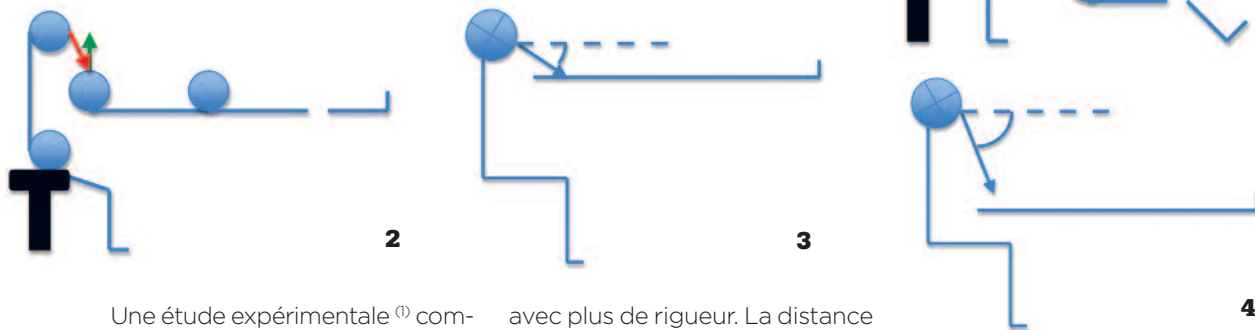




Distance œil/tâche : adapter le patient au praticien

Pour éviter les troubles musculo-squelettiques, la distance entre l'œil du praticien et la bouche du patient, 25 cm environ, va conditionner la position du premier par rapport au fauteuil. Le praticien doit ensuite adapter celle du patient.



Une étude expérimentale ⁽¹⁾ comparant l'activité musculaire des trapèzes et des spinaux lombaires, ainsi que les mouvements cervicaux et lombaires de chirurgiens-dentistes travaillant au fauteuil dentaire ou à une table de travail (concept de Daryl Beach), montre des écarts énormes en faveur de la table de travail. Cet équipement diminue en effet l'activité des muscles lombaires et du trapèze gauche ainsi que le temps passé en flexion et en inclinaison cervicale. Mais pour tirer le meilleur profit de la table, la posture du praticien est primordiale. Les recommandations sont trop souvent arbitraires. Elles se résument au fait de garder les coudes à 90°, un angle tronc/cuisse à 110° et un dos droit. Ces idées reçues doivent être remises en question ! Les connaissances en biomécanique humaine, en physiologie et en ergonomie permettent en effet de discerner la meilleure posture

avec plus de rigueur. La distance œil/tâche est la clé. Pour obtenir une vision sans fatigue excessive, elle est au minimum de 25 cm, que l'œil soit normal ou corrigé. Le pouvoir séparateur de l'œil est alors de 0,1 mm. Lorsque cette distance n'est pas respectée, les praticiens se penchent en avant ou ressentent le besoin d'utiliser des loupes. L'ergonomie a au contraire pour fonction d'adapter le poste de travail au praticien. Il s'agit donc de rehausser le patient par rapport au sol afin d'amener sa cavité buccale à 25 cm des yeux du praticien. La hauteur de son tabouret sera réglée en conséquence. Il s'agit de faire en sorte que l'angle de flexion de hanche soit inférieur à 90° (hanches légèrement plus hautes que les genoux) et que les appuis soient homogènes. Une fois la position du praticien réglée, comment installer le patient ? Si le patient est à demi assis, l'orientation de la cavité buccale n'est pas en

adéquation avec les yeux du praticien (fig. 1). Si le patient est allongé, l'orientation de la bouche est plus logique. Elle correspond à la direction du regard du praticien, en vision directe ou indirecte. Pour le travail au maxillaire ou à la mandibule, il suffit d'orienter la tête du patient mais jamais son tronc (fig. 2). La position allongée du patient, associée à une hauteur suffisante, évite mécaniquement de fléchir les cervicales ou les lombaires, ou de baisser les yeux de façon excessive, voire les trois à la fois. En revanche, plus le patient est bas, plus l'angle entre l'horizontale et l'axe de vision est grand et, donc, plus la compensation rachidienne et oculaire est importante (fig. 3 et 4). ●

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

* Étude réalisée dans le cadre de la thèse pour le doctorat en chirurgie dentaire : Astreinte musculo-squelettique chez le chirurgien-dentiste : étude électromyographique et goniométrique.