

20 FORMATIONS
E-LEARNING
CERTIFIANTES
DPC

★★★★★

Actualisez vos connaissances
en toute liberté !

Un programme scientifique conçu par
L'INFORMATION DENTAIRE

Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification Qualité a été délivrée au
titre de la catégorie : Actions de Formation

id
PRESSE ÉDITION MEDIA

odpc
Organisation agréée par l'Agence nationale du DPC
AGRÈMENT N° 99F9

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR



Dr Marwan DAAS
Directeur scientifique

Des formations E-learning de haut niveau et accessibles

Équipe scientifique

Dr Vanessa BAAROUN
Dr Astrid BALLARD
Dr Michel BARTALA*
Pr Stéphane BARTHELEMI
Dr Philippe BOITELLE
Dr Julien BROUSSEAUD
Dr Anaïs CAVARE
Dr Sarah CHAUTY*
Dr Anne-Gaëlle CHAUX
Pr Vianney DESCROIX*
Dr Frédérique D'ARBONNEAU*
Dr Emmanuel D'INCAU
Dr Yves ESTRABAUD
Dr Olivier ETIENNE*
Pr Jean-Christophe FRICAIN
Dr Elsa GAROT
Dr Alexis GAUDIN
Dr Jean-Marc GLISE
Dr Laurent HAURET
Dr Maxime HELFER
Dr Guillaume HELLER
Dr Alexandre HUTIN
Dr Arnaud LAFON
Dr Guillaume LECOCC
Dr Nicolas LEHMANN
Dr Brenda MERTENS
Pr Virginie MONNET-CORTI
Dr Karim NASR
Dr Romain OHANESSIAN
Dr Jean-Daniel ORTHLIEB
Dr Sylvie PEREIRA
Dr Jérémie PERRIN
Dr Michel POMPIGNOLI*
Dr François REITZER
Dr Michèle RENERS*
Dr Patrick ROUAS
Dr Ali SALEHI

* Membres du Comité Scientifique



Un challenge passionnant. C'est ainsi que je conçois ma mission de directeur scientifique d'Id Webformation, qui consiste à partager des savoirs grâce aux possibilités offertes par l'e-learning tout en respectant une ligne de conduite claire et exigeante : **mettre l'excellence scientifique au service de votre pratique quotidienne**. Un conseil scientifique y veille à mes côtés, composé de 7 personnalités très qualifiées et reconnues dans la profession.

Cette rigueur nous permet aujourd'hui de proposer des formations de 7 à 12 heures (à suivre à votre rythme sur une période de 5 semaines) d'un haut niveau scientifique, conformes aux dernières données de la science et orientées sur la clinique. Toutes ces formations, très diverses dans les thèmes abordés, sont certifiantes et prises en charge au titre du DPC. Elles correspondent aux orientations prioritaires de la politique nationale de santé, de la politique conventionnelle, en concertation avec la profession.

Au-delà de ce cadre général, chacune des formations est conçue pour répondre aux problématiques quotidiennes, concrètes, des praticiens, et nous veillons tout particulièrement à ce que le contenu soit conforme aux recommandations et aux méthodologies des disciplines abordées.

Pour cette même raison, les formateurs sélectionnés sont des cliniciens expérimentés et/ou des enseignants qui publient régulièrement des articles, tous rompus à l'exercice de présentation de conférences et très bons communicants. Grâce à la diversité des supports pédagogiques de formation, à l'interactivité offerte par la plateforme web, à l'expérience du groupe Information Dentaire, les formations sont très vivantes, rigoureuses et engageantes. Aux côtés du comité scientifique, j'en suis le garant !



Id Webformation est un organisme de formation professionnelle continue du Groupe l'Information Dentaire. Rigueur scientifique, innovation pédagogique, perfectionnement de vos pratiques et service client sont les engagements qui animent notre équipe au quotidien !

Exercice clinique

- 04 L'ENDODONTIE PRATIQUE**
Les clés pour réaliser sereinement des traitements et retraitements endodontiques
- 06 PARODONTOLOGIE NON CHIRURGICALE AU CABINET**
Dépister, diagnostiquer et traiter
- 08 LA PRATIQUE SÉCURISÉE DE L'IMPLANTOLOGIE**
La prise en charge des situations cliniques simples
- 10 LES TRAUMATISMES DENTAIRES CHEZ L'ENFANT**
Quels sont les différents traumatismes dentaires chez l'enfant ? Comment les reconnaître ?
Quelles sont les séquences cliniques adaptées à chacun ?
- 12 M.I.H : LE DÉFI DU JOUR, LES SOLUTIONS DU MOMENT**
Diagnostiquer, comprendre et traiter les hypominéralisations molaires incisives (M.I.H)
- 14 LA CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE**
Adaptée à l'omnipraticien
- 16 LES LÉSIONS INTRA-OSSEUSES**
Diagnostic et prise en charge parodontale

Dentisterie esthétique

- 18 LES RESTAURATIONS ADHÉSIVES**
Les maîtriser pour gagner en sérénité et efficacité en omnipratique
- 20 APPROCHE CONTEMPORAINE DES RESTAURATIONS ANTÉRIEURES DIRECTES ET INDIRECTES**
De la réflexion à l'exécution
- 22 RESTAURATIONS POSTÉRIEURES DIRECTES ET INDIRECTES EN DENTISTERIE ADHÉSIVE**
Analyse, indications et exécution
- 24 RESTAURER LA DENT DÉPULPÉE DÉLABRÉE**
Les données actuelles des reconstitutions corono-radicaux

Prothèse

- 26 RÉUSSIR LA PROTHÈSE SUR IMPLANT**
Des édentements unitaires et partiels
- 28 APPROCHE ACTUELLE DE LA PROTHÈSE FIXÉE UNITAIRE**
Du diagnostic à la pose

Dentisterie numérique

- 30 OPTIMISER SA PRATIQUE GRÂCE AU NUMÉRIQUE**
Choisir ses équipements pour une meilleure intégration au cabinet
- 32 CONE BEAM CT**
Juste prescription et bonne interprétation pour une thérapeutique éclairée

Médecine bucco-dentaire

- 34 RISQUE INFECTIEUX**
Dernières recommandations et conduite à tenir
- 36 PATHOLOGIES DE LA MUQUEUSE ORALE POUR L'OMNIPRATICIEN**
Les clés pour mieux les diagnostiquer

Spécial ODF

- 38 DE LA SAGESSE DANS LA GESTION DES 3^{ÈMES} MOLAIRES**
De la gémectomie à la mésialisation !
- 40 CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE**
La juste réalisation des actes chirurgicaux : le duo ortho/chirurgien-maxillo-facial
- 42 ALIGNEURS : UN ORTHODONTISTE PARLE AUX ORTHODONTISTES**
Biomécanique, conception et fabrication : comprendre les avantages et les limites pour remettre le praticien au cœur de la chaîne de soin

- 44 EN PRATIQUE**

L'ENDODONTIE PRATIQUE

LES CLÉS POUR RÉALISER SEREINEMENT DES TRAITEMENTS ET RETRAITEMENTS ENDODONTIQUES



Dr Alexis GAUDIN

MCU-PH Odontologie Conservatrice-Endodontie – UFR Odontologie Nantes

Member of the task force for French recommendation COVID-19: Implications for Dental Care

Vice-president of the French Society of Endodontics

International Association for Dental Research membership

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

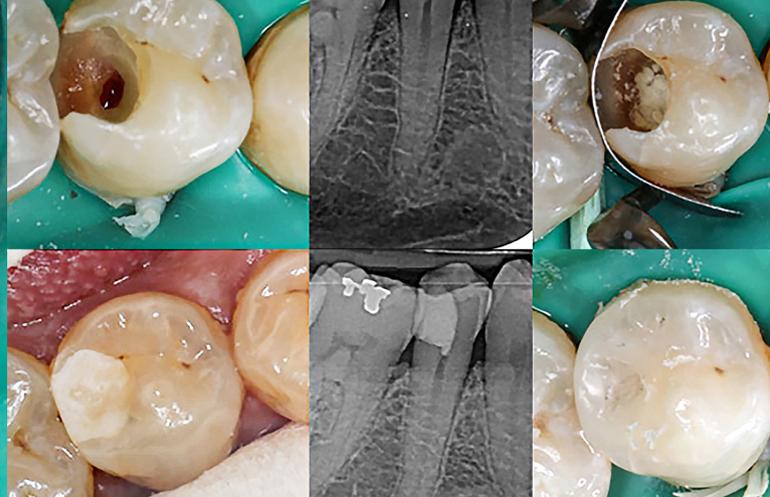
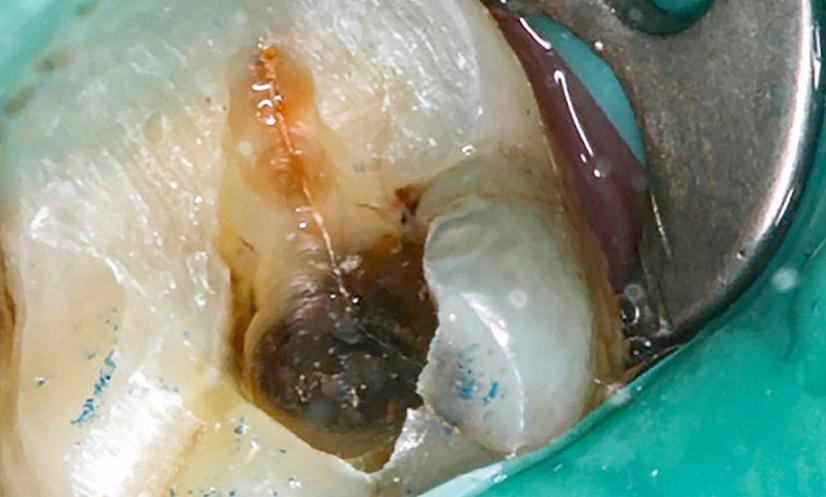
- Savoir indiquer les thérapeutiques de vitalité pulpaire
- Connaître les indications des CBCT en endodontie
- Dépister les pièges et prévenir les erreurs iatrogéniques
- Adopter une stratégie en fonction de la situation clinique
- Organiser le cabinet afin d'améliorer la prise en charge des patients en endodontie
- Réaliser des cavités d'accès de manière efficace sans délabrement coronaire
- Estimer les difficultés grâce à l'analyse pré-opératoire
- Connaître et comprendre les évolutions du nickel titane

L'endodontie est parfois considérée comme complexe et ingrate, mais c'est une discipline indispensable à l'omnipraticien dans sa pratique quotidienne, car elle permet de conserver et de restaurer des dents abimées et de reconstruire l'os par des phénomènes naturels de cicatrisation. Il faut savoir également que 80 % des urgences douloureuses dans un cabinet dentaire sont d'origine endodontique.

À mon sens il est difficile de faire de la dentisterie esthétique, prothétique, restauratrice pérenne sans une bonne endodontie.

CERTAINS PARAMÈTRES PRÉ ET POSTOPÉRATOIRES SONT DÉTERMINANTS DANS LA RÉUSSITE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE

La formation e-learning aborde la gestion de l'échec et la notion de réintervention en endodontie. La notion de succès et d'échec est un peu plus complexe que ce que l'on imagine. La réintervention endodontique est nécessaire à la suite d'un échec du traitement endodontique initial. Le plus souvent, cet échec est la conséquence de la présence ou de la persistance de bactéries au sein du réseau canalaire. La question est donc de savoir pourquoi les bactéries n'ont pas été éliminées lors du traitement précédent ou bien pourquoi elles ont pénétré secondairement. L'objectif est donc d'identifier à chaque étape du traitement endodontique les risques possibles de contamination. Certains paramètres pré et postopératoires sont déterminants dans la réussite du traitement endodontique. Pour un praticien débutant qui a suivi la formation en ligne, un investissement de départ est nécessaire pour la réalisation de soins conformes aux données acquises de la science.



Il faut s'équiper en priorité d'aides optiques, des loupes ou d'un microscope. Il est également indispensable d'acquérir du matériel pour la pose de la digue. L'omnipraticien devra ensuite s'équiper d'un moteur spécifique à l'endodontie, d'un localisateur d'apex et d'une pièce à main à ultrasons avec des inserts dédiés à l'endodontie.

ON PEUT IMAGINER D'ÉLARGIR LES INDICATIONS EN REPOUSSANT LES LIMITES ACTUELLES

Dans le futur, les pronostics des traitements endodontiques devraient peu évoluer, car ils sont déjà très élevés. En revanche, on peut imaginer élargir les indications en repoussant les limites actuelles (exemple : dents permanentes immatures, apports de la chirurgie endodontique dans des indications précises, etc.). La prise en compte de l'avis du patient est également importante dans le processus de décision (consentement éclairé). L'évolution de la discipline viendra surtout d'une approche plus biologique avec notamment le développement de thérapeutiques pour conserver la vitalité pulpaire.

“Quand je pense au bond en avant qui a été fait entre les notions que l'université m'a données et le cours d'aujourd'hui, c'est le jour et la nuit ! Grâce à cette formation, l'approche de cette spécialité et sa mise en œuvre au cabinet dentaire est une révolution positive à tous les égards.”

DR MICHEL LIFSZIG



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Les fondamentaux en endodontie

- Indications et contre-indications
- Thérapeutiques de vitalité pulpaire
- Diagnostic et imagerie
- L'anesthésie en endodontie

Comment éviter les pièges en endodontie ?

- Le plan de traitement endodontique
- Gestion des patients à risque et des urgences
- Lésions endo-parodontales

La cavité d'accès endodontique, une étape souvent négligée

- Reconstitution pré-endodontique
- Champ opératoire
- Aides optiques et ultrasons
- Réalisation de cavité d'accès cas simple et complexe
- Gestion des pulpolithes

Actualités sur la triade endodontique

- Les nouveaux traitements thermiques
- Choix d'un système de mise en forme
- Comparatif des différentes techniques d'obturation

Le continuum endo-prothétique

- La temporisation en endodontie
- Étanchéité apicale *versus* étanchéité coronaire
- Biomécanique de la dent dépulpée
- Économie tissulaire et traitement endodontique

Réintervenir en endodontie : pourquoi, quand et comment ?

- La dépose des éléments prothétiques
- Réaménagement de la cavité d'accès
- Désobturation et perméabilité canalaire

Comment gérer les situations difficiles en endodontie ?



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325002



100 % prise en charge (1 180 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



14h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

PARODONTOLOGIE NON CHIRURGICALE AU CABINET

DÉPISTER, DIAGNOSTIQUER ET TRAITER



Dr Astrid BALLARD

Exercice exclusif en parodontologie
CES de Parodontologie à la Faculté d'Odontologie de Nantes

Dr Yves ESTRABAUD

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire
Exercice limité à la parodontologie et à l'implantologie

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître la classification des maladies parodontales
- Savoir dépister et diagnostiquer une maladie parodontale
- Organiser un dossier de traitement d'une maladie parodontale
- Planifier le projet thérapeutique
- Organiser les séances de motivation
- Connaître et savoir utiliser l'instrumentation ultrasonique

On estime en France qu'un adulte sur deux présente une inflammation au niveau des gencives. La parodontologie est donc une discipline indispensable à l'omnipraticien dans sa pratique quotidienne pour pouvoir assurer le dépistage, le diagnostic et éventuellement le traitement. Cette discipline permettra au chirurgien-dentiste d'offrir à son patient les meilleures chances de guérison en cas de gingivite ou de stabilisation en cas de parodontite. Les réhabilitations restauratrices prothétiques voire implantaire pourront par la suite être réalisées dans des conditions optimales. Par ailleurs, la connaissance des facteurs de risques des maladies parodontales permettra à l'omnipraticien de mettre en place une politique préventive indispensable par rapport aux enjeux de santé actuels. La parodontologie permet enfin au chirurgien-dentiste de prendre sa place au sein de l'équipe soignante du patient dans le cadre d'une thérapeutique globale. En effet, il existe des liens très forts avec d'autres maladies inflammatoires, le diabète ou les maladies cardiovasculaires.

EN TANT QU'OMNIPRATICIEN, IL FAUT ÊTRE CAPABLE DE DÉPISTER, DE DIAGNOSTIQUER, ET POURQUOI PAS TRAITER !

Pour motiver un patient efficacement, il faut le connaître, avoir cerné ses attentes, son rythme de vie, sa situation professionnelle et familiale... Tous ces éléments sont à prendre en compte pour personnaliser son discours et mettre en place des leviers efficaces et une approche individuelle qui permettra un véritable travail d'équipe entre le chirurgien-dentiste et son patient. Une très grande partie de la réussite du traitement parodontal passe par la motivation à l'hygiène orale, qui doit être enseignée dès le début du traitement parodontal et réévaluée très régulièrement toujours dans un souci d'adapter, de personnaliser le discours tout au long des séances de maintenance. Différents outils peuvent être mis en place avec en première intention l'utilisation de révélateur de plaque, un outil simple, rapide et très pédagogique.



Celui-ci permet au chirurgien-dentiste de suivre facilement l'évolution de l'indice de plaque de son patient.

CETTE FORMATION APPORTERA AUX CHIRURGIENS-DENTISTES DES PROTOCOLES SIMPLES, EFFICACES, REPRODUCTIBLES ET FACILES À METTRE EN PLACE AU SEIN DE LEUR CABINET DÈS LE LENDEMAIN DE LA FORMATION

Des démonstrations sur modèles pédagogiques, des vidéos, des fiches conseils personnalisées peuvent également être utilisées. L'objectif étant de savoir maintenir la motivation du patient tout au long de son suivi afin d'obtenir sa coopération et sa participation active. Le patient doit être véritablement acteur de son traitement. Cette formation e-learning dédiée à la parodontologie comporte une partie théorique indispensable pour bien comprendre la physiopathologie de la parodontite et ainsi pouvoir l'expliquer à son patient, mais également une importante partie pratique, reprenant toutes les séances clefs du traitement parodontal non chirurgical, à savoir la consultation de diagnostic, la séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale, le surfaçage, la réévaluation et la maintenance.

“Excellente formation, formateurs de qualité communiquant avec précision leur expérience de cliniciens. Cette formation en E-learning m'a donné les bases essentielles pour que je puisse plus largement intégrer la parodontologie non chirurgicale dans mon cabinet d'omnipratique.”

DR ERIC ASTRUC



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Rappel des notions de base

- Le parodonte : anatomie de la victime
- Le concept de dysbiose
- Les facteurs de risque

La classification des maladies parodontales

- La classification
- Le diagnostic

La première consultation

- L'entretien motivationnel
- La communication
- Le plan de traitement

Enseignement de l'hygiène orale

- Les différents outils et leur mise en œuvre
- Les moyens de communication

Le traitement non chirurgical

- Le traitement mécanique
- Le traitement chimique
- L'organisation des séances de traitement

Le suivi parodontal

- Les principaux couples recommandés
- Les moyens de les appliquer (clés dynamométriques, visseuses)



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325006



100 % prise en charge (1 180 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



14h en e-learning

LA PRATIQUE SÉCURISÉE DE L'IMPLANTOLOGIE

LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS CLINIQUES SIMPLES



Dr Guillaume HELLER

Docteur en Chirurgie Dentaire à Montpellier

Activité orientée en parodontologie, implantologie et restaurations prothétiques complexes

Assistant hospitalier universitaire en parodontologie CHU et Université de Montpellier

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les conditions de la pratique de l'acte implantaire (cadre médico-légal)
- Savoir comment travailler au sein d'une équipe chirurgicale au service du patient
- Maîtriser les aspects fondamentaux d'anatomie, de biologie et des sciences des matériaux
- Construire le dossier du patient en optimisant l'usage d'outils digitaux pour fixer les objectifs thérapeutiques
- Comprendre les principes de base de la chirurgie osseuse et muco gingivale
- Sélectionner les situations cliniques simples en rapport avec ses propres connaissances et pratiques pour éviter les situations à risque d'échec
- Gérer le pré, le per et le post opératoire
- Amener le patient vers la réalisation prothétique de façon fluide

En tant que chirurgien-dentiste, nous avons l'obligation légale d'information complète du patient face à sa problématique. L'évocation des possibilités de traitements qui s'offrent au patient doivent lui être expliquées de façon exhaustive. En envisageant une situation simple et fréquente de remplacement de la première molaire (maxillaire ou mandibulaire) manquante, les options peuvent être les suivantes : l'abstention, la réalisation d'une prothèse amovible, la réalisation d'une prothèse fixe (un bridge), le déplacement orthodontique et bien évidemment la solution implantaire.

**DE NOS JOURS, DANS LE CAS D'ÉDENTEMENT SIMPLE,
LE TRAITEMENT IMPLANTAIRE EST TRÈS FIABLE
DANS LE TEMPS**

Pour chaque option, nous devons décrire au patient les avantages, les inconvénients et les pronostics à court, moyen et long terme. De nos jours, dans le cas d'édentement simple, le traitement implantaire est très fiable dans le temps et connaît des taux de satisfaction presque incomparables.

Pour poser un implant de façon sécurisée, il est important de gérer l'ensemble de la prise en charge avant, pendant et après l'intervention. Cela nécessite d'une part des compétences techniques : chirurgicales pures (incisions, sutures, placement tridimensionnel de l'implant) et aussi liées à l'hygiène et l'asepsie, car les risques peuvent venir du patient, mais également de l'équipe soignante. Pour la sélection du patient, il faudra prendre en compte son état de santé général, son âge, son hygiène bucco-dentaire et son statut parodontal. L'équipe soignante aura de son côté à respecter différentes procédures, de stérilisation du matériel utilisé (trousses et



instrumentations), dans la préparation de la salle d'intervention, dans la préparation des intervenants (en particulier lors du lavage des mains) et dans l'ergonomie per opératoire (notamment lors de la manipulation de l'implant et des éventuels matériaux de greffe) jusqu'à la fermeture du bloc opératoire.

Cela nécessite aussi des compétences non techniques. Elles sont liées à la prise en compte des facteurs humains avec notamment la mise en place d'outils comme des checklists, l'utilisation d'une communication sécurisée et la définition de moments de non-interruption.

**IL EST INDISPENSABLE POUR LE PRATICIEN
D'EXPLIQUER À SON PATIENT LES OPTIONS
THÉRAPEUTIQUES LORS DE SA PRISE DE DÉCISION**

Le terme d'alliance thérapeutique prend alors tout son sens dans chaque démarche de soin et encore plus lors des chirurgies implantaire car le côté chirurgical peut parfois inquiéter certains patients. Il faut tenir compte aussi des contraintes administratives, assurantielles et financières, car ce type de soins n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Le patient en assume donc la charge financière.

Les bonnes pratiques d'obtention du consentement du patient aux soins passent bien évidemment par des explications orales précises, un devis complet, mais également par la mise à disposition d'un consentement écrit individualisé à la situation clinique.

Pour réussir la pose de son premier implant, le praticien débutant doit veiller à bien sélectionner son patient : un patient en bonne santé, ayant une bonne hygiène bucco-dentaire, sans parodontite ou avec une parodontite stabilisée et présentant un édentement unitaire localisé dans une zone non esthétique et sans challenge anatomique (zone prémolaire maxillaire et molaire mandibulaire).

Le chirurgien-dentiste devra également préparer un plan de traitement précis mettant en concordance un projet prothétique et un acte chirurgical adapté. Enfin, il devra s'entourer d'une équipe sereine qui a l'habitude de travailler ensemble ou tout du moins d'apprendre et de progresser ensemble.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Le praticien

- Cadre médico-légal
- Facteurs humains et organisationnels :
compétences non techniques - travail en équipe
- Hygiène aseptique

Le patient

- Anamnèse et examens cliniques, mise en évidence des facteurs de risques
- Les examens complémentaires les outils digitaux

Les biomatériaux

- L'implant : l'ostéointégration, critère de choix d'un système
- Les autres biomatériaux

La démarche de traitement

- Synthèse des besoins exprimés par le patient,
- Synthèse des besoins relevés par le praticien
- Convergence et explications des options thérapeutiques et prise de décision
- Gestion pré, per, post opératoire
- Préparation vers la reconstruction prothétique



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325016



100 % prise en charge (~~1 010 €~~)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

LES TRAUMATISMES DENTAIRES CHEZ L'ENFANT

QUELS SONT LES DIFFÉRENTS TRAUMATISMES DENTAIRES CHEZ L'ENFANT ? COMMENT LES RECONNAÎTRE ? QUELLES SONT LES SÉQUENCES CLINIQUES ADAPTÉES À CHACUN ?



Dr Elsa GAROT

Maître de Conférences des Universités, dontologie pédiatrique, Bordeaux
Praticien Hospitalier, Odontologie pédiatrique, CHU de Bordeaux
Chercheur permanent, laboratoire PACEA, UMR5199, Université de Bordeaux

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Diagnostiquer et reconnaître les différents types de traumatismes dentaires
- Appréhender les spécificités de la prise en charge de l'enfant (dentaires et psychologiques)
- Adopter les recommandations sur la gestion thérapeutique des traumas dentaires
- Appliquer en cabinet les différentes séquences cliniques de prise en charge d'un trauma dentaire
- Connaître les démarches administratives et médico-légales

Les traumatismes dentaires constituent l'urgence dentaire par excellence, que tout chirurgien-dentiste se doit de savoir gérer. 25 % des enfants et 30 % des adultes ont déjà subi un traumatisme dentaire, cette situation peut donc arriver fréquemment dans la pratique d'un omnipraticien. Il faut savoir également qu'un grand nombre de patients habitent à distance des Centres Hospitalo-Universitaires, le chirurgien-dentiste libéral se trouve être alors le premier interlocuteur de ces patients accidentés.

SELON LA NATURE DU TRAUMATISME SUBI CHEZ L'ENFANT, LES CONSÉQUENCES À LONG TERME SONT VARIABLES

Un traumatisme dentaire infantile peut se produire dans le milieu familial, à l'école ou lors de la pratique d'un sport. Le recueil d'informations sur le contexte de l'accident est

indispensable et permettra de demander aux accompagnants si l'enfant présente des signes de traumatismes crâniens tels qu'une perte de connaissance lors du choc, des nausées, etc. Si l'un de ces signes est observé, l'urgence sera alors vitale et l'enfant devra être rapidement pris en charge par une équipe médicale. Lors de l'interrogatoire, le carnet de santé ainsi que le statut vaccinal seront également vérifiés.

Selon la nature du traumatisme subi chez l'enfant et son âge, les conséquences à long terme seront variables : des phénomènes de nécrose pulpaire, de résorption radiculaire ou encore d'ankylose peuvent survenir sur la dent traumatisée. Concernant le devenir du germe successional, toutes les conséquences sont à envisager (dilacération, rétention, hypoplasie, hypominéralisation, odontomes multiples, etc.). C'est pour cette raison que le chirurgien-dentiste doit vérifier régulièrement l'éruption à terme et la vitalité de la dent définitive.



DES SCHÉMAS SIMPLIFIÉS DES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAUMATISMES ET LEURS PRISES EN CHARGE RESPECTIVES

Au-delà de la théorie, cette formation e-learning sur les traumatismes dentaires chez l'enfant contient un grand nombre de cas cliniques permettant aux apprenants d'être confrontés à une multitude de situations cliniques différentes. À l'issue de la formation, des fiches synthétiques comprenant des schémas simplifiés des différents types de traumatismes et leurs prises en charge respectives permettent également au praticien de pouvoir rapidement les consulter en situation réelle au sein de son cabinet

“J’ai suivi 2 formations E-learning avec Id Webformation et je suis extrêmement satisfaite ! Formations complètes et mise en pratique facile. J’adhère totalement !”

DR VÉRONIQUE HOSTEN



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Quels sont les différents types de trauma ?

- Classification de l'association internationale de traumatologie dentaire (IADT)
- Les solutions préventives de ces traumas

Quels sont les moyens d'exploration de ces traumas ?

- Les indications d'un examen tridimensionnel, d'un cliché occlusal, d'un orthopantomogramme et d'une radiographie rétro-alvéolaire

Quand extraire ?

- L'anatomie des dents temporaires en regard des germes dentaires des dents permanentes
- Les différentes situations cliniques nécessitant l'extraction de la dent traumatisée
- La prise en charge des différents traumatismes

Comment réimplanter ?

- La prise en charge des traumas sur dents permanentes
- Recommandations de l'IADT
- Les indications et le type de contention à privilégier

Apexogénèse ou apexification ?

- La définition des termes d'apexification et d'apexogénèse
- Les indications de ces 2 techniques
- La réalisation des séquences cliniques

Quelles peuvent être les conséquences à long terme ?

- Les différentes complications post-traumatiques
- Les réponses à apporter aux parents

Quelles sont les solutions de remplacement ?

Comment rédiger un certificat médical initial ?



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325007



100 % prise en charge (930 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



11h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

M.I.H : LE DÉFI DU JOUR, LES SOLUTIONS DU MOMENT

DIAGNOSTIQUER, COMPRENDRE ET TRAITER LES HYPOMINÉRALISATIONS MOLAIRES INCISIVES (M.I.H)



Dr Elsa GAROT

Maître de Conférences des Universités, odontologie pédiatrique, Bordeaux
Chercheur permanent, laboratoire PACEA, UMR5199, Bordeaux

Dr Patrick ROUAS

Maître de Conférences des Universités, Odontologie pédiatrique, Bordeaux
Chercheur permanent, laboratoire PACEA, UMR5199, Bordeaux
Président de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les caractéristiques de l'anomalie
- Diagnostiquer les MIH et les distinguer des autres anomalies de structure
- Identifier les cas simples à gérer et les cas complexes nécessitant parfois de déléguer
- Savoir bâtir un plan de traitement dans le cadre de cette anomalie
- Maîtriser les thérapeutiques préventives
- Maîtriser les thérapeutiques restauratrices
- Poser l'indication d'extraction de premières molaires
- Maîtriser les thérapeutiques esthétiques des dents antérieures

l'acronyme anglo-saxon MIH signifie « Molar Incisor Hypomineralisation », soit en français « Hypominéralisations Molaires Incisives ». Les MIH correspondent à une anomalie de structure qualitative de l'émail et se caractérisent par la présence d'hypominéralisations sur au moins une première molaire permanente (PMP). Les MIH sont fréquentes puisqu'elles affectent presque un patient sur sept avec des degrés de sévérité variables. Plusieurs conditions nocives réunies pourraient augmenter le risque de survenue des MIH de manière additive ou même synergique. Les MIH correspondent à une altération de la fonction des améloblastes lors de la phase de maturation. Cette modification intervient entre la fin de la grossesse et les 6 premiers mois de vie de l'enfant.

LES MIH SONT FRÉQUENTES PUISQU'ELLES AFFECTENT PRESQUE UN PATIENT SUR SEPT

Plusieurs hypothèses étiologiques ont été recensées depuis ces dix dernières années comprenant entre autres les maladies de la petite enfance, des problèmes survenant lors de l'accouchement, une contamination par des polluants environnementaux, une consommation d'antibiotiques ou encore une prédisposition génétique. Notre équipe (laboratoire PACEA, UMR5199, Université de Bordeaux) a montré récemment que les MIH existaient déjà il y a plusieurs siècles, ce qui donne moins de crédit à des hypothèses très contemporaines telles que les polluants environnementaux.



De plus en plus d'études mettent en avant une prédisposition génétique avec l'identification plus fréquente de certaines séquences nucléotidiques chez des patients atteints de MIH. Pour diagnostiquer les MIH, le chirurgien-dentiste ou l'orthodontiste doit pratiquer un examen clinique tel que défini par consensus en 2003 par l'EAPD. Ces hypominéralisations se manifestent par des opacités de l'émail bien délimitées qui peuvent être blanches, beiges ou jaune brunes. La répartition sur les dents de ces opacités est souvent asymétrique et leurs étendues sont inégales. L'avulsion des premières molaires permanentes, afin de donner la chance au patient de n'avoir que des dents saines, peut être envisageable selon le degré d'atteinte de la MIH, la présence de germes de troisièmes molaires en position correcte et si un plan de traitement orthodontique avec extraction est envisageable. L'orthodontiste et le chirurgien-dentiste peuvent enseigner au patient atteint de MIH des mesures préventives ciblées telles que des méthodes de brossage adaptées, mais ils peuvent également fournir des conseils alimentaires, prescrire un dentifrice fluoré permettant la reminéralisation de cet émail hypominéralisé et s'orienter vers des thérapeutiques préventives professionnelles.

CES HYPOMINÉRALISATIONS SE MANIFESTENT PAR DES OPACITÉS DE L'ÉMAIL BIEN DÉLIMITÉES

Préalablement à la mise en place d'un traitement orthodontique, des solutions thérapeutiques pourront être réalisées par le chirurgien-dentiste en cas de perte tissulaire. Ainsi, des restaurations postérieures directes, indirectes (type onlay/overlay) ou encore des coiffes pédodontiques pré-formées protégeront des premières molaires permanentes atteintes. Dans les cas où les incisives permanentes présentent également des défauts amélaire, il peut être nécessaire de traiter ces taches en raison de l'impact psycho-social de cette anomalie inesthétique.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

M.I.H. : Les connaître

- Introduction
- Définition
- Terminologie
- Prévalence
- Étiologie
- Ultrastructure
- Axes de recherche

Les diagnostiquer

- Examen clinique
- Diagnostic
- Diagnostic différentiel
- Sévérité
- Difficultés spécifiques
- Dépistage : hspm

Réaliser un plan de signification Thérapeutiques préventives

- Reminéralisation
- Scellement des sillons

Restauration directe et adhésion

- Le point sur l'adhésion sur tissu hypominéralisé
- Restaurations directes en matériaux composites (choix limites)
- Restaurations directes en GIC

Restauration indirecte

- Dent pulpée
- Sur dent dépulpée

Prise en charge esthétique

- La problématique de l'éclaircissement
- L'infiltration résineuse en profondeur
- Les masques composites

Extraction des PMP



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325011



100 % prise en charge (1 180 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



14h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

LA CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE ADAPTÉE À L'OMNIPRATICIEN



Dr Jean-Marc GLISE

DDS, DU Parodontologie Clinique, Master II Pathologie Humaine
Ancien Chef de clinique/Assistant des hôpitaux de Marseille
Pratique libérale de Parodontologie/ Implantologie à Toulon

Dr Romain OHANESSIAN

CCU-AH, service de parodontologie, pôle odontologie, APHM
Ecole de médecine dentaire, Aix-marseille université
Ancien interne / Pratique privée à Toulon

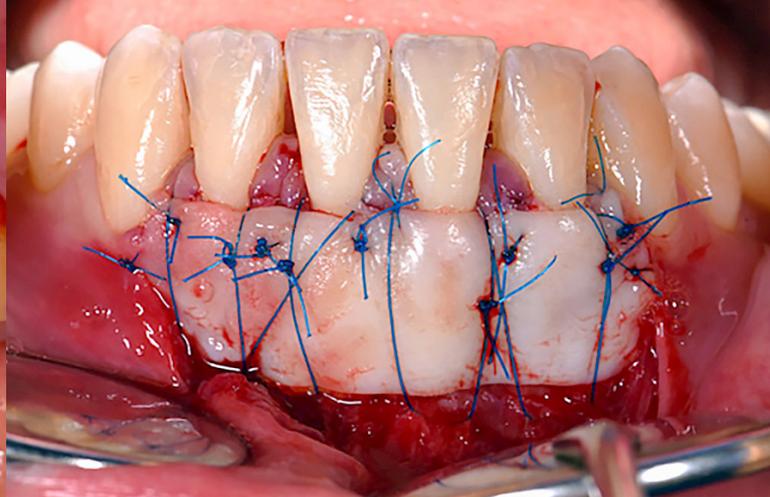
OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Apprendre à maîtriser les étapes préalables à la chirurgie muco-gingivale dans votre pratique quotidienne
- Maîtriser les fondamentaux de l'anatomie et de l'histologie parodontale
- Connaître le matériel en chirurgie muco-gingivale
- Savoir identifier les facteurs prédisposants et déclenchants des récessions gingivales
- Connaître les différentes techniques et les indications des chirurgies plastiques parodontales
- Réaliser vos premières chirurgies plastiques parodontales
- Savoir gérer les échecs et les complications
- Connaître les astuces pour simplifier et pratiquer la chirurgie muco-gingivale en omnipratique

La chirurgie muco-gingivale ou plastique parodontale évolue aujourd'hui vers une demande de résultats de plus en plus esthétiques tout en optimisant la préservation tissulaire. Les techniques chirurgicales minimalement invasives, par une approche plus fine et plus précise des traitements de récessions (réduction d'incisions par exemple), répondent à cet aspect. Cette évolution suit celle de la chirurgie parodontale de façon générale. Elle nécessite cependant une maîtrise technique plus importante car les résultats que nous souhaitons obtenir visent le moins de cicatrices possible avec des taux de recouvrement maximum et une stabilité des résultats à long terme.

“UNE DEMANDE DE RÉSULTATS DE PLUS EN PLUS ESTHÉTIQUES TOUT EN OPTIMISANT LA PRÉSERVATION TISSULAIRE”

La finesse du parodonte et la fragilité de son anatomie expliquent la nécessité de techniques et d'instruments microchirurgicaux afin d'obtenir une cicatrisation améliorée et prévisible. Toutes ces techniques permettront de diminuer la morbidité postopératoire des chirurgies parodontales. Il est également nécessaire d'avoir un plateau technique plus spécialisé, par exemple des instruments microchirurgicaux.



Les aides optiques (loupes à fort grossissement avec éclairage additionnel) sont également indispensables. Le coût global d'un tel investissement pour un cabinet est compris entre 7 000 et 10 000 €.

De façon générale, le facteur prédisposant principal des récessions gingivales est le phénotype parodontal fin du patient. À cela s'ajoutent les malpositions dentaires et les obstacles anatomiques comme les insertions hautes des freins.

En ce qui concerne les facteurs déclenchants, ils sont principalement d'ordre traumatique : bactériens, mécaniques et biologiques.

Dans la pratique courante, la chirurgie plastique parodontale répond essentiellement à l'augmentation tissulaire par greffe gingivale après avoir relevé l'ensemble des informations cliniques par des techniques de recouvrement radiculaire comme les lambeaux déplacés associés à des greffes de conjonctif enfoui et/ou de renforcement tissulaire comme les greffes épithélio-conjonctives. Cependant, les techniques de préparation tissulaire préprothétique sur dents naturelles et implants représentent également une part importante de la pratique.

“LA CHIRURGIE PLASTIQUE PARODONTALE RÉPOND ESSENTIELLEMENT À L'AUGMENTATION TISSULAIRE PAR GREFFE GINGIVALE”

Afin de ne pas léser les tissus supra-crestaux, des techniques d'élongation coronaire ou des aménagements gingivaux pourront être effectués autour des implants pour assurer une pérennité péri-implantaire. L'ensemble de ces actes nécessite des connaissances précises afin de maîtriser les gestes chirurgicaux tout en gérant les éventuelles complications per et post-opératoires ainsi que les échecs. Des trucs et astuces vous seront dévoilés dans cette formation en ligne afin de respecter les protocoles et d'intégrer ces techniques dans votre pratique quotidienne.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Les indications de la chirurgie muco-gingivale

- Quels critères cliniques faut-il analyser ?
- Respect du gradient thérapeutique
- Intérêts de la thérapeutique parodontale non chirurgicale
- Indications et contre-indications
- Quand faut-il réaliser une chirurgie muco-gingivale ?

Matériel, incisions, sutures

- Généralités sur les incisions et sutures
- Les instruments chirurgicaux et les lames
- Les fils de suture
- Les incisions en épaisseur totale et en épaisseur partielle
- Les sites de prélèvement du tissu conjonctif

Les différentes techniques de chirurgie plastique parodontale

- Les greffes épithélio-conjonctives
- Les lambeaux déplacés
- Les techniques associées

Prescription, conseils et complications

- L'ordonnance post-opératoire
- Les conseils opératoires
- Les complications en chirurgie muco-gingivale

La chirurgie muco-gingivale en pratique quotidienne

- L'élongation coronaire en prothèse fixée
- Les frenectomies
- Chirurgie muco-gingivale adapté à l'omnipratique



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325009



100 % prise en charge (1 010 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

LES LÉSIONS INTRA-OSSEUSES

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE PARODONTALE



Dr Sylvie PEREIRA

Master en Parodontologie, Paris VII

DU de Parodontie Clinique, Paris V

Exercice exclusif en parodontologie, Paris

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- **Élaborer un bilan parodontal complet**
- **Mettre en place des nouveaux protocoles du traitement parodontal non-chirurgical permettant une meilleure préservation tissulaire**
- **Connaître l'évolution des techniques chirurgicales dans le domaine de la régénération parodontale**
- **Savoir analyser correctement l'anatomie des lésions intra-osseuses et leur potentiel de régénération**
- **Choisir la meilleure technique en fonction de la situation clinique**
- **Maîtriser les techniques de chirurgie parodontale mini-invasive**

Les lésions intra-osseuses (LIO), également appelées de défauts osseux verticaux ou angulaires, sont des lésions parodontales qui se développent en regard de la surface radiculaire d'une dent, dont le fond de la poche est situé apicalement à la crête osseuse de la dent adjacente. Souvent présentes chez les patients atteints de parodontites avancées, elles sont associées à des poches parodontales profondes, qui constituent les principaux réservoirs bactériens participant dans la progression de la maladie parodontale. Non traitées, ces lésions entraînent l'aggravation des pertes d'attaches et, parfois même, la perte dentaire.

LE DENTISTE OMNIPRATICIEN JOUE ALORS UN RÔLE PRIMORDIAL DANS LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DE CES LÉSIONS, CAR IL SE TROUVE EN PREMIÈRE LIGNE DE CONTACT AVEC LE PATIENT

Il faut savoir que la parodontite est une maladie inflammatoire d'origine bactérienne, qui touche 20 à 50 % de la population. Selon la World Health Organization, on estime que la forme sévère affecte environ 19 % de la population adulte mondiale. Le dentiste omnipraticien joue alors un rôle primordial dans le dépistage précoce de ces lésions, car il se trouve en première ligne de contact avec le patient. En cas de gencives rouges, enflées et/ou saignements au brossage, un examen clinique par simple sondage parodontal peut déjà permettre de diagnostiquer la présence d'une maladie parodontale. Le dépistage d'une lésion intra-osseuse se fera ensuite avec un bilan parodontal plus approfondi (relevé topographique des poches, bilan long cône...). Bien que les lésions intra-osseuses nécessitent généralement un traitement parodontal complémentaire par voie chirurgicale, leur prise en charge est au départ non-chirurgicale. L'instrumentation sous-gingivale permet d'éliminer le tartre et le biofilm sous gingival, diminuant l'inflammation et la profondeur des poches.



Cette première étape du traitement doit être réalisée en respectant une approche mini-invasive, avec des instruments manuels spécifiques permettant un traumatisme tissulaire minimal. En cas de persistance de poches résiduelles profondes, un traitement chirurgical est donc nécessaire. Ces dernières années, d'importants progrès ont permis d'améliorer les techniques chirurgicales et, par conséquent, les résultats cliniques, dans le domaine de la régénération parodontale de ces lésions. Les techniques de préservation papillaire, la chirurgie mini-invasive et la chirurgie mini-invasive modifiée en font notamment partie.

**BIEN QUE LES LÉSIONS INTRA-OSSEUSES
NÉCESSITENT GÉNÉRALEMENT UN TRAITEMENT
PARODONTAL COMPLÉMENTAIRE PAR VOIE
CHIRURGICALE, LEUR PRISE EN CHARGE EST
AU DÉPART NON-CHIRURGICALE**

Le potentiel de régénération des lésions intra-osseuses va dépendre d'un certain nombre de facteurs liés au patient (le tabac, le contrôle de plaque), mais également de facteurs liés au site. En effet, en fonction de la morphologie de la lésion intra-osseuse, notamment le nombre de parois osseuses résiduelles, de la largeur et de la profondeur de la lésion, le potentiel de régénération ne va pas être le même. Les lésions à deux ou trois parois résiduelles, étroites et profondes représentent l'anatomie la plus favorable, contrairement aux lésions intra-osseuses à une paroi, où le potentiel de régénération est assez faible.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Examen clinique, radiologique et parodontal

- Comment réaliser un bilan parodontal complet pour pouvoir poser un bon diagnostic
- Nouvelle classification des maladies parodontales

Traitement parodontal non-chirurgical mini-invasif

- Première et deuxième étape du traitement parodontal
- Évolution de l'instrumentation manuelle et ultrasonique
- Plateau clinique : description

Évolution des techniques chirurgicales

- Lambeau de préservation papillaire modifié
- Lambeau de préservation papillaire simplifié
- Chirurgie parodontale mini-invasive
- Chirurgie parodontale mini-invasive modifiée
- Lambeau de préservation papillaire totale

Diagnostic des lésions intra-osseuses

- Nombre de parois osseuses résiduelles
- Largeur et profondeur de la lésion
- Morphologie de la lésion intra-osseuse et potentiel de régénération

Choix de la technique

- Conditions pré-chirurgicales : lésions endo-parodontales, contamination locale, mobilité dentaire
- Choix de la technique : Accès chirurgical, type de lambeau, stratégie régénératrice

Chirurgie parodontale mini-invasive

- Cas clinique : protocole chirurgical illustré en vidéo

Travaux pratiques

- Travaux pratiques sur modèle illustré en vidéos



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325024



100 % prise en charge (930 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



11h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

LES RESTAURATIONS ADHÉSIVES

LES MAÎTRISER POUR GAGNER EN SÉRÉNITÉ ET EFFICACITÉ EN OMNIPRATIQUE



Dr Nicolas LEHMANN

Ancien Assistant hospitalo-universitaire – Faculté d'Odontologie, Université Claude Bernard Lyon.

D.E.A Biologie de l'os, des articulations et des biomatériaux des tissus calcifiés
1^{er} Prix ADF/Recherche "Dégradation enzymatique de la couche hybride"

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Acquérir les principes de l'adhésion aux tissus dentaires
- Connaître les traitements de surfaces des matériaux pour les rendre aptes à une procédure de collage
- Savoir choisir un composite de collage
- Connaître les céramiques qui se prêtent le mieux au collage

Ces dernières années, la demande esthétique des patients a fortement augmenté et tend à se démocratiser. Les patients exigent d'avoir les dents plus blanches et plus alignées, tout en conservant un aspect naturel. Ce phénomène se constate également avec l'essor de certains produits de blanchiment que l'on retrouve désormais en grande surface (dont l'efficacité est quasiment nulle) et avec le développement et la démocratisation des techniques d'alignement par gouttières pratiquées par les chirurgiens-dentistes.

LES BASES DE L'ADHÉSION, LES DIFFÉRENTES FAMILLES DE MATÉRIAUX ET LEURS TRAITEMENTS DE SURFACES

Malgré ce constat, les étudiants en chirurgie dentaire sont encore trop peu formés à l'esthétique en odontologie au

cours de leur formation initiale. Au niveau pratique, il est probablement difficile de mettre en place ces procédures dans les centres de soins car la patientèle n'est pas forcément adaptée.

Dans cette formation en ligne dédiée à la dentisterie adhésive et esthétique, on distingue deux grandes parties : une plus fondamentale, mais essentielle, dans laquelle j'insiste particulièrement sur les bases de l'adhésion (les familles d'adhésifs, les différentes familles de colle, leurs avantages, leurs indications et contre-indications respectives) et sur les différentes familles de matériaux utilisés en dentisterie esthétique ainsi que leurs traitements de surfaces. La seconde, très clinique, décrit les grandes familles de restaurations esthétiques que sont les composites postérieurs et antérieurs en technique directe, les restaurations adhésives partielles antérieures (facettes) et postérieures (inlay, onlay, overlay...) et les bridges collés. Les procédures cliniques présentées dans la formation permettent à l'apprenant de gagner en



efficacité et en sérénité dans sa pratique grâce aux protocoles décrits, tous issus de la littérature donc validés scientifiquement. Il retrouvera aussi de nombreux cas cliniques présentés temps par temps, des schémas didactiques ainsi que des vidéos (préparation pour facettes, collage d'onlay...) lui permettant d'acquérir les bases fondamentales ainsi que certains trucs et astuces de clinicien.

LES BASES FONDAMENTALES DE LA DENTISTERIE ESTHÉTIQUE AINSI QUE CERTAINS TRUCS ET ASTUCES DE CLINICIEN

À la fin de chaque chapitre, des fiches cliniques de synthèse « à retenir » rappellent les points essentiels. Enfin, grâce au chat en ligne, nous avons un vrai échange car les apprenants peuvent me poser toutes leurs questions auxquelles je réponds pratiquement en temps réel.

PROGRAMME DE LA FORMATION

Introduction

- Intérêts des restaurations adhésives
- Place des restaurations adhésives au sein de notre arsenal thérapeutique

L'adhésion aux tissus dentaires

- Principe de l'adhésion à l'émail
- Principe de l'adhésion à la dentine
- Les adhésifs amélo-dentaires
- Collage aux tissus dentaires et impératifs cliniques

L'adhésion aux matériaux de restauration

- Les céramiques dentaires
- Les résines composites
- Les alliages métalliques
- Les colles d'assemblage

Protocoles opératoires et illustrations cliniques

- Collage d'un fragment dentaire
- Restaurations adhésives en technique directe
 - Restaurations composites antérieures
 - Restaurations composites postérieures
- Restaurations adhésives en technique indirecte
 - Inlay, Onlay, Overlay
 - Facette céramique
 - Bridge collé

Longévité, vieillissement du joint collé des restaurations adhésives

Synthèse et conclusion



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325012



100 % prise en charge (850 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



10h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

APPROCHE CONTEMPORAINE DES RESTAURATIONS ANTÉRIEURES DIRECTES ET INDIRECTES

DE LA RÉFLEXION À L'EXÉCUTION



Dr François REITZER

Maître de conférences des universités en dentisterie restauratrice - praticien hospitalier (MCU-PH)
MSc, PhD en biomatériaux
DU d'esthétique du sourire

Dr Ali SALEHI

Ancien attaché hospitalier au Département de Prothèses
Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg
Docteur en Chirurgie Dentaire, pratique libérale

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Poser les bonnes indications entre restaurations directes ou indirectes
- Donner des clés pour une bonne analyse de la situation préalablement à toute exécution clinique
- Acquérir des protocoles cliniques simples, reproductibles et applicables dans un exercice quotidien
- Savoir choisir la bonne technique et le bon matériau selon la situation clinique
- Donner des trucs et astuces permettant de faciliter l'exécution clinique de ces thérapeutiques

Le gradient thérapeutique permet de préserver les tissus dentaires tout en garantissant un résultat esthétique satisfaisant. On parle communément de succès quand les objectifs fonctionnels et esthétiques sont atteints. Ces critères de succès, visés par les praticiens, sont essentiels mais ne tiennent pas compte de la temporalité : aucun traitement n'est malheureusement définitif. L'objectif va donc être de considérer le coût tissulaire de chacune de nos interventions... et de nos ré-interventions ! En ce sens, l'objectif va être d'opter pour le traitement le moins invasif permettant d'atteindre un succès esthétique, fonctionnel et biologique !

LES RESTAURATIONS PARTIELLES COLLÉES AUGMENTENT LES CHANCES DE MAINTIEN DE LA DENT NATURELLE SUR L'ARCADE

Ces dernières années ont vu émerger nombre de nouveaux composites et de nouvelles techniques permettant non seulement d'atteindre un résultat esthétique très satisfaisant, mais également d'élargir les indications de ces techniques directes. La technique de composite injecté sur le secteur antérieur en est une bonne illustration. Il existe cependant des limites, étant principalement dues au non-respect des indications et contre-indications de ce matériau.

Il existe aujourd'hui de nombreux outils d'analyse esthétique et de communication avec le patient et le prothésiste. Il est essentiel, avant toute chose, de définir la cible de ces outils de planification numérique. Face à une offre abondante, le praticien a parfois du mal à s'y retrouver. L'objectif est de sélectionner dans un premier temps l'outil le plus adapté à ses besoins et dans un second temps l'intégrer dans son activité quotidienne. Ces outils vont de la basique application de traitement d'image jusqu'à des logiciels extrêmement pointus.



Notre objectif dans la formation va être également de donner aux praticiens nos retours d'expériences à ce sujet.

À l'heure actuelle, le fait de pouvoir valider in situ un projet esthétique avant la pose de facettes, grâce au Wax-up et au Mock-up, est un énorme avantage. Cela permet au praticien de pré-visualiser le résultat final et au besoin de le modifier aisément, mais également d'avoir la validation du patient avant de passer le point de non-retour des préparations. Outre cette étape de validation par le praticien et le patient, le Mock-up est un outil essentiel pour permettre de réaliser des préparations calibrées, aménageant suffisamment d'espace pour la future céramique tout en étant le plus économe possible au niveau tissulaire. La réalisation du Wax-up puis du Mock-up fait partie des étapes indispensables pour la préparation des facettes.

DE NOMBREUSES EXPLICATIONS ET « TRUCS ET ASTUCES » SONT DONNÉS POUR AIDER À RAPIDEMENT METTRE LES CHOSES EN PLACE

Il est important de respecter les différents temps de préparation dans la pose des facettes afin de minimiser le risque d'échecs. Dans cette formation en ligne, nous attachons un point d'honneur à transmettre des protocoles précis et validés permettant aux apprenants d'acquérir toutes les connaissances nécessaires pour pouvoir réaliser des facettes de façon reproductible dans leur exercice. Chacun des temps décrits possède un ou plusieurs intérêts que nous développerons : pas de superflus, juste une succession de points clés et d'astuces pour atteindre les objectifs fonctionnels, esthétiques et biologiques.

“Formation très intéressante qui va me permettre de poser plus souvent l'indication de facettes et d'améliorer la qualité de mes restaurations antérieures directes.”

DR NADIA OSVALD



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Analyser, diagnostiquer et poser l'indication

- Indications / Contre-Indications des restaurations directes et indirectes antérieures
- Intérêt et techniques de pose du champ opératoire
- Présentation des critères esthétiques du sourire
- Outils d'analyse esthétique et de communication avec patient et prothésiste

Les restaurations directes antérieures : partie 1

- Observer avant d'agir : Analyse préalable de la situation
- État des lieux sur les composites disponibles pour le secteur antérieur
- Limite des composites en secteur antérieur
- Matériel nécessaire à la réalisation de composites stratifiés

Les restaurations directes antérieures : partie 2

- La stratification anatomique multicouche
- La stratification anatomique bi-laminaire simplifiée
- La fermeture de diastème
- Les composites injectés
- Finition et polissage
- Empreinte et temporisation

Les restaurations indirectes partielles collées antérieures : partie 1

- Wax-up et Mock-up : proposer par la technique de cire montée et valider à l'aide du masque en résine
- Les différents temps de la préparation

Les restaurations indirectes partielles collées antérieures : partie 2

- Le protocole d'assemblage des facettes en céramiques collées



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325014



100 % prise en charge (~~1 180 €~~)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



14h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

RESTAURATIONS POSTÉRIEURES DIRECTES ET INDIRECTES EN DENTISTERIE ADHÉSIVE

ANALYSE, INDICATIONS ET EXÉCUTION



Dr François REITZER

Maître de conférences des universités en dentisterie restauratrice - praticien hospitalier (MCU-PH)
MSc, PhD en biomatériaux
DU d'esthétique du sourire

Dr Ali SALEHI

Ancien attaché hospitalier au Département de Prothèses
Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg
Docteur en Chirurgie Dentaire, pratique libérale

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Permettre de poser les bonnes indications entre restaurations directes ou indirectes
- Donner des clés pour anticiper les difficultés afin de mieux les gérer voire de les éviter
- Permettre d'acquérir des protocoles cliniques simples et reproductibles, applicables dans un exercice quotidien
- Savoir choisir la technique et le matériau adapté à la situation clinique
- Savoir tirer profit des matériaux actuels pour améliorer la qualité de ses restaurations directes ou indirectes

La demande esthétique des patients augmente clairement, et ce depuis un moment déjà. L'évolution des mentalités, l'importance de l'image que l'on donne de soi au sein de la société, exacerbée par les réseaux sociaux, contribuent à ce phénomène. L'augmentation de la participation des confrères et collègues aux formations consacrées à la dentisterie esthétique témoigne également de la nécessité à s'armer suffisamment pour répondre aux besoins des patients de plus en plus sensibles à l'esthétique de leur sourire.

LES RESTAURATIONS PARTIELLES COLLÉES AUGMENTENT LES CHANCES DE MAINTIEN DE LA DENT NATURELLE SUR L'ARCADE

La dentisterie adhésive permet une approche beaucoup plus conservatrice dans la prise en charge des patients. Lorsque les indications sont bien posées et que les protocoles de réalisation sont bien menés, les restaurations partielles

collées augmentent les chances de maintien de la dent naturelle sur l'arcade. Bien que ces traitements dentaires fassent déjà bien partie du présent de la profession, le faible coût tissulaire engendré par ces techniques et la durabilité de ces restaurations devraient pousser les praticiens à en faire de plus en plus le futur de la dentisterie restauratrice. Dans cette formation, nous insistons surtout sur les éléments permettant de bien poser l'indication des restaurations partielles et sur les principes biologiques, mécaniques et esthétiques permettant de définir la nécessité de faire un inlay, un onlay ou un overlay. Il n'y a pas de recette toute faite ou de systématisation possible, car chaque situation clinique est unique. Une fois l'indication posée, nous revenons sur les principes de préparation et les bases du collage pour en sortir des protocoles à respecter en technique directe comme indirecte pour assurer un travail qualitatif qui tiendra dans le temps. Comme pour les autres disciplines en dentisterie, poser la bonne indication et respecter les protocoles de réalisation sont indissociables et indispensables pour réussir nos traitements.



DE NOMBREUSES EXPLICATIONS ET « TRUCS ET ASTUCES » SONT DONNÉS POUR AIDER À RAPIDEMENT METTRE LES CHOSES EN PLACE

En plus de notions théoriques pour intégrer les concepts permettant d'arriver aux protocoles établis, cette formation se veut très pragmatique. De nombreuses explications et « trucs et astuces » sont donnés pour aider à rapidement mettre les choses en place dans la pratique quotidienne des omnipraticiens qui suivront cette formation. Pour certains, ce sera une remise en question totale et, pour d'autres, un ajustement ou l'approfondissement d'une approche qu'ils ont peut-être déjà dans leur cabinet.

“C’est sur la formation c’est du solide et on ne regrette pas d’avoir franchi le pas ! L’intérêt de cette formation c’est qu’elle est très dense, sans temps mort et qu’elle nous fait prendre conscience de nos limites et nous pousse à nous dépasser.

Encore bravo”

DR STEPHAN POUJOL



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Analyser, diagnostiquer et poser l'indication

- Intérêts et techniques de pose du champ opératoire
- Arbre décisionnel dans les choix thérapeutiques

Les restaurations directes postérieures : partie 1

- La micro-infiltration résineuse interproximale
- Principes de préparation des cavités
- Le matricage conventionnel
- Technique alternative : la custom rings technique

Les restaurations directes postérieures : partie 2

- Les techniques conventionnelles et simplifiées
- Les techniques originales et innovantes

Les restaurations indirectes partielles collées postérieures : partie 1

- Principes de préparation
- Le point sur l'hybridation dentinaire immédiate, le design de la cavité par addition de matériau et la remontée de marge
- La prise d'empreinte et la temporisation

Les restaurations indirectes partielles collées postérieures : partie 2

- Mise au point sur les matériaux disponibles
- Protocole d'assemblage selon le matériau choisi



ACTION

Programme intégré

Action DPC N° 99F92325013



COÛT

100 % prise en charge (~~1 180 €~~)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



DURÉE

14h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

RESTAURER LA DENT DÉPULPÉE DÉLABRÉE

LES DONNÉES ACTUELLES DES RECONSTITUTIONS CORONO-RADICULAIRES



Dr Julien BROUSSEAU

Ancien Assistant hospitalo-universitaire – Service des Prothèses de l'UFR Bordeaux 2
Président de l'Association Aquitaine Prothèse (AAP)
Attaché hospitalo-universitaire CHU Bordeaux- Service des prothèses

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Choisir la mise en place ou non d'un tenon radiculaire
- Choisir le type de reconstitution corono-radicaire en fonction du délabrement dentaire, de la dent concernée, du rôle de la dent sur le plan prothétique et de l'occlusion
- Maîtriser toutes les étapes de réalisation d'un inlaycore (préparation, empreinte, essai et assemblage)
- Maîtriser toutes les étapes de réalisation d'une reconstitution par matériaux insérés en phase plastique (préparation, isolation, collage, finition)
- Identifier les risques de fracture radiculaire et les dents à haut risque
- Mesurer l'importance du cerclage

La dentisterie moderne apporte une approche de plus en plus conservatrice des tissus dentaires. Elle est guidée par les principes d'économie tissulaire, grandement aidée par les progrès des matériaux et notamment du collage. Ainsi, les chirurgiens-dentistes sont de plus en plus amenés à réintervenir et à conserver des dents extrêmement délabrées. Les reconstitutions coronoradicaire font ainsi partie intégrante de l'activité clinique des omnipraticiens. La mise en place d'un tenon trouve donc son indication sur des dents devant être couronnées, pour lesquelles la perte de substance est de 75 % ou plus. Il assure le soutien de la portion coronaire de la reconstitution, elle-même support de la coiffe prothétique, et n'a donc qu'un rôle de rétention.

LES DIFFÉRENCES ENTRE LA RÉALISATION D'UNE RECONSTITUTION COMPOSITE (RMIPP) ET LA RÉALISATION D'UN INLAY-CORE SONT NOMBREUSES, BIEN AU DELÀ DE L'ASPECT DIRECT OU INDIRECT DE LA TECHNIQUE OU DU PROTOCOLE OPÉRATOIRE

Les RMIPP privilégient l'économie tissulaire, le collage et des propriétés mécaniques proches de celles de la dentine. Les inlay-cores quant à eux présentent une plus grande résistance mécanique et une plus grande rigidité. Ils sont réalisables de façon plus simple mais présentent malheureusement un risque accru de fracture radiculaire. Concernant le choix du type de reconstitution, elle est sous la responsabilité entière du praticien, mais on sait aujourd'hui que d'autres paramètres entrent en jeu comme l'anatomie radiculaire, le positionnement gingival de la limite, le module d'élasticité des matériaux, le schéma occlusal, le collage, l'esthétique, mais aussi le cerclage.

Le cerclage ou « ferrule effect » est la partie circumférentielle de la coiffe prothétique qui repose sur la dentine cervicale, et qui assure le sertissage et la protection de la dent. Par analogie, le cerclage est assimilé à la zone de dentine résiduelle au niveau de la limite cervicale. Il est un facteur protecteur-clé dans la prévention des fractures radicales en s'opposant à l'effet de coin lors de la mise en place d'un tenon et en protégeant la racine des forces occlusales et latérales.



La préservation de cette dentine cervicale est donc une priorité, tant au niveau de la préparation périphérique externe que de la partie camérale et du cône de raccordement.

LE PRATICIEN POURRA EFFECTUER TOUTES LES ÉTAPES DE RÉALISATION D'UNE RECONSTITUTION CORONORADICULAIRE

Dans cette formation, j'ai donc choisi de proposer une réflexion clinique, et sans doute un peu philosophique, sur le choix de ces RCR. Cette réflexion, basée sur des arguments cliniques et bibliographiques, permet de dégager un choix beaucoup plus clair pour le praticien, avec un bénéfice tangible et directement applicable au cabinet dentaire.

Toutes les techniques sont abordées sous forme de vidéos, de présentations pas à pas et même de fiches cliniques pour les assistant(e)s dentaires. Mon objectif est d'immerger le praticien qui suit cette formation, dans mon cabinet et derrière mon épaule, afin de lui proposer des situations cliniques réelles, en lui livrant mes gestes et astuces.

“Super formation de haut niveau, très actuelle avec un formateur top et une équipe d'Id Webformation très agréable, performante et à notre écoute. Je recommande et encore merci à tous.”

DR RAPHAEL PIARD



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Les indications de mise en place d'un tenon

Les reconstitutions corono-radicaux coulées (inlay-core)

- Grands principes
- Étapes de préparation
- Empreintes
- Assemblage - scellement ou collage
- Limites

Les reconstitutions par matériaux insérés en phase plastique (RMIPP)

- Concepts et avantages
- Isolation
- Étapes de préparation
- Différents agents de collage

Le cerclage

- Principes
- Cerclage, matériaux et mode de jonction
- Conserver ou extraire ?

Les fractures

- Causes
- Symptomatologie
- Prévention



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325008



100 % prise en charge (~~1 010 €~~)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

RÉUSSIR LA PROTHÈSE SUR IMPLANT DES ÉDENTEMENTS UNITAIRES ET PARTIELS



Dr Jérémie PERRIN

CES parodontologie, odontologie chirurgicale et prothèses fixées

Ex AHU parodontologie et prothèses

1^{er} prix du « Grand Prix Prothèse Dentaire » de la revue Stratégie Prothétique en 2019

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Prendre une empreinte implantaire et choisir sa technique ainsi que les matériaux
- Choisir entre prothèse scellée et vissée
- Gérer l'occlusion des prothèses implantaires
- Créer et reproduire un profil d'émergence
- Connaître les matériaux constitutifs des prothèses (zircone, titane, disilicate de lithium)
- Gérer les points de contact
- Anticiper et mettre en place la maintenance implantaire
- Organiser le cabinet

Aujourd'hui, pour un chirurgien-dentiste, la maîtrise de la prothèse implantaire est un élément incontournable car tous les jours ou presque nous sommes amenés dans notre pratique à effectuer des extractions ou à rencontrer des patients à qui il manque une ou plusieurs dents. Même si l'omnipraticien délègue le côté chirurgical, il peut s'occuper de la partie prothèse implantaire. L'implantologie est devenue de nos jours le traitement de référence pour remplacer les dents manquantes car le patient a une solution durable en bouche avec une grande capacité masticatoire comparable à celle des dents naturelles.

“J'INSISTE PARTICULIÈREMENT SUR LES TRUCS ET ASTUCES ET LES TECHNIQUES SPÉCIFIQUES”

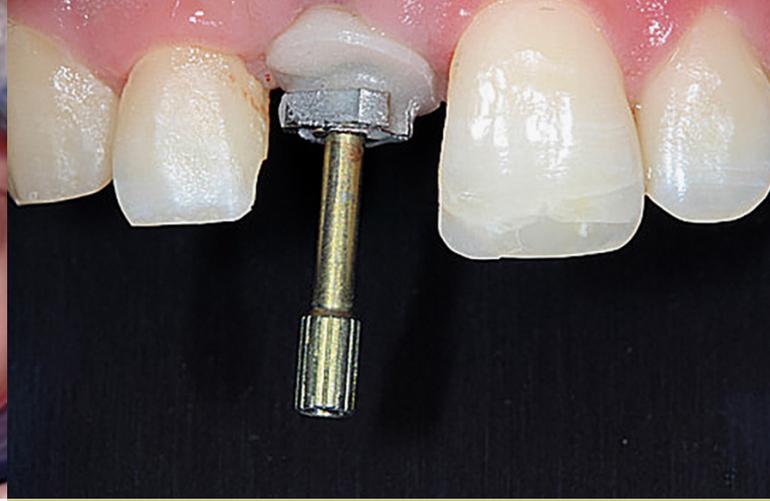
Il est primordial pour l'omnipraticien de bien connaître les indications pour faire le choix entre une prothèse scellée et une prothèse vissée sur implant.

Si l'implant est bien placé, il est préférable d'opter pour une solution vissée. En effet, cette solution est démontable et il n'y a pas d'excès de ciment nuisible à la pérennité de l'implant. Les réinterventions et les démontages sont également plus faciles en prothèse vissée qu'en prothèse scellée et les industriels ont bien compris cela en développant des gammes d'embases en titane compatibles avec de nombreuses situations cliniques (par exemple pour les rattrapages d'axes). Au niveau esthétique, sur ce système, un accès pour le vissage est nécessaire si le scellement n'est pas retenu. Mais il est aujourd'hui aisé de le masquer avec un composite esthétique.

Selon les cas cliniques, il peut être nécessaire d'utiliser une prothèse scellée, par exemple quand l'implant est difficilement compatible avec le projet prothétique.

Lors de la pose d'une prothèse sur implant, il ne faut surtout pas négliger l'occlusion et les points de contact.

En effet, la différence principale entre un implant et une dent est la présence d'un ligament autour de la dent, en opposition avec l'ostéointégration de l'implant.



De ce fait, les forces reçues par les implants ne sont pas atténuées mais transmises directement à l'os, classiquement on essaye de régler les prothèses implantaire pour qu'elles soient en occlusion après les dents (quand le ligament des dents restantes a déjà amorti une partie des forces). Il faut savoir également que les dents se déplacent tout au long de la vie mais pas les implants. Ceci peut donc entraîner des pertes de points de contacts entre les dents naturelles et les implants. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est essentiel pour le praticien de contrôler les points de contact lors des visites de maintenance implantaire tous les ans.

“L'OMNIPRATICIEN POURRA DIRECTEMENT METTRE EN PRATIQUE SES ACQUIS AU SEIN DE SON CABINET”

À l'issue de cette formation en ligne, l'omnipraticien pourra directement mettre en pratique ses acquis au sein de son cabinet dentaire car mon objectif a été de communiquer aux chirurgiens-dentistes tous les protocoles et techniques que j'utilise moi-même au sein de mon cabinet. Ils retrouveront par exemple dans la formation un cas clinique de restauration d'incisive supra-implantaire de la provisoire à la prothèse d'usage et je leur montrerai toutes les étapes pour réaliser un profil d'émergence optimal. Il faut rappeler enfin que le plateau technique nécessaire pour réaliser de la prothèse sur implant ne nécessite pas un investissement important pour le chirurgien-dentiste : une clé dynamométrique, un tournevis, un transfert et un analogue de l'implant utilisé.

“Formation dynamique, complète et sérieuse, facile à suivre ! Je recommande vivement”

DR CORINNE SCHNEIDER-PIGEROULET



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Le projet prothétique

- Principe
- Exemple de traitement en absence de projet prothétique

Les empreintes implantaire

- Empreinte à ciel ouvert/ciel fermé
- Les matériaux à empreintes et les porte-empreintes

Les moyens d'assemblage

- Prothèses scellées ou vissées / unitaires ou solidaires
- Les matériaux d'assemblage
- Choix des matériaux d'infrastructure

Cas antérieurs : création et reproduction du profil d'émergence

- Mise en forme des tissus mous
- L'empreinte avec transfert personnalisé

Le réglage des points de contact

Le couple de serrage

Le réglage de l'occlusion

Importance de la maintenance

Réinterventions

Organisation au cabinet



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325003



100 % prise en charge (1 180 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



14h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

APPROCHE ACTUELLE DE LA PROTHÈSE FIXÉE UNITAIRE DU DIAGNOSTIC À LA POSE



Dr Philippe BOITELLE

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier Université de Lille et CHU de Lille

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Évaluer la situation clinique et établir un plan de traitement favorisant l'économie tissulaire et les reconstitutions biomimétiques
- Choisir la thérapeutique prothétique selon le gradient thérapeutique
- Connaître les matériaux constitutifs des prothèses d'usage
- Connaître les matériaux constitutifs des prothèses provisoires selon les recommandations de la HAS sur la pose d'une couronne dentaire transitoire dento-portée de février 2019
- Connaître les différentes chaînes de production des prothèses fixées unitaires (conventionnelle ou CFAO)
- Maîtriser les protocoles de préparations dentaires, d'enregistrement relief dentaire par des empreintes, de confection des restaurations provisoires et d'assemblage de la restauration définitive à la dent support
- Intégrer au quotidien les différentes séquences cliniques permettant la pose optimale d'une prothèse fixée unitaire

Ces dernières années, nous avons vécu un changement de paradigmes dans la dentisterie restauratrice sous l'influence de l'implantologie et des techniques adhésives. Effectivement, les techniques conventionnelles consistaient à assurer la rétention de la restauration par emboîtement de celle-ci sur le moignon dentaire. Ces soins prothétiques consistaient avant tout à la réduction des parois résiduelles par une élimination importante de tissus sains afin d'obtenir la rétention nécessaire.

LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'ASSEMBLAGE PAR COLLAGE A BOULEVERSÉ LES PRATIQUES

Le développement des systèmes d'assemblage par collage a bouleversé les pratiques puisque l'adhésion de la restauration

aux parois résiduelles de la dent obtenue par ces systèmes n'a plus besoin d'une préparation rétentive. Il s'agit donc de techniques très préservatrices des tissus constitutifs de la dent car seules les parois fragiles sont éliminées afin de laisser place à une dent aménagée pour supporter la restauration. Il y a donc une évolution de techniques induisant une soustraction de parties saines de la dent vers des techniques basées uniquement sur l'addition de biomatériaux remplaçant le délabrement dentaire causé par une pathologie. Cette évolution a donc bouleversé les indications d'une prothèse fixée unitaire conventionnelle à des circonstances cliniques très restreintes. La principale indication est la réfection d'ancienne couronne unitaire. Mais également les cas où les tissus résiduels sont tellement faibles ou non accessibles, pour une bonne application d'un système adhésif, que seule une solution conventionnelle avec un assemblage des pièces prothétiques par scellement



est envisageable. Il est donc nécessaire d'être capable d'analyser la situation clinique et d'être en mesure de préserver au maximum ce qui reste de la dent. Et ce, depuis la dépose des anciennes restaurations jusqu'à la pose des nouvelles structures prothétiques. La connaissance des matériaux constitutifs des prothèses d'usage et des prothèses provisoires est un élément incontournable dans une pratique rationnelle et raisonnée. La connaissance et la compréhension de quelques propriétés des matériaux permettent de mener des arbitrages dans le choix des matériaux et de poser l'indication la plus avantageuse pour son patient. Aujourd'hui, nous avons la chance de pouvoir jongler avec les différentes possibilités offertes et ainsi mieux répondre à la demande du patient.

AUJOURD'HUI, NOUS AVONS LA CHANCE DE POUVOIR JONGLER AVEC LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS OFFERTES ET AINSI MIEUX RÉPONDRE À LA DEMANDE DU PATIENT

Dans cette formation en ligne, nous évoquons également les bénéfices dans l'utilisation de la CFAO pour la réalisation d'une prothèse fixée unitaire. En effet, cette technologie n'a cessé d'évoluer et de se perfectionner dans le domaine de l'odontologie pour s'imposer comme un outil de travail incontournable à l'ère du numérique. A la différence de l'empreinte physique, la chaîne CFAO représente une voie de production plus reproductible et répétable. L'empreinte optique comporte elle-même les avantages d'être plus tolérée dans la bouche des patients, d'avoir un stockage de faible taille et inaltérable, d'ouvrir la possibilité à d'autres matériaux (la zircone est uniquement fabriquée par CFAO), et l'envoi facilité et très rapide des empreintes optiques à un prothésiste à distance. Les patients bénéficient donc aujourd'hui de restaurations non seulement plus esthétiques, biomimétiques et bien plus adaptées.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Analyse de la situation clinique et démarche thérapeutique

- Évaluer le délabrement des tissus dentaires
- Démarche biomimétique en prothèse fixée
- Établir un plan de traitement et une chronologie des étapes prothétiques

Choix thérapeutique en Prothèse fixée unitaire

- Quels sont les différents types de prothèse fixée unitaire
- Choisir le type de prothèse le plus indiqué

Choix des matériaux

- Les restaurations monolithiques
- Les restaurations à infrastructure stratifiées

Procéder à la dépose des restaurations prothétiques défectueuses

Principes d'aménagement des tissus support de la prothèse

- Quel type de préparation selon le matériau
- Quel type de préparation selon le type de restauration

Enregistrement des surfaces dentaires et conceptions de la prothèse

- Protocole de réalisation des empreintes
- Conception conventionnelle et conception assistée par ordinateur des restaurations prothétiques

Pose d'une prothèse provisoire

- Quels matériaux utiliser pour la prothèse provisoire
- Protocoles de réalisation des prothèses provisoires

De l'essayage à l'assemblage



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325001



100 % prise en charge (1 180 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



14h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

OPTIMISER SA PRATIQUE GRÂCE AU NUMÉRIQUE

CHOISIR SES ÉQUIPEMENTS POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION AU CABINET



Dr Karim NASR

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier

Responsable du Diplôme d'Université de CFAO de Toulouse

Responsable AEU de CFAO directe de Toulouse

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

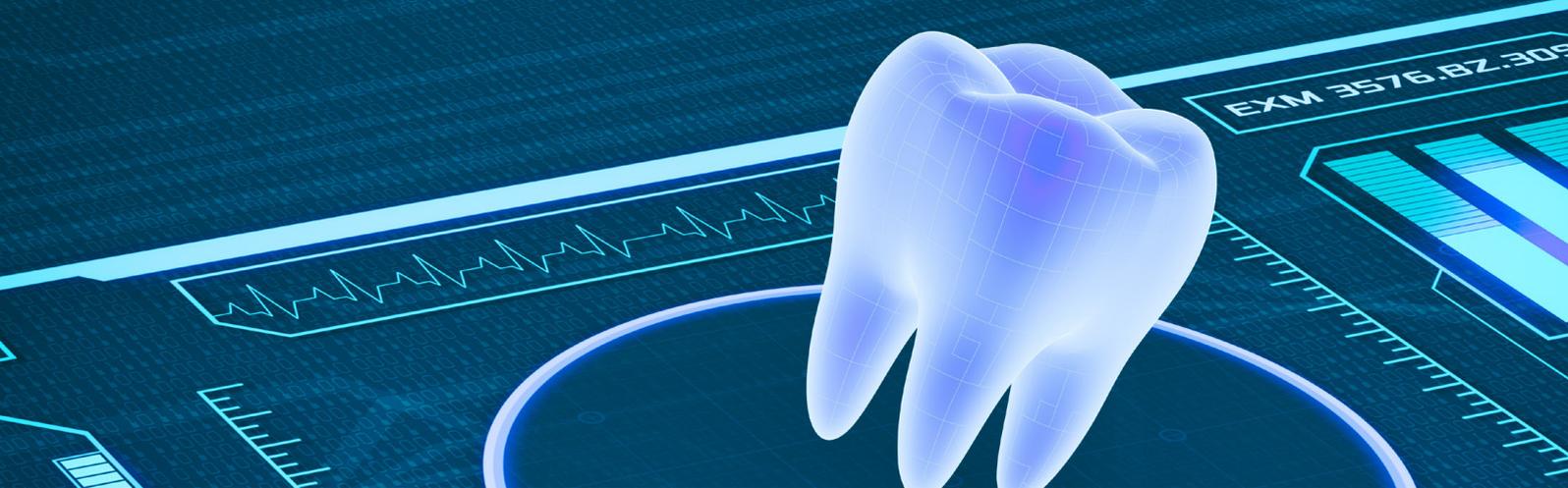
- Savoir définir ce qu'est un flux numérique en odontologie
- Maîtriser la transmission des données (empreintes, flux numérique, format de fichiers...)
- Connaître les différentes étapes en CFAO dentaire et les procédés disponibles
- Savoir comment définir un projet esthétique numérique et le mettre en oeuvre.
- Savoir quand et comment réaliser la concaténation (matching) de fichiers numériques
- Connaître les possibilités en prothèse amovible via un flux de travail numérique
- Connaître les différents moyens d'enregistrement numérique de l'occlusion

Pour un cabinet dentaire, la rentabilisation d'un équipement de numérisation (caméra) ou de production (usinage, impression) par rapport à l'investissement que cela représente, va se jouer à moyen ou long terme. Un cabinet dentaire va principalement gagner en temps et en productivité, ce qui est un avantage énorme pour le chirurgien-dentiste qui pourra, s'il le souhaite, recevoir plus de patients chaque jour. L'optimisation des procédures et les nouveaux flux de travail permis par ces équipements sont, à mon avis, les clés du retour sur investissement.

LA VISUALISATION DU PROJET EN PHOTOS ET EN 3D EST UN VRAI ATOUT POUR L'APPROPRIATION ET LA PROJECTION DU PATIENT

Les logiciels de « Smile design » et de conception assistée sont un réel atout pour l'omnipraticien dans la présentation à son patient d'un projet esthétique et d'une planification prothétique, car ils vont permettre au chirurgien-dentiste de réfléchir au meilleur projet pour le patient en lui apportant une étude personnalisée et réaliste par rapport à sa problématique.

Mais ils vont également permettre au chirurgien-dentiste de réaliser virtuellement ce projet esthétique pour pouvoir le lui présenter. La visualisation du projet en photos et en 3D est un vrai atout pour l'appropriation et la projection du patient dans son futur traitement. Dans l'avenir, il est inévitable que l'impression 3D soit amenée à prendre de plus en plus d'importance jusqu'à fortement concurrencer voire remplacer l'usinage, car elle promet plus de perspectives de travail.



Un des freins vient actuellement des matériaux « définitifs » qui ne sont pas encore au niveau des propriétés des matériaux usinés ou alors qui n'existent pas encore « commercialement parlant » (céramiques). Mais ce n'est qu'une question de temps. Selon moi, l'impact du numérique sur les patients en termes d'image de marque pour le cabinet dentaire est énorme !

En effet, un patient a besoin à l'heure actuelle de se sentir à l'aise et confortable dans un cabinet dentaire. Il va juger la propreté, l'hygiène, la stérilisation, mais également le professionnalisme et les équipements du cabinet. Le numérique et les écrans sont omniprésents dans nos vies à tous. Alors quand le patient voit ses empreintes, captées immédiatement par une caméra (et sans pâte !), sur un écran, il comprend qu'il est dans un cabinet moderne en phase avec son temps et qu'il bénéficie de soins dernière génération d'une grande fiabilité et d'une grande précision.

PROGRAMME DE LA FORMATION

Introduction

- Les différentes technologies et leurs conséquences cliniques
- Caractéristiques techniques et critères de choix
- Chemin de scannage en empreinte sectorielle et complète
- Transmission des données et formats de fichiers

La conception et la fabrication assistées

par ordinateur en prothèse fixée

- Matériaux disponibles
- Procédés de fabrication et conséquences cliniques
- Place de l'impression 3D
- Intérêt de la CFAO directe

Enregistrement et contrôle de l'occlusion

- Enregistrement de l'occlusion statique
- Enregistrement de l'occlusion dynamique
- Transfert et exploitation des informations au laboratoire
- Contrôle de l'occlusion

Projet esthétique et planification prothétique

- Outils numériques d'analyse esthétique
- Intérêt du scan facial
- Smile design 2D/3D et conception informatique
- Procédés de transposition du projet en bouche

Numérique en implantologie

- Outils de planification implantaire
- Étapes de la planification implantaire
- Chirurgie guidée et Navigation
- Empreintes numériques sur implants et profils d'émergence
- Adaptation des outils à l'endodontie

Prothèse amovible et numérique

- Flux numérique en prothèse amovible partielle
- Flux numérique en prothèse amovible complète
- Usinage vs Impression 3D



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR



ACTION

Formation continue

Action DPC N° 99F92325010



COÛT

100 % prise en charge (550 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



DURÉE

10h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

CONE BEAM CT

JUSTE PRESCRIPTION ET BONNE INTERPRÉTATION POUR UNE THÉRAPEUTIQUE ÉCLAIRÉE



Dr Laurent HAURET

Docteur en Médecine, Université de Bordeaux II
Spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale
Référént auprès de la Fédération Nationale des Médecins
Radiologues pour "La Tomographie volumétrique
à faisceau conique de la face"

Dr Patrick ROUAS

Maître de Conférences des Universités, Odontologie pédiatrique, Bordeaux
Chercheur permanent, laboratoire PACEA, UMR5199, Bordeaux
Président de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Savoir prescrire au bon moment, à bon escient et avec le meilleur rendement diagnostique un CBCT
- Analyse et interprétation des images tumorales et pseudo-tumorales radio-claires et radiodenses
- Analyse et interprétation des images endodontiques avant, pendant et après traitement canalair
- Analyse et interprétation des images orthodontiques (germe dentaire surnuméraire, ankylose, rhizalyse, etc.)
- Analyse et interprétation des images pour optimisation et sécurisation de la prise en charge implantaire
- Analyse et interprétation des images de sinusite maxillaire, en particulier d'origine dentaire
- Analyse et interprétation des images de dent de sagesse pour sécurisation de la prise en charge chirurgicale
- Analyse et interprétation des images multi-modalités dans la prise en charge d'un SADAM

Le Cone-beam CT est devenu un outil incontournable dans tous les domaines de la chirurgie dentaire (implantologie, orthodontie, endodontie ...). Il offre comme avantages par rapport au scanner classique trois atouts majeurs que sont une dosimétrie plus favorable, une résolution spatiale inégalée et une grande résistance aux artefacts métalliques. Désormais nous disposons d'un arsenal iconographique capable d'étude exhaustive dans tous les plans de l'espace, avec de multiples logiciels dédiés, de l'anatomie osseuse normale ou pathologique, de l'anatomie dentaire traitée ou non et de la composition aérienne ou non des sinus maxillaires.

**LA HAS MET AVANT LE RAPPORT BÉNÉFICE/
RISQUE DE CET ACTE CHIRURGICAL
TROP SOUVENT BANALISÉ**

Le panoramique dentaire reste toujours l'incontournable examen de première intention, au côté des radiographies intra-orales, dans l'étude iconographique dentaire et maxillo-faciale. De même, en orthodontie, le couple panoramique dentaire et télécône face/profil reste la base de l'imagerie pré-thérapeutique. Le Cone-beam CT reste un examen de deuxième intention avec des indications bien codifiées. Classiquement, il complètera le couple clinique/imagerie 2D soit en cas de découverte de pathologie répondant aux critères de prescription soit en cas de discordance clinique/imagerie 2D. Par exemple, après la découverte d'une volumineuse formation kystique de la mandibule en panoramique dentaire, je réalise un Cone-Beam CT pour un bilan anatomique pré-chirurgical et une tentative d'approche histologique. Deuxième exemple, devant une paralysie sensitive du nerf alvéolaire inférieur sans explication



en panoramique dentaire, je réalise un Cone-Beam CT qui découvre une ostéolyse maligne de la mandibule non vue sur la panoramique dentaire. Il existe aujourd'hui des règles importantes à respecter pour un chirurgien-dentiste au niveau de la radioprotection. La radioprotection repose sur l'acronyme anglo-saxon ALARA : As Low As Reasonably Achievable. Ce théorème de base se décline en législation française par : justification, optimisation et limitation de dose. La justification peut se résumer de la façon suivante : quand je fais un Cone-Beam CT, y-a-t-il un véritable intérêt pour le patient et une véritable implication thérapeutique suivant les résultats ? L'optimisation peut se résumer de la façon suivante : ai-je le bon appareil et ai-je une bonne utilisation de ce dernier ? Cette notion est loin d'être anodine car l'utilisation d'un Cone-Beam CT traduit la délégation de la qualification de radiologue à un chirurgien-dentiste. Dans le même ordre d'idée, les assistantes dentaires n'ont pas délégation pour manipuler seules ces appareils à la différence des manipulateurs ou manipulatrices en radiologie diplômés d'état.

L'IMAGERIE AVEC LE CONE-BEAM CT PERMET DE BONS DIAGNOSTIQUES : LE BON PATIENT, LE BON MOMENT ET LA BONNE INDICATION POUR LA BONNE THÉRAPEUTIQUE

Le Cone-Beam CT offre un excellent rendement diagnostique : la bonne indication couplée à une interprétation de qualité oriente vers une thérapeutique adaptée. Les traitements et les chirurgies inutiles sans réel bénéfice pour le patient sont ainsi limités.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Juste prescription du Cone beam CT

- Le bon patient, le bon moment, la bonne indication
- Prise en compte de la radioprotection

Bonne interprétation du CB CT devant des images tumorales et pseudotumorales radio-claires

- Séméiologie radiologique de base en Cone beam
- Images claires bénignes d'origine dentaire
- Images claires bénignes d'origine extra-dentaire
- Images claires malignes

Bonne interprétation du CB CT devant des images tumorales et pseudotumorales radio-denses

- Images denses bénignes d'origine dentaire, extra-dentaire et malignes

Bonne interprétation du CB CT en endodontie

- Les LIPOE
- Anatomie pré-thérapeutique
- Récidive et iatrogénie

Bonne interprétation du CB CT en orthodontie

- Malformation dentaire
- Éléments surnuméraires
- Ankylose, rhizalyse, crochet apical

Bonne interprétation du CB CT en implantologie

- Le volume osseux, dimension et qualité
- Les régénérations et les greffes
- La chirurgie numérique guidée

Bonne interprétation du CB CT des sinus maxillaires

- Anatomie en trois dimensions des sinus maxillaires
- Les sinusites d'origine dentaire et les autres

Bonne interprétation du CB CT avant chirurgie des dents de sagesse

- 38/48 et canal nerveux mandibulaire
- 18/28 et structures avoisinantes

Bonne interprétation du CB CT devant un SADAM

- Place du Cone Beam CT dans l'arsenal diagnostique
- Les classiques et les pièges



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325015



100 % prise en charge (930 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



11h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

RISQUE INFECTIEUX

DERNIÈRES RECOMMANDATIONS ET CONDUITE À TENIR



Dr Vanessa BAAROUN

Responsable de l'enseignement de Chirurgie Orale, Université Paris 7
Responsable de l'enseignement de Pharmacologie clinique et thérapeutique,
Université Paris 7

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Faire le point sur les modifications des définitions des populations à risque
- Aider le praticien dans sa prise de décision face à un patient potentiellement à risque
- Connaître les éléments et examens complémentaires permettant d'évaluer le risque infectieux
- Identifier les situations cliniques présentant un risque plus ou moins important de complication infectieuse
- Faciliter la prise en charge en odontologie des patients à risque modéré ou élevé d'endocardite infectieuse
- Savoir orienter vers une prise en charge hospitalière quand nécessaire
- Évaluer le risque présumé d'un patient de développer une ostéonécrose
- Redéfinir les actes autorisés ou non en fonction du risque présumé

Dernièrement, les définitions des populations à risque ont changé. La littérature scientifique s'étoffe chaque jour d'études, permettant d'améliorer nos connaissances sur de nombreux domaines. Par exemple, concernant les patients porteurs de prothèses articulaires, on a longtemps suspecté un lien causal entre infection buccodentaire et infection sur prothèse. Or, lors des 10-15 dernières années, plusieurs études se sont intéressées à ce sujet et ont montré que les gestes bucco-dentaires, invasifs ou non, sous antibiotiques ou non, n'entraînaient pas d'infection sur prothèse.

AUJOURD'HUI, IL N'EST PLUS SYSTÉMATIQUE DE PRESCRIRE UN ANTIBIOTIQUE APRÈS UNE CHIRURGIE ORALE

Si l'on s'intéresse par exemple à l'avulsion des dents de sagesse mandibulaires, on craint effectivement une infection postopératoire, et à juste titre, car elle est plus ou moins fréquente en fonction de divers facteurs de risque. En revanche, des revues systématiques de la littérature et méta-analyses ont montré que l'antibioprophylaxie était aussi voire plus efficace pour prévenir ces infections postopératoires qu'un traitement postopératoire, et avec logiquement moins d'effets indésirables. Cette formation en ligne consacrée au risque infectieux est intéressante pour tout praticien, débutant ou expérimenté, désireux de se mettre à jour sur les dernières recommandations. L'idée est de balayer tout type de risque infectieux que l'on peut rencontrer dans une pratique quotidienne, du patient diabétique équilibré au patient à risque d'endocardite infectieuse,

en passant par ceux sous bisphosphonates. Pour identifier un patient à risque, la clé est bien entendu le questionnaire médical. Sans celui-ci, impossible de « deviner » les antécédents du patient et ses éventuels sur-risques. Mais pour bien conduire ce questionnaire médical, évidemment, il faut savoir ce que l'on cherche.

LA DISCUSSION AVEC LES DIFFÉRENTS PRATICIENS PRENANT EN CHARGE LE PATIENT EST ESSENTIELLE

Il est donc important de se tenir à jour sur les recommandations et la littérature sur ce sujet. Enfin, le contact et la discussion avec les différents praticiens prenant en charge le patient sont essentiels. Cet échange permettra de préciser des détails que le patient ne peut parfois pas nous donner et décider, en concertation, d'une stratégie adaptée pour optimiser la prise en charge du patient en limitant au possible les risques pour lui.

“Sur la forme : pour un premier e-learning, prise en main facile, powerpoint clair.
Sur le fond : merci beaucoup à la pédagogie de la formatrice.”

DR KATHY COLY



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Identifier les patients à risque

- Qui considérer comme immunodéprimé ? Qui considérer comme à risque d'endocardite infectieuse ?
- Qui considérer comme à risque d'ostéonécrose ?

Identifier les situations à risque

- Qu'est-ce qu'un foyer infectieux bucco-dentaire (FIBD) ?
- Quelle est la place des examens complémentaires ?
- Quelles complications craindre ?

Risque d'endocardite infectieuse au cabinet dentaire

- Un point sur l'endocardite infectieuse en 2022
- Actes autorisés et actes contre-indiqués
- La place de l'antibioprophylaxie
- Stratégies préventives

Prise en charge du patient immunodéprimé

- Actes autorisés et contre-indiqués
- Quelle antibiothérapie choisir ?
- Stratégies préventives

Risque d'ostéonécrose

- Prise en charge des patients à risque d'ostéoradionécrose
- À risque d'ostéonécrose médicamenteuse.

Risque infectieux dans la population générale

- Quels sont les risques ?
- Que disent les recommandations pour la population générale ?
- Place de l'antibiothérapie et de l'antibioprophylaxie dans la population générale : exemple de la dent de sagesse mandibulaire

Où en est la littérature depuis les recommandations ?

- Les données récentes quant au risque d'endocardite infectieuse
- Quant au risque chez le patient immunodéprimé
- Quant au risque dans la population générale



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325017



100 % prise en charge (1 010 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

PATHOLOGIES DE LA MUQUEUSE ORALE POUR L'OMNIPRATICIEN

LES CLÉS POUR MIEUX LES DIAGNOSTIQUER



Pr Jean-Christophe FRICAIN

Spécialiste qualifié chirurgie orale
Responsable de l'Unité d'Activité Médicale des pathologies de la muqueuse orale CHU Bordeaux
Directeur d'unité INSERM 1026 (2016 à 2021)
Docteur en chirurgie dentaire, Bordeaux
CES Odontologie chirurgicale

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Savoir reconnaître et décrire : la muqueuse normale, les variations physiologiques et les lésions de la muqueuse buccale
- Savoir repérer les facteurs de risques des lésions bénignes et malignes de la muqueuse buccale
- Savoir poser les principaux diagnostics face à une lésion élémentaire de la muqueuse buccale
- Savoir adapter la conduite à tenir au cabinet dentaire face à une pathologie de la muqueuse buccale
- Savoir diagnostiquer et interpréter une douleur de la muqueuse buccale
- Savoir diagnostiquer et interpréter une sécheresse de la muqueuse buccale

La capacité professionnelle du chirurgien-dentiste inclue la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies des dents de la bouche et des tissus attenants. Les pathologies de la muqueuse buccale rentrent ainsi parfaitement dans ce champ. La pénurie de spécialistes sur le territoire nécessite une plus grande implication des omnipraticiens. Il s'agit d'un problème de santé publique qui nécessite une meilleure formation des confrères généralistes. Il ne faut pas oublier par exemple, que diagnostiquer un cancer de la bouche à un stade précoce peut sauver la vie du patient et diminuer la morbidité des traitements, il est donc primordial que les chirurgiens-dentistes soient formés à la dermatologie buccale.

**DIAGNOSTIQUER UN CANCER DE LA BOUCHE
À UN STADE PRÉCOCE PEUT SAUVER LA VIE
DU PATIENT ET DIMINUER LA MORBIDITÉ
DES TRAITEMENTS**

L'omnipraticien peut rencontrer au cours de son exercice au sein de son cabinet de nombreuses lésions élémentaires tels que les macules, les plaques, les papules, les plaques, les érosions, les ulcérations et les nodules... Cette description des maladies buccales en lésions élémentaires est le minimum que tous les omnipraticiens doivent consigner dans leur dossier patient. Cette description peut également servir de base en cas d'expertise. Une fois la maladie décrite en termes de lésion élémentaire ; le praticien devra se poser la question de l'étiologie (traumatique, tumorale, infectieuse, inflammatoire, médicamenteuse...) afin de poser un diagnostic ou d'adresser le patient à un spécialiste.

Il est important de reconnaître une lésion dermatologique buccale bénigne d'une lésion maligne. Le signe le plus sensible d'une lésion maligne est l'absence de guérison spontanée de la lésion mais ce signe n'est pas spécifique car de nombreuses pathologies bénignes peuvent être chroniques. Une pathologie chronique doit toujours être explorée et diagnostiquée.



Le diagnostic d'une lésion maligne repose sur l'examen anatomopathologique d'une biopsie de la lésion. En revanche, certains critères cliniques peuvent orienter vers une lésion maligne : ulcération à bords surélevés, lésions ulcérées associées à une kératose inhomogène, nodule végétant, induration à la palpation, adénopathies cervicales associées à une lésion suspecte...Il faut cependant garder à l'esprit qu'une lésion bénigne peut aussi révéler une maladie grave. Par exemple une gingivite ulcéro-nécrotique banale peut être la première manifestation clinique d'une leucémie.

LA DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE SIMPLIFIÉE CONSISTE À IDENTIFIER ET DÉCRIRE LES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES PAR UN EXAMEN CLINIQUE, POSER UN DIAGNOSTIC DES LÉSIONS LES PLUS FRÉQUENTES OU LES PLUS GRAVES ET ADRESSER LE PATIENT À UN SPÉCIALISTE EN CAS DE DOUTE DIAGNOSTIC

Face à une lésion potentiellement grave, le chirurgien-dentiste doit poser un diagnostic rapidement. S'il s'agit d'un cancer de la muqueuse, il faut réaliser une biopsie. Cette biopsie pourra être réalisée par l'omnipraticien ou par un spécialiste. Au minimum, l'omnipraticien devra adresser son patient pour la réalisation rapide de la biopsie. Ici encore, il faut insister sur le fait qu'une lésion bénigne peut révéler une maladie grave et que le diagnostic ne reposera pas toujours sur la biopsie mais également sur d'autres examens complémentaires (hémogramme, sérologies...).



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Examen clinique, radiologique et parodontal

- Savoir reconnaître et décrire : la muqueuse normale, les variations physiologiques et les lésions de la muqueuse buccale
- Savoir repérer les facteurs de risques des lésions bénignes et malignes de la muqueuse buccale

Traitement parodontal non-chirurgical mini-invasif

- Première et deuxième étape du traitement parodontal
- Évolution de l'instrumentation manuelle et ultrasonique
- Plateau clinique : description

Évolution des techniques chirurgicales

- Lambeau de préservation papillaire modifié
- Lambeau de préservation papillaire simplifié
- Chirurgie parodontale mini-invasive
- Chirurgie parodontale mini-invasive modifiée
- Lambeau de préservation papillaire totale

Diagnostic des lésions intra-osseuses

- Nombre de parois osseuses résiduelles
- Largeur et profondeur de la lésion
- Morphologie de la lésion intra-osseuse et potentiel de régénération

Choix de la technique

- Conditions pré-chirurgicales : lésions endo-parodontales, contamination locale, mobilité dentaire
- Choix de la technique : Accès chirurgical, type de lambeau, stratégie régénératrice

Chirurgie parodontale mini-invasive

- Cas clinique : protocole chirurgical illustré en vidéo

Travaux pratiques

- Travaux pratiques sur modèle illustré en vidéos



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325023



100 % prise en charge (1 010 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

DE LA SAGESSE DANS LA GESTION DES 3^{èmes} MOLAIRES

DE LA GERMECTOMIE À LA MÉSIALISATION !



Dr Sarah CHAUTY

Orthodontiste de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte
Maître de Conférences des Universités de LYON
Membre du comité de rédaction de *L'Orthodontiste*

Dr Alexandre HUTIN

Docteur en chirurgie dentaire à Lyon

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Poser l'indication d'avulsion des troisièmes molaires et choisir le moment favorable d'avulsion selon les recommandations de la HAS sur l'avulsion des troisièmes molaires
- Connaître les risques inhérents à l'avulsion des troisièmes molaires
- Choisir la thérapeutique adéquate pour le remplacement d'une molaire absente
- Comprendre les subtilités de la biomécanique des thérapeutiques selon l'ancrage : avec minivis ou sans minivis, Abalakov...
- Intégrer au quotidien les différentes séquences cliniques de mise en place d'une troisième molaire

Jusqu'en 2019 - date de parution des recommandations de la Haute Autorité de Santé -, les avulsions de 3^{èmes} molaires ont probablement parfois été posées pour raisons prophylactiques qui s'avéraient non fondées. Les dernières recommandations ont donc jeté un pavé dans la mare en restreignant ces indications. Effectivement, la HAS met avant le rapport bénéfice-risque de cet acte chirurgical trop souvent banalisé : risques infectieux, risques de paresthésie... et elle fournit des « non-indications » : probabilité de positionnement spontané sur l'arcade, 3^{èmes} molaires susceptibles d'entraîner un encombrement incisivo-canin, dent incluse asymptomatique, etc. Dans ces situations, la mise en place d'une surveillance clinique et radiologique avec un délai entre deux radiographies de 12 à 18 mois doit être privilégiée.

**LA HAS MET AVANT LE RAPPORT BÉNÉFICE/
RISQUE DE CET ACTE CHIRURGICAL TROP SOUVENT
BANALISÉ**

Différentes situations permettent de mettre à profit les dents de sagesse et notamment les cas de perte d'une molaire, le plus souvent la première molaire qui est la dent la plus atteinte par la maladie carieuse. Trois options thérapeutiques sont à évaluer et les 3^{èmes} molaires sont mises à profit dans deux d'entre elles : la fermeture orthodontique de l'édentement (lié à une carie, MIH...) qui place alors la 3^{ème} molaire en lieu de 2^{ème} molaire ; le maintien de l'espace pour une auto-transplantation de la 3^{ème} molaire qui prend alors le rôle de 1^{ère} molaire ; enfin, le maintien de l'espace pour une réhabilitation prothétique voire implanto-prothétique. Les différents critères cliniques doivent être mis en balance afin de prendre cette décision thérapeutique. Les procédures de mise en place seront détaillées et illustrées par de nombreux cas cliniques. S'il est recommandé de discuter de l'avulsion des 3^{èmes} molaires autour de l'âge de 16 ans, il est fréquent que le traitement orthodontique se termine avant cet âge, même au terme de l'année de contention et que les 3^{èmes} molaires ne soient pas encore sur l'arcade. Se pose alors la question de savoir qui doit assurer le suivi :



le chirurgien-dentiste traitant ou l'orthodontiste ? En effet, tous les cas de figure existent : certains orthodontistes vont jusqu'à convoquer de nouveau le patient. Lors des Journées de l'orthodontiste, le Dr Guyomard a expliqué que pour lui, une fois la période de contention terminée et les résultats orthodontiques atteints, cette responsabilité (voire coresponsabilité en cas de problème !) peut être transférée au chirurgien-dentiste traitant après mise en relation avec ce dernier et transfert du dossier clinique car il s'agit du suivi normal d'un patient.

DIFFÉRENTES SITUATIONS PERMETTENT DE METTRE À PROFIT LES DENTS DE SAGESSE ET NOTAMMENT LES CAS DE PERTE D'UNE MOLAIRE

Que ce soit durant le traitement actif ou plus tardivement, il est fréquent que les 3^{èmes} molaires fassent éruption sur l'arcade en malposition vestibulaire ou palatine ou soient retenues notamment sous le bombé distal de la 2^{ème} molaire avec une version mésiovestibulaire plus ou moins importante. L'enjeu est alors de les mettre en place efficacement sans modifier la position des dents antérieures ni interférer avec l'occlusion. Ce n'est si simple, sachant que le patient est parfois débagué et que la mise en place postérieure d'un ancrage osseux peut s'avérer complexe. Ces objectifs biomécaniques peuvent être obtenus soit par l'utilisation d'arc Niti sur un arc continu ou sectionnel soit par l'utilisation de minivis d'ancrage associées à des boucles de redressement que nous vous détaillerons (attention aux effets parasites). L'objectif de cette formation en ligne est de s'approprier les recommandations pour poser au mieux l'indication d'avulsion et d'intégrer les techniques avec ou sans ancrage osseux de mise en place des 3^{èmes} molaires aux différents temps du traitement orthodontique.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Indications et contre-indications des avulsions de dents de sagesse : dernières recommandations de la HAS

- Dans quels cas extraire les dents de sagesse ?
- Évaluer le pronostic d'évolution des dents de sagesse
- À quel âge poser l'indication d'extraction ?

Les risques de l'avulsion des dents de sagesse, responsabilité et coresponsabilité

- Quels sont les risques peropératoires et postopératoires ?
- Qui doit poser l'indication d'avulsion ?
- Qui est responsable : celui qui pose l'indication ou celui qui réalise le geste chirurgical ?

Dents de sagesse et chirurgie orthognathique

- Quels gestes impliquent leur avulsion ?
- Avulser avant ou pendant la chirurgie ?
- Avulsion peropératoire : un mode opératoire spécifique !
- Dans quelles situations mettre à profit les dents de sagesse ?

Perte d'une molaire et dent de sagesse : mise en perspective des différentes options thérapeutiques

- Protraction molaire
- Autotransplantation
- Ouverture d'un espace prothétique

Distalisation et dents de sagesse

- Distaler implique-t-il l'avulsion des dents de sagesse ?
- Quel mode opératoire pour la distalisation ?
- Analyse de la biomécanique de distalisation sur minivis

Protraction des secteurs postérieurs et dents de sagesse

- Quel mode opératoire pour la protraction ?
- Analyse de la biomécanique de protraction

Astuces de mise en place des troisièmes molaires lors du traitement actif ou plus tardivement



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325005



100 % prise en charge (1 010 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

CHIRURGIE ORTHOGNATIQUE

LA JUSTE RÉALISATION DES ACTES CHIRURGICAUX : LE DUO ORTHO/CHIRURGIEN-MAXILLO-FACIAL



Pr Stéphane BARTHELEMI

Chirurgien-dentiste Spécialiste qualifié en ODF-Cecsmo
Professeur des Universités Praticien Hospitalier, Montpellier

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

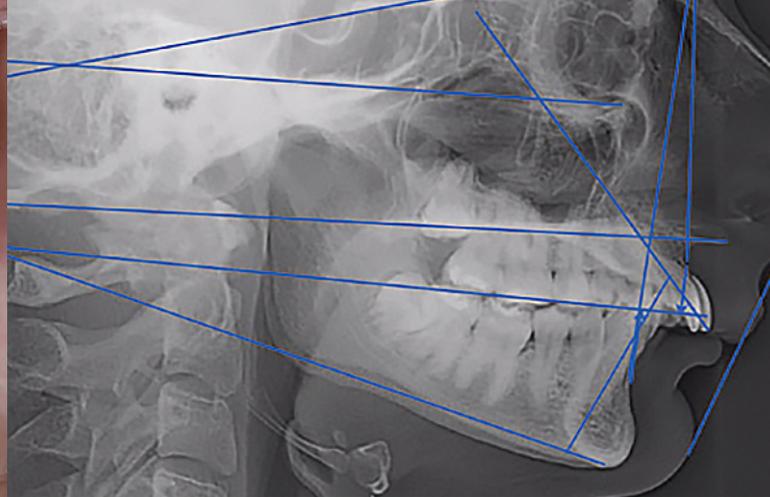
- Savoir dépister un cas chirurgical, savoir adresser au chirurgien maxillo-facial et connaître les implications financières d'un tel traitement
- Connaître la préparation orthodontique pré-chirurgicale en fonction des différentes techniques (vestibulaire, lingual, aligneurs) et en fonction des différentes malocclusions (classes II, classes III, problèmes de la dimension transversale et asymétries, problèmes de la dimension verticale)
- Savoir comment gérer l'avulsion des troisièmes molaires lorsque cela est nécessaire
- Savoir gérer la reprise du traitement orthodontique après la chirurgie maxillo-faciale en collaboration avec les autres disciplines (chirurgien maxillo-facial, kinésithérapie maxillo-faciale, nutrition)
- Connaître l'intérêt des protocoles orthodontiques et chirurgicaux dans les patients souffrant de syndromes d'apnée du sommeil
- Connaître la problématique de la récurrence des cas ortho-chirurgicaux et savoir comment agir

L'avènement de l'orthodontie adulte et l'importance du paraître dans notre société moderne conduisent à une très forte demande de traitements à visée esthétique. Lorsque le décalage squelettique est important seule la collaboration entre l'orthodontie et la chirurgie maxillo-faciale sont capables de conduire à un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant et stable dans le temps. L'orthodontie doit par son traitement, placer les dents afin que le chirurgien maxillo-facial puisse positionner les mâchoires de manière adéquate.

À ce titre la collaboration entre les deux spécialités est donc essentielle et la qualité du résultat ainsi que sa stabilité à long terme dépendent de ce tandem orthodontiste-chirurgien maxillofacial.

LA COLLABORATION ENTRE L'ORTHODONTIE ET LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE SONT CAPABLES DE CONDUIRE À UN RÉSULTAT ESTHÉTIQUE ET FONCTIONNEL SATISFAISANT ET STABLE DANS LE TEMPS

La motivation du patient et sa capacité à accepter le plan de traitement sont les points clés dans la réussite du plan de traitement. Souvent les patients qui consultent un orthodontiste pour un alignement dentaire n'ont pas conscience que leur problème peut être lié à une dysmorphose squelettique qui peut parfois intéresser les trois dimensions de l'espace en même temps. Il est à ce moment-là très



important pour l'orthodontiste d'appréhender la motivation du patient car celui-ci, dans un protocole orthochirurgical, s'engage sur une longue durée. Le temps orthodontique avant la chirurgie est très variable suivant la malocclusion, il est donc indispensable d'avoir une très bonne coordination entre le chirurgien et l'orthodontiste. Bien entendu si le patient est gêné par son apparence physique lié à un décalage squelettique, l'acceptation de la chirurgie sera plus aisée tout en gardant à l'esprit qu'il est indispensable de déceler les patients dysmorphophobiques pour lesquels il est nécessaire de ne pas s'engager dans ce type de traitement qui ne satisfera jamais le patient.

Il existe à l'heure actuelle différents moyens thérapeutiques en orthodontie pour préparer les cas à la chirurgie maxillo-faciale. Depuis la fin des années 90, la progression de l'orthodontie invisible liée au nombre accru de patients adultes demandeurs de traitement orthodontique permet de préparer les patients à une chirurgie maxillo-faciale grâce à l'orthodontie linguale ou grâce à des aligneurs. Il est donc important de bien connaître les avantages et les inconvénients de ces techniques dans la préparation des cas chirurgicaux.

LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE PEUT DIMINUER, VOIR GUÉRIR COMPLÈTEMENT L'APNÉE DU SOMMEIL CHEZ UN PATIENT

La chirurgie maxillo-faciale peut diminuer, voir guérir complètement l'apnée du sommeil chez un patient. Effectivement, le syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil (SAHOS) est un fléau qui intéresse 1 à 3 % des enfants de 3 à 5 ans ainsi qu'un bon nombre d'adultes. Le surpoids est une des causes principales des SAHOS dans nos sociétés modernes mais il a été montré que la position rétruse des maxillaires, en particulier la mandibule jouait un rôle important dans ces apnées. En effet la chirurgie d'avancement bi-maxillaire a démontré son efficacité à court et long terme puisqu'on estime que cette chirurgie permettrait de réduire l'index d'apnées (IAH) de 80 % avec une guérison totale pour les IAH inférieurs à 60.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Qu'est-ce qu'un cas chirurgical ?

- Réaliser un bilan initial
- Identifier à quel moment adresser au chirurgien
- Évoquer les contraintes financières

La préparation orthodontique

- Les décompensations sagittales de classes II
- Les décompensations sagittales des classes III
- Les décompensations transversales
- Les décompensations verticales / Asymétries

Gestion des troisièmes molaires

Chirurgie et SAHOS

La gestion post-opératoire

Récidive et stabilité



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325018



100 % prise en charge (1 010 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

ALIGNEURS : UN ORTHODONTISTE PARLE AUX ORTHODONTISTES

BIOMÉCANIQUE, CONCEPTION ET FABRICATION : COMPRENDRE LES AVANTAGES ET LES LIMITES POUR REMETTRE LE PRATICIEN AU CŒUR DE LA CHAÎNE DE SOIN



Dr Guillaume LECOCC

Chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale
Attaché à l'université de Paris V d'enseignement
pour le Diplôme Universitaire d'Orthodontie Linguale

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Différencier les setups selon la thérapeutique et l'appareil multiattache ou aligneurs
- Déterminer les mouvements à réaliser pour faire un setup pour aligneurs
- Évaluer la faisabilité des mouvements
- Expliquer la biomécanique appliquée aux mouvements
- Déterminer les avantages et limites des aligneurs pour les combiner avec d'autres thérapeutiques
- Organiser le flux numérique au cabinet
- Coordonner la conception - fabrication assistée par ordinateur (CFAO) au cabinet ou en collaboration avec un laboratoire (CFAO collaborative)
- Planifier un travail en CFAO collaborative

Il est aujourd'hui possible pour un praticien de réaliser des traitements de plus en plus complexes avec les aligneurs. Comme avec chaque nouvel appareil, il est tentant d'essayer d'en élargir les possibilités de traitement. Les aligneurs n'échappent pas à la règle et l'on voit des malocclusions de plus en plus complexes, traitées par des aligneurs seuls. La question est de savoir si l'outil, ici les aligneurs, est au service du plan de traitement ou si le plan de traitement est adapté aux possibilités techniques de l'outil.

IL EST AUJOURD'HUI POSSIBLE POUR UN PRATICIEN DE RÉALISER DES TRAITEMENTS DE PLUS EN PLUS COMPLEXES AVEC LES ALIGNEURS

Pour sélectionner leurs patients pour un traitement orthodontique les orthodontistes doivent réfléchir en termes d'efficacité et se demander quel traitement demandera le moins d'effort pour le praticien avec un résultat optimal pour le patient. Je recommande de débiter avec des patients pour lesquels la quantité de mouvement est modérée, pour lesquels les combinaisons entre les mouvements (gression, torque, rotation) sont limitées. Cela représente en fait beaucoup de situations : les cas de récédive simple à modérée et certaines préparations pour les traitements pluridisciplinaires... Les nouvelles technologies vont bouleverser notre pratique orthodontique aussi sûrement qu'elles bouleversent notre vie quotidienne. Ce changement en est encore à ses débuts car il nécessite un triple investissement :

- investissement économique pour s'équiper



- investissement en formation pour acquérir les compétences et la maîtrise du flux numérique
- et finalement investissement managérial pour une mise en place efficace au sein des équipes des cabinets. La courbe d'apprentissage est plus ou moins longue.

Mais dans tous les cas il faut avoir conscience que ce changement est inéluctable, irréversible et qu'il redéfinit la place de l'orthodontiste et de l'équipe soignante. À mon sens, le concept de CFAO collaborative est novateur car il consiste à permettre au praticien d'avoir la main totalement ou partiellement depuis la conception jusqu'à la fabrication. La CFAO collaborative redéfinit donc totalement l'équation thérapeutique en replaçant le praticien au centre de la valeur de la chaîne de soins.

L'ORTHODONTIE DE DEMAIN SERA BASÉE SUR LA CAPACITÉ DU PRATICIEN À MAÎTRISER DIFFÉRENTS OUTILS THÉRAPEUTIQUES ET À LES ASSOCIER ASTUCIEUSEMENT POUR COMBINER LES AVANTAGES DE CHACUN

Nous pouvons considérer que les aligneurs sont l'orthodontie de demain si l'on s'extrait du débat partisan aligneurs versus multi attaches, et que l'on prend un peu de hauteur. Il est alors évident et inévitable que les aligneurs feront partie de l'arsenal thérapeutique des praticiens orthodontistes. Mais notre arsenal thérapeutique ne pourra se limiter aux seuls aligneurs au risque de voir nos objectifs de traitement réduits pour se conformer aux limites techniques des aligneurs. Si les techniques se multiplient (lingual, vestibulaire, aligneurs), c'est bien parce que chacune a des limites que l'on souhaite dépasser. Ce nouvel outil de traitement a pour objectif de repousser les limites des autres outils existants mais il ne combine jamais tous les avantages. L'orthodontie de demain sera basée sur la capacité du praticien à maîtriser différents outils thérapeutiques et à les associer astucieusement pour combiner les avantages de chacun.



INSCRIPTION

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

PROGRAMME DE LA FORMATION

Numérique : jusqu'où transformer la chaîne de soin au cabinet

- Scanner intra-oraux : technologies
- CBCT
- Méthode de production
- L'équation thérapeutique

Les aligneurs : état des lieux

- Les différents aligneurs et matériaux
- AI et traitement par aligneurs

Comment traiter et qui traiter avec des aligneurs ?

- Principes de fonctionnement biomécanique des aligneurs
- Les taquets
- Gestion de l'espace / cas avec extractions
- Rapport coût / efficacité

Comment planifier les déplacements dentaires ?

- Setup statique animés
- Fiche de prescription (lingual vs aligneurs)
- Mouvements linéaires vs angulaires
- Durée des traitements

La CFAO collaborative : l'innovation au service de l'orthodontiste

- Présentation du flux
- Interaction praticien - laboratoire
- Comment s'organiser au cabinet
- Quelle imprimante ?

Les traitements combinés : multi attaches et aligneurs

- Avantages des attaches et des aligneurs
- La contention
- Les finitions



Programme intégré

Action DPC N° 99F92325019



100 % prise en charge (1 010 €)

sous réserve de la disponibilité de votre crédit DPC



12h en e-learning

Durée d'une session : 4 à 6 semaines

LES AVANTAGES

OFFERTS PAR ID WEBFORMATION



L'Orthodontiste
Un regard vers le futur



EXCELLENCE SCIENTIFIQUE

Le programme de nos formations E-learning est conçu en étroite collaboration avec les rédacteurs des magazines *Information Dentaire* et *L'Orthodontiste*.



DERNIÈRES RECOMMANDATIONS

Les thématiques de nos formations E-learning et leurs déroulés pédagogiques répondent aux orientations nationales et aux critères de la Haute Autorité de Santé.



AGRÉES DPC ET 100% PRISES EN CHARGE

Id Webformation est un organisme agréé auprès de l'Agence nationale du DPC (N° 99F9). Toutes nos formations sont 100% prises en charge et vous permettent d'attester de votre obligation de formation triennale.



OBLIGATION LÉGALE DE FORMATION

Par décret du 8 juillet 2016, la loi de modernisation du système de santé oblige chaque praticien à suivre au moins 2 types d'actions de formation (Continue, Évaluation des Pratiques Professionnelles, Gestion des risques). La formation intégrée vous permet de répondre en une seule fois à cette obligation (Continue + EPP).



FORMATIONS CERTIFIÉES QUALIOPi

Id Webformation a obtenu la certification Qualiopi (Actions de formation) qui atteste de la qualité des processus mis en oeuvre pour le développement des compétences des professionnels de santé.



COFFRET FORMATION

À l'issue de votre parcours de formation, nous vous adressons des supports pour valoriser vos compétences et poursuivre l'actualisation de vos connaissances. (Inclus dans le montant de votre prise en charge DPC). Une exclusivité Id Webformation (cf. p. 50)



UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ

Avec Id Webformation, vous bénéficiez d'un accompagnement personnalisé pour vos démarches auprès du DPC et tout au long de votre parcours de formation. Notre équipe est à votre écoute au 01 56 26 50 19

E-LEARNING

LA SOLUTION LA PLUS SIMPLE POUR REMPLIR VOTRE OBLIGATION LÉGALE DE FORMATION

Actualisez vos connaissances, découvrez de nouvelles pratiques ou spécialisez vos compétences...

100 % EN LIGNE ACCÈS 7J/7

- Gardez votre cabinet ouvert
- Aucun déplacement à prévoir
- Pas de Webinaires à heures fixes
- Parcours de formations asynchrone

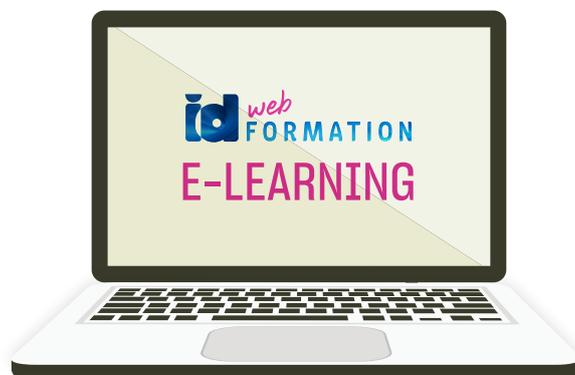
UNE PLATEFORME INTUITIVE

- Formez-vous avec la meilleure solution numérique
- Bénéficiez d'une plateforme facile d'utilisation, accessible sur ordinateur, sur téléphone ou sur tablette

5 SEMAINES POUR SUIVRE VOTRE FORMATION

- Gardez votre cabinet ouvert
- Aucun déplacement à prévoir
- Pas de Webinaires à heures fixes
- Parcours de formations asynchrone

24
7



FORUM DE DISCUSSION

- Tout au long de votre parcours de formation, vous pouvez interagir avec vos confrères et poser vos questions au formateur



CONTENUS ENGAGEANTS

- Profitez de nombreux formats pédagogiques : vidéo de présentation, quiz, PowerPoint commenté, vidéos cliniques, articles commentés, points clés à retenir...



ENQUÊTE DE SATISFACTION

- Évaluez vous-même la qualité de nos formations et adressez nous vos recommandations pour améliorer nos services



QUIZ D'AUTO ÉVALUATION

- Testez vos connaissances, mesurez vos progrès et observez l'écart entre votre pratique réelle et celle attendue

FORMEZ-VOUS

À VOTRE RYTHME !

DÉROULEMENT D'UNE FORMATION E-LEARNING

- **Vous accédez le jour J à votre parcours en 1 clic.** Le jour du démarrage de la session, vous recevez un mail avec vos identifiants personnels pour vous connecter à la plateforme de formation. Si vous ne les avez pas reçus le jour d'ouverture de la session ou si vous les avez perdus, n'attendez pas et contactez un conseiller pour qu'il puisse vous les réadresser (contact@idwebformation.fr ou 01 56 26 50 19)
- **Vous pouvez retrouver l'accès à cette plateforme** à partir de la page d'accueil du site www.idwebformation.fr (en haut à droite) ou en vous connectant directement sur www.360learning/www.idwebformation.fr
- **Vous disposez de 5 semaines** à compter de l'ouverture de la session
- **Vous vous connectez quand vous voulez** (pas de webinaire en direct)
- **Vous suivez les modules à votre rythme**

Suivre sa formation en toute autonomie

- Une fois connecté, vous accédez directement à votre parcours de formation (cliquer en haut à droite de l'écran). Laissez-vous guider et **suivez la formation à votre rythme**, où vous voulez, quand vous voulez !
- **Votre parcours de formation est décomposé en plusieurs modules.** Chaque nouveau module est accessible lorsque le précédent est finalisé. Vous pouvez décider d'interrompre votre parcours à n'importe quel moment pour le reprendre ensuite là où vous l'avez laissé.
- **Un forum de discussion est mis à votre disposition**, n'hésitez pas à poser vos questions et à échanger avec vos confrères ainsi que le formateur.

Et une fois ma formation terminée ?

Félicitations !
Vous avez acquis de nouvelles
compétences et suivi une formation
agrée DPC.

Nous prenons désormais le relais !
Nous adressons votre dossier de prise en charge
auprès de l'Agence nationale du DPC.
Comptez au moins 6 semaines
de délai pour le traitement
de votre dossier par l'Agence.

ACCESSIBILITÉ

Contactez notre référent
handicap au **01 56 26 50 19**

TRANSFORMEZ

VOTRE OBLIGATION EN VÉRITABLE OPPORTUNITÉ !

Profitez
de votre crédit
annuel DPC

18 H de formation
100 % prises
en charge

CRÉER SON COMPTE DPC SUR WWW.AGENCEDPC.FR

- 1 Munissez-vous des pièces suivantes :
 - RIB en PDF au format numérique (celui-ci sert au versement de votre indemnité de formation)
 - N° RPPS
 - 2 Renseignez vos informations personnelles
 - 3 Vérifiez les champs préremplis
 - 4 Dans la partie "informations financières", veillez à bien sélectionner la première case pour bénéficier de la prise en charge DPC*. Renseignez et insérez votre RIB
- ✓ **Votre compte est créé et actualisé. Vous pouvez maintenant procéder à l'inscription à une formation !**

VOTRE OBLIGATION LÉGALE DE FORMATION TRIENNALE...

Vous disposez d'un crédit annuel DPC de 18 heures de formation

Le Développement Professionnel Continu est un dispositif dédié aux professionnels de santé afin de maintenir, développer et approfondir leurs connaissances. Il est obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes. Durant la période triennale 2023-2025, chaque praticien doit suivre au moins 2 types d'actions DPC (Continue, Évaluation des Pratiques Professionnelles, Gestion des risques).

Vous devez créer un compte DPC ?

Le DPC vous demande d'actualiser votre compte ?

Pour bénéficier de votre crédit annuel, il est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2013 d'ouvrir un compte sur www.mondpc.fr. (Si votre compte a été créé avant le 1^{er} mars 2021, il est nécessaire de le mettre à jour).



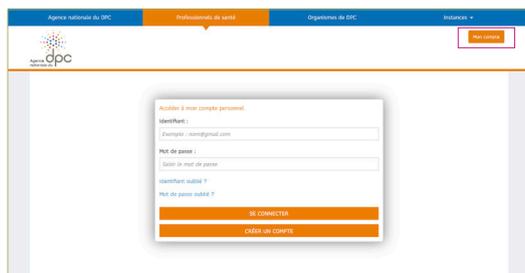
Nous vous accompagnons dans vos démarches DPC : Tél. 01 56 26 50 19

*Pour être éligible au financement de vos formations par le DPC, vous devez obligatoirement être un praticien libéral installé ou salarié exerçant dans un centre de santé conventionné.

S'INSCRIRE À UNE FORMATION

SUR WWW.AGENCEDPC.FR

1 Connectez-vous sur www.agencedpc.fr
Onglet "Professionnel santé"
(Accédez à votre compte)

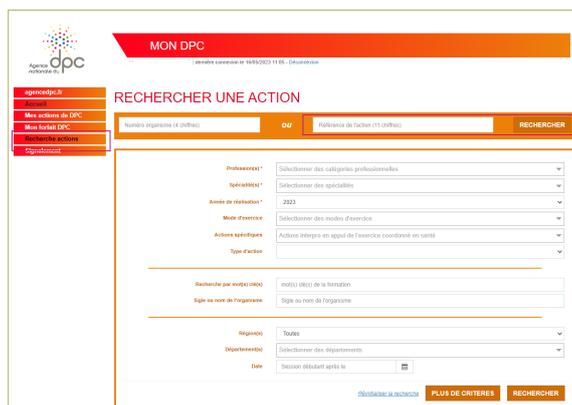


2 Saisissez vos identifiants et mots de passe dans le bloc à droite de l'écran



3 Cliquez sur "Inscription"

4 Cliquez sur "Recherche actions"
dans la colonne de gauche



5 Renseignez le N° de référence de l'action de formation choisie et cliquez sur "rechercher"



Où trouver les numéros de références de nos actions de formation ?

Sur le catalogue en bas à droite de chaque fiche :



Sur notre site en haut de chaque formation :



Qui peut en bénéficier ?

Docteur en chirurgie dentaire
(ou praticien en cours de doctorat ayant validé leur CSCT ou équivalent européen), exerçant en libéral ou en tant que salarié d'un centre de santé conventionné, d'un centre hospitalier ou d'un cabinet indépendant.
Aucun autre prérequis n'est nécessaire pour suivre une formation.

6 Lorsque l'action s'affiche, cliquez sur "Détail action DPC" à droite

| Année | Plafond en nombre d'heures | Nombre d'heures consommées |
|-------|---------------------------------------|----------------------------|
| 2017 | 14 dont 7 max pour le non présentiel | 0 |
| 2018 | 14 dont 7 max pour le non présentiel | 0 |
| 2019 | 14 dont 14 max pour le non présentiel | 0 |
| 2020 | 14 dont 14 max pour le non présentiel | 0 |
| 2021 | 14 dont 14 max pour le non présentiel | 0 |
| 2022 | 14 dont 14 max pour le non présentiel | 0 |
| 2023 | 18 dont 18 max pour le non présentiel | 0 |

7 Allez en bas de la page et sélectionnez la session de votre choix - Cliquez sur "s'inscrire"

8 Validez l'action de formation

Félicitations,
vous êtes inscrit sur le site du DPC.
Vous recevez par mail le récapitulatif de la prise en charge de votre formation

Si vous ne l'avez pas encore fait, pensez à réserver votre place en vous inscrivant sur notre site : www.idwebformation.fr

COMMENT VOTRE CRÉDIT FORMATION EST-IL UTILISÉ ?

Lorsque vous avez finalisé votre parcours de formation et que la date de fin de session est arrivée, nous adressons au DPC les documents nécessaires à la prise en charge. (Le délai de traitement est de 6 semaines environ).

Comment les flux financiers sont-ils gérés ?

- Le DPC verse à l'organisme Id Webformation une quote-part du montant total du coût de la formation
- Le DPC verse votre indemnité de formation sur le RIB renseigné lors de la création de votre compte
- Afin de financer le complément du coût de la formation, Id Webformation vous prélève un complément du montant (dans la limite du plafond de l'indemnité que vous avez reçue)
- L'apprenant choisit de conserver une partie de son indemnité ou de l'utiliser pour commander les ouvrages et revues du Groupe Information dentaire

QU'EST-CE QUE LE « COFFRET FORMATION » ?

À l'issue de votre formation, nous vous proposons un dispositif inédit permettant de valoriser votre savoir-faire auprès de votre patientèle et d'approfondir le sujet de votre formation.

INCLUS
dans votre crédit DPC

✓ **CERTIFICAT DE FORMATION**
(sous cadre)

✓ **DIAPORAMA DE LA FORMATION +
TOUS SUPPORTS IMPRIMABLES**
(clé USB)



✓ **FICHE PÉDAGOGIQUE PATIENT**
(30 ex. imprimés)

✓ **UNE REVUE DU GROUPE
INFORMATION DENTAIRE**

Et aussi...



✓ **ATTESTATION DE FORMATION
ADRESSÉE AU CABINET**
(à conserver)



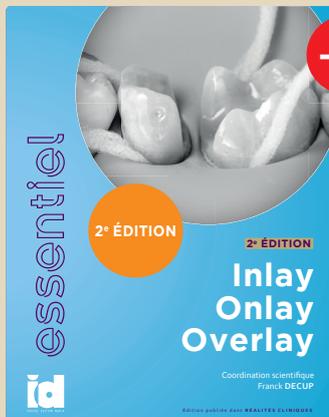
✓ **JUSTIFICATIF POUR
LE CRÉDIT D'IMPÔT**

Une exclusivité
Id Webformation

**Des services inédits
pour valoriser
votre savoir-faire**

LES INCONTOURNABLES de nos collections

OFFRE SPÉCIALE
jusqu'à 20% de remise
+
PORT OFFERT



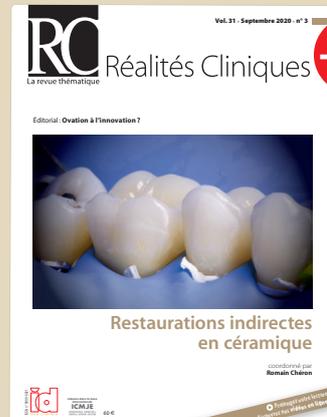
-5%

200 ILLUSTRATIONS
82 PAGES 42 €



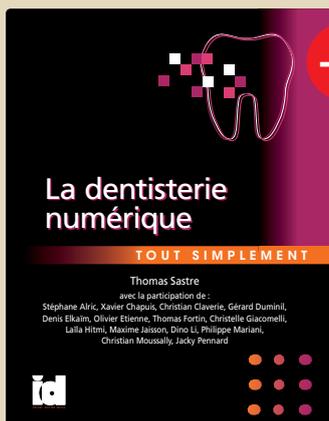
-5%

600 ILLUSTRATIONS
276 PAGES 96 €



-20%

68 PAGES
60 €



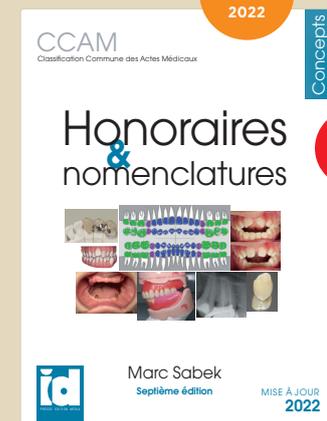
-5%

870 ILLUSTRATIONS
380 PAGES 88 €



-20%

64 PAGES
75 €



MISE À JOUR 2022

-5%

148 PAGES
80 €

SUIVEZ-NOUS



WWW.INFORMATION-DENTAIRE.FR

BON DE COMMANDE À RETOURNER : ID ABONNEMENTS - 44, rue de Prony - CS 80105 - 75017 PARIS
Tél. : 01 56 26 50 00 - e-mail : abon@information-dentaire.fr

TARIFS REMISÉS

- **Essentiel Inlay Onlay Overlay** : ~~42 €~~ (39€)
- **La Parodontologie tout simplement** : ~~96 €~~ (91€)
- **RÉALITÉS CLINIQUES Restaurations indirectes en céramique** : ~~68 €~~ (48€)
- **La dentisterie numérique tout simplement** : ~~88 €~~ (83€)
- **RÉALITÉS CLINIQUES hors-série La chirurgie plastique parodontale** : ~~75 €~~ (60€)
- **CCAM Honoraires & nomenclatures** : ~~80 €~~ (76€)



Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Tél.

Mail

Ci-joint mon règlement

- Chèque à l'ordre de l'Information dentaire
- Virement IBAN : FR76 3007 6020 6313 6600 0020 047 - BIC : NORDFRPP

DATE & SIGNATURE

CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES : Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous êtes informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement au service abonnement de la société L'INFORMATION DENTAIRE pour effectuer les opérations relatives à la gestion de la relation avec ses clients, ainsi que les opérations relatives à la prospection et l'élaboration de statistiques commerciales. Elles sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle puis en conformité avec les délais de prescription applicables. Le responsable de ce traitement est la société L'INFORMATION DENTAIRE, sous le sigle ID, SASU au capital de 402 000€, immatriculée sous le numéro 502 494 388 RCS Paris et dont le siège social 44, rue de Prony 75017 Paris. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données qui vous concernent. Vous pouvez également en demander la limitation ou la portabilité. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Pour exercer ces droits, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante : abon@information-dentaire.fr. Par ailleurs, vous êtes informé(e) que si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr). À raison d'un document incomplet, nous pourrions user de la possibilité de rejeter votre demande d'abonnement.

● En cochant la case ci-contre, je reconnais avoir pris connaissance des conditions visées ci-dessus et j'accepte que mes données puissent être utilisées par la société L'INFORMATION DENTAIRE.



Qualiopi
processus certifié
■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
La certification Qualité a été délivrée au
titre de la catégorie : Actions de Formation

id *web*
FORMATION

odpc
Organisme agréé par l'Agence Nationale du DPC
AGRÈMENT N° 99F9

01 56 26 50 19

WWW.IDWEBFORMATION.FR

ID WEBFORMATION EST UN SERVICE PROFESSIONNEL DE FORMATION CONTINUE EN E-LEARNING
PROPOSÉ PAR L'INFORMATION DENTAIRE ID WEBFORMATION : SAS AU CAPITAL DE 402 000 € • RCS PARIS 502494388
44 RUE DE PRONY • 75017 PARIS • TÉL. 01 56 26 50 19 • CONTACT@IDWEBFORMATION.FR

