dent ; 2007. [En ligne]. Disponible : www.academiedentaire.fr/attachments/0000/./Histoire_Art_Dentaire.pdf. Consulté le 03/09/2014.
18. Budin, L. l'impopularité du chirurgien-dentiste: de l'image et la symbolique négative à la gestion du patient anxieux ; 2014.
19. Université Paris Descartes. L'enseignement des docteurs régents. [En ligne]. Disponible: <https://www.univ-paris5.fr/content/view/print/3680>. Consulté le 16/10/2014.
20. Hodie mecum. Saint Côme et saint Damien, frères, martyrs à Ege en Cilicie, Vers 284 ; 2015.[En ligne]. Disponible: <http://hodiemecum.hautetfort.com/index-6.html>. Consulté le 14/08/2015.
21. ADF. Du charlatan au chirurgien-dentiste. Paris: Inter-publi; 1982.
22. Quesnay, F. Histoire de l'origine et des progrès de la chirurgie en France : Chez Nyon, fils, 1749.
23. Versailles. Sous les soleils de Versailles. [En ligne]. Disponible: <http://versailles.chez.com/vie/mode.htm>. Consulté le 05/09/2015.
24. Les Métiers de nos aieux. Passion généalogie et Histoires Normandes ;17 Août 2011.
25. Service informatique de la BIU Santé (Bibliothèque Interuniversitaire de Santé). Société Française d'Histoire de l'art dentaire ; 2008. [En ligne]. Disponible: http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/cab_txt01.htm. Consulté le 10/09/2015.
26. Costume Fashion History ; 2015. [En ligne]. Disponible: <http://world4.eu/french-directoire-costumes>. Consulté le 10/09/2015.
27. Cabanès, Augustin. Le costume du médecin en France de Molière à nos jours ; 1932.
28. Sauvage, E. Il était une fois...la tenue vestimentaire des soignants ; Octobre 2006.
29. FISCHER, Louis P. et Bénédicte S. L' Habit du chirurgien en salle d'opération : 100 ans d'histoire. 4 HDSMTX, Editor; 1998.
30. CCLIN Sud-Est. Les tenues professionnelles dans les établissements de santé ; 2008.[En ligne]. Disponible: <http://www.cclin->

arlin.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/cclinSudEst/2008_personnel_CC
LIN.pdf. Consulté le 18/08/2014.

31. Ministère de la santé et des solidarités, DGS. Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie ; 2006. [En ligne]. Disponible: sante.gouv.fr. Consulté le 23/08/2014.
32. Binhas E. ; Machtou P. Guide pratique du contrôle de l'infection au cabinet dentaire. Paris: CDP; 1991.
33. HAS. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical, Recommandations. [En ligne]; 2007. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27__18_45_21_278.pdf. Consulté le 10/06/2015.
34. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction générale de la santé. Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. [En ligne]. Disponible: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_bonnes_pratiques_pour_la_prevention_des_infections_liees_aux_soins_realises_en_dehors_des_etablissements_de_sante.pdf. Consulté le 10/06/2015.
35. SFTG, HAS. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical; Hygiène au cabinet médical. Recommandations. HAS ; 2007. [En ligne]. Disponible: <https://www.has-sante.fr>. Consulté le 12/09/2014.
36. CCLIN Sud-Ouest. Recommandations pour l'utilisation des masques médicaux et des appareils de protection respiratoire dans les établissements de santé ; 2006. [En ligne]. Disponible: nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/./2006_personnel_CCLIN.pdf. Consulté le 12/09/2014.
37. Conseil scientifique du CCLIN Sud-Ouest. Recommandations pour une tenue des personnels soignants adaptée à la maîtrise du risque infectieux ; 2008. [En ligne]. Disponible: http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinSudOuest/2008_personnel_CCLIN.pdf. Consulté le 26/10/2014.
38. OMS. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins ; 2010. [En ligne]. Disponible: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf. Consulté le 12/10/2014.
39. Dyson. Sèche-mains Dyson Airblade™ - site officiel. [En ligne]. Disponible: <http://www.dyson.fr/seche-mains>. Consulté le 22/07/2015.
40. Dolez, P.; Soulati, K.; Gauvin, C.; Jaime, L.; Vu-Khanh T. Document d'information pour la sélection des gants de protection contre les risques mécaniques ; 2010 [En ligne]. Disponible: <https://www.irsst.qc.ca/gants/fr/InfoDocu.pdf>. Consulté le 13/08/2015.

41. Simian, K.; Magnin, F.; Grisi, B ; 2011,[En ligne]; Disponible : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>. CHU de Lyon. Consulté le 20/03/2015.
42. INRS. Les vêtements de protection: Choix et utilisation ; 2007. [En ligne]. Disponible: www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-127/ed127.pdf. Consulté le 21/04/2015.
43. Froesh, M. La tenue au bloc opératoire. Les règles comportementales ; 2006.
44. Jacomme, MC.; Lervoisier, R. Les comportements au bloc opératoires; Règles de bonnes pratiques ; 2010. [En ligne]. Disponible: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Les_comportements_au_bloc_operatoire_Regles_de_bonnes_pratiques.pdf. Consulté le 16/02/2015.
45. COVETO. Image casaques. [En ligne].<http://www.coveto.fr/fiche-produit-816797-chp-4.html>. Consulté le 16/02/2015.
46. Tetra Medical. Casaque chirurgicale standard et renforcée. [En ligne]. Disponible: http://www.tetra-medical.com/administrateur/fichiers/sous_famille_pj/391_FC-hopit-casaques.pdf. Consulté le 10/05/2015.
47. MAETVA Planet. Fiche pratique n°1 "Casaques chirurgicales" ; 2012.[En ligne]. Disponible: www.bon-nontisse.org/casaques-chirurgicales/. Consulté le 25/06/2015.
48. CCLIN de l'Interrégion de Paris-Nord. Les gants à l'hôpital un choix éclairé ; 1998.[En ligne]. Disponible: nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin./1998_mains_CCLIN.pdf. Consulté le 11/12/2014.
49. Bordet, F. Tenue de travail et prévention du risque infectieux. Soins Aides-soignantes ; 2014: p. 26,27.
50. Quinchon, D.; Herbault, C. Obligations et réglementations : les obligations du praticien-employeur. [En ligne]. Disponible: <http://www.coefi.fr/comptes-rendus/obligations-et-reglementations>. Consulté le 15/03/2015.
51. Convention Collective Nationale des Cabinets Dentaires du 17 janvier 1992 ; Article 3.17 ; 2001.[En ligne]. Disponible: [KALITEXT000005649090.pdf](http://www.kalitext.com/KALITEXT000005649090.pdf). Consulté le 15/03/2015.
52. Direction de la Sécurité Sociale. Avantages en nature - Frais professionnels - Sécurité Sociale ; 2003. [En ligne]. Disponible: www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fraisprof.pdf. Consulté le 21/04/2015.
53. Union des industries textiles ; 2013. [En ligne]. Disponible : www.virginiapearl.com/img/book/PDFLR/PDFLR01490-01.pdf. Consulté le 13/10/2015.

54. Direction Générale des Entreprises/ UBI France. Les textiles techniques, matériaux du XXIème siècle, Le futur se tisse en France ; 2006. [En ligne]. Disponible: www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/./textileF.pdf. Consulté le 17/12/2014.
55. Renaud, F.N.R; Doré, J.; Mayer, H.A; Freney, J. Les textiles anti bactériens ; 2004. [En ligne]. Disponible: ecrin.asso.free.fr/pdf/rts/rts56-d3.pdf. Consulté le 10/10/2014.
56. Altran. Tic & Santé. Au delà de l'innovation technologique?; 2010[En ligne]. Disponible: https://www.altran.fr/fileadmin/medias/0.common/images/Livre_blanc_t%C3%A9m%C3%A9decine_-_Audel%20de_l_innovation_technologique.pdf. Consulté le 13/11/2014.
57. Francequin, G. Vêtement de travail, une deuxième peau: ERES; 2008.
58. Bell, Quentin. Mode et Société: Essai sur la sociologie du vêtement Paris: paris Presses Univ Fr ; 1992.
59. Vendé, C. Seconde peau de l'interprète: (l') uniforme?; Septembre 2010. Université Lille 3 Charles de Gaulle.
60. Dr Michel Dadoun. Praticiens partenaires. [En ligne]. Disponible: <http://www.dr-michel-dadoun.chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/praticiens.jpg>. Consulté le 17/11/2014.
61. Wiwachaikamol, C. Vêtement, travail, image ; 2012.
62. Larnicol D. et Fantoni Quinton,S. Existe t'il une juste conciliation entre liberté de se vêtir à sa guise et impératifs professionnels? Archives des maladies professionnelles et de l'environnement ; Avril 2014.
63. Bourcereau, C. Influence de l'apparence vestimentaire et du sexe d'une personne sur le jugement et le comportement d'autrui.1994. Mémoire UCO IPSA, Angers.
64. ABC's Official Statement - Hollywood. Image.Patrick Dempsey Leaves Grey's Anatomy ; 2015.[En ligne]. Disponible: hollywoodlife.com. Consulté le 21/12/2014.
65. Brion, Carine. Gestion du stress per opératoire ; 27 octobre 2011.
66. Garnier, Mylène. Approche de l'enfant au cabinet dentaire : rôles du non-verbal et du verbal ; 2005.
67. Dupont, H. ; Veber, B. Les « Hommes en blanc » : la blouse blanche est-elle un symbole médical ou un réservoir microbien ? Annales françaises d'anesthésie et de réanimation ; Janvier 2014 : p. 10-11.

68. Drouard Elodie. Image. Le Dr Ross revient dans «Urgences», le spin-off de «The L Word» en taule ; Janvier 2009.
69. Corman Roger. Film; La Petite Boutique Des Horreurs ; 1986.
70. Pastoureau, M. Vers une histoire des couleurs: possibilités et limites ; 20 mars 2005.
71. Chlon, Mathilde. 2012 L'année de la blouse? Indépendantaire 96 ; Mars 2012.
72. Lesaviezvous.net. Pourquoi les chirurgiens portent des blouses vertes ou bleues lors d'une opération? Biologie, Médecine, Sciences ; 16 juillet 2013.
73. Société d'Exercice Libéral de Chirurgiens dentistes. Francois Godet ; 2015.
74. Néau-Cottin, MF. La tenue professionnelle, un atout dans vos relations ; Avril 2008 .
75. Cherokee. Tooniforms from Cherokee Uniforms. [En ligne]. Disponible: <http://www.cherokeuniforms.com/category/10004/>. Consulté le 04/05/2015.
76. Kolucki, B.; Lemish, D. Communiquer avec les enfants; Principes et pratiques pour protéger, inspirer, passionner, éduquer et guérir. UNICEF ; 2013. [En ligne]. Disponible: www.unicef.org/cwc/files/Communicating_with_Children_French.pdf. Consulté le 16/09/2015.
77. Couvez, Cédric. Le look Block opère. 20 Minutes ; 9 Mars 2009.
78. Didoune. Masques de chirurgiens customs ; 2009. [En ligne]. Disponible: <http://didoune.fr/blog/2009/08/12/masques-de-chirurgiens-customs/>. Consulté le 23/04/2015.
79. Block, Irina. Fashion Surgical Masks. [En ligne]. Disponible: <http://www.irinablok.com/fashionmasks>. Consulté le 23/04/2015.
80. Weber, E. Vêtement, travail, image ; 2004.
81. EDP dentaire. Le grand méchant look ; 2012. [En ligne]. Disponible: <http://www.edp-dentaire.fr/cabinet/communication/566-le-grand-mechant-look>. Consulté le 03/10/2015.
82. Assistance publique des hôpitaux de Paris. Exposition-Histoire du Vêtement ; 2012. [En ligne]. Disponible: <http://www.aphp.fr/contenu/dossier-de-presentation-exposition-sous-toutes-les-coutures>. Consulté le 13/09/2015.

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: De l'homme préhistorique à l'homme moderne... (5).....	18
Figure 2 : Reconstitution par les archéologues du travail d'une dent, comme pratiqué au néolithique (Crédits : Roberto Macchiarelli, Université de Poitiers) (6).....	19
Figure 3 : Imhotep, le médecin aux serpents (7).....	20
Figure 4 : Hésirê, chef des dentistes et scribe royal sous le règne du roi Djoser - IIIe dynastie, Ancien Empire. Panneau de bois sculpté, Musée égyptien du Caire. (8).....	21
Figure 5 : Statue symbolique d'Asclépios tenant son bâton. Il a souvent été confondu avec le caducée, entouré de deux serpents. Le serpent est à l'origine un ver parasite que l'on écarte avec un bâton. Le serpent incarne le symbole curatif dans le rituel romain (7).	23
Figure 6 : Razhès (15).....	24
Figure 7 : Charaf ed.Din issu du livre Chirurgie des Ilkhani d'une extraction dentaire (16).....	24
Figure 8 : Docteur de la Faculté de Médecine dans son appareil traditionnel (19).	26
Figure 9 : Jean Pitard, premier chirurgien de Saint Louis et fondateur de la Confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien (~1228-1315) (19).	27
Figure 10 : représentation de Saint Côme et Saint Damien, Gravure de confrérie de médecin de la ville de Toulouse ; XVe (20).	27
Figure 11 : Chirurgien-Barbier par David Teniers le jeune (16).	28
Figure 12 : Arracheur de dents, gravure aquarelle, Paris 1582, Ecole Française (16). ..	29
Figure 13 : La Parade, charlatan sur une estrade, XIXème siècle. Photo P.Barrittaud (16).....	30
Figure 14 : Ambroise Paré (1510 – 1590) (22).....	31
Figure 15 : Charles François Felix, premier chirurgien du roi (19).....	31
Figure 16 : Costume Louis XIV vers 1670 (23).	32
Figure 17: Pietro Longhi, L'arracheur de dents, v. 1780 (16).....	33
Figure 18: Le Dentiste par Steen, opérateur rural du XVIIIème (24).....	34
Figure 19 : Portrait de Pierre Fauchard; gravure sur cuivre de l'édition original de 1728 (25).....	34
Figure 20 : habit du gentilhomme français sous la Révolution (26).....	36
Figure 21 : Louis Tinagre ; Clinique de l'école dentaire, gravure. École française. Musée National de l'éducation, Mont saint Aignan (16).	37
Figure 22 : L. Laforgue. - "L'art du dentiste" 1802 (19).....	37
Figure 23 : La fameuse opération de Doyen de 1902 de séparation des siamoises (29).39	39
Figure 24 : les différents types d'emmanchures (36).	44
Figure 25 : Exemples de tenues hospitalières (36).	44
Figure 26 : armure toile (36).....	45
Figure 27 : armure serge (36).	45
Figure 28 : Sèche-mains air froid Airblade© (39).....	47
Figure 29 : arbre décisionnel, le bon usage des gants (41).	49
Figure 30 : fixations élastiques (30).	51
Figure 31 : fixations à nouer	51
Figure 32 : Avantages et inconvénients des différents textiles existants (43).	59
Figure 33 : Tenue conforme aux exigences du bloc opératoire (43).	60
Figure 34 : les différents types de coiffes (30).	62
Figure 35 : casaque renforcée (45).	63
Figure 36 : Protocole d'enfilage des gants stériles (48).	64
Figure 37 : Emballage Gant stérile (41).....	65

Figure 38 : vestiaire type (30).....	68
Figure 39 : pictogramme vêtement anti-feu (53)	72
Figure 40 : La tenue au service d'un idéal professionnel (60).....	74
Figure 42 : Patrick Dempsey dans Grey's Anatomy. L'acteur, par la tenue, entre dans le personnage du chirurgien (64).	76
Figure 42 : Georges Clooney dans Urgences. L'archétype du soignant dans les séries télévisées (68).	78
Figure 44 : la caricature du praticien sadique (image extraite du film « La petite boutique des horreurs ») (69).....	79
Figure 45 : les motifs colorés et fantaisie décontextualisent l'acte professionnel (photos personnelles).	80
Figure 46 : une façon de porter le rouge (photo personnelle).....	81
Figure 47: la diversité des motifs est sans limite (photo personnelle).....	82
Figure 49 : Pose d'implant au bloc opératoire (73).	83
Figure 49 : La tenue peut s'accorder en fonction des événements de l'année, ici, la fête d'Halloween (photo personnelle).....	85
Figure 50 : marque de tenues pédiatriques, notamment commercialisé par Cherokee (75).	87
Figure 51 : l'assistante, premier contact du jeune patient au cabinet, renforce le lien relationnel par une tenue de circonstance (photo personnelle).....	87
Figure 52 : masque cartoons (78).	90
Figure 53 : masque bouche par Irina Block (79).	90
Figure 54 : collection « animals » (79).	91
Figure 55 : Collection Irina block (79).	91
Figure 56 : La tenue professionnelle s'accorde logiquement avec l'ambiance du cabinet (photo personnelle).	93

La tenue Vestimentaire du Chirurgien-Dentiste / BASSEE Marion

105 pages : 56 figures ; 82 références

Domaines : Exercice Professionnel

Mots clés Rameau : Dentistes-Costume-Histoire ; Vêtements de travail-Sociologie

Mots clés FMeSH : Asepsie-normes

Mots clés libres : Tenue vestimentaire ; Histoire ; Normes ; Approche psychosociologique

La volonté d'intégration à un corps professionnel passe par des signes d'appartenance et, en premier lieu, par la tenue. Celle-ci a été forgée par l'Histoire jusqu'à correspondre aux mentalités actuelles en matière de mode, d'hygiène et d'ergonomie. Mais comment nos ancêtres l'ont-ils élaborée et quelles en ont été les grandes évolutions qui en font aujourd'hui le symbole de toute une profession ?

Sémantiquement, la tenue désigne l'ensemble des vêtements et accessoires qui constituent un habillement particulier à une profession ou à une activité. En tant que seconde peau, il paraît logique d'en connaître toutes les caractéristiques. En parallèle de ce cahier des charges à respecter, l'évolution des progrès de l'industrie textile conjuguée à celle de la science accompagne et ajuste sans cesse l'élaboration de nouvelles tenues médicales.

Cependant, la tenue véhicule aussi une dimension psychosociale et comportementale. Elle incarne non seulement l'appartenance à un corps de métier mais aussi la personnalité de celui qui la revêt. Ainsi, la tenue semble devenir une arme thérapeutique et un atout indéniable dans la communication patient-praticien, en particulier auprès de certaines populations plus sensibles comme les enfants ou les personnes handicapées. Soumise, elle aussi, à de nouvelles attentes de la part des patients toujours plus exigeants, la tenue du chirurgien-dentiste n'est pas ou n'est plus à négliger...

JURY :

Président Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Directeur : Monsieur le Docteur François DESCAMP

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Madame le Docteur Céline CATTEAU