



**Dr Marguerite-Marie LANDRU
& Dr Patrick FELLUS**

ORTHODONTIE PÉDIATRIQUE : TRAITER EFFICACEMENT LES ENFANTS DÈS 4 ANS

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

- Comprendre les fondements scientifiques et cliniques justifiant une prise en charge orthodontique dès 4 ans.
- Poser un diagnostic différentiel fiable.
- Maîtriser les stratégies thérapeutiques adaptées à l'âge de croissance et aux particularités fonctionnelles de l'enfant.
- Apprendre à choisir le moment optimal d'intervention et à gérer les pauses thérapeutiques.
- Connaître les différentes anomalies squelettiques selon les trois sens de l'espace et leurs implications cliniques.
- Découvrir les protocoles de rééducation fonctionnelle noétique et anéotique en complément du traitement orthodontique.
- Mettre en place une approche multidisciplinaire intégrant orthodontie, pédiatrie et rééducation oro-faciale.
- Pouvoir débuter à traiter les jeunes patients dans son cabinet.

PROGRAMME

Partie théorique

- Les traitements orthodontiques commencent de plus en plus tôt : pourquoi ?
- 20 raisons pour intervenir tôt — 5 raisons pour interrompre.
- Particularités et spécificités des traitements précoce.
- Les anomalies du sens vertical.
- Les anomalies du sens transversal.
- Les anomalies du sens sagittal.
- Les rééductions noétiques et anéotiques.

Partie pratique

- Études de cas cliniques d'enfants dès 4 ans.
- Analyse fonctionnelle et morphologique à partir de photos et vidéos
- Mise en pratique des protocoles de rééducation associés.
- Atelier de pliage de crochet pour assurer la bonne rétention des appareils.
- Discussion interactive et adaptation des protocoles selon les profils de croissance.

**Apprendre à traiter simplement
la majorité des déformations,
avec des appareillages amovibles
et non contraignants**



Public visé et prérequis

Formation à destination des orthodontistes, pedodontistes, chirurgiens-dentistes, (et assistant(e)s dentaires), souhaitant apprendre à traiter les patients dès 4 ans, en orthodontie précoce



PARIS

- 06 avril 2026



**1 jour - 8 heures
de 09h00 à 18h30**

**PRIX DE LA
FORMATION
900 €**

**PARTICIPATION D'UN(E)
ASSISTANT(E) POSSIBLE :
250 €**

**Pauses et déjeuner
compris**

ORTHODONTIE INVISIBLE

TRAITER EFFICACEMENT LES ENFANTS DÈS 4 ANS

Conditions générales d'inscription :

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

Pour plus d'informations, merci de contacter :

par mail : academy@biotech-dental.com

Hanâa BENNAIM

+33 (0)6 26 30 40 46

h.bennaim@biotech-dental.com

Linda POULAIN

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

l.poulain@biotech-dental.com

Valentine VANTHOMME ZUIDA

+33 (0) 6 17 85 97 11

valentine@smilers.com

Inscription obligatoire - Sur le site **academy.biotech-dental.com** ou par courrier.

Bulletin à renvoyer par courrier (accompagné de votre règlement libellé à l'ordre de Biotech Dental Academy)
à l'adresse suivante : Biotech Dental Academy - 305, allées de Craponne - 13300 Salon-de-Provence,

BULLETIN D'INSCRIPTION - TRAITER EFFICACEMENT LES ENFANTS DÈS 4 ANS - 2026

Civilité : M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Adresse cabinet/facturation :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

N° SIRET :

Régime alimentaire : Repas classique Repas végétarien

Allergies : Si OUI, précisez :

Je souhaite participer à la formation du : ____ / ____ / 2026 dans la ville de _____ .

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

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

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

Date : ____ / ____ / ____ .

Signature du Praticien

Cachet du Praticien