

Ergonomie, comment changer ?

Dr David Blanc, France



© 3DBear/Shutterstock.com/Dr Blanc

© Dr Blanc

Les coudes à 90° sont une fausse bonne idée, cette distance de travail provoque une flexion cervicale trop importante.

Patient haut, flexion cervicale faible, coude à 90° pour l'accès à la tablette uniquement.

Notre profession est largement touchée par les troubles musculo squelettiques. Vous le vivez au quotidien, mais il suffit d'utiliser le moteur de recherche de *Pubmed* pour constater une immense quantité d'articles faisant le même constat. Avec les mots clés *musculoskeletal disorders* et *dentistry* on obtient près de 60 000 résultats !

Nous avons une profession passionnante, mais qui génère des douleurs chez 64 à 93% des praticiens selon une *meta analyse* de 2009.

C'est colossal, notre poste de travail, c'est à dire celui des chirurgiens-dentistes, des hygiénistes, et des assistant(e)s dentaires, est totalement inadapté.

D'où cela peut-il venir ? Qu'est ce qui nous oblige à acquérir ces positions de travail nocives ?

Le premier contact que l'on a avec notre profession se fait en tant que patient. La population générale a une vision d'un fauteuil dentaire avec un patient assis et un chirurgien-dentiste penché sur son patient.

Puis lors de nos études les premiers travaux pratiques se font en salle préclinique sur des fantômes. Et là commencent les problèmes. On nous demande de réaliser des cavités précises, des préparations, en nous disant rarement comme nous placer voire jamais. La sanction tombe quand on vient présenter notre travail. À aucun moment on est noté sur la façon de le réaliser. Nous voulons tous bien faire, obtenir la meilleure note, garante de notre passage en année supérieure, et suspendu au jugement de nos enseignants. Jeunes nous sacrifions nos pos-

tures, nos habitudes de travail, sur l'hôtel de l'accès visuel. Car c'est de ça dont il s'agit, VOIR, sans accès visuel rien n'est possible.

Jeunes, nous ne sentons rien, nous n'avons pas 10 à 12h d'activité par jour, répétées pendant de nombreux mois et années. Alors, nous plaçons toute notre attention et cherchons n'importe quel moyen pour placer nos yeux devant la dent, en cherchant tout seul, en inventant des solutions empiriques, quitte à obtenir des positions extrêmement nocives pour le corps. Mais le plus nocif ce sont les mauvaises habitudes que l'on prend, et nous ne serons plus jamais capables de nous débarrasser de certaines.

Certains enseignants, assistants hospitalo-universitaires, encadrants de travaux pratiques, essaient pourtant de nous donner des conseils ; tiens-toi droit, met les coudes à 90°, baisse ton patient, met les coudes à l'horizontale, monte ton tabouret pour avoir un angle tronc cuisse de 120°, mais ces postures sont totalement inutilisables, inapplicables pour le travail du chirurgien-dentiste, dès que le professeur a le dos tourné, on se repenche en avant. On sent bien que quelque chose ne va pas, que si on respecte ces recommandations on ne voit rien, mais personne ne nous propose autre chose, et remettre en cause les recommandations de nos enseignants n'est pas envisageable.

Ces recommandations posturales sont issues du monde de la bureautique, adaptées à un poste de secrétariat, mais complètement décorrélées du métier de chirurgien-dentiste. Tous les postes assis ne se valent pas car notre posture dépend de ce que l'on regarde et non du tabouret sur lequel on est

assis. C'est la distance œil-tâche qui conditionne notre position de travail.

Ajoutez à cela un miroir traditionnellement trop gros (24mm), souvent rayé au fond d'une caisse, et l'absence totale de travail à quatre mains, vous obtenez ce résultat. En effet l'organisation universitaire ne permet malheureusement pas, ou rarement, de travailler en binôme en salle préclinique. Tous les ingrédients sont réunis pour créer des générations de praticiens aux mauvaises habitudes solidement ancrées.

Nous cherchons n'importe quel moyen pour mettre nos yeux devant la dent, alors que la solution est tout autre : chercher n'importe quel moyen pour mettre la dent devant nos yeux.

À l'époque où le métier de barbier chirurgien est apparu, les moyens étaient tout autres, les techniques étaient très éloignées de notre activité moderne. Actes rapides, besoin de force, pas d'éclairage électrique, pas d'aspiration. Le fauteuil de barbier s'est imposé naturellement et est resté ancré dans la profession et dans l'inconscient collectif de la population. Cependant, Pierre Fauchard reconnaissait lui-même que pour les « dents les plus enfoncées de la bouche, il ne sera plus question dans un tel cas, ou d'autres semblables, de situer le malade sur un fauteuil, il faudra lui substituer le canapé, le sofa, ou le lit, pour lors on opérera à sa bouche commodément, etc. »

Traditionnellement le dentiste travaillait debout face à un patient assis, puis les praticiens ont commencé à s'asseoir, et à allonger progressivement de plus en plus les patients.

Les changements sont difficiles, cela demande des efforts, de la motivation, cela prend du temps et donc de l'argent. Une des motivations peut être la douleur, car lorsqu'on ne peut plus travailler sans douleur, on ne plus travailler du tout, il n'y a pas d'autre solution, changer. Car vous savez bien qu'il faudrait être fou de croire que le résultat peut être différent, en continuant à procéder de la même façon.

Une autre motivation peut être l'envie de vite changer avant que ce soit trop difficile. Cela peut être à l'occasion d'un changement de cabinet, d'assistante, une envie de repartir de zéro avec les bonnes bases.

Où aller chercher ces changements ?

L'ergonomie est aujourd'hui un mot galvaudé, il sert plus d'argument de vente qu'il ne sert au bien être de l'équipe soignante. Ce qui est en général qualifié d'ergonomique est ce qui permet de répondre à toutes les demandes, ce qui permet de placer du matériel dans n'importe quelle position, quitte à ce qu'elle soit mauvaise ! Les fabricants ont comme principal objectif de s'adapter à la demande des praticiens puisqu'ils sont les acheteurs, quitte à ce que cette demande soit iatrogène.

L'objectif c'est de vendre, c'est alors la demande qui influence, oriente la recherche et le développement. Les fabricants essaient de suivre le marché, les tendances, mais ne veulent surtout pas les bousculer. Tous les changements de matériel, de méthodes de travail, ont été initiés par des praticiens, Léger-Dorez, Bonsack, Malençon, Daryl Beach, etc.,

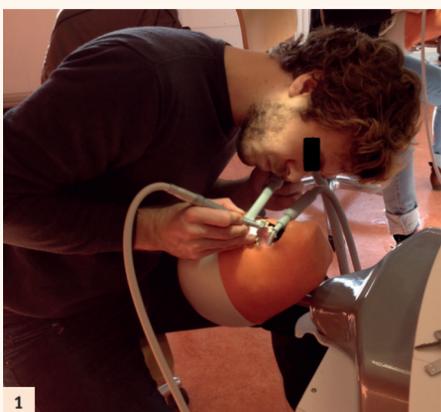


Fig. 1 : Étudiant travaillant sans assistance, sans miroir, sans conseils posturaux. | Fig. 2 : Étudiant en salle préclinique cherchant tout seul comment accéder visuellement à la dent. | Fig. 3: Moyens d'acceptation de la position allongée chez une personne âgée.

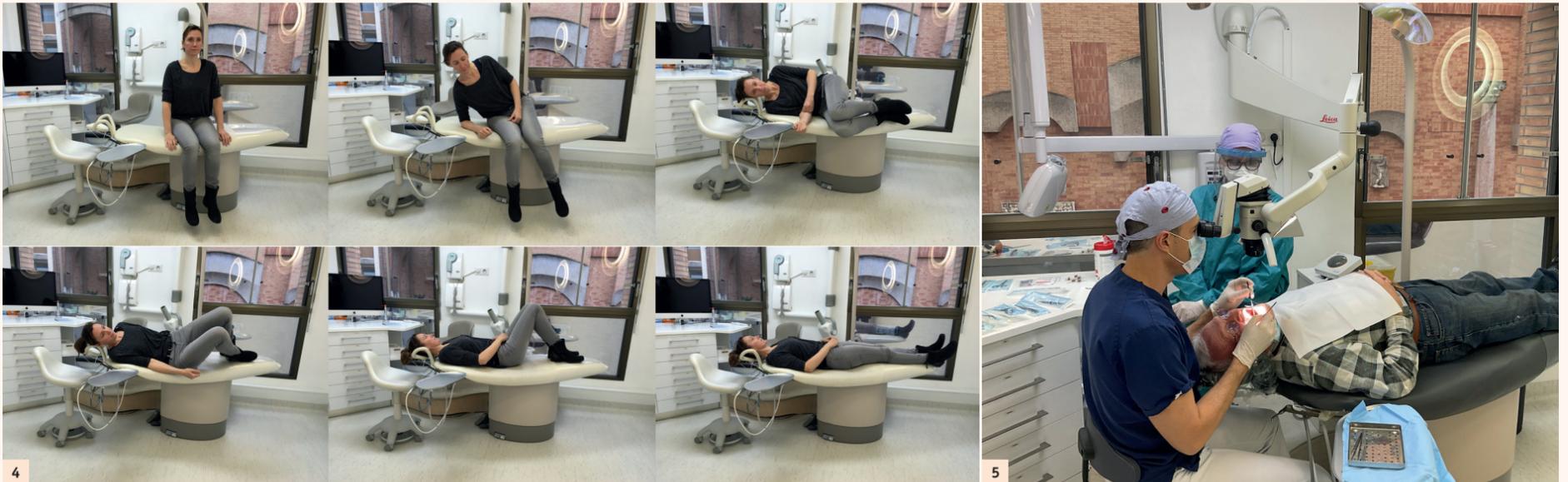


Fig. 4 : Protocole d'allongement au lit pour les patients lombalgiques, applicable en cabinet pour tout patient. Fig. 5 : Travail sous microscope opératoire et table de soins. Patient haut, dans la même position avec et sans microscope.

mais l'acceptation est longue car les habitudes ont la vie dure.

Changer signifie envisager que l'on a eu tort, oublier des habitudes faciles à garder. Cela signifie parfois changer de matériel, changer de prise des instruments, changer nos axes visuels. C'est difficile, alors que c'est si facile d'apprendre dès le départ quelle est la bonne manière.

Changer d'accord, mais vers quoi ? Qu'est-ce qui me dit que telle méthode de travail ou tel matériel sera bénéfique pour ma posture ? Certains s'improvisent ergonomes sans être praticiens, d'autres appliquent l'ergonomie de bureau à un métier qui nécessite un accès visuel et manuel bien particulier. Il est nécessaire d'associer les connaissances en anatomie et en biomécanique aux prérogatives de notre métier. C'est une ergonomie qui doit être fonctionnelle et basée sur l'anatomie, non sur la capacité de placer un support d'instrument dans les endroits les plus extrêmes, ou dans des gadgets. La décision du changement doit se faire par la raison, l'analyse et non l'émotion.

La définition la plus simple de l'ergonomie est : adapter le travail à l'homme.

Or, nous passons notre temps à placer un patient dans un fauteuil, à incliner le dossier jusqu'à ce que le patient nous arrête, et ensuite nous pencher vers lui. Cela veut dire s'adapter au travail.

Le respect de l'ergonomie voudrait que l'on positionne la cavité orale du patient vers nos yeux et non l'inverse, mais cela signifie que le patient soit totalement allongé.

Notre expérience de tous les jours a ancré dans notre cerveau un refus de certains patients. Et quand on envisage de faire accepter cette position nous projetons nos craintes, nos peurs, nos traumatismes dans la tête de nos patients. Que va-t-il dire ? Il va sûrement refuser, il ne peut pas le faire. On se crée tout seul nos barrières limitantes. L'acceptation de la position allongée passe par deux moyens :

- Le matériel adapté, car il est vrai que certains fauteuils ne sont pas du tout indiqués pour à la position allongée, et le refus

des patients est légitime, ils ont à juste titre mal au dos ou leurs pieds sont plus hauts que leur tête. Ces fauteuils ont été conçus pour le travail en position assise, donc ne seront jamais confortables en position allongée. Or c'est de la position de notre patient que dépend la notre,

- La psychologie du praticien et du patient. La manière de présenter les choses, les mots employés, le langage non verbal. Si on doute, le patient le sentira et émettra des objections. Pourquoi certains allongent tout le temps leurs patients et pas d'autres ? Ont-ils des patients hors du commun ? Clairement non, et si vous croyez que votre patientelle ne le permettra pas, rappelez-vous que ce sont vos angoisses que vous transférez dans la tête de vos patients. Quand vous serez prêts, vous changerez.

Cela signifie-t-il que mes patients sont tout le temps allongés, quelque soit l'acte ?

Oui, ou assis en bord de table. Ce mot table peut vous paraître étrange, mais ve-

nant du monde de la kinésithérapie c'est une banalité. S'il y a deux éléments qui peuvent tout changer c'est support patient plat, et vision indirecte. D'autres interrogations vous viennent à l'esprit, d'autres situations cliniques ? Comment fait mon collègue endodontiste pour faire accepter la position allongée à mon patient récalcitrant ? Vous ne savez pas comment travailler à la mandibule avec un patient allongé ? Tout ceci s'apprend, se réapprend, et il n'est jamais trop tard !

Dr David Blanc

Chirurgien-dentiste
Masseur Kknésithérapeute D.E.
Ostéopathe D.O.

Ergonome D.U.de Physiologie
du travail option III, ergonomie
des gestes et des postures.

Président d'ergonomie dentaire
www.ergonomie-dentaire.com

BONNES PRATIQUES

Un nouvel outil pour assurer le suivi éducatif de vos patients

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a intégré il y a quelques années le champ de la médecine bucco-dentaire en France. Si l'approche ponctuelle curative a longtemps été la règle, l'évolution des disciplines odontologiques a nécessité une remise en question des pratiques. L'équipe d'odontologie pédiatrique de l'université de Lille a conçu, en partenariat

avec Colgate, un dossier d'aide à la démarche d'éducation thérapeutique.

Face aux pathologies bucco-dentaires, marqueurs de précarité et de vulnérabilité sociale, la vision purement hygiéniste est devenue insuffisante. À l'instar d'autres disciplines médicales, l'ETP s'est créée une légitimité à plusieurs niveaux : par le biais de facteurs de

risques communs entre pathologies bucco-dentaires et maladies systémiques chroniques, mais aussi par le biais de problématiques spécifiques à certaines disciplines, comme l'odontologie pédiatrique.

Afin d'accompagner les praticiens souhaitant développer le suivi de leur patient, l'équipe d'odontologie pédiatrique de Lille a conçu un dossier d'aide à la démarche d'éducation thérapeutique.

Comme le témoigne Dr Thomas Trentesaux, l'un des instigateurs du projet « cet outil peut être utilisé tant en milieu hospitalier que libéral, aussi bien à destination d'une offre pédiatrique ou adulte ».

Ce dossier détaille toutes les étapes du diagnostic éducatif du patient et assure son suivi. Il permet de présenter les séances éducatives, de renseigner l'agenda récapitulatif du parcours de santé et de dresser le « bilan éducatif partagé du patient ». Le dossier comprend aussi une fiche de mise en œuvre de l'ETP. Celle-ci précise le déroulement et l'objectif pédagogique de chaque séance. Une fiche d'évaluation du patient a pour but d'indiquer l'acquisition de compétences et les indicateurs de l'état de santé orale. En outre, des codes QR apportent

des ressources théoriques, qui peuvent être téléchargées par le soignant éducateur.

En préambule à ce nouvel outil et pour répondre à un besoin régional de santé, un premier programme d'ETP a été développé en 2017 par l'équipe d'odontologie pédiatrique de l'université de Lille, Éducadentant, programme d'ETP à entrée spécifiquement bucco-dentaire, à destination des enfants porteurs de caries précoces et de leur entourage.

Développé initialement en milieu hospitalier ce programme tient compte de la prise en charge globale de la santé orale de l'enfant. Il a été conçu par une équipe pluri-professionnelle entourant l'enfant, comprenant chirurgiens-dentistes, diététicienne, orthophoniste en relation avec le médecin traitant. L'objectif principal de ce programme, autorisé par l'ARS en 2017, a pour objectif de permettre au patient d'adopter des comportements favorables à la santé orale pour réduire le risque de développer de nouvelles lésions carieuses.

L'éducation thérapeutique peut être proposée aux patients dans des cadres multiples : maladie parodontale, orthopédie dento-faciale, maladie carieuse, sevrage tabagique, malformations orales ou oro-faciales.



Cette approche éducative du patient a été conçue par l'équipe d'odontologie pédiatrique de Lille, en partenariat avec Colgate.