

DOSSIER D'INFORMATION

JOURNÉE MONDIALE DE L'ORTHODONTIE 15 MAI 2025



SEMAINE DE
CONSULTATION
GRATUITE
12 - 17 MAI

APNÉES DU SOMMEIL
ET TROUBLES RESPIRATOIRES
DE L'ENFANT:

Diagnostiquer
de 6 à 9 ans
C'EST LE BON
MOMENT



RETROUVEZ LA LISTE DES CABINETS PARTICIPANTS SUR LE SITE : www.orthospe.fr/





SOMMAIRE

I. Dépister les troubles respiratoires de l'enfant

A. Repérer et dépister les troubles respiratoires de l'enfant au cabinet de spécialistes en orthodontie

B. Etiologie et traitement de l'apnée du sommeil chez l'enfant

II. Diagnostiquer de 6 à 9 ans, c'est le bon moment !

A. Non aux idées reçues : ne pas attendre la chute des dents de lait

B. Les traitements précoces : plus simples et plus efficaces

III. Les consultations gratuites, où et comment ?

A. Pendant la semaine nationale de dépistage, du 12 au 17 mai, que comprend la consultation gratuite chez un spécialiste en orthodontie ?

B. Où trouver un spécialiste en orthodontie ?

C. Après la consultation de dépistage : quelle prise en charge des soins d'orthodontie chez les enfants ?

IV. La spécialité en orthodontie et le SFSO

A. Qu'est ce que l'orthodontie ?

B. Les spécialistes en orthodontie dento-faciale

C. Le SFSO, un syndicat représentatif

V. Les partenaires

I. Dépister les troubles respiratoires de l'enfant



Dr Sabine Séverin,
spécialiste en
orthodontie, présidente
du Syndicat Français
des Spécialistes en
Orthodontie (SFSO)
depuis septembre 2024



Dr David Couchat,
spécialiste en
orthodontie, président
de la commission de
communication de la
Fédération Française
d'Orthodontie (FFO)

A. Repérer et dépister les troubles respiratoires de l'enfant au cabinet de spécialistes en orthodontie

En ce qui concerne l'apnée du sommeil chez les enfants de 6 à 9 ans, de quelles données disposez-vous ?

Sabine Séverin : Les différentes études sont assez claires sur le sujet. On estime que l'apnée du sommeil concerne 2 à 5 % des enfants âgés de 6 à 9 ans. Ce chiffre est encore plus important chez les enfants de 3 à 6 ans puisqu'il s'élève à 8 % et est encore largement sous-évalué puisque de nombreux diagnostics ne sont toujours pas établis. Ces chiffres augmentent avec l'âge des patients, chez les 20-44 ans la prévalence s'établit à 7,9 %.

Dans votre pratique, à quelle fréquence recevez-vous dans vos cabinets des enfants atteints d'apnée du sommeil ?

David Couchat : Toutes les semaines nous recevons des enfants pour ce genre de problème. La fréquence peut varier, cela peut parfois être un ou deux patients par semaine. On voit très régulièrement des enfants présentant les différents signes cliniques de l'apnée du sommeil.

Sabine Séverin : En effet, lorsque l'on discute avec les parents, on arrive très facilement à identifier les signes d'une apnée du sommeil. L'échange avec les parents est fondamental pour déceler ce syndrome chez les enfants.

Quels sont les signes cliniques d'une apnée du sommeil chez l'enfant

Sabine Séverin : Déjà, certains signes sont visibles dès que l'enfant arrive dans notre cabinet. Les cernes sous les yeux ou encore une respiration par la bouche sont autant de signes que l'on peut détecter dès l'arrivée du patient.

David Couchat : Lors de l'échange avec les parents, d'autres signes peuvent être observés : une transpiration excessive la nuit, des ronflements bruyants, une énurésie, des troubles de l'attention ou encore une fatigue inhabituelle durant la journée.

Sabine Séverin : Ensuite dès lors que la consultation et l'étude clinique débutent, d'autres signes peuvent être descellés : une hypertrophie des amygdales, une constriction du maxillaire (endomaxillie) et une rétromandibulie viennent le plus souvent confirmer nos doutes.

Une fois le diagnostic établi, comment se passe la prise en charge de l'apnée du sommeil avec les autres praticiens ?

Sabine Séverin : La prise en charge de l'apnée du sommeil se fait avec nos deux principaux partenaires que sont l'otorhinolaryngologiste (ORL) et le pédiatre (ou le généraliste traitant). Ensemble, nous entretenons une véritable relation partenariale.

David Couchat : Exactement, dès lors que le diagnostic est posé et en fonction du traitement à suivre, nous orientons le patient vers le spécialiste le plus à même de traiter le problème. Si nous constatons que les amygdales sont hypertrophiées alors nous dirigeons la famille vers un ORL afin que celui-ci procède à l'ablation des amygdales ainsi qu'un possible enregistrement des apnées (polysomnographie). Si nous observons une endomaxillie alors nous initions un traitement orthodontique avec le patient, avec un courrier de l'ORL qui confirmera l'utilité d'une disjonction maxillaire.

Sabine Séverin : D'autres praticiens peuvent également intervenir sur le traitement du syndrome d'apnée du sommeil. C'est par exemple le cas des kinésithérapeutes qui peuvent mettre en place des actes de rééducation ou de kinésithérapie oro-myofaciale. Les orthophonistes peuvent également participer à la rééducation linguale.

En ce qui concerne le traitement orthodontique, existe-t-il une prise en charge particulière de la part de la sécurité sociale ?

David Couchat : Lorsque qu'une disjonction maxillaire est préconisée et confirmée par l'ORL, un TO 180 peut être engagé. Cette cotation particulière (tarif libre) n'impacte pas les disponibles de traitement orthodontique.

Pourquoi s'intéresser spécifiquement aux enfants âgés entre 6 et 9 ans ?

Sabine Séverin : Dépister l'apnée du sommeil chez les enfants à l'âge de 6 à 9 ans est important puisqu'il correspond à une période fondamentale dans le développement. A 6 ans, l'enfant entre au CP et commence les apprentissages scolaires. Diagnostiquer et traiter l'apnée du sommeil à cet âge-là permet par ailleurs de pouvoir éviter l'apparition et le développement de troubles DYS.



« L'âge de 6 à 9 ans est important puisqu'il correspond à une période fondamentale dans le développement de l'enfant. »

Dr Sabine Séverin,
présidente du Syndicat Français des Spécialistes
en Orthodontie (SFSO)

Certains enfants diagnostiqués TDAH se sont révélés être atteints d'un SAHOS non diagnostiqué. Le diagnostic de l'apnée du sommeil à cet âge peut ainsi jouer favorablement sur les résultats scolaires de l'enfant.

David Couchat : En plus du développement de l'enfant, diagnostiquer à ce moment de la vie peut aussi permettre d'éviter de futurs problèmes cardiovasculaires et peut aussi éviter aux parents d'engager un surtraitement médical pour des troubles dont la cause aurait été mal diagnostiquée.



Dr Boris Pételle,
chirurgien ORL
et cervico-facial, vice-
président de
la Société Française
de Médecine Dentaire
du Sommeil (SFMDS)

B. Etiologie et traitement de l'apnée du sommeil chez l'enfant

Quels sont les symptômes de l'apnée du sommeil chez l'enfant ?

Chez l'enfant, les symptômes sont souvent différents de ceux observés chez l'adulte. Ils incluent :

- Troubles cognitifs : hyperexcitabilité, irritabilité, trouble de la concentration. L'enfant peut sembler "hyperactif", souvent pour compenser un sommeil de mauvaise qualité ;
- Signes physiques : cernes marqués, respiration par la bouche (facies adénoïdien), transpiration nocturne ;
- Troubles respiratoires nocturnes : arrêts temporaires de la respiration (plus de 30 secondes c'est une apnée) suivis de ronflements (pas d'apnée sans ronflement) ou de reprises bruyantes de respiration.

Quelles sont les conséquences de l'apnée du sommeil chez l'enfant ?

L'apnée du sommeil non traitée peut entraîner :

- Un impact sur le développement cognitif ;
- Une baisse des performances scolaires liée aux troubles de la concentration et à la fatigue chronique ;
- Une irritabilité accrue.

À quel âge ce trouble se manifeste-t-il le plus souvent ?

L'apnée du sommeil chez l'enfant est particulièrement fréquente entre 5 et 7 ans, une période où la réduction naturelle du volume des tissus lymphoïdes, notamment des amygdales, est attendue. Des amygdales hypertrophiées constituent souvent un facteur clé dans le développement de ce trouble. Il n'existe pas de différence notable entre filles et garçons.

Quels sont les traitements disponibles chez l'enfant ?

1. Traitement de première intention :

Amygdalectomie (ablation des amygdales) ou adénoïdectomie (ablation des végétations), souvent recommandées si les amygdales ou les végétations sont hypertrophiées.

2. Traitement orthodontique :

Si l'apnée persiste après l'ablation des amygdales, il est crucial d'examiner l'étroitesse de la mâchoire supérieure (maxillaire). Ce problème est souvent identifié par un orthodontiste, notamment en cas de chevauchement des dents ou de mâchoire trop petite. Dans ces situations, une intervention précoce avec la pose d'un disjoncteur palatin est recommandée. Ce dispositif permet d'élargir le palais, ce qui améliore la respiration en augmentant l'espace des voies aériennes supérieures et en favorisant une meilleure posture linguale grâce à un palais plus large. C'est pour cela que la rééducation est aussi intéressante.

« Une baisse des performances scolaires liée aux troubles de la concentration et à la fatigue chronique. »

Dr Boris Pételle, chirurgien ORL et cervico-facial,
vice-président de la Société Française de Médecine Dentaire
du Sommeil (SFMDS)

3. Réduction oro-myofaciale :

- Lavages quotidiens des fosses nasales ;
- Utilisation éventuelle d'écarteurs nasaux pour améliorer la respiration et obtenir une meilleure position linguale.

4. Cas sévères ou résistants aux traitements de première et seconde intention :

Prescription d'un masque de ventilation nocturne délivrant une pression positive continue (PPC) adaptée à la morphologie des enfants.

Pourquoi est-il important de consulter rapidement en cas de suspicion d'apnée du sommeil chez l'enfant ?

Il ne faut pas hésiter à consulter dès que des symptômes d'apnée du sommeil sont repérés chez l'enfant. Contrairement à l'adulte, chez qui les solutions curatives sont plus limitées, il existe des traitements efficaces pour les enfants. La première cause d'apnée du sommeil chez l'enfant est souvent liée à l'hypertrophie des amygdales. Bien que l'idée d'une chirurgie puisse inquiéter les parents, l'amygdalectomie est une intervention courante et essentielle pour améliorer la qualité de vie et la santé de l'enfant. Un premier réflexe utile consiste à examiner l'intérieur de la bouche : la taille des amygdales et du palais peut déjà donner des indications importantes. Par ailleurs, de nombreux parents sont orientés vers un spécialiste suite au conseil de leur dentiste, qui joue un rôle clé dans le dépistage, en repérant des signes comme une mâchoire étroite ou un chevauchement des dents.

Est-ce que l'utilisation des applications de suivi du sommeil est un réflexe utile avant de consulter ?

Oui, cela peut être intéressant bien que les résultats obtenus doivent être interprétés avec prudence car ils peuvent parfois amplifier ou sous-estimer les problèmes. Cependant, pour les parents inquiets, ces applications ou même de simples enregistrements audio ou vidéo du sommeil de l'enfant peuvent être utiles. Ils permettent de repérer des anomalies comme des ronflements, des pauses respiratoires ou des mouvements inhabituels. **Ces observations peuvent fournir des éléments supplémentaires pour guider le médecin et renforcer le faisceau d'arguments lors de la consultation.**



II. Diagnostiquer de 6 à 9 ans, c'est le bon moment !

A. Non aux idées reçues: ne pas attendre la chute des dents de lait

Il est encore fréquent d'entendre, y compris de la part de professionnels de santé, qu'il convient d'attendre la chute de toutes les dents de lait avant d'initier un traitement d'orthodontie. L'état des connaissances scientifiques démontre tout le contraire : les soins orthodontiques précoces présentent de nombreux bénéfices et il est préférable de ne pas attendre pour poser un premier diagnostic et éventuellement agir.



«Lorsque des cas complexes nous sont présentés tardivement, le plan de traitement peut comprendre des extractions de prémolaires définitives. Nous observons pourtant en cabinet que les soins réalisés en denture mixte permettent de limiter le besoin de futures extractions.»

Dr Sabine Séverin,
spécialiste en orthodontie, présidente du Syndicat Français des Spécialistes en Orthodontie (SFSO)

B. Les traitements précoces: plus simples et plus efficaces

En fonction des tableaux cliniques, les bénéfices du dépistage et du traitement précoces sont nombreux :

- Le traitement précoce favorise l'harmonisation de la croissance. La correction des décalages de la mâchoire limitera l'importance des soins d'orthodontie à un âge plus avancé et diminuera la complexité de ces derniers ;
- Le temps de traitement sera globalement réduit, y compris lorsqu'il doit se faire en plusieurs phases au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence ;
- Le traitement précoce limite les risques de fracture des dents, en effet, un bon alignement réduit ou fait disparaître les saillances qui exposent les dents lors de chutes ;
- Le dépistage permet d'identifier des mauvaises habitudes, notamment la succion du pouce et des tétines, qui sont elles-mêmes à l'origine de troubles orthodontiques ;
- Le dépistage permet d'identifier des troubles fonctionnels plus généraux, comme, par exemple des troubles de déglutition, de la mastication, une respiration par la bouche, voire des apnées du sommeil. Ces pathologies peuvent être traitées en coordination avec d'autres professionnels de santé.

Dans certains cas, même si le traitement précoce n'est pas nécessaire, le spécialiste en orthodontie recommandera une nouvelle visite à un âge plus avancé, afin de surveiller le bon déroulement de la croissance.

POUR ALLER PLUS LOIN

Haute Autorité de Santé, Dépistage orthodontique en denture temporaire et/ou en denture mixte.

URL: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272430/fr/depistage-orthodontique-en-denture-temporaire-et/ou-en-denture-mixte

AVANT



INTERMÉDIAIRE



APRÈS



Exemples de traitements précoces



III. Les consultations gratuites, où et comment ?

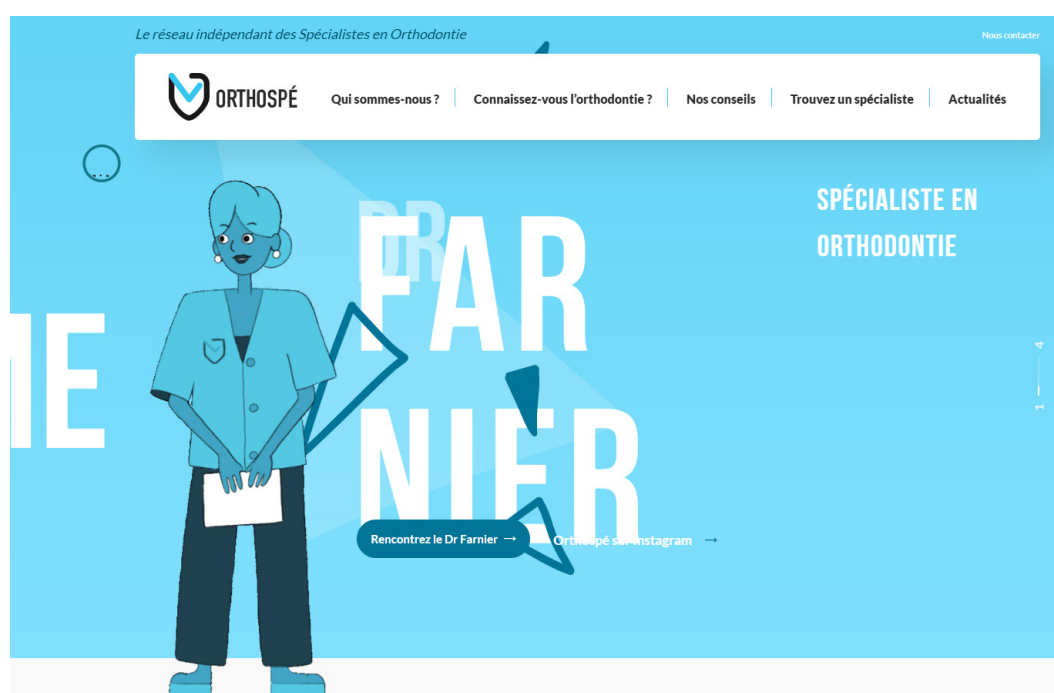
A. Pendant la semaine nationale de dépistage, 12 au 17 mai 2025, que comprend la consultation gratuite chez un spécialiste en orthodontie ?

Lors du premier rendez-vous, un examen clinique est réalisé. Il comprend : un examen de la face, du profil, du sourire, des muscles faciaux et de la langue, de la ventilation orale et nasale, de la déglutition, de la phonation et de l'articulation des maxillaires, ainsi qu'un examen endobuccal visant à évaluer les rapports entre chaque dent. Une radiographie panoramique peut également être prescrite si nécessaire.

Les patients étant mineurs, ceux-ci doivent bien sûr être accompagnés par un parent ou responsable légal. Quoi qu'il en soit, le parcours de soins est composé de plusieurs étapes clés dont le succès dépend en grande partie du respect des instructions thérapeutiques ; pour cette raison l'implication de la famille au côté de l'enfant est essentielle.

B. Où trouver un spécialiste en orthodontie ?

orthospe.fr est le site des spécialistes en orthodontie qui rassemble conseils et présentation de la discipline pour les familles. Il comprend un annuaire répertoriant tous les spécialistes participant à la semaine de dépistage gratuit du 12 au 17 mai 2025. Les filtres permettent de trouver instantanément un praticien spécialiste près de son domicile.



C. Après la consultation de dépistage¹ : quelle prise en charge des soins d'orthodontie chez les enfants ?

En fonction du diagnostic établi, le praticien propose un plan de traitement au patient et lui soumet un devis correspondant.

Après la première consultation, les traitements en orthodontie sont éligibles à une prise en charge partielle par l'Assurance maladie pendant 6 semestres de soins actifs et 2 années de contention, à condition d'être initiés avant le 16e anniversaire du patient. Les complémentaires santé peuvent prendre en charge tout ou partie de la part non remboursée par l'Assurance maladie.

Par ailleurs, les orthodontistes et les chirurgiens-dentistes prennent en charge les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME).

¹En dehors de la semaine nationale de dépistage, le prix de cette consultation initiale s'élève à 23 € dont 70 % sont remboursés par l'Assurance maladie (soit 16,10 €) : le reste à charge de 6,90 € dépend de la couverture complémentaire du patient.

IV. La spécialité en orthodontie et le SFSO

A. Qu'est-ce que l'orthodontie ?

L'orthodontie, dont l'appellation officielle est Orthopédie Dento-Faciale (ODF), est la pratique médicale qui consiste à redresser les dents mal positionnées et à évaluer les rapports entre les maxillaires, en prenant en compte l'ensemble du visage pour en améliorer fonctionnalité et harmonie pour le reste de la vie.

Plusieurs problèmes sont traités grâce à l'orthodontie :

- Les dysfonctionnements du parodonte, c'est-à-dire l'ensemble des tissus et ligaments qui soutiennent la dent ;
- Les défauts d'occlusion, pour établir l'emboîtement harmonieux des mâchoires de manière à garantir un alignement optimal des dents ;
- Les défauts constatés sur l'alignement des dents ou les anomalies de la forme des mâchoires qui peuvent causer divers problèmes (mastication, respiration, phonation, etc.).

Le traitement dure entre 1 et 3 ans en moyenne. Il varie en fonction du type d'appareillage choisi, de l'anomalie à traiter et de l'âge du patient.

Initialement, l'Orthopédie Dento-Faciale s'adressait essentiellement aux enfants mais elle concerne aujourd'hui également les adultes. Un traitement peut donc être initié à tout âge car le support osseux peut se modifier.

Pour qu'un traitement orthodontique soit le plus efficace et le plus court possible, il est important d'intervenir au bon moment.

Bien que l'on puisse traiter à tout âge, il existe des périodes plus propices :

- **De 4 à 9 ans** : les traitements de prévention, pour éviter l'apparition de malocclusions ;
- **Entre 9 et 11 ans** : les traitements d'interception en denture mixte, ce sont des traitements en deux temps ;
- **Entre 11 et 17 ans** : les traitements en denture permanente ;
- La période de « contention » pour consolider les résultats acquis.

Quel est l'intérêt de l'orthodontie ?

Le traitement orthodontique est d'abord un traitement médical. L'amélioration de l'esthétique qui peut en résulter n'en est qu'une conséquence.

En effet, l'orthodontie permet de remédier à certaines malformations et à certains troubles potentiellement handicapants. Une malocclusion peut créer une situation ultérieure défavorable qui peut compromettre à long terme la stabilité et le maintien des dents sur l'arcade dentaire. L'orthodontie, par le soin qu'elle apporte à l'alignement des dents et à l'occlusion, permet d'éviter de nombreuses complications. Le bon alignement des dents permet en effet d'améliorer l'hygiène dentaire et de prévenir les caries. De même, la diminution des malocclusions permet de réduire ce qu'on appelle les dysfonctionnements craniomandibulaires, c'est-à-dire un ensemble de troubles potentiellement handicapants qui affectent les muscles et les articulations du visage. Les malocclusions sont également responsables de dommages tissulaires et peuvent troubler la respiration, l'alimentation, l'élocution. Enfin, les dommages esthétiques découlant d'un mauvais alignement dentaire



ou d'une malocclusion peuvent entraîner de lourdes conséquences psychosociales. L'intervention en orthodontie est d'autant plus importante que selon l'OMS, environ 50 % des enfants nécessiteraient de suivre un traitement. En France, ce sont ainsi 600 000 enfants et adolescents qui sont soignés en orthodontie, soit un enfant scolarisé sur dix.

De plus, l'orthodontie est une discipline qui a su approfondir ses connaissances sur la physiologie humaine et réaliser des progrès rapides dans plusieurs domaines ces dernières années :

- Les problèmes respiratoires sont de mieux en mieux traités par l'orthodontie, en lien avec les médecins ORL, pneumologues et allergologues : les hyperpnées ou le syndrome d'apnée obstructive du sommeil sont par exemple des troubles désormais pris en charge ;
- Les problèmes musculaires sont mieux pris en compte et permettent d'éviter des troubles de bruxisme (c'est-à-dire des grincements de dents) ou au niveau des articulations et des muscles du crâne ;
- Le moment du traitement a évolué en même temps que les connaissances physiologiques : s'il a été longtemps admis qu'il fallait attendre

l'apparition des dents définitives et de la puberté pour traiter les enfants, on sait désormais que des traitements préventifs avant cette période permettent d'éviter certaines déformations et de prévenir des troubles ultérieurs.

B. Les spécialistes en orthodontie dento-faciale

Des études longues et sélectives

Il existe actuellement environ 2 200 orthodontistes spécialistes en orthopédie dento-faciale en France. La spécialisation en orthopédie dento-faciale s'obtient aujourd'hui par un internat de trois ans, réalisée après l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

Un orthodontiste doit donc suivre neuf ans d'études avant de pouvoir commencer son activité professionnelle. Par ailleurs, les médecins stomatologues ont eux aussi une compétence en orthopédie dento-maxillofaciale et dento-faciale. Tous ont acquis l'ensemble des compétences requises et sont les mieux placés pour réaliser un diagnostic complet et prescrire un traitement adapté à chaque patient.

Certains chirurgiens-dentistes peuvent

également prescrire et prodiguer des soins en orthopédie dento-faciale. Toutefois, ceux-ci n'ont pas suivi la formation qualifiante leur permettant de devenir spécialistes en ODF.

Une formation continue exigeante dans un contexte technique en évolution permanente

La formation continue est une obligation inscrite dans le code de déontologie des chirurgiens-dentistes : « Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue » (article R. 4127-214).

Plusieurs possibilités s'offrent à l'orthodontiste : il peut suivre les sessions de formation continue proposées par les sociétés savantes ayant obtenu le label du Conseil National de la Formation Continue Odontologique (sous l'égide du Conseil de l'Ordre), se rendre à des congrès internationaux, suivre des formations privées sans label, se tenir informé via la lecture des revues scientifiques ou bien suivre une formation continue conventionnelle (c'est à-dire régie par convention avec les caisses d'Assurance maladie), même si ce genre de formation s'est peu développé en orthopédie dento-faciale.

Depuis 2009 cependant, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a introduit la notion de développement professionnel continu, qui associe la notion de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Toutefois, la constante évolution de la profession a habitué les praticiens à se tenir informés régulièrement des progrès techniques nombreux qui ont été réalisés en Orthopédie Dento-Faciale. Depuis 25 ans en effet, le plateau technique de la profession ainsi que les procédures de soins n'ont pas cessé d'évoluer. Grâce au haut niveau de formation des spécialistes en orthodontie, aux progrès des diagnostics, aux moyens mis en oeuvre pendant la phase active et aux techniques de contention, les possibilités thérapeutiques ne cessent d'augmenter et la stabilité des résultats obtenus s'est considérablement accrue.

C. Le SFSO, un syndicat représentatif

Le Syndicat Français des Spécialistes en Orthodontie (SFSO, anciennement Syndicat des Spécialistes Français en Orthopédie Dento-Faciale, SSFODF) a été créé en 1959. Il assure la défense des spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale auprès des organismes payeurs, de la HAS, des autorités sanitaires, du public et des parties prenantes. Il promeut une information claire pour les patients sur la qualification des praticiens et la qualité des soins prodigués.

Par ailleurs, le SFSO met en place des initiatives visant à définir un standard de soins pour la spécialité. La démarche qualité SFSO a pour but d'accompagner les spécialistes pour les aider à se mettre en conformité avec les exigences législatives et réglementaires qui régissent l'exercice de la profession.

En partenariat avec les Chirurgiens-Dentistes de France (CDF), le SFSO représente les spécialistes auprès des instances gouvernementales.

SES MEMBRES

Le syndicat comptait 100 membres en 1970, pour passer à plus de 1 000 membres en 2022. La profession dénombrant un peu moins de 2 200 spécialistes, c'est donc près de la moitié des orthodontistes qui est représentée par le SFSO.

V. Les partenaires

Ordre national des chirurgiens-dentistes :

L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) est l'instance de régulation de la profession, garantissant le respect de la déontologie, la compétence et l'indépendance des praticiens. Créé en 1945, il veille à l'accès à la profession, au respect des règles éthiques et à la protection des patients. Doté d'une mission de service public, il défend l'honneur de la profession et assure la qualité des soins.

FFO :

La Fédération Française d'Orthodontie (FFO) regroupe 12 sociétés membres et œuvre pour le développement scientifique et économique de la profession. Elle contribue aux avancées en orthopédie dento-faciale, à la formation continue des praticiens et à l'amélioration des traitements orthodontiques.

CNECMF :

Le CNECMF regroupe les enseignants de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale des universités, hôpitaux et du service de santé des armées. Il coordonne et promeut l'enseignement de la spécialité à tous les niveaux, participe aux réformes pédagogiques et développe des outils pédagogiques. Il représente la discipline auprès des pouvoirs publics et des instances professionnelles. Le Collège soutient la formation à la recherche, la reconnaissance internationale du diplôme et collabore aux travaux du Conseil National Professionnel (CNP).

SFMDS :

La Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil (SFMDS), créée en 2012, promeut la recherche, la formation et la diffusion des connaissances sur la médecine dentaire du sommeil. Elle favorise une approche pluridisciplinaire pour le dépistage et le traitement des troubles respiratoires du sommeil, impliquant odontologistes et spécialistes du sommeil. La SFMDS contribue à structurer la pratique et à définir des standards de soins pour une meilleure prise en charge des patients.

CDF :

Les Chirurgiens-Dentistes de France sont le premier syndicat représentatif de la profession et un acteur majeur de la défense de la santé orale. Engagés pour l'accès aux soins et la santé publique, ils représentent omnipraticiens et spécialistes en orthodontie aux côtés du SFSO. Présents sur tout le territoire, ils négocient la convention nationale et accompagnent les praticiens dans l'évolution de leur exercice.

