



Dr Philippe AMAT

## RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE : COMMENT METTRE EN PLACE UN PROTOCOLE SIMPLE ET EFFICACE DANS NOTRE PRATIQUE CLINIQUE

### OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

- Comprendre les fondements et les objectifs de la rééducation fonctionnelle en orthodontie et en occlusodontie.
- Savoir établir un diagnostic fonctionnel précis et exploitable en pratique quotidienne.
- Identifier les apports d'une gouttière de rééducation fonctionnelle dans la prise en charge des dysfonctions oro-faciales.
- Découvrir la conception, la philosophie et le mode d'action de la gouttière MyoSimple®.
- Apprendre à mettre en œuvre un protocole de rééducation fonctionnelle simple, reproductible et efficace.
- Connaître les principales indications cliniques de la MyoSimple® et leurs particularités.
- Maîtriser les détails pratiques d'utilisation pour une intégration fluide au sein du cabinet.
- Développer une approche globale alliant rééducation, équilibre fonctionnel et prévention.

### PROGRAMME

#### > Partie théorique

- Revoir l'importance de la rééducation fonctionnelle dans une prise en charge orthodontique.
- Pourquoi utiliser une gouttière de rééducation fonctionnelle ?
- Conception et principes de la gouttière MyoSimple®.
- Les sept grandes indications de la rééducation avec la MyoSimple

#### > Partie pratique

- Mise en œuvre de la rééducation fonctionnelle avec la MyoSimple®.
- Faire un diagnostic fonctionnel.
- Détails pratiques d'utilisation et mise en place d'un protocole adapté.
- Conclusion et échanges cliniques autour des cas participants.

Savoir reconnaître les dysfonctions,  
et mettre en place une stratégie  
de rééducation pour obtenir  
et pérenniser un équilibre  
des fonctions oro-faciale.



#### Public visé et prérequis

Formation à destination des orthodontistes, pédodontistes, chirurgiens-dentistes, souhaitant mettre en place dans leur cabinet un protocole de gestion des patients dysfonctionnels.



#### PARIS

- 24 septembre 2026



1 jour - 7 heures  
de 09h00 à 17h30

PRIX DE LA  
FORMATION  
**600 €**

PARTICIPATION D'UN(E)  
ASSISTANT(E) POSSIBLE :  
**120 €**

Pauses et déjeuner  
compris

# ORTHODONTIE INVISIBLE

## RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

### Conditions générales d'inscription :

- Votre demande d'inscription sera prise en compte à réception du règlement.
- Une confirmation définitive de votre inscription vous sera communiquée au plus tard un mois avant la date de la formation.
- L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler la formation, si le nombre minimum de participants n'est pas atteint.
- Toute demande d'annulation jusqu'à 6 semaines de la date de formation sera acceptée et entraînera des frais à hauteur de 50% du prix initial. Au delà de 6 semaines, aucun remboursement ne pourra être effectué.

### Pour plus d'informations, merci de contacter :

par mail : [academy@biotech-dental.com](mailto:academy@biotech-dental.com)

**Hanâa BENNAIM**

+33 (0)6 26 30 40 46

[h.bennaim@biotech-dental.com](mailto:h.bennaim@biotech-dental.com)

**Linda POULAIN**

+33 (0) 6 03 67 59 54 | +33 (0)4 86 64 19 17

[l.poulain@biotech-dental.com](mailto:l.poulain@biotech-dental.com)

**Valentine VANTHOMME ZUIDA**

+33 (0) 6 17 85 97 11

[valentine@smilers.com](mailto:valentine@smilers.com)

**Inscription obligatoire - Sur le site [academy.biotech-dental.com](https://academy.biotech-dental.com) ou par courrier.**

Bulletin à renvoyer par courrier (accompagné de votre règlement libellé à l'ordre de Biotech Dental Academy)

à l'adresse suivante : Biotech Dental Academy - 305, allées de Craponne - 13300 Salon-de-Provence,

### BULLETIN D'INSCRIPTION - RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE - 2026

Civilité : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse cabinet/facturation : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

N° SIRET : .....

Régime alimentaire : ☐ Repas classique ☐ Repas végétarien

Allergies : Si OUI, précisez : .....

☐ Je souhaite participer à la formation du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2026 dans la ville de .....

☐ avec mon ou mes assistant(e)s Nom(s) et Prénom(s) : .....

☐ Je ne pourrai pas participer à ces sessions mais je souhaite être informé(e) des prochaines dates de formations / séminaires.

☐ Je soussigné(e) sur l'honneur, affirme exercer une activité professionnelle en lien avec la pratique dentaire et orthodontique.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

**Signature du Praticien**

**Cachet du Praticien**