Objectif Prévention...

Novembre 2026

« Pour que la santé orale soit une évidence pour tous ! »

ufsbd
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE
www.ufsbd.fr

Ce numéro a été co-rédigé avec orthoplus PRÉPARONS L'AVENIR

L'éducation fonctionnelle

Guide interprofessionnel (chirurgiens-dentistes, spécialistes qualifiés en orthopédie dentofaciale, médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes)

SOMMAIRE

Édito ..... page 2
Introduction ..... page 3
En consultation, quoi repérer ? ..... page 5
Au fauteuil, quoi repérer ? Grille de synthèse ..... page 8
Arbre décisionnel : repérage, orientation, prévention ..... page 9
À qui adresser et pourquoi ? ..... page 10
Les éducateurs fonctionnels : comment agir concrètement au fauteuil ? ..... page 16
Cas cliniques : trajectoires possibles ..... page 20
Conclusion ..... page 23
Fiches outils ..... page 25

Édito...

Repérer tôt, orienter juste, prévenir ensemble

Prévenir, c'est d'abord savoir regarder. Depuis soixante ans, l'UFSBD porte cette conviction auprès des chirurgiens-dentistes comme du grand public : la santé bucco-dentaire se construit bien avant la première carie, et souvent bien au-delà de la dent elle-même.

Ce nouveau numéro d'*Objectif Prévention* s'inscrit dans cette logique en ouvrant un champ que l'omnipraticien croise chaque jour sans toujours le nommer : l'éducation fonctionnelle. Une bouche entrouverte au repos, un enfant qui ronfle, une langue basse, un palais étroit, une succion qui se prolonge... Pris isolément, ces signes paraissent anodins. Associés et persistants, ils racontent une croissance qui se fait sous contrainte. Or, la fonction modèle la forme : ventilation, déglutition, mastication et posture linguale participent, jour après jour, au développement crânio-facial de l'enfant.

Le chirurgien-dentiste est idéalement placé pour les repérer. L'examen bucco-dentaire, désormais annuel et proposé de 3 à 24 ans par la Convention nationale, fait de lui le professionnel de santé qui voit l'enfant le plus régulièrement, au moment précis où la croissance offre sa plus grande marge de manœuvre. Il ne s'agit ni de traiter plus tôt ni de tout traiter au cabinet, mais de ne pas laisser évoluer sans surveillance une dysfonction qu'un accompagnement précoce, souvent simple et non invasif, infléchirait.

C'est tout l'objet de ce guide. Conçu par un groupe de travail réunissant chirurgiens-dentistes, orthodontistes, médecins ORL, orthophonistes et kinésithérapeutes, il a été pensé comme un outil de fauteuil : une grille d'observation pour savoir quoi repérer, un arbre décisionnel pour savoir quand et à qui adresser, des fiches présentant le rôle de chacun de nos relais, des cas cliniques et un parcours d'éducation fonctionnelle pour suivre l'enfant tout au long de son parcours. Il ne demande pas à l'omnipraticien de devenir rééducateur ou orthodontiste ; il lui donne les moyens de tenir pleinement sa place de premier maillon.

Car l'éducation fonctionnelle est, par nature, une démarche d'équipe. Aucun de nous ne détient seul la réponse : l'ORL lève l'obstacle ventilatoire, le rééducateur normalise les fonctions, l'orthodontiste accompagne la croissance et le chirurgien-dentiste, présent dans la durée, repère, coordonne et surveille. Cette pluridisciplinarité n'est pas un supplément d'organisation : elle est le cœur même de la prévention.

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des auteurs qui ont donné de leur temps et de leur expertise à ce travail collectif, ainsi que nos partenaires qui ont contribué à sa réalisation. Nous formons le vœu que ce guide trouve sa place dans chaque cabinet, et que le regard porté sur l'enfant y change durablement.

Bonne lecture.

Merci aux contributeurs qui ont permis la création de ce guide

Dr Marie DACQUIN, Louise CARPENTIER, Dr Xavier BRAECKEVELT, Dr Benoît PERRIER, Pr Michel LE GALL, Pr Carole CHARAVET, Dr Mireille BIEGEL, Dr Marine PERIA, Floriane LARGEAUD, Frédéric BERNARD, Kellie LAMIOT



Dr Benoît PERRIER
Président de l'UFSBD



Pr Michel LE GALL
Président de la SFODF

INTRODUCTION

Dépistage précoce et éducation fonctionnelle en odontologie pédiatrique



Dr Marie DACQUIN, chirurgien-dentiste

Le développement crânio-facial résulte d'interactions complexes entre des facteurs génétiques, environnementaux et fonctionnels. La ventilation, la posture linguale, la déglutition, la mastication et certaines habitudes oro-faciales participent à cet équilibre. Lorsqu'elles sont durablement perturbées, elles peuvent être associées à l'apparition ou à l'aggravation de certaines dysmorphoses dento-maxillaires.

> **Les premières années de vie** constituent une période particulièrement importante du développement crânio-facial. Au cours de cette période, **les fonctions et les structures évoluent conjointement.** Une ventilation nasale efficace, une posture linguale adaptée, une mastication fonctionnelle et l'absence de parafonctions persistantes contribuent à créer un environnement favorable au développement oro-facial. À l'inverse, une ventilation orale chronique peut s'accompagner d'adaptations fonctionnelles et morphologiques, notamment d'un abaissement de la langue, d'une modification de la forme palatine ou encore de troubles du sommeil.

Cette interdépendance entre fonctions et structures justifie l'intérêt d'un repérage précoce. L'éducation fonctionnelle ne se résume pas à un acte thérapeutique isolé ; elle s'inscrit dans une démarche plus large de prévention, d'observation, d'accompagnement et, lorsque cela est nécessaire, d'orientation vers le professionnel compétent. Son objectif est d'**identifier au plus tôt les situations dans lesquelles une dysfonction persistante peut interférer avec le développement oro-facial ou s'associer à une anomalie dento-maxillaire**.



> **Dès la grossesse et au cours des premières consultations pédiatriques,** le chirurgien-dentiste peut jouer un rôle important de guidance parentale. L'allaitement, l'introduction progressive de textures alimentaires adaptées à l'âge, l'acquisition d'une mastication efficace et l'accompagnement des habitudes de succion constituent autant d'éléments à prendre en compte dans le développement des fonctions oro-faciales. Le praticien peut également sensibiliser les parents aux habitudes respiratoires, aux positions de repos, à la mastication et à l'évolution des succions non nutritives, sans pour autant transformer cette démarche de prévention en prise en soins thérapeutique systématique.

Le dépistage fonctionnel doit ainsi trouver naturellement sa place dans les consultations de prévention. Cette démarche s'inscrit dans la continuité des recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives au dépistage orthodontique en denture temporaire et mixte, qui soulignent notamment l'intérêt de rechercher les anomalies fonctionnelles et les signes susceptibles d'évoquer une ventilation orale.

Les signes d'alerte à rechercher comprennent, notamment, **une ventilation orale persistante, des ronflements réguliers, des troubles de la mastication, une déglutition atypique suspectée, une succion non nutritive prolongée ou encore certaines anomalies dento-maxillaires,** telles qu'un palais étroit, une béance ou un articulé inversé. Aucun de ces signes, pris isolément, ne suffit à poser un diagnostic. Leur intérêt réside surtout dans leur persistance, leur association et leur éventuel retentissement, qui peuvent justifier une surveillance renforcée, des conseils adaptés ou une orientation spécialisée.

> **La Convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023-2028 renforce cette logique de prévention** en instaurant un examen bucco-dentaire annuel de 3 à 24 ans. Ces rendez-vous réguliers constituent autant d'occasions d'intégrer le repérage des fonctions oro-faciales au suivi bucco-dentaire habituel de l'enfant et de l'adolescent et d'identifier plus précocement les situations nécessitant une surveillance ou une orientation.



> **Cette démarche préventive peut débuter encore plus tôt.** L'examen bucco-dentaire proposé à la femme enceinte, accessible à partir du quatrième mois de grossesse et jusqu'au sixième mois après l'accouchement, constitue un moment privilégié pour informer les futurs parents sur la santé bucco-dentaire, l'alimentation, les habitudes de succion et, plus largement, les facteurs susceptibles d'accompagner le développement oro-facial de l'enfant.

L'enjeu est avant tout temporel. Il ne s'agit pas de traiter systématiquement plus tôt, mais de ne pas laisser évoluer sans surveillance une dysfonction persistante ou une anomalie susceptible de bénéficier d'une prise en soins précoce. **Plus le repérage intervient tôt, plus il est possible d'identifier les facteurs en présence, d'évaluer leur retentissement et d'organiser, si nécessaire, une prise en soins adaptée** avant que certaines situations ne se pérennisent.

> **Cette approche suppose enfin une véritable coordination entre professionnels.** Selon la situation clinique, le chirurgien-dentiste peut être amené à travailler avec l'orthodontiste, le médecin ORL, l'orthophoniste, le kinésithérapeute, l'allergologue ou d'autres professionnels de santé. Chacun intervient dans son champ de compétence afin d'évaluer les dimensions dentaires, squelettiques, fonctionnelles ou médicales du patient.

L'éducation fonctionnelle trouve ainsi sa place dans une odontologie préventive qui ne cherche pas à tout traiter au cabinet dentaire, mais à mieux observer, mieux repérer et mieux orienter. Elle repose sur une logique simple : **identifier précocement les signes d'alerte, comprendre leur contexte, accompagner le patient et sa famille et coordonner les prises en charge lorsque cela est nécessaire**.



Bibliographie :

- Moss ML. The functional matrix hypothesis revisited. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1997;112(1):8-1(1).
- Planas P. Réhabilitation neuro-occlusale (RNO). Paris: Masson; 2001.
- Proffit WR, Fields HW, Larson B, Sarver DM. Contemporary Orthodontics. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.
- Harvold EP, Vargervik K, Chierici G. Primate experiments on oral respiration. Am J Orthod. 1981;79(4):359-372.
- Guilleminault C, Huseni S, Lo L. A frequent phenotype for paediatric sleep apnoea: short lingual frenulum. ERJ Open Res. 2016 Jul 29;2(3):00043-2016.
- Souki BQ, Lopes PB, Pereira TBJ, Franco LP, Becker HM, Oliveira DD. Mouth breathing children and cephalometric patterns. Angle Orthod. 2009;79(2):346-351.
- Abreu RR, Rocha RL, Lamounier JA, Guerra ÂFM. Etiology, clinical manifestations and concurrent findings in mouth-breathing children. J Pediatr (Rio J). 2008;84(6):529-535.

Novembre 2026

En consultation, quoi repérer ?

Identifier les signaux d'alerte qui nourriront l'arbre décisionnel page 9

Ventilation

Ventilation orale ou mixte ?

- L'enfant a-t-il tendance à garder la bouche ouverte, en journée et/ou pendant le sommeil ?

Lèvres ouvertes au repos ?

- Au repos, les lèvres restent-elles spontanément entrouvertes ?
- Paraissent-elles hypotoniques, larges ou sèches ?

Congestion nasale fréquente ?

- L'enfant est-il souvent congestionné ou enrhumé ?
- Sait-il se moucher seul ?
- Bénéficie-t-il d'un suivi ORL ?
- A-t-il actuellement ou a-t-il eu un traitement médicamenteux pour des troubles ORL ou respiratoires ?
- A-t-il déjà consulté un allergologue ?
- Existe-t-il un terrain allergique familial ?

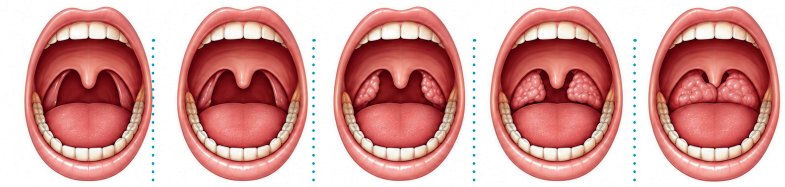
Signes d'allergie ?

- L'enfant présente-t-il des symptômes évocateurs : éternuements répétés, congestion nasale chronique, écoulement nasal, toux ou sifflements respiratoires ?
- A-t-il ou a-t-il eu de l'asthme ?

Hypertrophie des amygdales ?

- L'examen clinique évoque-t-il une hypertrophie amygdalienne ?
- Évaluation selon la classification de Friedman.

AMYGDALES – Grades de Friedman



0 = Luette et piliers de la loge amygdalienne visibles	1 = Amygdales cachées dans la loge	2 = Amygdales dépassent la loge	3 = Amygdales dépassent largement la loge sans passer par le milieu	4 = Amygdales jointes au niveau de la luette

Sommeil

Ronflements ?

- L'enfant ronfle-t-il régulièrement ou présente-t-il une ventilation bruyante la nuit et/ou pendant les siestes ?

Sommeil agité ?

- Bouge-t-il beaucoup pendant la nuit ?
- Présente-t-il des réveils fréquents ou des cauchemars réguliers ?

Transpiration nocturne ?

- L'enfant transpire-t-il beaucoup pendant son sommeil ou a-t-il tendance à se découvrir fréquemment ?



Énurésie / nycturie ?

- Présente-t-il une énurésie nocturne ?
- Se réveille-t-il pendant la nuit pour uriner ?
- Boit-il régulièrement la nuit ?

Somnolence ou fatigue diurne ?

- L'enfant paraît-il fatigué au réveil ?
- S'endort-il facilement le soir ou, au contraire, lutte-t-il contre l'endormissement ?

Troubles de l'attention, de la concentration ou du comportement ?

- Rencontre-t-il des difficultés dans les apprentissages ?
- Présente-t-il une agitation inhabituelle ou des difficultés à se poser et à se concentrer ?
- Des troubles neurodeveloppement (TDAH...) ont-ils été suspectés ou diagnostiqués ?

Pauses respiratoires ?

- Les parents ont-ils déjà observé des pauses respiratoires ou des reprises inspiratoires marquées pendant le sommeil ?
- Ont-ils également remarqué des grincements dentaires nocturnes ?

Novembre 2026

Fonction linguale



Cas clinique du Dr Marie DACQUIN

Posture linguale basse ou interdentaire au repos ?

- Au repos, la langue est-elle visible entre les dents ?
- Envahit-elle le secteur incisif et/ou les bords occlusaux latéraux ?

Difficultés ou sélectivité alimentaire ?



- L'enfant présente-t-il une sélectivité alimentaire ?
- Accepte-t-il les textures dures et fibreuses adaptées à son âge ?
- L'alimentation du nourrisson a-t-elle été difficile : adaptation du lait, abandon de l'allaitement, reflux gastro-œsophagien, coliques ?
- Pendant les repas…
  - mange-t-il la bouche ouverte ?
  - la mastication est-elle bruyante ?
  - semble-t-il prendre plaisir à manger ou est-il facilement distrait ?
  - mange-t-il rapidement, à un rythme habituel ou très lentement ?

Phonation/articulation perturbée ?

- L'enfant est-il facilement intelligible ?
- Observe-t-on :
  - un sigmatisme antérieur, avec antériorisation de certains sons et/ou interposition linguale lors de la phonation (antériorisation des sons ch > s et j > z, langue visible sur t, d, n) ;
  - un sigmatisme latéral, avec fuite d'air latérale sur certains phonèmes (chuintement = fuites latérales s, z, ch, j) ?

Déglutition atypique suspectée ?

- Observer la déglutition salivaire, éventuellement lèvres légèrement entrouvertes.
- Existe-t-il :
  - une interposition linguale ;
  - une contraction excessive des lèvres ou du menton ;
  - une projection de la tête ;
  - une langue visible en position antérieure au moment de la déglutition ?

Parafonctions ?

- L'enfant conserve-t-il une habitude de succion : tétine, pouce, autre doigt ou doudou ?
- Observe-t-on une succion de structures intra-orales : langue, lèvres ou joues ?
- L'enfant a-t-il tendance à…
  - mordiller des objets ou ses vêtements ?
  - porter fréquemment des objets à la bouche ?
  - se lécher régulièrement les lèvres ?
- Une irritation périorale évocatrice d'un pourléchage est-elle visible ?

À noter : certaines parafonctions intra-orales sont discrètes et peuvent facilement passer inaperçues.



Frein lingual restrictif suspecté ?

- À l'examen…
  - le frein paraît-il anatomiquement court ?
  - lors de la protrusion, la langue prend-elle une forme en cœur ?
  - l'élévation linguale paraît-elle limitée ?
  - des tensions apparaissent-elles lors de l'élévation manuelle de la langue ?
  - l'ouverture buccale avec l'apex lingual maintenu au palais est-elle nettement réduite par rapport à l'ouverture maximale ?

TABBY Tongue Assessment Tool

	0	1	2
À quoi ressemble le bout de la langue ?			
Où est-il fixé à la gencive ?			
À quelle hauteur peut-elle se soulever - bouche grande ouverte ?			
Jusqu'où peut-elle aller ?			

Outil d'évaluation par l'image du frein de la langue chez les nourrissons allaités (TABBY). Ingram J, Copeland M, Johnson D, Edmond A, Int Breastfeeding J 2019; 14:31 [23]

Attention

L'aspect anatomique du frein ne suffit pas à conclure à une restriction fonctionnelle. L'évaluation doit tenir compte de la mobilité linguale et du retentissement fonctionnel.

Structures crânio-faciales

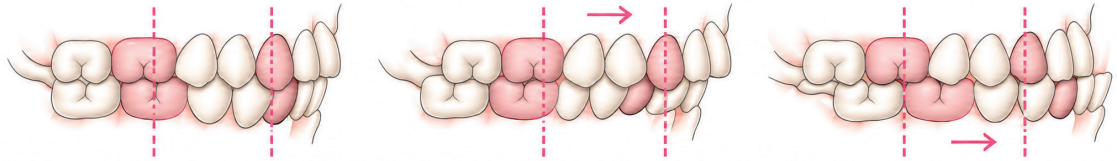
Occlusion

Sens antéropostérieur (sagittal) ⚠
- Classe II ou classe III dentaire
- Surplomb augmenté : proalvéolie / biproalvéolie, incisives en éventail
- Surplomb inversé : occlusion inversée antérieure
- Rétrusion incisive : version linguale / rétroalvéolie
- Rétrognathie / prognathie

Sens vertical ⚠
- Béance
- Recouvrement augmenté : supraclusion

Sens transversal ⚠
- Occlusion inversée latérale (uni ou bilatérale)
- Arcade étroite : absence de diastèmes, encombrement antérieur

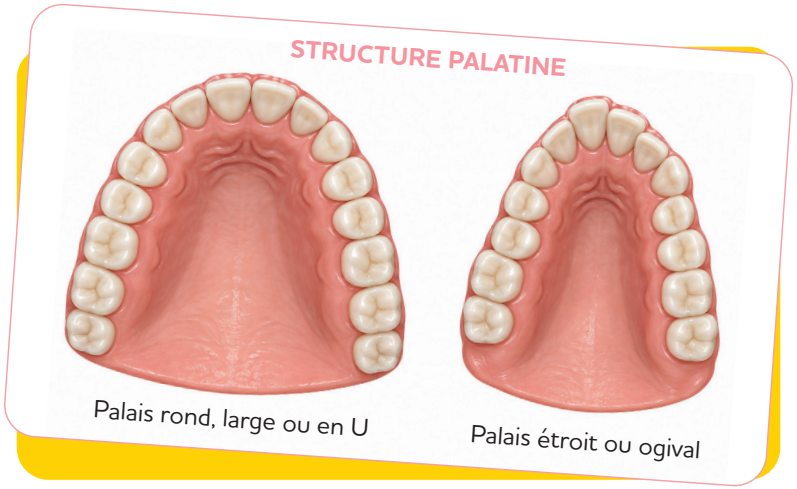
À la panoramique, observe-t-on une rhizalyse inhabituelle des deuxièmes molaires temporaires liée à l'éruption des premières molaires permanentes ?



Classe I | Classe II | Classe III

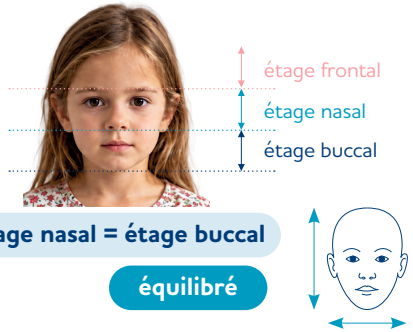
Structure palatine

- Palais étroit
- Palais rond



Typologie faciale

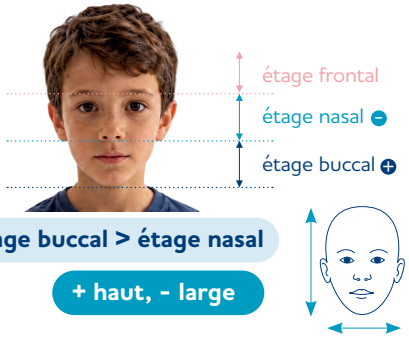
MÉSO (normodivergent)
croissance équilibrée



étage nasal = étage buccal

équilibré

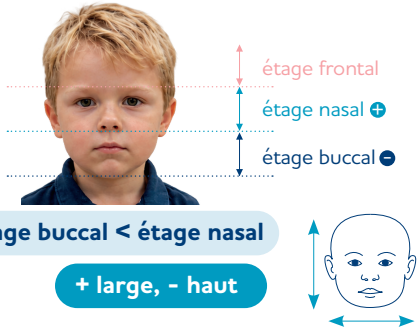
DOLICHO (hyperdivergent)
croissance verticale dominante



étage buccal > étage nasal

+ haut, - large

BRACHY (hypodivergent)
croissance horizontale dominante



étage buccal < étage nasal

+ large, - haut

Novembre 2026

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

Au fauteuil, quoi repérer ? Grille de synthèse

Examen facial et structures crânio-faciales

Examen facial

- ☐ Asymétrie faciale / déviation du menton
- ☐ Profil convexe ou concave
- ☐ Rétrognathie ou prognathie mandibulaire suspectée
- ☐ Tendance faciale verticale ou horizontale marquée
- ☐ Incompétence labiale au repos

Examen occlusal

- ☐ Béance antérieure
- ☐ Occlusion inversée antérieure ou postérieure
- ☐ Supraclusion
- ☐ Tendance classe II ou classe III
- ☐ Surplomb augmenté ou inversé

Structure palatine

- ☐ palais étroit

⚠ **Si ≥ 1 signe d'alerte : avis orthodontique**

Signes d'alerte nécéssitant une vigilance particulière

- ☐ Palais étroit
- ☐ Béance antérieure
- ☐ Supraclusion
- ☐ Tendance classe II ou classe III
- ☐ Surplomb augmenté ou inversé
- ☐ Occlusion inversée antérieure ou postérieure

Ventilation

- ☐ Ventilation orale ou mixte persistante
- ☐ Lèvres ouvertes au repos
- ☐ Congestion nasale fréquente
- ☐ Signes évocateurs d'allergie
- ☐ Hypertrophie amygdalienne suspectée ou connue

⚠ **Si ≥ 2 signes d'alerte : contrôle ORL**

Signes d'alerte nécéssitant une vigilance particulière

- ☐ Obstruction nasale persistante
- ☐ Ventilation orale quasi permanente
- ☐ Hypertrophie amygdalienne associée à des symptômes respiratoires
- ☐ Association à des troubles respiratoires du sommeil

Fonctions

- ☐ Posture linguale basse ou interposition linguale
- ☐ Déglutition atypique suspectée
- ☐ Difficultés alimentaires / sélectivité des textures
- ☐ Trouble articulatoire de type sigmatisme
- ☐ Parafonctions persistantes : succion, mordillements, interposition…
- ☐ Bruxisme rapporté
- ☐ Mobilité linguale réduite / frein lingual restrictif suspecté

Signes d'alerte nécéssitant une vigilance particulière

- ☐ Limitation importante de la mobilité linguale avec retentissement fonctionnel
- ☐ Malposition linguale persistante associée à une anomalie dento-alvéolaire
- ☐ Parafonction importante ou persistante avec retentissement clinique

⚠ **Si ≥ 2 signes d'alerte : évaluation spécialisée (kinésithérapeute ou orthophoniste formé en rééducation oro-myofonctionnelle)**

Sommeil

- ☐ Ronflements réguliers
- ☐ Respiration bruyante pendant le sommeil
- ☐ Sommeil agité
- ☐ Transpiration nocturne importante
- ☐ Réveils nocturnes fréquents
- ☐ Difficultés d'endormissement
- ☐ Énurésie ou nycturie
- ☐ Fatigue ou somnolence diurne
- ☐ Troubles de l'attention ou du comportement
- ☐ Pauses repiratoires

Signes d'alerte nécéssitant une vigilance particulière

- ☐ Pauses respiratoires observées
- ☐ Reprises inspiratoires marquées / sensation d'étouffement
- ☐ Ronflements fréquents associés à une ventilation orale nocturne
- ☐ Retentissement diurne important

⚠ **Si ≥ 1 signe d'alerte : contrôle ORL et médecin du sommeil**

Novembre 2026

Arbre décisionnel
Repérage - Orientation - Prévention

JE REPÈRE DES SIGNES
Structure crânio-faciale
Fonctions
Ventilation et Sommeil

Y A-T-IL AU MOINS 1 SIGNE D'ALERTE ?

- ≥ 2 signes d'alerte → **Orientation pluridisciplinaire**
- 1 seul signe d'alerte → **Orientation ciblée (ODF et ORL si pauses respiratoires nocturnes)**

OUI

NON



SIGNES NÉCESSITANT UN CONTRÔLE ?

NON → **Prévention et surveillance**

OUI → **PLUSIEURS SIGNES NÉCESSITENT UN CONTRÔLE ?**

OUI → **Orientation pluridisciplinaire**

NON → **Orientation ciblée**

- **Structure crânio-faciale > orthopédie dento-faciale (ODF)**
- **Fonctions > Kinésithérapeute / Orthophoniste**
- **Ventilation et Sommeil > ORL**



Novembre 2026

À qui adresser et pourquoi ? L'ODF

Le chirurgien-dentiste formé à l'éducation fonctionnelle est le meilleur allié de l'orthodontiste.



Dr Mireille BIEGEL, orthodontiste

Combien d'entre nous ont déjà vécu des récidives de traitement : un traitement mené avec rigueur, une occlusion qui semble stable… et pourtant, le résultat ne l'est pas. La récidive à court terme s'explique le plus souvent par l'absence de maîtrise des facteurs physiologiques qui conditionnent également la réussite du traitement orthodontique[1]. « La récidive est un phénomène normal que l'orthodontiste ne doit ni accepter ni cacher », disait Julien Philippe[2].

L'orthodontiste cherche depuis longtemps les meilleurs protocoles de contention, mais il faut comprendre et chercher en amont. **Quelle est la cause de la dysmorphose ?** Selon Carl F. Gugino : « *Tout patient porteur d'une malocclusion présente un certain taux de dysfonctions et pour porter à son maximum le succès du traitement, un équilibre entre forme et fonction doit être recherché*[3] ».

Les dysfonctions oro-faciales ont un impact important tant sur la morphogenèse crânio-faciale que sur l'apparition, l'entretien ou la récidive de pathologies locales, locorégionales ou d'ordre général. Leur diagnostic est dès lors un enjeu de santé publique. Les recommandations de la HAS préconisent de les identifier et de les traiter précocement. Ces pratiques regroupent quatre fonctions (ventilation, déglutition, mastication et phonation). Tout trouble de la coordination de ces pratiques se définit comme une dyspraxie[4]. La ventilation conditionne l'acquisition de l'ensemble des pratiques oro-faciales. Une ventilation physiologique dite « optimale » se définit par une ventilation nasale stricte de jour comme de nuit, au repos comme à l'effort modéré[5]. Elle est dite « dyspraxique » si elle est orale ou mixte.

Cette dyspraxie ventilatoire est trop banalisée.
Le mode de ventilation est le socle commun de toutes les fonctions.
Le rôle de dépistage du chirurgien-dentiste omnipraticien est essentiel pour une prise en soins fonctionnelle dès le plus jeune âge.

L'intérêt d'un repérage précoce, avant même la première consultation ODF

Nos confrères omnipraticiens, les pédiatres et les orthophonistes sont souvent les premiers professionnels à observer l'enfant. Un enfant dès 3 ans, vu dans le cadre du programme M'T dents, présente souvent déjà des signes d'alerte fonctionnels : bouche ouverte au repos, gencives enflammées, ronflements, ventilation nocturne bruyante, succions non nutritives (pouce, tétine ou autre) prolongées, déglutition infantile, mastication « bruyante ». Il s'agit ainsi d'éduquer. La plupart des études s'accordent sur le fait que plus une prise en soins fonctionnelle se fera précocement, meilleurs seront les résultats[6].

Les intérêts de l'interception

- **L'interception orthodontique assortie d'une éducation fonctionnelle** consiste à intervenir pour réorienter la croissance dans la bonne direction.
- **Les traitements ultérieurs seront moins lourds et plus doux :** moins de compensations dento-alvéolaires à corriger.
- **La stabilité post-traitement est meilleure :** la contention ne lutte plus contre une dyspraxie, l'équilibre fonctionnel est établi. La phase de contention est sereine.
- **La qualité de vie de nos patients au quotidien est meilleure** (sommeil, apprentissages, mastication, relations sociales).

Les bénéfices de l'éducation fonctionnelle dépassent largement le cadre dentaire.

Construire ce relais, un investissement pour nos deux pratiques

L'éducation fonctionnelle prend toute sa valeur lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche collaborative. Le chirurgien-dentiste omnipraticien joue un rôle central dans le dépistage des dysfonctions et l'orientation précoce des patients. L'orthodontiste, après un diagnostic minutieux, jugera de la pertinence d'une thérapeutique interceptive et du suivi du développement dento-maxillo-facial.

« Ne pas agir est une perte de chance. »

Bibliographie

1. *Julien Philippe, Récidive orthodontique et dérive centripète, Rev Orthop Dento Faciale, volume 23, Numéro 3 septembre 1989.* **2.** *Julien Philippe, La contention, Rev Orthop Dento Faciale, Volume 27, Numéro 3, Septembre 1993* **3.** *Gugino CF, Dus I. « Unlocking orthodontic malocclusions: an interplay between form and function. Semin Orthod. 1998;4(4):246-255* **4.** *Yolaine Regnault, Aldjia Abdellaoui, Isabelle Breton. Dyspraxies oro-faciales : Une revue systématique des outils diagnostiques. Kinésithérapie, la revue, volume 22, Numéro 243, mars 2022.* **5.** *Talmant J, Deniaud J. Ventilation nasale optimale : définition physiologique. Arch Pediatr. 2008;15(5):873-874* **6.** *Gil, H., Bergès-Bounes, M., & Courson, E. 2021. Parafonctions : mieux les comprendre pour mieux les traiter. Orthod Fr. 2021;92(3):357-366*

À qui adresser et pourquoi ? L'ORL



Dr Marine PERIA, ORL

Le médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL) joue un rôle central dans l'évaluation des voies aériennes supérieures.

Son objectif est de s'assurer du bon fonctionnement de l'ensemble de la filière rhino-oro-pharyngée et d'identifier les facteurs anatomiques, fonctionnels ou inflammatoires susceptibles d'en altérer l'intégrité ou la perméabilité.

Ces altérations peuvent avoir un retentissement sur la ventilation, le sommeil, les fonctions oro-faciales et le développement crânio-facial.

Quel est le rôle du médecin ORL ?

> À la recherche d'une obstruction anatomique

Au niveau du nez
- Œdème ou hypertrophie des cornets nasaux
- Végétations adénoïdes hypertrophiées

Au niveau de la bouche et de l'oropharynx
- Hypertrophie des amygdales
- Frein lingual restrictif
- Morphologie palatine défavorable
- Langue volumineuse ou occupant une position basse ou postérieure.

Au niveau du pharynx et du larynx
L'examen peut mettre en évidence certaines particularités anatomiques plus profondes, telles qu'une bascule de l'épiglotte ou d'autres réductions de l'espace aérien susceptibles d'altérer la circulation de l'air.

Au niveau du voile du palais
Une attention particulière est également portée au fonctionnement du voile du palais afin de dépister une éventuelle insuffisance vélo-pharyngée.

> À la recherche d'une obstruction fonctionnelle

L'évaluation ne se limite pas aux structures anatomiques. Elle vise également à identifier des facteurs fonctionnels ou inflammatoires susceptibles de perturber la ventilation nasale.

Au niveau du nez
- Rhinite inflammatoire ou allergique
- Rhinorrhée (écoulement nasal) antérieure ou postérieure
- Congestion nasale chronique

Même en l'absence d'obstacle anatomique majeur, ces situations peuvent limiter le passage de l'air par le nez et favoriser une ventilation orale d'origine fonctionnelle. Lorsqu'elle s'installe dans le temps, cette dernière peut contribuer à l'apparition ou au maintien d'altérations des fonctions oro-faciales et s'inscrire dans un contexte de trouble oro-myofonctionnel.

> Pourquoi ce bilan est-il important ?

L'identification d'une obstruction anatomique ou fonctionnelle est essentielle avant d'entreprendre une rééducation oro-myofonctionnelle. En effet, une ventilation nasale efficace constitue un prérequis important au bon fonctionnement des fonctions oro-faciales. Lorsqu'un obstacle anatomique, inflammatoire ou chirurgical limite le passage de l'air, celui-ci doit être identifié et pris en compte afin d'optimiser l'efficacité de la prise en soins. Le bilan ORL détermine ainsi si une prise en soins médicale ou chirurgicale est nécessaire avant ou en complément de la rééducation.



Novembre 2026

Comment se déroule la consultation ORL ?

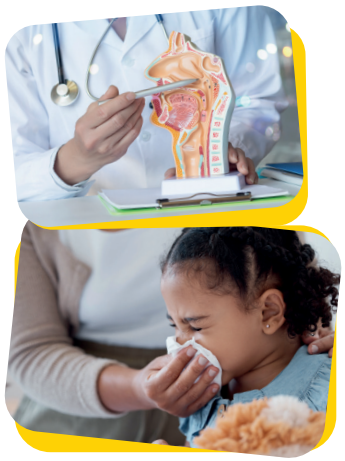
> **L'observation** commence dès l'entrée dans le cabinet. Avant même l'examen clinique, l'ORL observe le visage de l'enfant, sa posture oro-faciale, la position de sa bouche au repos, ainsi que sa manière de respirer. Ces premières observations peuvent déjà fournir des indices sur l'existence d'une ventilation orale chronique ou d'une altération de la fonction ventilatoire nasale.

> **L'entretien médical :** la consultation se poursuit par un interrogatoire détaillé visant à comprendre les habitudes respiratoires de l'enfant et à identifier les facteurs susceptibles d'influencer sa ventilation ou son sommeil.

Les habitudes respiratoires et oro-faciales
- la ventilation nasale ou orale ;
- l'utilisation d'une tétine ou la succion digitale ;
- les habitudes de mouchage ;
- la présence d'un bruxisme ou de grincements dentaires.

Les allergies et les symptômes nasaux
Certaines affections inflammatoires peuvent favoriser une obstruction nasale chronique. L'ORL recherche donc :
- des éternuements fréquents ;
- une rhinite allergique ;
- une congestion nasale récurrente ;
- un écoulement nasal chronique.

Les antécédents médicaux
Le médecin recueille également les antécédents pouvant avoir un impact sur les voies aériennes supérieures.
- malformations anatomiques (fente labio-palatine, etc.) ;



- épisodes répétés d'angines ;
- rhinopharyngites fréquentes ;
- otites moyennes aiguës ;
- autres pathologies ORL.

Les antécédents chirurgicaux
Ils aident à vérifier si l'enfant a déjà bénéficié d'une intervention au niveau des voies aériennes supérieures :
- amygdalectomie ;
- adénoïdectomie ;
- autres chirurgies ORL.



Le sommeil
Le sommeil fait partie intégrante de l'évaluation ORL. Les informations recueillies lors de l'entretien servent à apprécier le retentissement fonctionnel d'une éventuelle altération de la filière rhino-oro-pharyngée et à orienter la réflexion diagnostique et thérapeutique.



> L'examen clinique réalisé par l'ORL

Après l'entretien, l'ORL procède à un examen complet des voies aériennes supérieures afin d'identifier d'éventuelles zones d'obstruction et d'évaluer leur retentissement sur la ventilation.

L'examen du nez : la fibroscopie endonasale
L'ORL peut réaliser une nasofibroscopie à l'aide d'une petite caméra souple introduite dans la fosse nasale. Cet examen, rapide et généralement bien toléré, montre les différentes structures du nez et du rhinopharynx. Il sert notamment à évaluer :
- le volume des cornets nasaux ;
- la présence de signes de rhinite ou d'allergie ;
- la perméabilité des fosses nasales ;
- la présence et le volume des végétations adénoïdes.

Cet examen apporte des informations précieuses sur la qualité de la ventilation nasale et sur la perméabilité des voies aériennes supérieures.



Une hypertrophie amygdalienne ne constitue pas, à elle seule, une indication chirurgicale. La décision dépend de la prise en compte de plusieurs éléments : le volume des amygdales, les symptômes présentés par l'enfant et leur retentissement clinique. Une prise en soins chirurgicale peut être envisagée en cas d'infections répétées ou lorsque les amygdales participent à une obstruction des voies aériennes supérieures responsable de troubles respiratoires du sommeil. La décision thérapeutique est toujours prise après une évaluation globale réalisée par le médecin ORL.

L'examen de la bouche et de l'oropharynx

L'ORL examine ensuite les structures orales à l'aide d'un éclairage frontal et d'un abaisse-langue.
Cet examen évalue :



- la mobilité de la lèvre supérieure et la présence éventuelle d'un frein labial restrictif ;
- la mobilité et la protrusion de la langue, ainsi que la présence éventuelle d'un frein lingual restrictif ;
- le volume et la position de la langue ;
- le volume des amygdales ;
- l'aspect de la luette et du voile du palais.

Selon les situations, l'examen peut être réalisé dans différentes positions afin d'apprécier au mieux l'encombrement des voies aériennes supérieures et son impact potentiel sur la ventilation.

L'examen des oreilles



L'ORL réalise également une otoscopie afin d'examiner les tympans. Les tympans sont souvent le reflet de l'histoire du nez. En effet, leur aspect apporte fréquemment des informations indirectes sur le fonctionnement du nez et du rhinopharynx. Des troubles de ventilation de l'oreille moyenne peuvent être associés à certaines obstructions des voies aériennes supérieures, à des végétations adénoïdes hypertrophiées ou encore à des épisodes infectieux répétés. L'examen des tympans constitue ainsi un complément précieux à l'évaluation globale de la filière rhino-oro-pharyngée.

> Des examens complémentaires si nécessaire

Les informations recueillies lors de l'entretien et de l'examen clinique ne suffisent pas toujours à expliquer les difficultés rencontrées. Lorsque cela est nécessaire, des examens complémentaires peuvent être prescrits afin d'affiner le diagnostic ou de préciser certains éléments du bilan. Selon le contexte clinique, il peut s'agir d'examens biologiques, d'explorations du sommeil, d'un bilan allergologique ou d'autres investigations ciblées. Ces examens contribuent à orienter la prise en soins et à déterminer si un traitement médical, chirurgical ou rééducatif est indiqué.

CONSEILS

Initier l'hygiène nasale avant la consultation ORL

Lorsqu'une obstruction nasale est suspectée, il peut être pertinent d'initier ou de renforcer l'hygiène nasale avant la consultation ORL, notamment par l'apprentissage d'un lavage de nez adapté à l'âge du patient. En effet, la présence de sécrétions, de croûtes ou d'un encombrement nasal peut altérer temporairement la ventilation nasale et compliquer l'évaluation clinique. Une hygiène nasale régulière limite ces facteurs confondants et offre une appréciation plus objective de la perméabilité nasale et du fonctionnement des voies aériennes supérieures.

Cette démarche facilite également l'interprétation des symptômes par l'ORL et aide à mieux distinguer ce qui relève d'un simple encombrement nasal de ce qui pourrait être lié à une obstruction anatomique ou à une pathologie inflammatoire nécessitant une prise en soins spécifique.

Ne pas méconnaître un terrain allergique ou asthmatique

La présence d'une allergie respiratoire ou d'un asthme peut avoir un impact important sur la ventilation nasale et la qualité du sommeil. Devant des symptômes évocateurs (éternuements répétés, congestion nasale chronique, écoulements nasaux, toux, sifflements respiratoires...), une orientation vers le médecin traitant, l'ORL, le pneumologue ou l'allergologue peut être indiquée. En cas de doute, il est préférable d'adresser le patient à un spécialiste afin qu'un bilan complémentaire puisse être réalisé.



Bibliographie

1. Sousa-Pinto B., Bousquet J., Schünemann H. J., Zuberbier T., Togias A., Samolinski B. et al. 2025. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA)-EAACI guidelines 2024–2025 revision: Part I—Guidelines on intranasal treatments. Allergy. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/all.70304 2. Mitchell R. B., Archer S. M., Ishman S. L., Rosenfeld R. M., Coles S., Finestone S. A., Friedman N. R., Giordano T., Hildrew D. M., Kim, T. W. Lloyd R. M., Parikh S. R., Shulman S. T., Walner D. L., Walsh S. A. et Nnacheta L. C. 2019. Clinical practice guideline: Tonsillectomy in children (Update). Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 160(1_suppl), S1–S42. https://doi.org/10.1177/0194599818801757 3. Roland P. S., Rosenfeld R. M., Brooks L. J., Friedman N. R., Jones J., Kim, T. W. Kuhar S., Mitchell R. B., Seidman M. D., Sheldon S. H., Jones S. et Robertson P. 2011. Clinical practice guideline: Polysomnography for sleep-disordered breathing prior to tonsillectomy in children. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 145(1 Suppl), S1–S15. https://doi.org/10.1177/0194599811409837 4. Wise SK, Damask C, Roland LT, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis. 2023. Int Forum Allergy Rhinol. 2023;13(4):293–859.

À qui adresser et pourquoi ?
Les rééducateurs : kinésithérapeutes et orthophonistes



Floriane LARGEAUD,
kinésithérapeute



Louise CARPENTIER,
orthophoniste

Le rôle des rééducateurs oro-myofonctionnels est de traiter les causes des dysfonctions, afin de normaliser durablement les fonctions.

Pourquoi adresser ?

Les rééducateurs oro-myofonctionnels interviennent dans la prise en soins des déséquilibres fonctionnels oro-faciaux.
Leur rôle est de traiter les causes des dysfonctions (et non uniquement leurs manifestations) afin de normaliser durablement les fonctions. Ils agissent notamment sur :

- les fonctions oro-faciales : ventilation, mastication, déglutition, phonation, articulation, succion ;
- les positions de repos (langue, lèvres, mandibule) ;
- les parafonctions (habitudes de succion, bruxisme, mordillements…) ;
- les schémas ventilatoires.

Leur intervention cible la triade causale (ventilation orale, parafonctions, malpositions de repos) impliquée dans les troubles oro-myofonctionnels. Leur prise en soins s'insère dans un parcours de soins pluridisciplinaire et aide, au-delà de normaliser les fonctions, à :

- limiter les facteurs favorisant les malocclusions et à améliorer la stabilité des traitements orthodontiques ;
- agir sur des retentissements plus larges (sommeil, posture globale, alimentation…).



Une prise en soins précoce peut être particulièrement pertinente chez l'enfant dont les fonctions oro-myofonctionnelles sont encore en cours de maturation et présentent une importante capacité d'adaptation. En intervenant tôt, on identifie et on prend en charge certains déséquilibres avant qu'ils ne se structurent et ne s'inscrivent durablement, afin d'en limiter le retentissement potentiel sur la croissance crânio-faciale, l'occlusion et les fonctions oro-faciales.
Cette démarche peut également faciliter la coordination des soins et, dans certaines situations, contribuer à limiter l'aggravation des troubles ou la complexité des prises en charge ultérieures.

> À qui adresser ?

L'enfant peut être adressé à un orthophoniste ou à un kinésithérapeute ayant une formation spécifique en rééducation oro-myofonctionnelle.



Le choix du professionnel dépend de la nature du trouble identifié, de ses compétences spécifiques et de son champ d'exercice. L'essentiel est de **s'assurer de son expérience dans la prise en soins des troubles oro-myofonctionnels et de son intégration dans un parcours de soins pluridisciplinaire.** Les orthophonistes comme les kinésithérapeutes peuvent intervenir sur les objectifs thérapeutiques communs de la rééducation oro-myofonctionnelle : agir sur la triade causale (ventilation orale, parafonctions et malpositions de repos), restaurer des fonctions oro-faciales efficientes et favoriser une intervention précoce afin d'accompagner harmonieusement la croissance crânio-faciale et le développement fonctionnel.

En outre, le rééducateur initialement consulté peut orienter secondairement l'enfant vers un confrère d'une autre profession lorsque certains besoins dépassent son champ d'expertise ou nécessitent une approche complémentaire. Par exemple, un orthophoniste pourra solliciter un relais kinésithérapique en cas d'enjeux posturaux importants, tandis qu'un kinésithérapeute pourra adresser vers un orthophoniste pour des problématiques spécifiques de voix ou d'articulation persistantes.

> **L'enjeu principal reste donc l'accès à une prise en soins oro-myofonctionnelle précoce, coordonnée et fondée sur des compétences spécifiques dans ce domaine.**

> Que va faire le rééducateur ?

Le rééducateur réalise une évaluation fonctionnelle approfondie, complémentaire de l'examen de l'omnipraticien.

Bilan spécifique
- analyse des fonctions oro-myofaciales ;
- étude des positions de repos physiologiques ;
- observation des habitudes ventilatoires (nasale, orale, thoracique...) ;
- repérage des parafonctions ;
- analyse des compensations posturales.

Cette approche est globale et systémique, les fonctions oro-myofaciales étant interconnectées par les mêmes groupes neuromusculaires. Ce bilan lui permet de comprendre le fonctionnement de chaque patient afin de proposer une rééducation adaptée à ses besoins. En outre, lors de ce premier bilan, le rééducateur peut déjà initier l'éducation thérapeutique du patient/parent, pour qu'ils comprennent l'intérêt de la prise en soins et la nécessité de cibler les causes en priorité. Enfin, les éléments recueillis au moment du bilan lui serviront à évaluer la nécessité d'orientation vers d'autres professionnels du parcours de soins.

Prise en soins
- rééducation de la ventilation orale ;
- rééducation des positions de repos ;
- interception des parafonctions ;
- intégration progressive de schémas fonctionnels automatisés ;
- rééducation de la mastication, déglutition, articulation, phonation, succion au besoin de façon analytique.

L'objectif est un changement durable des habitudes, et non une correction ponctuelle, en s'appuyant au besoin sur des outils fonctionnels, tels que les éducateurs myofonctionnels.

Prise en soins et coordination pluridisciplinaire

La rééducation s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire nécessitant une communication étroite entre les différents professionnels du parcours de soins. Selon les situations, l'intervention du rééducateur peut être prioritaire (notamment en cas de déséquilibres fonctionnels majeurs), différée après levée d'obstacles structurels (ORL, frein restrictif...) ou menée de manière simultanée avec d'autres prises en charge, en particulier orthodontique. Cette coordination situe précisément la temporalité des interventions et optimise l'efficacité des soins. Dans ce cadre, la prise en soins pluridisciplinaire aide également le rééducateur à faire le choix de certains outils, notamment concernant les éducateurs myofonctionnels, sur lesquels il peut s'appuyer au besoin pour potentialiser sa rééducation. Leur utilisation doit s'inscrire dans une réflexion globale du plan de soin. Elle nécessite une bonne connaissance des prises en charge en cours ou à venir, afin d'adapter le choix des dispositifs aux besoins du patient et d'en optimiser l'efficacité au sein du parcours de soins.

Alliance thérapeutique et accompagnement du patient

Les rééducateurs sont souvent les professionnels qui suivent les patients sur la durée, avec des séances régulières et un temps dédié plus long. Ce cadre favorise la mise en place d'une alliance thérapeutique essentielle à la réussite de la prise en soins. Le patient et sa famille sont progressivement accompagnés dans la compréhension des enjeux, l'intégration des nouvelles habitudes et le maintien de la motivation. L'éducation thérapeutique du patient occupe ainsi une place centrale, en facilitant l'adhésion au projet de soin et la pérennité des changements fonctionnels.

> Ce que peut faire l'omnipraticien
> Conseils simples au fauteuil (prévention/interception)



Ventilation
- encourager le mouchage, conseils d'hygiène nasale
- stimuler le nez
- sensibiliser à la nécessité de ventiler par le nez
- repérer et surveiller une ventilation orale

Succion/parafonctions
- repérer les habitudes orales nuisibles (succion digitale, tétine, mordillements, bruxisme d'éveil...) et aider à leur conscientisation
- accompagner l'arrêt progressif des parafonctions
- expliquer les impacts sur la croissance
- mettre en place des outils mnémotechniques et motivationnels

Mastication
- encourager une alimentation variée et plus « dure » > rééducation écologique par une approche thérapeutique qui ancre la rééducation dans la vie réelle, le corps et l'environnement quotidien du patient plutôt que dans des exercices abstraits de cabinet
- expliquer les impacts sur le développement crânio-facial

Position de repos physiologique
- sensibiliser à la langue sans tension au palais
- sensibiliser aux lèvres closes et sans tension
- sensibiliser à l'espace libre interdentaire > à condition d'une ventilation naso-nasale et de l'arrêt des parafonctions

Bibliographie

1. Ikenaga N, Hara K, Nakahara Y, Fukuda J, Kondo S, Yoshida K. Effect of mouth breathing on masticatory muscle activity during chewing food. J Oral Rehabil. 2013;40(12):941-948. doi:10.1111/joor.12055 2. Kasparaviciene K., Sidlauskas A., Zasciurinskiene E., Vasiliauskas A., Juodzbalys G., Sidlauskas M., Marmaite U. The prevalence of malocclusion and oral habits among 5–7-year-old children. Med Sci Monit. 2014 ; 20 : 2036–2042 3. Aubertin G. et al. Parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent de moins de 16 ans ayant un trouble respiratoire obstructif du sommeil de type 1 : consensus français. EM-Consulte;2023. 4. Bourdier L., Jammet P., Breton-Torres I. Diaphragme : le grand oublié de la rééducation maxillo-faciale. Kinésithérapie scientifique. 2018;(604):33-39 - 5. Ichida T., Takiguchi R., Yamada K. Relationship between the lingual-palatal contact duration associated with swallowing and maxillofacial morphology with the use of electropalatography. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999;116(2):146-151. doi:10.1016/S0889-5406(99)70211-8 - 6. Amat P., Gil H. Gouttière de rééducation préfabriquée : l'indispensable outil de toute rééducation myofonctionnelle oro-faciale. Kinésithérapie scientifique. 2024 ; 667 : 05-16.

Les éducateurs fonctionnels : comment agir concrètement au fauteuil ?

> De la détection à l'action : intégrer les éducateurs fonctionnels au cabinet

Repérer une dysfonction est une première étape. Mais une fois le constat posé, une question se présente rapidement au chirurgien-dentiste : que puis-je faire concrètement au cabinet ? Avec une formation adaptée, le chirurgien-dentiste peut intégrer à sa pratique des actions simples et structurées, notamment grâce aux éducateurs fonctionnels, en complément des conseils donnés à l'enfant et à sa famille.



> Un éducateur fonctionnel, un outil accessible pour passer à l'action

L'éducateur fonctionnel est un dispositif amovible qui accompagne la mise en place de schémas fonctionnels adaptés, pour que le chirurgien-dentiste omnipraticien initie lui-même une prise en soins simple, ciblée et encadrée, sans attendre une orientation systématique.
Il s'agit de créer un environnement plus favorable en agissant, notamment, sur les fonctions et les habitudes qui accompagnent le développement oro-facial du patient.

> Un appui pour la rééducation oro-myofonctionnelle

Ces dispositifs ne se substituent pas au travail actif mené par les professionnels de santé : ils le prolongent. Portés entre les séances, ils guident passivement la musculature au quotidien et aident l'enfant à automatiser les postures travaillées en rééducation – position linguale, fermeture labiale, ventilation nasale – là où le temps de séance reste, par nature, limité. Prescrits en coordination avec le rééducateur, ils sécurisent les acquis fonctionnels entre deux rendez-vous et potentialisent l'ensemble de la prise en soins.

> **L'objectif est que l'enfant intègre progressivement de nouvelles habitudes jusqu'à leur automatisation. Le dispositif d'éducation fonctionnelle devient alors un outil d'accompagnement quotidien, entre les rendez-vous au cabinet.**



L'utilisation d'un éducateur fonctionnel s'inscrit dans une démarche progressive.

1. Identifier le besoin

Le praticien s'appuie sur son observation clinique et sur les éléments recueillis lors de la consultation : **fonction linguale, ventilation, posture labiale, parafonctions, déglutition, mastication et contexte morphologique.**

2. Choisir le dispositif adapté



À partir de l'examen clinique, le praticien sélectionne le dispositif le plus adapté au profil de dysfonction de son jeune patient – âge du patient, forme, fonctions ciblées. Pour favoriser l'adhésion de l'enfant, les dispositifs existent en plusieurs coloris.
Un guide de sélection (page 19) et une roue de sélection sont disponibles chez Orthoplus, pour vous aider et vous aiguiller dans le choix du dispositif.

3. Expliquer et faire essayer

La réussite repose en grande partie sur la compréhension et l'adhésion de l'enfant et de ses parents. Le praticien et/ou l'assistante explique comment positionner l'éducateur, comment le porter et pourquoi son utilisation est importante. Un premier essai au cabinet est utile pour vérifier la mise en place et répondre aux questions.

Des outils de motivation existent comme supports pour expliquer le traitement d'éducation fonctionnelle à vos patients.



Quel rythme de port ?
Le temps de port est de 1 à 2 heures dans la journée et toute la nuit, associé à de courts exercices de rééducation fonctionnelle. Des supports ludiques (application Pandasmile, vidéos) accompagnent parents et enfants au quotidien – un point à ne pas négliger : l'observance conditionne directement le résultat.

Quel suivi assurer ?
Une fois le dispositif prescrit, un rendez-vous de contrôle est prévu toutes les 4 à 6 semaines. Les rendez-vous de suivi servent à observer la progression des fonctions (position linguale, ventilation, fermeture labiale...), l'adhésion de l'enfant, le port de l'éducateur et les éventuelles difficultés rencontrées. Le dispositif peut ensuite être maintenu, adapté ou relayé par une autre prise en soins selon l'évolution de la situation.

Et après ?
L'éducateur fonctionnel n'est pas nécessairement un dispositif à porter indéfiniment. La durée de prise en soins dépend de l'indication, de l'évolution de l'enfant et de sa capacité à intégrer les nouvelles fonctions. Le suivi vérifie donc une question essentielle : les fonctions évoluent-elles et les nouvelles habitudes commencent-elles à devenir naturelles ?

Une courte formation suffit pour franchir le cap
Choisir le bon dispositif, ajuster le rythme de port, suivre l'évolution de l'enfant : ces réflexes s'acquièrent rapidement. L'UFSBD et Orthoplus proposent différents formats de formation théorique et pratique pour que tout chirurgien-dentiste omnipraticien puisse démarrer cette pratique en toute confiance dès son retour au cabinet.

Accès au programme des formations Orthoplus et UFSBD

L'objectif : disposer de repères concrets pour passer progressivement de « je repère » à « je sais quoi proposer, comment l'utiliser et quand réévaluer ».

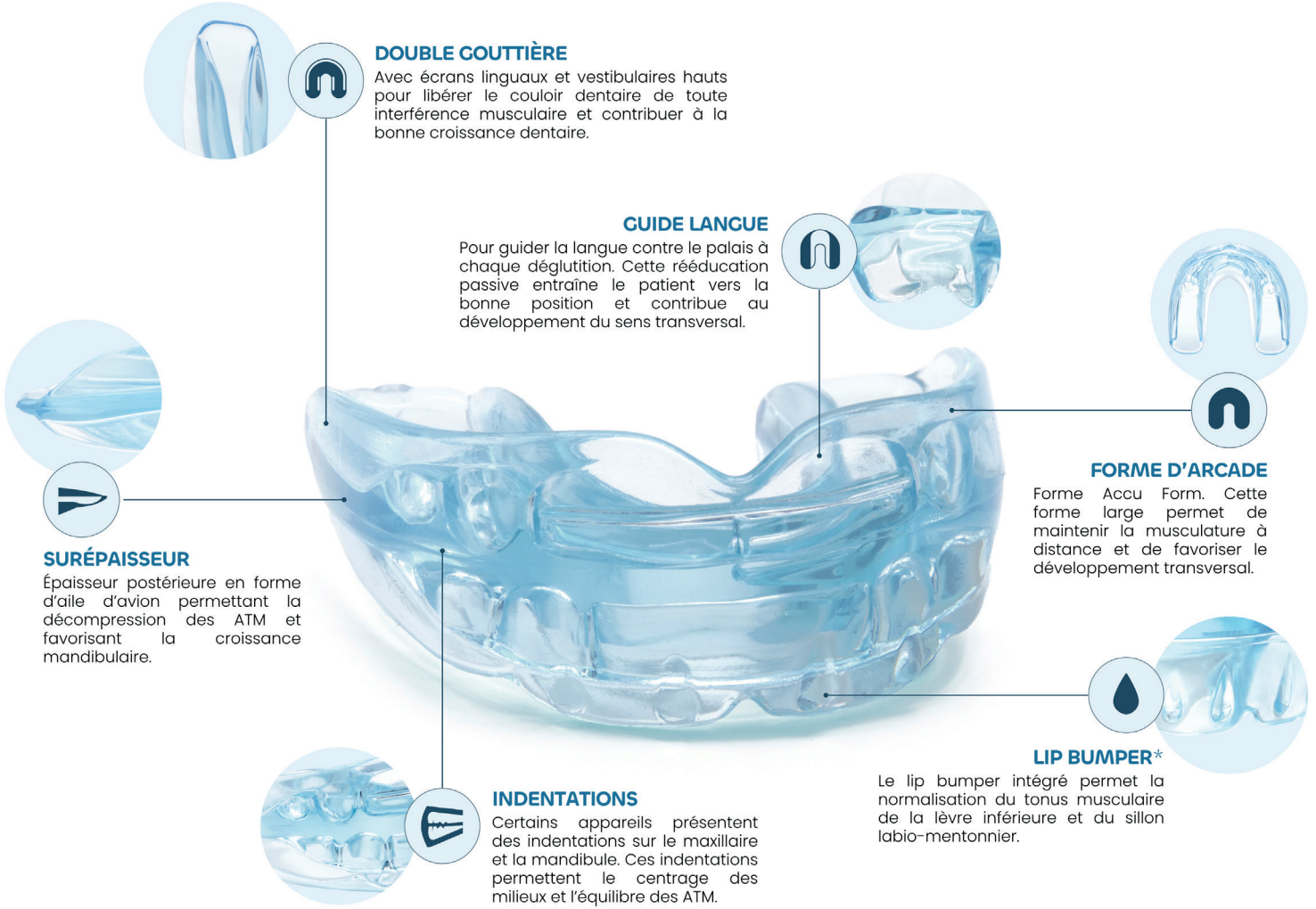
EFLine by orthoplus

Quelles sont les caractéristiques des dispositifs de la gamme EF Line ? Les 6 clés

> Pourquoi choisir les dispositifs Orthoplus ?

- **Dispositifs médicaux marqués CE,** encadrement réglementaire.
- **Fabrication française,** gage de qualité, de traçabilité et de conformité aux standards européens.
- **Gamme complète couvrant toutes les situations cliniques** : EF Classique (Classes I, II et III dès 3 ans), EF Spécifique (langue, lèvres, articulation temporo-mandibulaire (ATM)...) et EF Mécanique (associable à un traitement multibagues ou à des correcteurs de Classe II).
- **Conception issue du terrain :** dispositifs développés en collaboration avec des praticiens et affinés grâce aux retours patients, garantissant une action clinique optimale.
- Fabriqués dans une **matière première de grade médical :** garantissant la biocompatibilité et la sécurité du patient.
- **Démarche écoresponsable :** dispositifs et boîtes de transport 100 % recyclables grâce au programme Eco-Be®.





DOUBLE GOUTTIÈRE
Avec écrans linguaux et vestibulaires hauts pour libérer le couloir dentaire de toute interférence musculaire et contribuer à la bonne croissance dentaire.

GUIDE LANGUE
Pour guider la langue contre le palais à chaque déglutition. Cette rééducation passive entraîne le patient vers la bonne position et contribue au développement du sens transversal.

FORME D'ARCADE
Forme Accu Form. Cette forme large permet de maintenir la musculature à distance et de favoriser le développement transversal.

SURÉPAISSEUR
Épaisseur postérieure en forme d'aile d'avion permettant la décompression des ATM et favorisant la croissance mandibulaire.

INDENTATIONS
Certains appareils présentent des indentations sur le maxillaire et la mandibule. Ces indentations permettent le centrage des milieux et l'équilibre des ATM.

LIP BUMPER*
Le lip bumper intégré permet la normalisation du tonus musculaire de la lèvre inférieure et du sillon labio-mentonnier.

Novembre 2026



Comment choisir le bon dispositif ?

> Sélection simplifiée pour le praticien grâce au guide de sélection :
oriente vers le dispositif le plus adapté selon l'âge, la classe dentaire, la dysmorphose et les objectifs thérapeutiques.

EF CLASSIQUE

	CLASSE I	CLASSE II MODÉRÉE (overjet < 6 mm)	CLASSE II SÉVÈRE (6 mm < overjet < 10 mm)	CLASSE II TRÈS SÉVÈRE (overjet > 10 mm)	CLASSE III
3 ans	EF Kid				
6 ans		EF T Pro Petit	EF Start		EF Classe III Petit
8 ans	EF Profil	EF T Slim	EF Classe II Slim	EF Classe II 2 steps	EF Classe III Petit EF Classe III Standard
10 ans	EF Profil EF Guide	EF T Pro Medium EF T Pro Large EF T Slim Long	EF Classe II Standard Canine ectopique Sillon labio-mentonnier marqué		EF Classe III Standard
+12 ans	EF Guide		EF Classe II Large		EF Classe III Large

EF SPÉCIFIQUE

RÉÉDUCATION LABIALE

Intercepteur Labial Pédiatrique® — 3 ans

avec butée
Supraclusion ou articulé inversé

Intercepteur Labial® — +6 ans

2 steps
Classe II avec overjet important

RÉÉDUCATION LINGUALE

3 ans — **Exerlangue® petite taille**

+6 ans — **Exerlangue®**

Port diurne

TRAITEMENTS DES PROBLÈMES D'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

+12 ans — **EF TMJ**

EF MÉCANIQUE

AVEC UNE GOUTTIÈRE D'ALIGNEMENT

+8 ans — **S.M.A.R.T** Soft | Hard ; **S.M.A.R.T ABC** Soft | Hard

AVEC UN DISPOSITIF DE CORRECTION DU SENS TRANSVERSAL

+8 ans — **EF Profil**

AVEC UN DISPOSITIF DE CORRECTION DE CLASSE II

+8 ans — **Classe II Booster®** Avec correcteur de Classe II ; **Classe I Stabilizer®** Maintien de la Classe I après la correction de Classe II

AVEC UN TRAITEMENT MULTIBAGUES

+12 ans — **EF Braces** ; **EF Protect** Port diurne

EFLine by orthoplus — FABRIQUÉ EN FRANCE

Avertissement : Ce guide de sélection est un support indicatif. La taille d'arcade, l'âge dentaire et les objectifs thérapeutiques varient selon chaque patient. Les appareils d'Éducation Fonctionnelle de la gamme EF Line® sont des dispositifs médicaux de Classe I marqués CE, destinés à être prescrits dans le cadre d'un traitement global par des praticiens qui détermineront les indications, les temps de port et les exercices associés en fonction du patient.

Orthoplus
28, rue Ampère 91430 IGNY
FRANCE

Novembre 2026

Cas cliniques : trajectoires possibles



Emma, 6 ans

BILAN INITIAL DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Le dentiste observe…

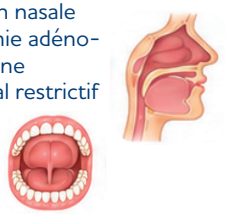
- Hygiène bucco-dentaire/tartre
- Ventilation orale
- Béance antérieure et occlusion inversée
- Tendance à l'interposition linguale
- Frein de langue court
- Sigmatisme articulatoire (interdental ou latéral)



PRISE EN SOINS PLURIDISCIPLINAIRE > traiter les causes structurelles et fonctionnelles

ORL

- Obstruction nasale
- Hypertrophie adéno-amygdalienne
- Frein lingual restrictif



ODF

- Expansion
- Correction des déséquilibres squelettiques



Rééducateur

- Ventilation nasale
- Positions de repos
- Parafonctions
- Fonctions adaptatives
  (mastication, déglutition, articulation, phonation)





CROISSANCE OPTIMISÉE > croissance guidée par la physiologie

- Expression maximale du potentiel de croissance crânio-faciale
- Conditions favorables au développement des voies aériennes supérieures
- Automatisation durable de la ventilation nasale et des positions de repos physiologiques
- Réduction des facteurs d'entretien des dysfonctions oro-faciales
- Meilleure stabilité des corrections orthodontiques
- Diminution du risque de troubles respiratoires du sommeil au cours du développement

> Intérêt d'une prise en soins précoce, globale et pluridisciplinaire !

SI…

- Diagnostic incomplet
- Causes structurelles persistantes
- Causes fonctionnelles persistantes
- Traitement des conséquences uniquement



CROISSANCE PERTURBÉE > croissance guidée par l'adaptation

- Perte de chance développementale
- Consolidation progressive des dysfonctions et pérennisation des adaptations défavorables
- Les dysfonctions s'ancrent dans les structures
- Auto-entretien des dysfonctions et de leurs conséquences
- Risque accru de récidive
- Risque accru de traitements plus lourds ou invasifs
- Impact sur le développement cognitif, le sommeil et la qualité de vie

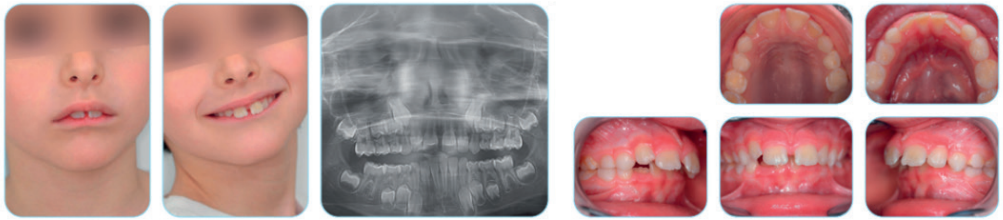
Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

> Cas traité avec EF START - Benjamin, 7 ans

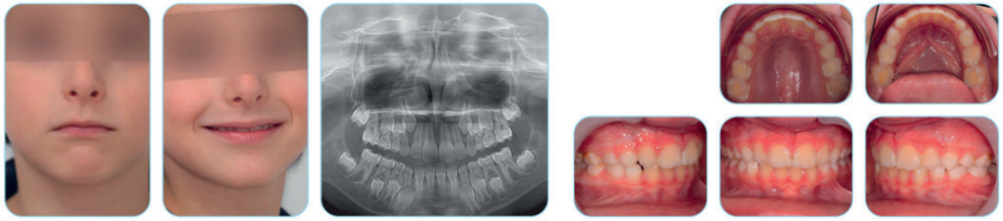
Temps de traitement : 12 mois

- Classe II
- Classe II squelettique par proalvéolie maxillaire et rétrognathie mandibulaire
- Hérédité paternelle
- Supraclusion incisive totale
- Dysharmonie dento-maxillaire (DDM) antérieure avec couloir canin maxillaire étroit
- Dysfonction linguale en déglutition
- Ventilation orale exclusive





Port de l'EF Start

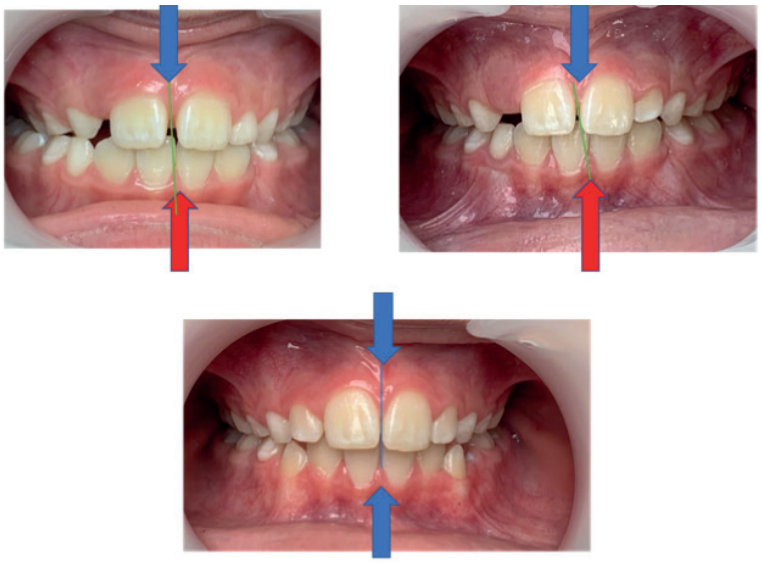


Résultats : visage équilibré et sourire plus harmonieux

> Cas traité avec EF GUIDE - Capucine 7 ans

Temps de traitement : 18 mois

- Insuffisance transversale > interception par Quad-hélix : 6 mois
- Éducateur fonctionnel : 1 an



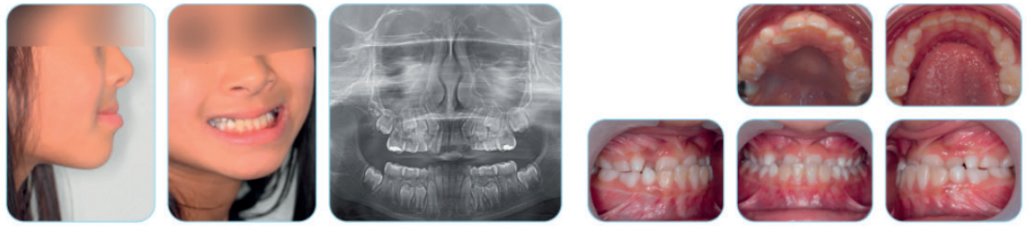
Cas cliniques fournis par le Dr Mireille BIEGEL

> Cas traité avec EF classe III Petit – Elisabeth, 8 ans

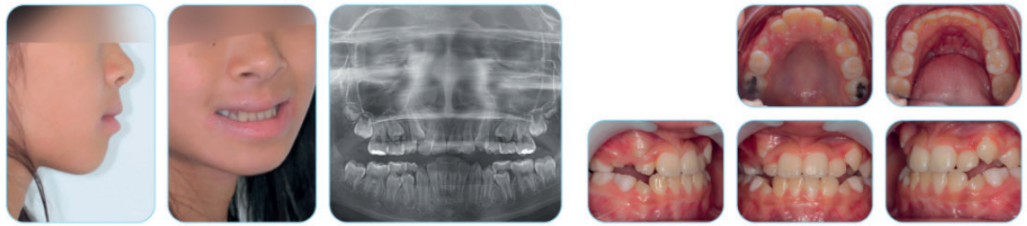
Temps de traitement : 12 mois

- Classe III
- Prognathie mandibulaire
- Articulé inversé incisif
- DDM antérieure sévère
- Dysfonction linguale en déglutition





Port de l'EF Classe III Petit pendant 12 mois



Résultats : correction de l'articulé inversé • Amélioration du profil

> Sophia, 6 ans

Temps de traitement : 18 mois

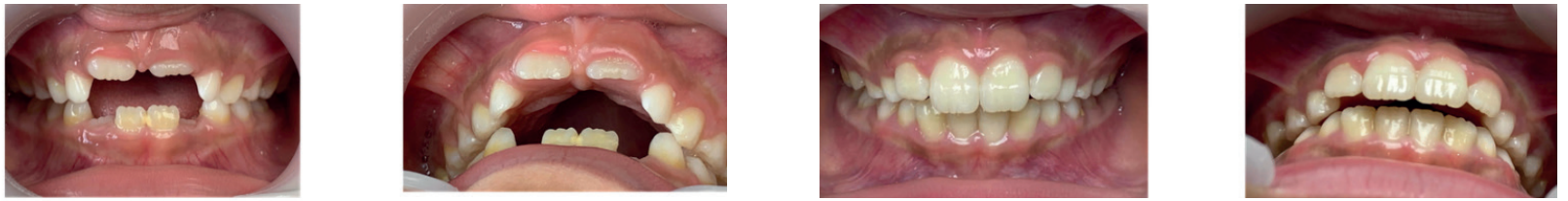
- Plaque maxillaire - 6 mois
- Éducation fonctionnelle - 1 an



> Imran, 7 ans

Temps de traitement : 12 mois

- Protéger les dents
- Éducation fonctionnelle - 1 an



Cas cliniques fournis par le Dr Mireille BIEGEL

Conclusion



Pr Carole CHARAVET
Professeure des universités
Praticienne hospitalière
Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

« Un résultat morphologique ne peut être pleinement durable que si l'environnement fonctionnel qui l'entoure est lui-même rééquilibré ».

> L'éducation fonctionnelle (Charavet, 2026) nous invite à un changement de regard sur la sphère oro-faciale : la comprendre non plus seulement à travers ses formes, ses décalages ou ses dysmorphoses, mais comme un ensemble vivant, en croissance, modelé par les fonctions qui l'accompagnent au quotidien.

Cette approche repose sur le principe selon lequel les fonctions oro-faciales influenceraient la croissance crânio-faciale (Moss et Salentijn, 1969 ; Limme et Rozencweig, 2013). En effet, celle-ci résulte d'interactions complexes entre des facteurs génétiques, environnementaux et fonctionnels. Dans cet équilibre en construction, chaque action – ventiler, déglutir, parler, fermer les lèvres, etc. – peut devenir un facteur d'harmonie ou, au contraire, une contrainte répétée. Dès lors, des dysfonctions persistantes peuvent entraîner un déséquilibre des forces en présence et favoriser l'apparition ou l'aggravation d'anomalies morphologiques (malocclusions) (Joseph et al., 2022). À l'inverse, une intervention fonctionnelle ciblée, visant à restaurer des schémas fonctionnels adaptés, peut orienter favorablement l'évolution morphologique (Alouini et Rollet, 2018), en particulier durant la période de croissance (Ravera et al., 2020). La croissance peut ainsi s'exprimer dans un environnement plus favorable, libéré autant que possible des contraintes qui la limitent (Biegel, 2024).



Cette conception « dynamique » de la croissance fonde l'intérêt d'intégrer l'éducation fonctionnelle aux prises en soins préventives et interceptives chez l'enfant, lorsque l'indication est posée.
Les cas cliniques publiés par Charavet et al. (2026) illustrent cette dynamique, avec un recul relativement important pour certains d'entre eux. Rapportés dans différentes situations interceptives, ils montrent la capacité de l'éducation fonctionnelle à favoriser l'expression du potentiel de croissance, à améliorer l'efficacité des traitements interceptifs et à contribuer à la stabilité des résultats à long terme. L'éducation fonctionnelle constitue ainsi un élément fondamental des thérapeutiques orthodontiques et orthopédiques, lorsqu'elle est correctement indiquée et intégrée, le plus souvent, à une prise en soins multidisciplinaire.
Au-delà de son intérêt préventif et interceptif, l'éducation fonctionnelle joue également un rôle important dans la stabilité des résultats orthodontiques. En rétablissant durablement l'équilibre fonctionnel/musculaire, elle contribue à limiter les facteurs de récidive et à renforcer la pérennité des corrections obtenues chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Cette dimension est essentielle : un résultat morphologique ne peut être pleinement durable que si l'environnement fonctionnel qui l'entoure est lui-même rééquilibré.
La filière rhino-oro-pharyngée est concernée. Lorsqu'un obstacle limite le passage de l'air, celui-ci doit être identifié et pris en compte afin d'optimiser l'efficacité de la prise en soins. Une ventilation nasale constitue, en effet, un élément essentiel au bon fonctionnement général de la sphère oro-faciale (Charavet et Bailleux, 2025).



L'éducation fonctionnelle s'inscrit donc logiquement dans une prise en soins pluridisciplinaire associant oto-rhino-laryngologiste (ORL), orthodontiste, pédodontiste, omnipraticien, orthophoniste, kinésithérapeute, etc. (Charavet et Carpentier, 2025). Chaque intervenant agit après un bilan propre, pour une prise en soins individualisée, coordonnée et aussi précoce que la situation l'indique, répondant aux besoins fonctionnels, morphologiques, anatomiques identifiés. Cette coordination n'est pas un simple ajout organisationnel : elle est au cœur même de la démarche.

Encore faut-il que ces dysfonctions et dysmorphoses soient repérées à temps. Ce dépistage, réalisable en consultation de routine, doit être systématique. Il s'appuie sur des signes d'alerte généralement simples à identifier – ventilation orale, inocclusion labiale, posture linguale basse, malocclusions caractéristiques, ronflements, habitude de succion non nutritive persistante, etc. Il permet d'orienter le patient et conditionne l'opportunité d'intervenir au bon moment.





L'éducation fonctionnelle constitue ainsi bien plus qu'un complément thérapeutique : elle s'impose comme une composante essentielle de la prise en soins de la sphère oro-faciale. À la croisée de la prévention, de l'interception, de la croissance et de la stabilité, elle porte une approche contemporaine, globale et résolument pluridisciplinaire de la santé oro-faciale.
À nous, professionnels de cette sphère, de nous en saisir au bon moment pour nos patients.

Bibliographie

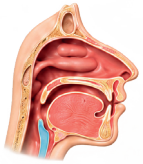
- *Alouini O. et Rollet D. 2018. « Modifications péri-orales fonctionnelles et morphologiques lors du traitement précoce des malocclusions de classe II division 1 avec des appareils d'éducation fonctionnelle de la gamme EF Line® ». L'Orthodontie Française 89(3):289-306. https://doi.org/10.1051/orthodfr/2018025.*
- *Biegel M. 2024. « L'éducation fonctionnelle en orthodontie, ou l'éducation des dysfonctions oro-faciales dans notre pratique ». RODF 58(1):35-47. https://doi.org/10.1051/odf/2024006.*
- *Charavet C., 2026. « Agir tôt pour bien grandir ! Éducation fonctionnelle : principes et intérêts ». L'Orthodontiste 15(3).*
- *Charavet C. et Bailleux S. 2025. « Quand la ventilation orale perturbe le développement et les fonctions des sinus paranasaux, les conséquences sont multiples ! » L'Orthodontiste, n° 3 (juin).*
- *Charavet C. et Carpentier L. 2025. « "Ortho", une racine étymologique commune pour deux métiers complémentaires : orthodontiste – orthophoniste ». L'Orthodontiste 14 3.*
- *Charavet C., Salomé P., Deleuse M., Le Gall M. et Debize C. 2026. « Agir tôt pour bien grandir ! Éducation fonctionnelle : cas cliniques ». L'Orthodontiste 15 3.*
- *Joseph C., Ehrmann E., Aïem E., et Charavet C. 2022. « Fonctions et dysfonctions linguales : conséquences et prise en charge ». Clinic n° 9 (septembre).*
- *Limme M. et Rozencweig G. 2013. « La fonction modèle la forme et la forme conditionne la fonction. Entretien avec Michel Limme ». L'Orthodontie Française 84(3):211-20. https://doi.org/10.1051/orthodfr/2013054.*
- *Moss M. L. et Salentijn L. 1969. « The primary role of functional matrices in facial growth ». American Journal of Orthodontics 55(6):566-77.*
- *Ravera S., Rollet D., Cugliari G., Deregibus A. et Castroflorio T. 2020. « Interceptive treatment effects of EF preformed appliance in pre-pubertal and pubertal skeletal Class II growing patients: a retrospective controlled study ». European Journal of Paediatric Dentistry (IT) 21(2):123-28. https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.02.06.*

FICHES OUTILS

Cercle vicieux du trouble myofonctionnel oro-facial (TMOF)

Une croissance crânio-faciale défavorable peut contribuer au maintien d'une obstruction nasale fonctionnelle lorsqu'elle est associée à d'autres facteurs anatomiques ou inflammatoires.

CAUSES STRUCTURELLES



- Obstructions nasales chroniques (amygdales, végétations, rhinites, allergies...)
- Déviation septale
- Anomalies squelettiques
- Malformations congénitales
- Traumatismes

L'obstruction nasale fonctionnelle engendre le développement de la ventilation orale, favorise les parafonctions et automatise de mauvaises positions de repos.

STRUCTURES CRÂNIO-FACIALES



Croissance — Malocclusion

Trouble myofonctionnel oro-facial

CAUSES FONCTIONNELLES



Ventilation orale — Parafonction — Malpositions de repos physiologiques

Les adaptations fonctionnelles et les malocclusions peuvent s'entretenir mutuellement, participant à la pérennisation des dysfonctions oro-faciales.

FONCTIONS ORO-MYOFACIALES



Phonation — Articulation — Succion — Mastication — Déglutition — Respiration

Les malpositions de repos rendent les fonctions adaptatives avec prévalence d'un schéma antérieur.

PRISE EN SOINS PRÉCOCE ET PLURIDISCIPLINAIRE

Favoriser une croissance harmonieuse	**Assurer la ventilation nasale**	**Éviter les impacts fonctionnels**	**Réduire les récidives et les traitements lourds**	**Améliorer la qualité du sommeil**	**Limiter l'impact sur les apprentissages scolaires**

Le traitement des seules conséquences ne suffit pas. Une prise en soins précoce et pluridisciplinaire vise à identifier et à traiter les causes structurelles et fonctionnelles afin d'optimiser la croissance crânio-faciale et les fonctions oro-faciales.

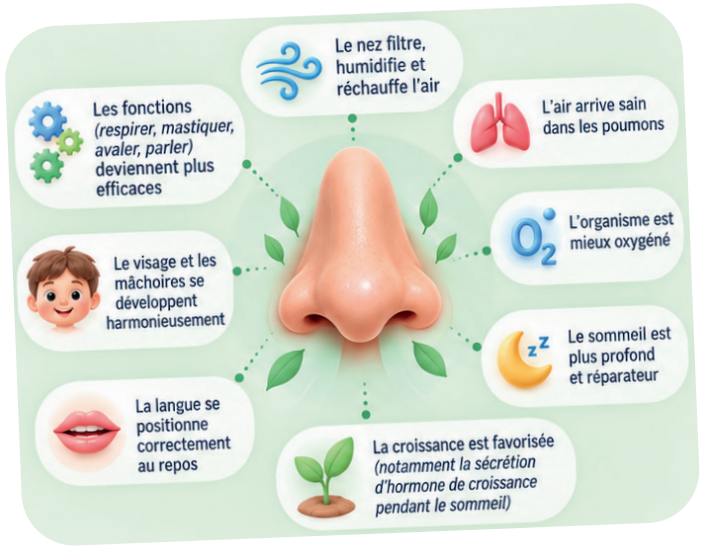
Novembre 2026

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

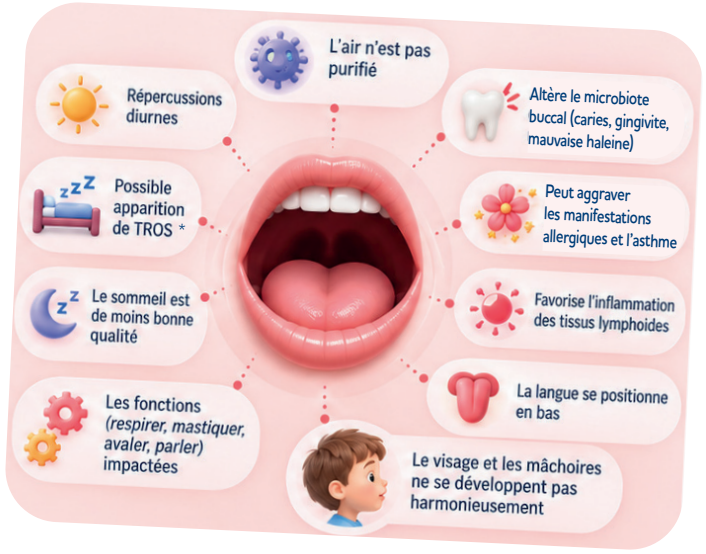
FICHES OUTILS

Ventilation

La ventilation nasale est le mode de respiration naturel et cela favorise un bon fonctionnement du corps et un développement harmonieux.



À l'inverse, une ventilation orale ne doit pas être considérée comme normale. Elle correspond souvent à une adaptation et peut favoriser l'installation d'un cercle vicieux perturbant la ventilation, le sommeil et le développement de l'enfant.





* *Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil*

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

Novembre 2026

FICHES OUTILS

Hygiène nasale

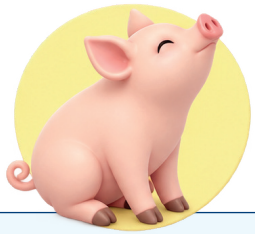
Tous les jours pendant 2 à 3 mois !



Douche nasale fluidifiante par irrigation.



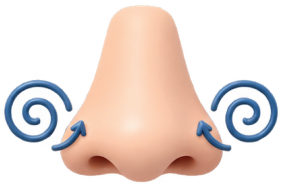
Se moucher aide à décongestionner le nez et à assurer un passage d'air le plus libre possible !



Après le mouchage, il est conseillé d'imiter le bruit du cochon. Cela aide à évacuer les mucosités qui résistent au mouchage.



Tapoter le nez, puis étirer les narines, comme lors de la manœuvre de Cottle, afin d'améliorer la perméabilité nasale et d'aider les sinus à se dégager.



Masser les ailes du nez par petits mouvements circulaires.



Enfin, prendre l'habitude de sentir des odeurs après le mouchage stimule les capacités olfactives.

Novembre 2026

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

FICHES OUTILS

Louise apprend à se moucher

1



Lorsque Louise est enrhumée ou a du mal à respirer par le nez, elle sait qu'elle doit se moucher.

2



D'abord, elle déplie son mouchoir et le pose sur le nez, comme un masque.

3



Pour pouvoir souffler fort comme un dragon, Louise doit commencer par aspirer l'air par la bouche, derrière le mouchoir.

4



Louise bloque une narine avec une de ses deux mains, ferme la bouche et souffle fort !

5



Ensuite, Louise bloque l'autre narine et souffle fort de l'autre côté.

6



Louise renifle un peu et sent qu'il y a encore du monde dans le village de son nez, alors elle recommence !

7



Si elle en a besoin, Louise peut utiliser plusieurs mouchoirs !

8



Quand tout est propre, Louise peut à nouveau respirer par le nez ! Et elle garde toujours un mouchoir sur elle.

NEZ PROPRE
Moins de microbes et d'irritation

RESPIRATION FACILITÉE
Mieux respirer et mieux dormir

HYGIÈNE
Prévenir la transmission des microbes

BIEN-ÊTRE
Moins de gêne, je me sens mieux

Novembre 2026

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

FICHES OUTILS

Allergies

Un repérage précoce pour une prise en soins adaptée et pour préserver le développement et la qualité de vie de l'enfant.

Symptômes allergiques : à quels signes être attentif ?



AU NIVEAU DU NEZ

- Éternuements répétés
- Nez qui coule (écoulement clair et fluide)
- Nez bouché, congestion nasale
- Démangeaisons du nez (prurit nasal)



AU NIVEAU DES YEUX

- Yeux rouges
- Démangeaisons des yeux (prurit oculaire)
- Larmoiement



ALLERGIES ET ASTHME

La rhinite allergique et l'asthme sont souvent associés. Voici les signes évoquant un asthme.

- Toux répétée (surtout la nuit ou à l'effort)
- Sifflements respiratoires
- Essoufflement
- Oppression thoracique

Un enjeu de santé publique majeur

Aujourd'hui,
1 personne sur 3
dans le monde est concernée par une maladie allergique

D'ici 2050,
1 personne sur 2
le sera, soit près de 5 milliards de personnes !

Les allergies sont en augmentation constante
dans tous les pays, tous les âges confondus

Sources : OMS 2023, Allergies : données et projections mondiales – ARIA Guidelines 2023, Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma – EAACI Position Paper on Allergic Rhinitis – Wise SK, Damask C, Roland LT, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis. 2023. Int Forum Allergy Rhinol. 2023;13(4):293–859.

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

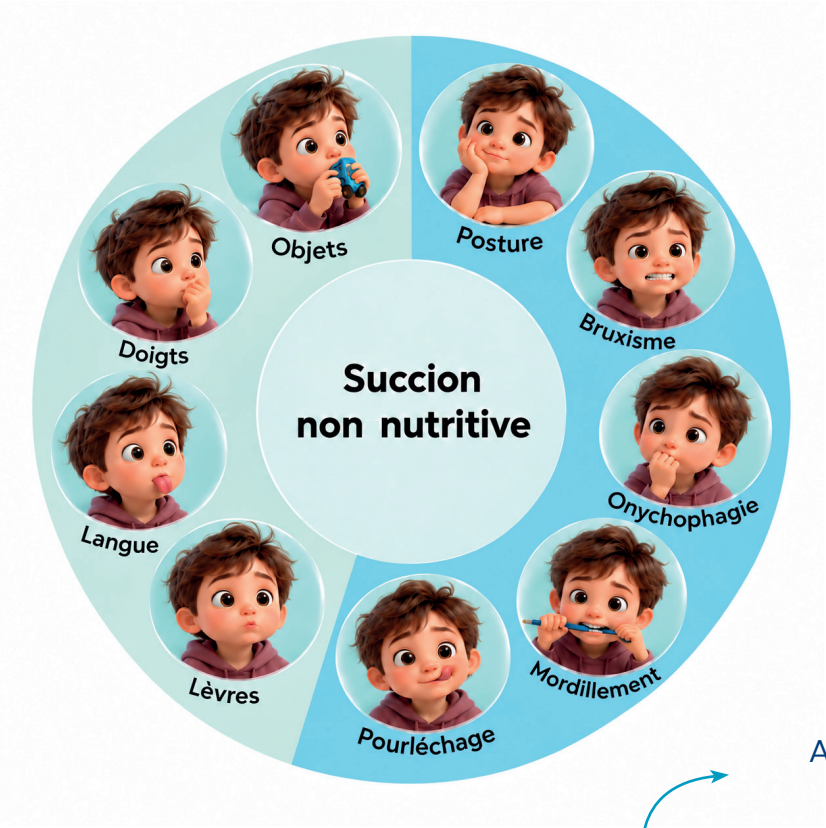
Novembre 2026

FICHES OUTILS

Parafonctions

= ACTIVITÉ MOTRICE SUR UN TEMPS HORS FONCTION, QUI DEVRAIT ÊTRE DÉDIÉ AU REPOS

→ Empêche la mise en place de bonnes positions de repos physiologiques



Le besoin de succion est un **besoin physiologique.** L'enfant y répondra par la **succion d'objets ou de structures endo-buccales**. Ce besoin est profondément ancré dans les circuits oraux et limbiques..

Apporte calme, apaisement et réconfort

Elles ne sont pas toujours évidentes !
Avec l'âge, elles deviennent plus discrètes et plus socialement acceptables...

BIEN ACCOMPAGNER L'ENFANT	Ne pas les exclure trop vite	Comprendre les conséquences	Conscientiser les parafonctions	Rendre l'enfant acteur de la décision	Éviter les substitutions

Novembre 2026

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

FICHES OUTILS

sfodf
Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

Bon usage de la tétine

Accompagner l'enfant au bon moment, pour de bons effets, sans risques à long terme

Recommandations de bonne pratique basées sur les données scientifiques (SFODF, mai 2026)

0-1 MOIS — INSTALLATION
PRUDENCE



Pas d'introduction systématique à la naissance

Pas d'introduction systématique immédiate
Attendre idéalement
3 à 6 semaines si allaitement
(pour éviter la confusion sein-tétine)

Exceptions
- Prématurité
- Hospitalisation / séparation mère-enfant

OBJECTIF
Ne pas perturber la mise en place de l'allaitement

1-12 MOIS — TOLERANCE
USAGE ENCADRÉ



Tétine admise

Indications principales
- Apaisement
- Gestion de la douleur
- Endormissement
- Facteur de réduction du risque de mort inattendue du nourrisson

Utilisation limitée aux moments des siestes, au coucher, ainsi qu'aux situations d'apaisement ou de douleur

OBJECTIF
Favoriser les bénéfices neuro-comportementaux + protection contre la mort inattendue du nourrisson*

12-18 MOIS — PHASE CHARNIÈRE
DÉBUT DU SEVRAGE



Début du sevrage progressif
- Sevrer en douceur
- Réserver la tétine au coucher
- Féliciter les efforts
- Utiliser des rituels (boîte à tétine, Père Noël, arbre à tétines)

Risques qui apparaissent
- Otites
- Dépendance comportementale
- Début impact oro-facial

OBJECTIF
Éviter les méthodes brusques ou punitives

18-36 MOIS — ARRÊT PROGRESSIF
USAGE À SUPPRIMER



L'usage doit devenir exceptionnel

Sevrage à obtenir avant 3 ans (impératif)

Risques avérés
- Malocclusions (infraclusion, occlusion inversée...)
- Troubles de la déglutition
- Troubles du langage
- Dépendance

OBJECTIF
Éviter l'installation de troubles durables

> 3 ANS — ARRÊT
USAGE PROSCRIT



Tétine fortement déconseillée / à proscrire

Risques majeurs
- Malocclusions installées
- Troubles oro-myo-fonctionnels
- Perturbation du langage

Ancrage avec un risque d'aggravation des conséquences

OBJECTIF
Limiter le besoin de traitement orthodontique et de rééducation

Points clés

- **AUTORISÉ DE LA NAISSANCE À 1 AN** après mise en place de l'allaitement
- **UN DES FACTEURS PROTECTEURS** contre la mort inattendue du nourrisson*
- **SEVRAGE PROGRESSIF** idéalement entre 12 et 18 mois, avant 3 ans
- **PRÉVENTION** des troubles oro-faciaux et orthodontiques à long terme
- **ACCOMPAGNEMENT** bienveillant par les professionnels de santé et les parents

Admise en début de vie, l'utilisation de la tétine peut, au-delà de 3 ans, perturber le développement de l'enfant.

* L'effet protecteur de la tétine s'inscrit dans une stratégie globale de prévention. Les mesures majeures restent la position dorsale et un environnement de sommeil sécurisé. La tétine constitue un facteur protecteur complémentaire et non substitutif.

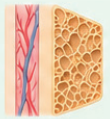
FICHES OUTILS

Mastication

Chaque bouchée génère des contraintes mécaniques qui participent au développement des mâchoires et de la face. Proposer chaque jour des aliments durs et fibreux, adaptés à l'âge et aux capacités de l'enfant, c'est offrir un entraînement écologique et fonctionnel !

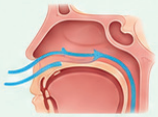
PLUTÔT QUE...		PRIVILÉGIER...
 Pain de mie	→	 Baguette tradition
 Compote	→	 Fruit entier à croquer
 Banane très mûre	→	 Pomme, poire
 Purée lisse	→	 Légumes en morceaux
 Viande hachée	→	 Viande à mâcher
 Fromage frais	→	 Comté, emmental
 Biscuit fondant	→	 Pain à croûte

Encourager la mastification pour :


Stimuler le périoste


Renforcer les masséters, ptérygoïdiens et temporaux


Favoriser l'expansion transversale par forces latérales répétées


Et donc l'élargissement du plancher nasal


Contribuer à la bonne posture linguale et limite les compensations

Novembre 2026

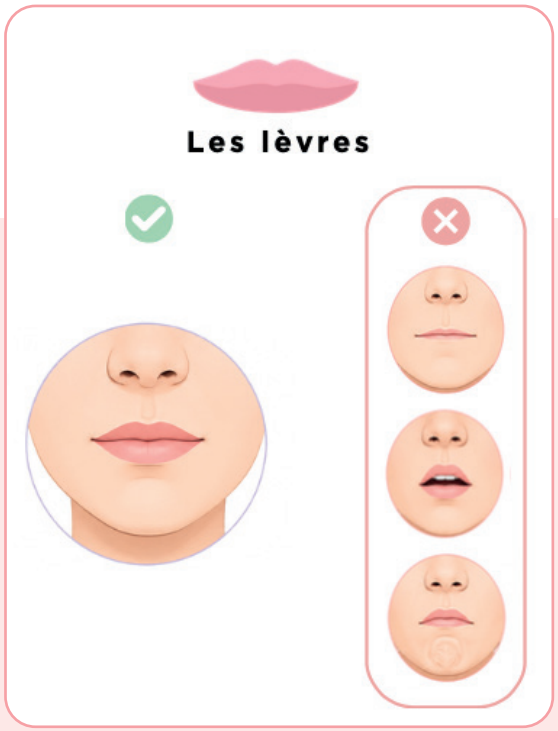
Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

FICHES OUTILS

Positions de repos physiologiques

Conscientisation de ce qui se passe en bouche. Trois questions à se poser au quotidien.

Les lèvres sont-elles closes et sans tension ?



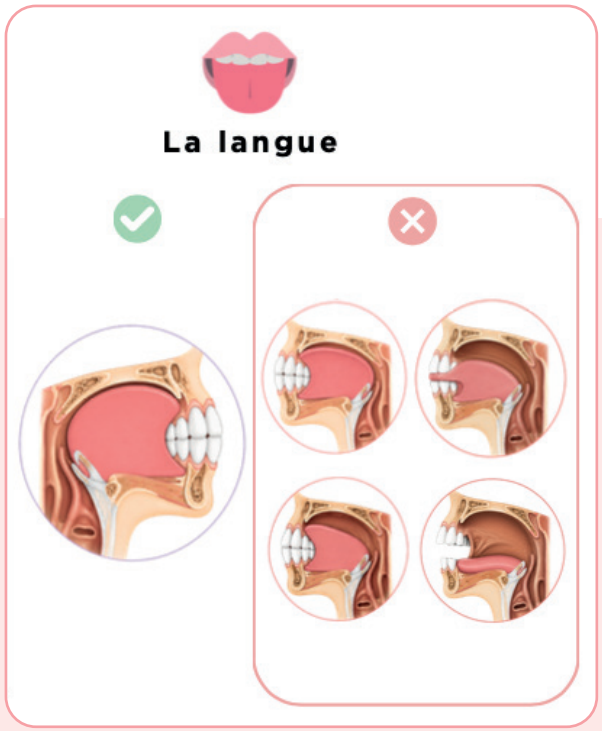
Les lèvres sont closes (selon la structure maxillo-faciale existante) et sans tension.

Y a-t-il un espace libre entre les dents du haut et du bas ?



Il y a un espace libre interdentaire.

La langue flotte-t-elle au palais ?



La langue se place physiologiquement au palais, sans que cela soit un mouvement volontaire. Lorsque celle-ci est détendue, elle « flotte » jusqu'au palais.

Novembre 2026

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

FICHES OUTILS

Proprioception linguale : exercices et repérage d'une restriction



ÉTIREMENT

Langue derrière les dents du haut. Sur commande, la langue doit pouvoir se mouvoir en souplesse.

1. La bouche ouverte, appuyer au palais avec le bout de la langue.
2. Positionner la pointe de la langue au palais, puis ouvrir le plus possible la bouche.



VENTOUSE

Pouvoir maintenir une ventouse hermétique au palais.

1. Tenir sa langue en ventouse sur 10 inspirations / expirations afin de gagner en souplesse dans la détente.
2. Proposer une ouverture et une fermeture buccales progressives et en douceur.



TROUVER LES MOLAIRES

L'apex de la langue doit aller au contact des molaires et travailler en souplesse.

Dans un premier temps, si cela est trop difficile, demander de toucher la dent la plus éloignée par cadran et progressivement essayer d'aller chercher plus loin.



POUSSE DANS LA JOUE

Nous recherchons ici un étirement latéral. Il s'agit de pousser dans la joue avec la langue.

L'apposition du doigt contre la joue vient donner une information sensorielle et constitue un repère spatial si cet exercice seul se révèle trop difficile.

Novembre 2026

Illustrations IA réalisées sur les conseils de Louise CARPENTIER

FICHES OUTILS

Parcours éducation fonctionnelle

Prise en soins pluridisciplinaire de l'enfant - à remplir par les différents professionnels

Patient

Nom : .....

Date de naissance : .....

Médecin traitant : .....

Pédiatre : .....

Date du jour

Chirurgien-dentiste
diagnostic
plan de traitement
surveillance

ORL

Pneumologue / Allergologue

FICHES OUTILS

Parcours éducation fonctionnelle

SUITE

Prise en soins pluridisciplinaire de l'enfant - à remplir par les différents professionnels

ODF

Rééducateurs

Pédiatres

Autres spécialistes

Novembre 2026