



## 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 débiter 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 précoces.
- Les anomalies du sens vertical.
- Les anomalies du sens transversal.
- Les anomalies du sens sagittal.
- Les rééducations 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, pédodontistes, 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](mailto:academy@biotech-dental.com)

**Hanâa BENNAIM**

+33 (0)6 26 30 40 46

[h.bennaim@biotech-dental.com](mailto: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](mailto:l.poulain@biotech-dental.com)

**Valentine VANTHOMME ZUIDA**

+33 (0) 6 17 85 97 11

[valentine@smilers.com](mailto:valentine@smilers.com)

**Inscription obligatoire - Sur le site [academy.biotech-dental.com](https://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**