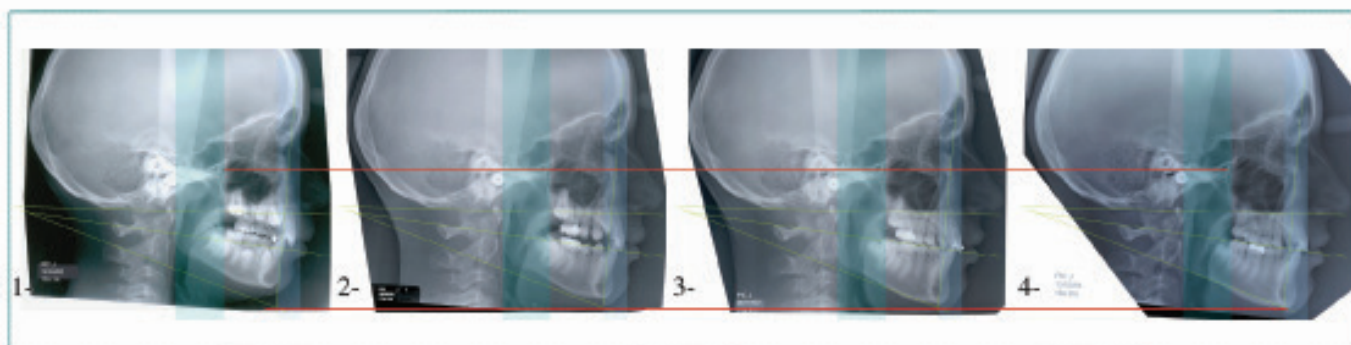


Collège d'Orthopédie Linguo-Occluso-Ramale

DOCTEUR BRUNO BONNET

FORMATIONS 2026 - 2027



L'Insuffisance Faciale et sa Thérapeutique LROC Linguo-Ramo-Occluso-Corticale

9 rue Robespierre
94200 Ivry-sur-Seine
Tél. 01 46 71 38 97
<https://www.insuffisance-faciale-bruno-bonnet.fr>
courriel : contact@insuffisance-faciale-bruno-bonnet.fr

Table des matières

Table des matières	2
I. Formation 2026 - 2027	3
1. Séminaires (Cycle continu)	4
2. Ateliers	5
II. Idées directrices	6
1. Séminaires	7
- <i>Enveloppe Linguale Nocturne de Bonnet</i> , Insuffisance Faciale et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale	7
- <i>Analyse Architecturale de Delaire</i> , Diagnostic de l'Insuffisance Faciale et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale	8
- <i>Bielles de Herbst sur Gouttières avec Pistes et Disjoncteurs</i> et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en 1 temps	8
- <i>Conjonction ELN - Lip-Bumpers - Mini-Activateur-Antérieur-Vertical</i> et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en 1 temps	9
- <i>Psychosomatique</i> de l'Insuffisance Faciale	9
- <i>Stratégie Thérapeutique</i> Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en Changement de Denture LROC-CD en 1 temps - Cas Cliniques	10
- <i>Superpositions dynamiques</i> Linguo-Ramales et Occluso-Corticales	11
2. Ateliers	12
Classe III et Insuffisance Faciale	12
Classe II sévères et Insuffisance Faciale	12
Classe I Rétro/Rétro et Insuffisance Faciale	13
Pliage et adaptation LROC des Lip-Bumpers de Korn	15
Superpositions dynamiques Linguo-Ramales et Occluso-Corticales	15
Psychosomatique de l'Insuffisance Faciale - Grille de lecture psychanalytique familiale	16
Evaluation des pratiques : Recul d'utilisateurs et travaux de recherche	17
III. Modalités d'inscription	18

I. Formation 2026 - 2027

Notre formation a pour visée de réaliser ensemble quel est le **Statut Exact de l'ODF** en tant que seule Pratique pouvant par des Mouvements Squelettiques Spatiogènes apporter l'Espace Nécessaire tant au Changement de Dentition qu'aux Lumières naso et Oro-Pharyngées.

En particulier, seule l'ODF peut permettre le Mouvement de Prise de Hauteur de la Branche Montante mandibulaire ou Ramus et le Mouvement d'Avancée Fronto-Maxillaire.

Ces Deux Mouvements Squelettiques constituent la Seule Réponse Possible BiMaxillaire, tant à la DDM qu'au SAOS.

**La Tâche Spatiogène de l'ODF
ne peut s'accomplir
sans Mouvements Squelettiques BiMaxillaires Authentiques
ni**

sans Compréhension Active des Addictions Linguales Horizontales à l'origine de l'Insuffisance Faciale

Les 7 séminaires évoquent les Dispositifs, les Analyses, les Superpositions, ainsi que les Compréhensions tant des étiologies que des difficultés voire épreuves thérapeutiques avec les enfants et leurs familles.

- 1- DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE SAGITTALE HAUTE (ISH)
- 2- PREALABLE VERTICAL A L' AVANCEE FRONTO-MAXILLAIRE
- 3- L'INSUFFISANCE FACIALE
- 4- GESTES DE CROISSANCE ET ADDICTIONS HORIZONTALES LINGUALES
- 5- DEPLACEMENT DENTAIRE PROVOQUE ET BLOCAGE DES MOUVEMENTS SQUELETTIQUES SPATIOGENES
- 6- DISPOSITIFS PRENANT EN COMPTE LA CORPOREITE DE L'ENFANT QUI LES HABITE ET LEUR ENCHAINEMENT DANS LE TEMPS
- 7- REcul A LONG TERME

Afin de nous prémunir contre le risque de penser à tort que toutes ces notions seraient des abstractions ou seraient réservées à des cas exceptionnels non reproductibles, nous pouvons lever aisément notre réserve en observant 4 cas cliniques en cliquant sur ces 4 liens :

1/ [Cas de Classe III](#) ; 2/ [Cas de Classe II div 1](#) ; 3/ [Cas de Classe II div 2](#) ;

4/ [Cas de Classe I](#), situation clinique dans laquelle l'**Avancée BiMaxillaire Orthopédique** s'impose plus qu'ailleurs, comme **seule solution possible** et comme **Nouvelle Voie ouverte à emprunter**.

A noter que ces cas cliniques sont documentés d'une façon bien spécifique, destinée à :

- 1/ présenter des «Vues d'ensemble» des photos d'arcades, comme des 3 types de radiographies - Panoramique, Téléradiographie de Profil et Téléradiographie de Face -, afin de favoriser la saisie de la face dans sa totalité, avant d'en examiner ses différentes parties ;
- 2/ rendre perceptible la réalité des Mouvements Squelettiques Spatiogènes, impliquant de nous mouvoir nous-mêmes : par nos propres pianotements avec deux doigts adjacents sur les touches fléchées avant-arrière de nos claviers, créant ainsi des aller-retours entre deux images, de façon suffisamment rapide et répétée, pour obtenir l'effet fondu-enchaîné - ou cinéma - rendant alors perceptibles les Mouvements Squelettiques Spatiogènes ;
- 3/ prendre le 1er contact avec le cas et son traitement, en passant directement de l'état initial à l'état final, ceci permettant de mieux percevoir les transformations et en particulier l'ampleur des Mouvements Squelettiques Spatiogènes et leur retentissement sur les arcades dentaires et l'occlusion ;
- 4/ pouvoir prendre la mesure chiffrée de l'ampleur des Mouvements Squelettiques BiMaxillaires par des superpositions choisies pour pouvoir mesurer l'ampleur des Mouvements Squelettiques principaux, Verticaux et Sagittaux ;
- 5/ une fois convaincus de la réalité de la Mobilité BiMaxillaire pourvoyeuse de l'espace nécessaire à la guérison de bien des problèmes en ODF, cette documentation dynamique, doit nous aider à réaliser que, sur ces cas traités le plus souvent sans brackets collés sur les arcades, sans Déplacement Dentaire Provoqué tant que l'Insuffisance d'Espace n'est pas guérie, c'est bien l'enfant qui, au sein de nos dispositifs bien spécifiques, se spatialise, se mobilise, afin d'ouvrir un espace habitable, déploie un nouveau Lieu propre, par ses Propres Mouvements, autrefois bloqués par ses gestes addictifs horizontaux, puis parfois, ultérieurement entravés par des dispositifs de Déplacement Dentaire Provoqué, spaciocides quand employés alors que persiste un manque d'espace.

Une conception profondément et radicalement renouvelée des possibilités bien spécifiques de l'ODF, face à l'Insuffisance Faciale et au SAHOS chez l'enfant, s'impose et s'ouvre à nous.

1.1. Séminaires (Cycle continu)

Séminaire général : Enveloppe Linguale Nocture - ELN de Bonnet, Insuffisance Faciale et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale	21, 22 et 23 novembre 2026
Séminaire 2 : Analyse Architecturale de Delaire, Diagnostic de l'Insuffisance Faciale et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale	5, 6 et 7 décembre 2026
Séminaire 3 : Bielles de Herbst sur Gouttières avec Pistes et Disjoncteurs et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en 1 temps de l'Insuffisance Faciale	9, 10 et 11 janvier 2027
Séminaire 4 : Conjonction ELN - Lip-Bumpers - Mini-Activateur-Antérieur-Vertical et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en 1 temps de l'Insuffisance Faciale	13, 14 et 15 mars 2027
Séminaire 5 : Psychosomatique de l'Insuffisance Faciale	22, 23 et 24 mai 2027
Séminaire 6 : Stratégie Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en Changement de Denture LROC-CD en 1 temps - Cas cliniques -	12, 13 et 14 juin 2027
Séminaire 7 : Superpositions dynamiques Linguo-Ramales et Occluso-Corticales	3, 4 et 5 juillet 2027

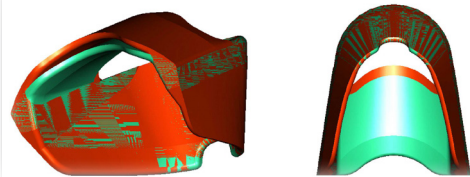
1.2. Ateliers*

Atelier 1 : Insuffisance Verticale Générale IVG et Insuffisance Faciale	Date à fixer
Atelier 2 : Insuffisance Verticale Postérieure IVP et Insuffisance Faciale	Date à fixer
Atelier 3 : Classe III et Insuffisance Faciale	Date à fixer
Atelier 4 : Classe I Rétro/Rétro et Insuffisance Faciale	Date à fixer
Atelier 5 : Classe II 2 et Insuffisance Faciale	Date à fixer
Atelier 6 : Classe II 1 sévères et Insuffisance Faciale	Date à fixer
Atelier 7 : Psychosomatique de l'Insuffisance Faciale - Grille de lecture psychanalytique familiale ou Pliage et adaptation LROC des Lip-Bumpers de Korn	Date à fixer
Atelier 8 : Evaluation des pratiques : Recul d'utilisateurs et travaux de recherche	Date à fixer

* Les Ateliers sont ouverts aux praticiens ayant suivi le Cycle continu des Séminaires.

II. Idées directrices

2.1. Séminaires (Cycle continu)



Séminaire 1 :

Enveloppe Linguale Nocturne de Bonnet, Insuffisance Faciale et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale

Enveloppe Linguale Nocturne - ELN de Bonnet

L'ELN, une petite invention qui a débouché sur plusieurs grandes découvertes qui révolutionnent absolument l'apport de l'ODF tant dans la compréhension étiologique que dans le traitement des SAOS (Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil) par étroitesse des Voies Aériennes Pharyngées, étroitesse elle-même en rapport avec ce que nous avons appelé l'Insuffisance Faciale.

Le mode de réduction de la DDM (Dysharmonie Dento-Maxillaire) en est généralement radicalement transformé.

Les SAOS par étroitesse des Voies Aériennes Pharyngées sont la conséquence de l'Insuffisance Faciale

Avancée BiMaxillaire et Préalable Vertical

La guérison de l'Insuffisance Faciale génère :

- 1/ l'espace pour la denture, et son changement accéléré, sans inclusion canine,
- 2/ l'espace pour la langue,
- 3/ l'espace pour les Voies Aériennes Oro et Naso-Pharyngées.

Ne pas extraire n'implique plus de vestibulo-verser

Les lumières oro et naso-pharyngées très étroites deviennent très larges

Le Verrou mandibulaire à l'Avancée Maxillaire

Verrou d'origine vertical : le relevage des secteurs latéraux inférieurs

La compréhension générée par l'ELN a été étendue à d'autres dispositifs - Bielles de Herbst, Lip-Bumpers de Korn -, dont les modifications, conjonctions et successions précises, permettent l'obtention d'une suite de processus fondamentaux :

- 1/ Temps Vertical Linguo-Ramal - LR - : Ouverture d'Espace Vertical inter-occlusal
- 2/ Temps Verticalo-Transversal : Relevage des secteurs latéraux mandibulaires
- 3/ Temps Horizontal Occluso-Cortical - OC - : Avancée Fronto-Maxillaire et Expansion Radiculo-Maxillaire

La mandibule verrouillante pour l'Avancée Maxillaire devient facteur d'Avancée Fronto-Maxillaire sans Masque

Extension Faciale vers l'avant

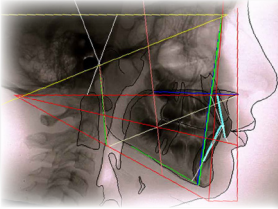
Extension Faciale vers le bas, en complément de l'Expansion

Nous débouchons au total sur des processus orthopédiques LROC-CD Linguo-Ramo-Occluso-Corticaux en Changement de Denture, absolument nouveaux :

- résolutifs des DDM et SAOS, par génération d'espace ;
- accélérateurs du Changement de denture – CD ;
- compactant les traitements en 1 temps ;
- de 9 à 12 ans d'âge dentaire, sans surveillance ;
- amplifiants et non pas récidivants.

L'Avancée BiMaxillaire vers l'avant (de 5 à 7 mm en moyenne) est conditionnée par la Descente BiMaxillaire (de 15 à 21 mm en moyenne).

L'Extension Faciale vers le bas, est généralement trois fois plus importante que l'Extension Faciale vers l'avant



Séminaire 2 :

Analyse Architecturale de Delaire, Diagnostic de l'Insuffisance Faciale et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale

Analyse de Delaire et Thérapeutique LROC en 1 temps

L'Analyse Architecturale de Delaire est un outil idéal de repérage et de mise en visibilité de l'Insuffisance Faciale à l'origine du manque d'espace pour la denture, pour la langue et pour les VAES.

Par ailleurs, la Thérapeutique LROC a capacité à réduire, à guérir, les différentes Insuffisances Verticales, Sagittales et Rotationnelles, constitutives de l'Insuffisance Faciale :

1. Insuffisance Verticale Postérieure - IVP - ou Générale, ou Insuffisance d'Extension de la face vers le bas, avec Insuffisance de Descente des Plans Palatin, Occlusal et Mandibulaire.

La Thérapeutique LROC permet la descente du Go en regard de la base de l'apophyse odontoïde et la descente du plan palatin au niveau de l'écaille occipitale ;

2. Insuffisance d'Avancée Fronto-Maxillaire ou Insuffisance d'Extension de la Face vers l'avant.

ISH - Insuffisance Sagittale Haute : Repérage diagnostique et mesure.

La thérapeutique LROC permet des Avancées du Na ou de FM de 4-5 mm durant le traitement lui-même, atteignant 6-7 mm entre 9 et 18 ans.

A noter que les cas de Classe I squelettique sans surplomb mais en BiRétroGnathie, sont nombreux. L'avancée BiMaxillaire Orthopédique par Thérapeutique LROC entre 9 et 12 ans est le remède, évitant les nécessités de Chirurgie d'Avancée BiMaxillaire à l'âge adulte. Le repérage des CI I sans surplomb, mais en BiRétrognathie, est donc essentiel.

3. Insuffisance de Rotation Anti-Horaire BiMaxillaire.

La Thérapeutique LROC par son temps Vertical Linguo-Ramal, a capacité à provoquer des Rotations Anti-Horaires (RAH) mandibulaires engendrant la RAH des plans mandibulaire et occlusal, et des Avancées Maxillaires.

A noter que les Superpositions LROC ont capacité à objectiver les Rotations avec précision et réalisme.



Séminaire 3 :

Bielles de Herbst sur Gouttières avec Pistes et Disjoncteurs et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en 1 temps

Installation immédiate du processus orthopédique ;

Guérison Ramale ;

Nouvelle dispense pré-orthopédique de déverrouillage ;

Nouvelle obligation post-orthopédique d'adaptation dento-dentaire et temporo-mandibulaire : **Avancée mandibulaire le plus souvent, obtenue lors de ce second temps, et non lors du temps dit orthopédique.**



Séminaire 4 :

Conjonction ELN - Lip-Bumpers - Mini-Activateur-Antérieur-Vertical et Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en 1 temps

La sortie de Bielles des CI II sévères : Adaptation dento-dentaire et temporo-mandibulaire post-orthopédique ;

Le traitement des CI II légères ;

Le traitement des CI III ;

Insuffisance transversale, hyperdivergence, bi-proalvéolie, encombrement.

Travaux pratiques : Pliage de lip-Bumpers maxillaire et mandibulaire



Séminaire 5 :

Psychosomatique de l'Insuffisance Faciale

L'Insuffisance Faciale, Maladie Psychosomatique : Les Gestes Pathologiques

Les nombreuses séances de formation et d'échange au sein de notre Collège d'Orthopédie Linguo-Occluso-Ramale - COLOR -, en particulier à l'occasion de nos Ateliers, réunissant des confrères ayant une grande expérience et recul avec ces thérapeutiques, nous permettent d'avancer avec certitude le rôle étiologique de ce que nous avons appelé le **Geste Pathologique Occluso-Lingual** de **Rétention Linguo-Jugale** dans l'Infra-Linguoocclusion des secteurs latéraux mandibulaires, et finalement de l'**Insuffisance Faciale**.

Il est essentiel de ne pas dépathologiser l'Insuffisance Faciale et les **Gestes Pathologiques** à son origine.

A la différence des Gestes Archaiques ou Primaires - comme la déglutition primaire -, qui doivent évoluer, se secondariser, les Gestes Pathologiques ne sont, eux, pas susceptibles d'évoluer, ils doivent être arrêtés.

Les Gestes Pathologiques de l'Insuffisance Faciale Pourquoi faut-il les connaître et les comprendre ?

Le Geste Pathologique Occluso-Lingual de Rétention Linguo-Jugale de l'Insuffisance Faciale est comparable :

- au Geste de remontée du bol alimentaire dans le Mérycisme ;
- au Geste de vomissement dans l'Anorexie Mentale ;
- au Geste de retenue du bol fécal dans le Mégacôlon Fonctionnel. (M. Soulet)

Le rapprochement de l'Insuffisance Faciale (B.Bonnet) avec le Mégacôlon Fonctionnel, suggéré par J-P. Caillot, nous paraît particulièrement pertinent et efficient, tant dans la communication avec les familles, dès la première consultation, que lors des soins, et en particulier lors des séances d'Adaptation des Lip-Bumpers de Korn.

Le point commun à ces différentes pathologies psychosomatiques, essentiel à retenir, est l'aspect volontaire et conscient de ces Gestes Pathologiques.

Les Gestes Pathologiques de l'Insuffisance Faciale consistent donc, en position théoriquement de repos - mandibule basse en inoclusion, avec Espace Libre d'Inoclusion -, à utiliser la mâchoire inférieure pour attraper joues-et-langue-confondues, comme pour les retenir. Cet agrippement à ce geste rend les joues facteur de linguo-version des secteurs latéraux mandibulaires, et simultanément prive la langue de son rôle dans la croissance ramale, en la retenant de monter prendre son appui contre le palais - source de décharge articulaire pour le condyle mandibulaire ; d'où l'infraclusion des secteurs latéraux mandibulaires, au total en infra-linguoposition.

Il est essentiel de comprendre que ces Gestes Pathologiques sont volontaires, conscients, dans la lignée des comportements et agissements en emprise, de défense contre la dépendance envers les adultes, dont les thérapeutes, volontiers bernés et manipulés par l'enfant pas décidé à reconnaître et lâcher ses agissements pathogènes.

**Les Gestes Pathologiques de l'Insuffisance Faciale -IF -
Pourquoi faut-il les connaître et les comprendre ?
Les «Marques» d'Incrustation des LB dans les joues.**

Il est essentiel de comprendre que ce sont les Gestes Pathologiques qui ont autrefois déformé l'arcade inférieure et finalement sidéré la croissance faciale, aboutissant à l'Insuffisance Faciale, avec DDM, inclusions canines et SAOS par Voies Aériennes étroites, qui - s'ils ne sont pas arrêtés - «blessent» ou marquent les joues en face des Lip-Bumpers.

Un enfant présentant les marques d'incrustation des LB, a capacité à revenir au rendez-vous suivant, avec disparition totale de ces dernières, et ceci malgré un port à temps complet, attesté par la position des segments incisifs des LB, quasi au contact des alvéoles incisives.

Cela demande simplement que l'enfant ait fini par accepter d'avouer que jusqu'à présent, il continuait ses Gestes Pathologiques et enlevait pour cela ses LB toutes les nuits, le plus souvent en le cachant aux parents.

**Comprendre les Gestes Pathologiques de l'IF
Apprendre à Repérer et Dévoiler ses Agissements Epuisants,
pour faire face à «l'Insuffisant Facial et son infortune» dont le SAOS.**

Devant une très sévère DDM, sans espace pour les canines supérieures et parfois inférieures, et des Voies Aériennes filiformes au niveau Naso et Oro-Pharyngé, faire le pari de la croissance faciale, pour loger toute la denture sans vestibulo-verser, au mm près et au semestre près, c'est aussi faire le pari de l'arrêt des Gestes Pathologiques, afin que les Gestes Linguaux et Occlusaux, non entravés par des dispositifs iatrogènes, génèrent l'Extension Faciale vers le bas et vers l'avant ; et par là, l'Espace pour la Denture et les VAES.

Dans cette Thérapeutique à Visée Mutative, la Phase de Conjonction ELN - Lip-Bumpers est précieuse :

1/ par ses séances d'Adaptation des LB à l'enfant IF

- qui bien souvent fait le nécessaire pour que le praticien se sente désadapté -

2/ par sa mise en évidence au niveau des joues, du caractère pathogène des Gestes Pathologiques encore non arrêtés - ou non encore reconnus -



Séminaire 6 :

Stratégie Thérapeutique

Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en Changement de Denture LROC-CD en 1 temps

Cas Cliniques

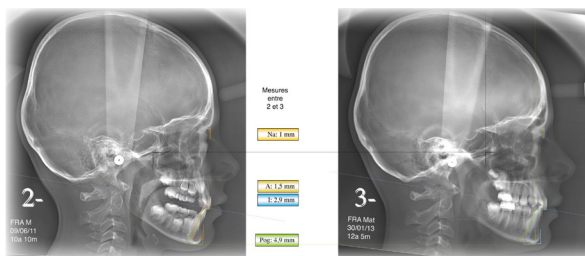
Exposé de cas cliniques

Le choix du moment du début de traitement ;

Le choix du dispositif d'amorce du processus orthopédique fonctionnel ;

Enchaînement des phases amplifiantes et accélération du changement de denture ;

Suppression des semestres de surveillance et finition avant l'adolescence.



Séminaire 7 :

Superpositions dynamiques Linguo-Ramales et Occluso-Corticales

L'Insuffisance Faciale - et d'Espace qui en résulte - provient d'un blocage de la Mobilité BiMaxillaire Simultanée, et la Descente BiMaxillaire insuffisante précède et engendre l'insuffisance d'Avancée BiMaxillaire - du point A au point Pog.

Les Gestes Pathologiques de l'enfant, et les Dispositifs Pathogènes du praticien s'opposent aux Mouvements BiMaxillaires générateurs d'Espace - tant pour la denture que pour les lumières naso et oro-pharyngées.

La Face «sortie de la Mobilité» est de ce fait insuffisamment sortie verticalement et sagittalement du crâne.

La Thérapeutique LROC de l'IF, basée sur la reprise de Mobilité BiMaxillaire, génère une Descente BiMaxillaire d'une valeur en général du triple de celle de l'Avancée BiMaxillaire (souvent de 6-7 mm entre 9 ans et 18 ans).

S'y rajoute le plus souvent, sous l'effet de la Croissance Linguo-Ramale Verticale, une Rotation Anti-Horaire des Plans Occlusal et mandibulaire.

Au total, c'est bien les Mouvements Squelettiques BiMaxillaires, qui sont à l'origine du gain d'Espace, tant pour la denture et son changement - des canines aux dents de sagesse en passant par les dents de douze ans -, que pour les Voies Aériennes - et en particulier Naso et Oro-Pharyngées.

Le contrôle des résultats de Croissance par le retour de la Mobilité BiMaxillaire par des Superpositions aussi rigoureuses que dynamiques est donc de règle en thérapeutique LROC.

Les Superpositions Dynamiques LROC ont une capacité surprenante de précision, de réalisme et dynamisme :

- L'élimination de toute rotation artéfactuelle entre les radios est précise à 0,25° près ;
- L'élimination de toute translation artéfactuelle sagittale ou verticale des zones d'enregistrement est précise à 0,10 mm près.

Au total, les zones de superpositions et d'enregistrement, sont remarquablement immobiles, et le choix judicieux de ces dernières, fait apparaître l'immobilité des zones répertoriées et réputées comme stables. L'observation des Mouvements BiMaxillaires est alors possible.

L'Horizontalisation des radios - identique à 0,25° près -, permet :

- d'observer en dynamique les Descentes BiMaxillaires, comme les Avancées BiMaxillaires et les Rotations Anti-Horaires des Plans Occlusal et mandibulaire ;
- de mesurer les Descentes et les Avancées BiMaxillaires.

Au total, nous pouvons sans exagération comparer la nécessité du recours aux Superpositions Dynamiques LROC et à leurs mesures en Orthopédie, à la nécessité du recours aux traces d'ADN dans la Police Scientifique.

A titre d'exemples d'observations apportées par les Superpositions Dynamiques LROC, et leurs Mesures :

- Combien sont fréquents et instructifs les cas où les Bielles de Herbst les plus ancrées qui soient, n'avancent pas du tout la mandibule - contrairement aux incisives inférieures -, et où ce sera en Phase Post-Orthopédique que le Maxillaire - sous l'effet du Geste Occluso-Cortical- avancera, suivi par la mandibule. L'Avancée mandibulaire est donc bien possible en thérapeutique, mais en Post-Orthopédique. Par contre, c'est bien la Descente mandibulaire pure - orthopédique et sans Rotation Horaire - engendrée par les Bielles de Herbst avec Pistes Occlusales qui aura permis l'Avancée BiMaxillaire Post-Orthopédique - sous condition de Repositionnement incisif inférieur Post-Orthopédique ;
- Combien sont précieusement alarmantes les anormales absences de toute Avancée thérapeutique du point Na - conséquence du non-arrêt des Gestes Pathologiques, maintenus dans le secret, bien que parfaitement connus du patient. La constatation de cette profonde anomalie - associée au constat de la persistance des incrustations profondes des Lip-Bumpers sur les joues, permet de «confondre» le patient.

Que penserions-nous d'une Police Scientifique «ne croyant pas» dans les Traces d'ADN, ou ne les employant pas de façon systématique ? Comment juger nos traitements prétendus orthopédiques, sans Superpositions rigoureuses systématiques ? Peut-on encore «ne pas croire» dans les Superpositions et finalement jouer avec la Croissance Faciale des enfants, comme avec le jugement de praticiens peu avertis ?

Notre compréhension, tant de la Croissance Faciale par Mobilité BiMaxillaire que de ses atteintes ne pourra passer que par l'usage systématique des Superpositions Dynamiques et rigoureuses.

Comprendre ce qui s'oppose à la Mobilité BiMaxillaire - les Gestes Pathologiques menant à l'IF et par là au SAOS -, puis ce qui s'oppose à la guérison de l'IF - les Dispositifs Pathogènes -, et de notre Responsabilité, et les Superpositions Dynamiques LROC sont notre meilleur allié et garant.

2.2. Ateliers

Thérapeutique Linguo-Ramo-Occluso-Corticale en Changement de Denture - LROC-CD de l'Insuffisance Faciale

Atelier Classe III

Dans la thérapeutique LROC, le traitement de l'Insuffisance Verticale Ramale est à l'origine de la reprise de l'Avancée Fronto-Maxillaire, via le relevage Verticalo-Transversal des secteurs latéraux mandibulaires.

La guérison verticale précède et génère la guérison sagittale.

Les résultats d'Avancée Fronto-Maxillaire, de prise de hauteur BiMaxillaire, obtenus par ELN seul, durant une phase précoce de mise en place des Blocs Incisifs, illustrent la réalité de la réponse Linguo-Ramale et Occluso-Corticale. Tous ces processus se poursuivent et s'amplifient durant la phase suivante, de mise en place des secteurs latéraux, par Conjonction ELN-Lip-Bumpers.

Dans d'autres cas, se sont les Bielles de Herbst sur Gouttières Modifiées qui seront le premier dispositif assurant la relance Linguo-Ramale et Occluso-Corticale d'Avancée Fronto-Maxillaire sans Masque.

L'adjonction du Masque Orthopédique de Delaire et Salagnac sur bloc Incisif reste possible, avec l'ELN seul, avec la Conjonction ELN-LB, et avec les Bielles de Herbst sur Gouttières Modifiées. Elle reste cependant exceptionnelle, du fait de l'ampleur d'Avancée Fronto-Maxillaire Occluso-Corticale qui fait suite au temps préalable vertical Linguo-Ramal.

Bref, l'atelier CI III est essentiel à l'acquisition de la conviction de *la pertinence et de l'efficacité du concept LROC et des capacités transformationnelles de l'ELN seul.*

Thérapeutique LROC-CD de l'Insuffisance Faciale

Atelier Classe II

Fausse ProMaxillie (RétroMaxillie haute/NormoMaxillie basse) ;

Vraie RétroMandibulie ;

BrachyCorpie ;

Tendance micromandibulie ;

Tendance hypocondylie ;

Intérêt des traitements continus, en 1 temps (recentrés autour du Changement de Denture), pour la stabilité des résultats et pour le repositionnement incisif inférieur.

Atelier Classe I

RétroMaxillie / RétroMandibulie

La Classe I dentaire sans surplomb interdit-elle l'Avancée mandibulaire ?

Contrairement à une idée répandue, l'immense majorité de nos patients en ODF, 80% selon Marcel Korn, ne sont pas en Classe II, mais en Classe I :

1/ Absence de surplomb ;

2/ Classe I molaire, parfaite ou imparfaite en vestibulaire, mais Classe I au niveau palatin (cuspidé mésioplatine 16-26 dans la fosse centrale 36-46) ;

3/ Légère Supraclusion Incisive ;

4/ DDM avec encombrement antérieur, **13-23** en position d'inclusion, en apparence trop mésiales par rapport au bloc incisif maxillaire, Encombrement postérieur ;

5/ SAOS par **Étroitesse des Lumières Naso et Oro-Pharyngées** ;

6/ Bonne coordination transversale des arcades et largeur des fosses nasales correcte (25 mm à 9 ans), ou absence d'EndoMaxillie.

Où trouver :

1/ L'Espace pour le changement de denture ;

2/ L'Espace pour la Langue ;

3/ L'Espace pour les Lumières Naso et Oro-Pharyngées ?

La Classe I dentaire sans surplomb peut-elle s'accompagner d'une Sévère BiRétroGnathie ?

L'examen attentif de l'analyse de Delaire, conjointe au repérage systématique des Insuffisances d'Avancée de FM, conduit souvent au diagnostic de BiRétroGnathie.

Un patient peut donc présenter une parfaite Classe I dentaire et une parfaite Classe I squelettique (alignement de FM, Np et Me) et cependant être en sévère BiRétroGnathie.

La BiRétroGnathie en Classe I dentaire peut être plus sévère au Maxillaire

- Classe III squelettique en BiRétroGnathie

La BiRétroGnathie en Classe I dentaire peut être plus sévère à la mandibule

- Classe II squelettique en BiRétroGnathie

La BiRétroGnathie en Classe I dentaire peut être égale aux deux mâchoires

- Classe I squelettique en BiRétroGnathie

**La Classe I dentaire sans surplomb BiRétroGnathie peut-elle bénéficier
d'une Avancée BiMaxillaire Orthopédique Fonctionnelle : l'Avancée Fronto-Maxillaire sans Masque**

La Thérapeutique LROC-CD, située idéalement de 9 à 12 ans d'âge dentaire, permet une Avancée Fronto-Maxillaire, non récidivante, amplifiante, qui entre 9 et 18 ans, atteint généralement une amplitude de **6-7 mm au niveau du point Na**.

L'Avancée Maxillaire par la Thérapeutique LROC-CD, est donc équivalente en amplitude à celle qui serait obtenue par **Chirurgie d'Avancée BiMaxillaire à l'âge adulte**. Elle a en plus l'avantage de s'étendre en hauteur et de concerner le point Na ainsi que le front du patient, et d'être stable dans le temps.

L'Avancée des points Na et A et de l'incisive supérieure - souvent de 5-6 mm -, obtenue durant le port des Bielles de Herbst modifiées, ou durant la Conjonction ELN-LB, sans Masque Orthopédique, s'explique par les capacités restitutives des fonctions Linguo-Occlusales des dispositifs LROC, mais aussi par leur effet Verticalo-Sagittal :

la Descente BiMaxillaire entraîne celle de l'Incisive Maxillaire et de ce fait son Avancée sans Masque.

**A l'origine de l'Insuffisance d'Avancée Fronto-Maxillaire, comme de sa reprise thérapeutique :
les secteurs latéraux mandibulaires**

Les secteurs latéraux mandibulaires en Infra et Linguocclusion sous l'effet des Gestes Pathologiques (cf Atelier de Lecture Psychosomatique) ont rendu la mandibule et ses mouvements incapables de participer à l'Avancée Fronto-Maxillaire :

la mandibule de par sa forme d'arcade est verrouillante pour le Maxillaire.

Les Secteurs Latéraux mandibulaires ont besoin pour leur correction d'être Relevés Verticalo-Transversalement par :

- 1/ Bielles de Herbst Modifiées capables d'ouvrir un Espace Vertical dans lequel les secteurs latéraux pourront se relever : la croissance Linguo-Ramale est nécessaire à l'ouverture de cet Espace Vertical - et pour ce faire Pistes Occlusales et Disjoncteur Inférieur -
- 2/ Conjonction ELN - Lip-Bumpers - d'adaptation Post-Orthopédique Temporo-mandibulaire et Dento-Dentaire -

Extension Faciale vers l'Avant et Extension Faciale vers le Bas, préalable et 3 fois plus ample

Plusieurs constatations sont faites dans la Thérapeutique LROC-CD :

- 1/ **Les Bielles de Herbst** font souvent tout sauf de l'Avancée Mandibulaire : Avancée Maxillaire, de FM et Na, de A, de l'Incisive supérieure, Expansion des secteurs latéraux inférieurs, mais pas d'Avancée mandibulaire ;
- 2/ La mandibule fait son Avancée-de-suivi-du-Maxillaire, lors de la Phase d'Adaptation post-Orthopédique Temporo-mandibulaire et Dento-Dentaire, par **Conjonction ELN - Lip-Bumpers**.

La Composante Verticale de la Thérapeutique LROC des CI I BiRétro apparaît décisive :

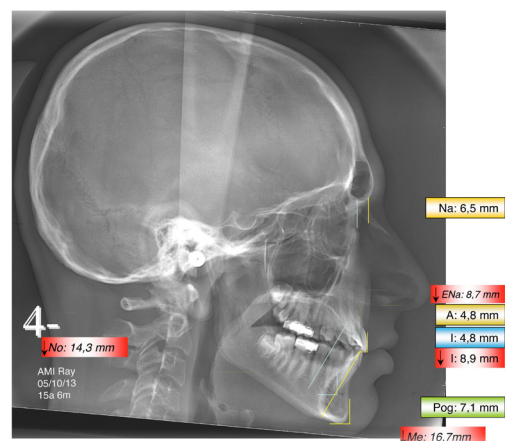
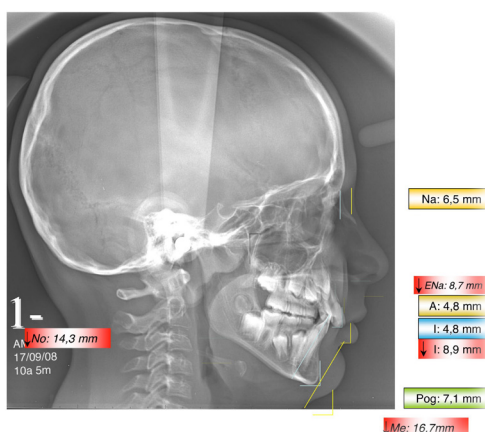
- 1- Ouverture d'Espace Vertical nécessaire au Relevage Verticalo-Transversal des Secteurs Latéraux mandibulaires déformés par les Gestes Pathologiques
- 2- Le relevage ou Repositionnement des Secteurs Latéraux inférieurs autorise le Repositionnement incisif inférieur par gain d'Espace disponible
- 3- La descente BiMaxillaire ou Extension Faciale vers le Bas est d'ampleur triple à celle de l'Avancée BiMaxillaire ou Extension Faciale vers l'avant.

Atelier Pliage LROC des Lip-Bumpers de Korn

- Entraînement intensif au pliage LROC des Lip-Bumpers ;
- Adaptation-passivation des Lip-Bumpers ;
- Allongement des Lip-Bumpers de suivi de croissance ;
- Activation des Lip-Bumpers ;
- Acquisition de la précision nécessaire au contrôle rigoureux du port des Lip-Bumpers à plein temps, et au dépassement de l'épreuve de désadaptation posturale et psychique.

Atelier Superpositions dynamiques Linguo-Ramales et Occluso-Corticales

- Entraînement intensif aux méthodes de superpositions LROC : Mise en Visibilité de la Croissance Médicalement Assistée ;



Atelier Psychosomatique - Grille de Lecture Psychanalytique Familiale

Cet Atelier fait suite au Séminaire «Psychosomatique de l'Insuffisance Faciale» et est réservé à des praticiens ayant suivi la série des 7 séminaires et déjà pratiqué la Thérapeutique LROC de l'IF.

Toute pratique de la Thérapeutique LROC ne manque pas de faire rencontrer des enthousiasmes, et aussi des épreuves, et en particulier psychiques, et qui ne sont pas sans rapport avec l'évitement des épreuves psychiques de l'enfant et de sa famille.

L'Atelier est destiné à l'Analyse de la Pratique, du point de vue Psychique, et cela intimement couplé à la Pathologie et Psychopathologie spécifique à l'Insuffisance Faciale.

Une fois acquis et accepté, par le Thérapeute - suite au Séminaire «Psychosomatique de l'IF» - que le Geste Pathologique à l'origine de l'IF est du côté d'un refus de la dépendance infantile envers les parents ou figures parentales - voire d'une tentative de son inversion -, on ne peut que comprendre les difficultés pratiques et psychiques que le praticien ne pourra que rencontrer... et surmonter.

L'Analyse de la Pratique, du point de vue psychique - et cependant intimement couplé à la pratique et à la technique -, est destiné à renforcer le praticien dans ses difficultés, à les surmonter avec succès, satisfaction et plaisir, au bénéfice de l'enfant et de sa famille.

Evoquons quelques unes de ces situations d'inévitables difficultés, épreuves, surmontables à certaines conditions, tout en gardant à l'esprit, et l'allergie à la dépendance de l'enfant IF et de sa famille, et notre inévitable dépendance technique de l'enfant et de sa famille :

- L'IF provient de Gestes Pathologiques que l'enfant connaît parfaitement mais qu'il peut choisir de maintenir cachés, prétendument non-connus de lui et faits uniquement «en dormant» ;

A contrario, les résultats du praticien - et tout particulièrement dans ce qu'ils auront d'«insuffisants» ne manqueront pas d'être visibles et montrés par l'enfant et sa famille ;

- La non-reconnaissance ou admission de l'existence de Gestes Pathologiques à l'origine de l'IF est aussi bien «tentante» pour les parents, si nous admettons l'idée qu'il s'agit pour l'enfant d'un mode de retrait relationnel, d'évitement du faire-appel à ses parents : ce retrait actif de la part de l'enfant de la relation de dépendance peut être mal vécu par les parents ;

- Les dispositifs LROC sont amovibles, et donc dépendants de l'enfant - et de sa famille - pour leur bon port. Or il se trouve que la période du Changement de Denture, voire de l'avulsion de la totalité des secteurs latéraux, exige un port quasi-complet. Toute entorse à cet impératif conduit à des casses ou à des catastrophes. Nous sommes donc «mettables en échec» quand «ils le veulent» ;

- Les Lip-Bumpers demandent leur extrême adaptation à la morphologie des arcades du patient, or l'enfant IF est initialement bien tenté de nous faire nous sentir maladroits, mal-adaptés à lui.

Nous y insistons, toutes ces situations sont surmontables avec succès, voire avec humour, et susceptibles de se résoudre avec une facilité déconcertante, mais pas sans moments difficiles, voire de crise... à ne pas laisser dévier.

Nous n'allons pas poursuivre la liste des situations inévitables d'affrontement entre deux dépendances, l'une essentielle pour grandir, pour reprendre une croissance ratée, une mobilité entravée, l'autre essentiellement technique ; situations cruciales à dépasser pour persévérer dans une pratique éminemment satisfaisante, probante et soignante.

La capacité à analyser ses ressentis lors de toutes ces situations est déterminante.

L'Atelier d'Analyse des Pratiques, y est destiné.

Un élément essentiel qui y sera travaillé est celui du travail avec la famille : le Bilan à la famille, les Réévaluations à la famille.

La question des Gestes Pathologiques ne peut être dissociée des Agirs Pathologiques, qui eux aussi sont en rapport avec une difficulté avec la dépendance infantile et les tentatives de l'éviter par les manoeuvres visant son inversion. Le repérage de ces Agirs et Manoeuvres familiales, et leur Dévoilement, seront la condition de l'arrêt des Gestes Pathologiques, de l'ouverture à leur pleine reconnaissance, arrêt, et ouverture à leur pensée.

Les connaissances apportées par les pionniers de la Psychanalyse Groupale et Familiale constituent le socle référentiel de nos ateliers d'Analyse de la Pratique au bénéfice des soignants des enfants souffrant de l'IF et de leur famille.

Atelier Evaluation des pratiques :
Recul d'utilisateurs et travaux de recherche

- Des confrères spécialistes, en ODF ou ODMF, dont certains ont limité leur pratique aux thérapeutiques LROC en 1 temps, feront part de leurs résultats et réflexions, de leurs difficultés comme de leurs satisfactions.
- Examen de mémoires CECSMO et autres travaux de recherche.
- Perspectives.

III. Modalités d'inscription

Lieu : COLOR, 9 rue Robespierre, 94200 Ivry-sur-Seine

Pour toute inscription : prendre contact avec le secrétariat de COLOR par courriel ou par téléphone.

Coût :

Séminaire de 3 jours 980 €, Atelier de 2 jours 780 €.

L'inscription ne peut se faire qu'au cycle complet des 7 séminaires.

Le nombre de participants étant limité, l'inscription est validée à réception de votre règlement :

soit en 1 fois (6860 €)

soit en 2 fois (3430 € x2), le premier règlement validant l'inscription et le second à régler au plus tard avant le premier séminaire.

Toute inscription en binôme ou en trinôme fait bénéficier chacun des participants d'une réduction de 15% :

Séminaire de 3 jours 833 €, Atelier de 2 jours 663 €

Inscription au cycle : en 1 fois (5831 €), en 2 fois (2915,50 € x2).

Nous joindre :

par email **contact@insuffisance-faciale-bruno-bonnet.fr**

ou par téléphone **01 46 71 38 97**

IDÉES DE FAIRE FACE À



Willy Aractingi (1930 - 2003)
L'Ours et l'Amateur des jardins
Huile sur toile 81 x 100 cm Mars 1989

“ La perspective morale ne s'introduit pas avec le seul mot « devoir », elle s'introduit avec le verbe « FAIRE » et avec la qualification « en définitive et tout bien considéré ».”

Vincent DESCOMBES
Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique

l'Insuffisance Faciale