



Coordonnée par  
Xavier LANCTUIT

PLACEMENT DU PATIENT

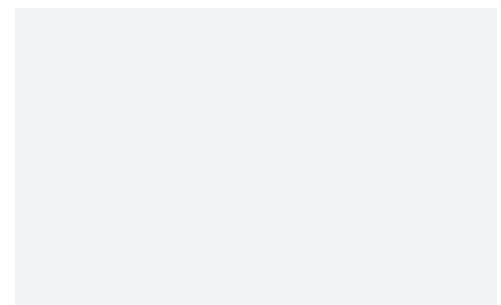
# Quelle position pour la tête du patient ?

Le positionnement de la tête du patient est un mystère pour le chirurgien-dentiste... Pourtant, quelques repères simples permettent de la placer, pour les soins, dans une position qui est confortable pour le patient comme pour le praticien.

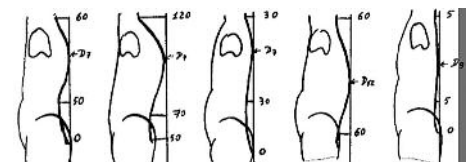
On ne peut orienter la tête du patient et donc sa cavité buccale qu'en ayant une connaissance de l'anatomie et de la biomécanique de cette région du corps humain. Le rachis cervical se divise en deux parties : le rachis cervical inférieur (de C2 à T1) et supérieur (de l'occiput à C2). Lors du travail sur les dents maxillaires, il faut rechercher une extension cervicale haute entre l'occiput et la 1<sup>re</sup> vertèbre cervicale, et non pas une extension globale du rachis cervical comme la provoquent la plupart des têtes. Tout est une question d'emplacement de l'axe de mobilité. Orienter l'occiput, c'est orienter le maxillaire puisqu'il n'y a pas de mobilité possible entre les deux. En attendant que les industriels commercialisent à nouveau des têtes à extension occipitale comme l'avait fait Morita® avec le Feel 21® (fig. 1) dans les années 1990 et 2000, il est possible de faire quelques aménagements. Lorsque le patient est allongé sur la table de traitement ou le fauteuil en position horizontale, la position de sa tête va être fonction de sa flèche cervicale (fig. 2). Il faudra alors rehausser verticalement la tête afin qu'elle vienne en contact avec la tête du patient. À l'inverse, chez les sujets

au dos plat ou chez les enfants, il faudra la mettre dans le prolongement du dossier. L'extension occipitale pourra alors se réaliser dans tous les cas, en tractant par exemple sur les bords incisifs maxillaires du patient d'une main et en accompagnant la bascule avec l'autre main sur le sommet du crâne. Une autre façon de faire est de repérer l'axe occiput-C1 qui se situe en avant de la mastoïde et en arrière de la branche montante de la mandibule. Ensuite, on fait pivoter la tête en arrière autour de cet axe (fig. 3). L'orientation du plan d'occlusion maxillaire du patient vers les yeux du praticien lui évite de se pencher en avant et, donc, limite l'apparition de troubles musculo-squelettiques. Il est bon de rappeler que l'ergonomie consiste à adapter la tâche au praticien et non l'inverse. L'orientation de la cavité buccale devient alors possible, sans plainte du patient. Elle améliore la vision qu'en a le praticien, que ce soit en vue directe ou indirecte ! ●

**DAVID BLANC**  
Masseur-kinésithérapeute  
diplômé d'État  
Docteur en chirurgie dentaire



1. Tête à axe de mobilité se projetant sur l'axe occiput-C1. N'est plus commercialisée en Europe (Morita®).



2. Variation de la flèche cervicale, en fonction de la morphologie du patient. Dans les cas de dos plat dorsal, la flèche est réduite, elle peut être très augmentée dans les cas de cyphose dorsale importante.



3. Extension de l'occiput sur C1, sans effectuer d'extension du rachis cervical bas.

**SITES RECOMMANDÉS**  
• Ergonomie-dentaire.com  
• Designbyfeel.com