

# Apnées du sommeil et Orthodontie : des solutions existent !

DOSSIER DE PRESSE  
2024



**FFO**  
Fédération Française  
d'Orthodontie

## CONTACT PRESSE

AGENCE LJ COM

Anaïs Duquesne / Charlotte Portalis

06 28 50 32 29 / 06 63 98 18 24

a.duquesne@ljcom.com / c.portalis@ljcom.net

Avec la participation de

**Dr David Couchat**

Chirurgien dentiste - spécialiste en Orthodontie

**Dr Jean Baptiste Kerbrat**

Responsable consultations ODMF

**Dr Plamen Bokov**

Pédiatre MCU-PH

**Dr Valerie Attali**

Pneumologue PH

**Pr Thomas Schouman**

Chirurgien Maxillo-facial et  
Stomatologiste

sommaire

**ÉDITO**

**Page 1**

Le mot de la Fédération Française d'Orthodontie par David Couchâtes, Président de la commission de communication.

**LES FRANÇAIS DORMENT DE PLUS EN PLUS MAL**

**Page 2**

SAOS, une pathologie à ne pas confondre avec les conséquences de nos modes de vie.

**UNE PATHOLOGIE QUI TOUCHE ADULTES COMME ENFANTS**

**Page 3**

- De combien d'heures de sommeil un enfant a-t-il besoin ?
- Reconnaître les signes d'alerte chez l'enfant pour mieux dépister
- Le SAOS chez l'adulte

**DES SOLUTIONS EXISTENT !**

**Page 7**

- Traitement de l'enfant
- Prises en charge de l'adulte
- Et l'orthodontie dans tout ça ?

# EDITO

Fatigue excessive, dépression, arrêt maladie, voire invalidité : autant de conséquences liées à l'apnée du sommeil qui font que nous devons agir !

Pour la Fédération Française d'Orthodontie, accompagner les personnes souffrant d'apnée du sommeil et améliorer leur santé ainsi que leur qualité de vie représente un enjeu sanitaire majeur.



“Notre challenge ?  
Faciliter le dépistage  
de cette maladie  
relativement  
nouvelle”

**DR DAVID COUCHAT**

CHIRURGIEN-DENTISTE - SPÉCIALISTE EN ORTHODONTIE  
PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE COMMUNICATION DE LA  
FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ORTHODONTIE.

Aujourd'hui encore mal diagnostiqué, le **SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil)** touche pourtant **près d'une personne sur cinq**. En tant qu'acteur majeur du parcours de soin destiné à traiter les patients atteints de cette pathologie, la **Fédération Française d'Orthodontie** tient à **sensibiliser le grand public, comme les professionnels de santé**, aux signaux d'alerte physiologiques et psychologiques inhérents à cette maladie. Notre message ? Soyez à l'écoute de vos symptômes et **faites vous diagnostiquer sans tarder !** Chez l'adulte, comme chez enfant, les apnées du sommeil lorsqu'elles sont prises à temps peuvent être endiguées grâce à différents **traitements plus ou moins invasifs, dont l'orthodontie**. Écrans au centre de nos activités, diminution du temps de sommeil, croissance de l'obésité : nos modes de vie brouillent les pistes ! Pourtant, le dépistage du SAOS joue un rôle essentiel dans la limitation des conséquences de cette pathologie dont l'incidence augmente avec l'âge, c'est pourquoi nous souhaitons mettre en lumière l'importance d'un dépistage précoce. **Parents, soyez à l'écoute de vos enfants ! Patients, n'attendez pas que vos symptômes s'aggravent pour consulter.**



## APNÉES DU SOMMEIL : DES SYMPTÔMES À NE PAS CONFONDRE AVEC LES CONSÉQUENCES DE NOS MODES DE VIE !

Un tiers des Français estiment qu'ils ne sont pas satisfaits de la qualité de leur sommeil\*. Les raisons de ne pas bien dormir sont multiples : **anxiété, dépression, mode de vie... mais aussi apnées du sommeil.** Ce trouble respiratoire obstructif peut en effet causer des perturbations du sommeil mais aussi entraîner, entre autres, fatigue, somnolence en journée chez l'adulte, troubles du comportement chez l'enfant, avec des répercussions potentiellement graves sur la qualité de vie, la santé et le développement du tout petit. C'est pourquoi, à l'occasion de la **Journée nationale du sommeil 2024**, la Fédération Française d'Orthodontie, en sa qualité de société savante, souhaite mettre un coup de projecteur sur cette pathologie souvent ignorée, notamment chez l'enfant, et sur l'importance de la dépister précocement et de la traiter. En prévention ou en soin, **des solutions existent et les traitements orthodontiques en font partie.** Toutes les personnes - adultes et enfants - souffrant d'apnée du sommeil doivent pouvoir bénéficier d'une thérapie adaptée pour récupérer une meilleure respiration pendant la nuit, retrouver un sommeil réparateur, éviter les complications de la maladie et améliorer leur vie au quotidien.

\* Selon l'enquête INSV/MGEN 2023

**Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une maladie respiratoire caractérisée par une obstruction des voies aériennes empêchant l'air de passer. Ces obstructions sont responsables de pauses respiratoires de quelques secondes durant le sommeil, ce qui entraîne une baisse d'oxygène dans le sang, des micro-éveils et une fragmentation du sommeil. On compte de 2 à 3 millions d'apnéiques en France, soit près de 10% des adultes.**



# L'apnée obstructive du sommeil, une pathologie qui pèse sur les nuits des adultes, comme sur celles des enfants

L'apnée ne concerne pas que les adultes : **les enfants peuvent également être touchés** par un trouble respiratoire obstructif du sommeil, y compris dès le plus jeune âge puisque **les nourrissons** peuvent aussi présenter une apnée. Si le trouble respiratoire est moins fréquent que chez l'adulte, il n'est pas rare (entre 2 et 4% des enfants sont touchés) mais il reste plus **méconnu et sous-estimé dans la population infantile**.

Parmi les causes : de grosses amygdales, des végétations adénoïdes, une hypertrophie ou un mauvais positionnement de la langue, une mâchoire plus petite ou plus reculée, un palais étroit. Ces **particularités anatomiques** entraînent alors une réduction du diamètre des voies aériennes supérieures obstruant le passage de l'air et empêchant de respirer par le nez.

L'apnée du sommeil empêche l'enfant de dormir correctement. Les troubles respiratoires associés à un sommeil non réparateur peuvent entraîner des **conséquences néfastes sur son développement, son comportement, sa santé**.

# DE COMBIEN D'HEURES DE SOMMEIL UN ENFANT A-T-IL BESOIN ?



La bonne quantité de sommeil de l'enfant est déterminée par le fait que celui-ci se réveille en se sentant reposé. En moyenne, le nombre d'heures de sommeil nécessaires par groupe d'âges est évalué ainsi :

Groupe d'âge	Âge	Nombre moyen d'heures de sommeil nécessaires par 24 heures
Nouveau-né	0-3 mois	14-17
Nourrisson	4-11 mois	12-15
Bébé	1-2 ans	11-14
Âge préscolaire	3-5 ans	10-13
Âge scolaire	6-13 ans	9-11
Adolescent	14-17 ans	8-10

Source : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/sommeil-et-enfant-donnees-scientifiques/>

**L'hypertrophie des amygdales et des végétations constitue le facteur de risque principal d'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant entre 3 et 6 ans**, d'où le pic d'incidence dans cette tranche d'âge. « *Chez l'adolescent, c'est plutôt l'obésité qui prédispose en premier à ce trouble. Concernant les nourrissons, l'étroitesse physiologique des voies aériennes, la respiration par le nez à la naissance, la position haute de l'épiglotte et du larynx, les exposent au risque d'apnée pendant les premières semaines de vie* », indique **le docteur Plamen Bokov**, pédiatre dans le service d'Explorations Fonctionnelles au Centre Pédiatrique des Pathologies du Sommeil à l'Hôpital Robert Debré à Paris.



## RECONNAÎTRE LES SIGNES D'ALERTE CHEZ L'ENFANT POUR MIEUX DÉPISTER

Il est important d'identifier les signes évocateurs le plus tôt possible afin d'initier les étapes de diagnostic (interrogatoire, examen de sommeil...), de traitement et de suivi. Ces signes dépendent de la tranche d'âge et sont différents selon le jour et la nuit.

Pendant la nuit : **le sommeil est marqué par des pauses respiratoires** (interruptions ou réductions) avec des reprises fortes, une respiration la bouche ouverte, des ronflements (dans 95% des cas d'apnées obstructives) ; l'enfant bouge et transpire beaucoup, il a la bouche sèche.

Important à savoir : une **respiration qui se fait principalement par la bouche** peut empêcher le développement harmonieux des os de la face et engendrer une forme du visage particulière (défaut de développement de la mâchoire, palais étroit, menton en retrait).

Pendant la journée : l'enfant en âge préscolaire ou scolaire (pré-adolescence) présente de la **fatigue le matin dès le réveil** (le visage est marqué par des cernes), une lenteur à se préparer et à s'habiller, un **manque d'attention et de concentration à l'école** et, a contrario, une hyper excitabilité en fin de journée ; à partir de l'adolescence, le jeune peut éprouver de la somnolence.

**Le nourrisson, quant à lui, pleure beaucoup la nuit**, il est inconsolable ; **sa courbe de croissance taille/poids fléchit**, s'aplatit, signe d'énergie dépensée pour parer aux difficultés à respirer.

Pour les parents, porter attention au sommeil de son enfant est donc un préalable indispensable pour pouvoir déceler ce qui n'est pas normal, **comme une respiration par la bouche ou des ronflements bruyant la nuit**, de façon régulière. Le plus tôt l'enfant débutera sa prise en charge, le plus vite il bénéficiera d'un traitement adapté pour retrouver un sommeil de qualité et éviter d'autres complications.

**L'apnée peut en effet ralentir la croissance du tout petit**, déclencher des troubles du comportement apparentés à ceux du déficit de l'attention ou TDAH\* et entraîner, chez le jeune en âge scolaire, des difficultés à l'école. « Des enfants sont parfois diagnostiqués à tort TDAH alors qu'ils souffrent de problèmes d'apnée du sommeil », **souligne le docteur Plamen Bokov**. « L'apnée obstructive du sommeil a également des effets sur le système cardiovasculaire en augmentant la pression artérielle. Chez l'enfant obèse, il augmente le risque de syndrome métabolique, de diabète et d'atteinte du foie ».

\* Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

## CHEZ L'ADULTE : DES SYMPTÔMES À NE PAS NÉGLIGER, DES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ À NE PAS IGNORER



**L'apnée perturbe le sommeil** et peut donner une impression de sommeil de mauvaise qualité. Elle est associée à des symptômes nocturnes et à des répercussions durant la journée.

La période nocturne est marquée par des **ronflements importants et très sonores chaque nuit**. Une nycturie, ou **besoin de se lever pour uriner**, peut également se manifester. **Les signes d'alerte passent aussi par l'entourage**, qui se plaint des ronflements, peut constater les **pauses respiratoires** suivies par des reprises de respiration bruyantes. En période diurne, l'adulte souffrant de SAOS éprouve de la somnolence (au moins un patient sur deux se plaint de somnolence excessive), qui est associée à un **risque accru d'accidents**, de la route et du travail. D'autres symptômes sont présents comme **l'asthénie**, une inertie de sommeil le matin au réveil avec parfois des **céphalées**, des problèmes de concentration et d'attention, sources de difficultés au travail ou lors des études chez les plus jeunes (baisse des performances, absentéisme...). Des **troubles de la libido** peuvent être observés chez certains. Les facteurs favorisant l'apnée du sommeil sont, classiquement, le **surpoids/l'obésité** (plus de 30% des patients ne sont pas en surpoids), le **sexe masculin** (40% des femmes sont toutefois concernées), l'âge (la pathologie est plus fréquente chez l'adulte).

**« Dans ses formes sévères, l'apnée du sommeil est un facteur de risque cardiovasculaire : une personne qui fait de l'apnée durant des années va présenter des comorbidités cardiaques, hypertension artérielle, infarctus, AVC, etc. »**

Docteur Valérie Attali, pneumologue dans le service des Pathologies du Sommeil du groupe hospitalo-universitaire de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

### Le sommeil est l'une des clés essentielle pour prévenir les AVC

Réduire les risques d'être atteint d'un Accident Vasculaire Cérébral ? C'est possible grâce au sommeil !

Selon une étude de **L'INSERM**, une partie des accidents vasculaires pourraient être évités grâce à un sommeil optimal. Lorsque nous dormons, notre cerveau se répare, il se détoxifie grâce à des vagues de liquide cérébro-spinal et il trie les informations emmagasinées lors de la journée. Pour évaluer la qualité de notre sommeil, il est important d'être attentif à ces paramètres :

**Notre temps de sommeil, notre chronotype (êtes-vous du soir ou du matin ?), la fréquence de nos insomnies, de potentielles somnolences diurnes excessives et des apnées du sommeil.**



# PRISE EN CHARGE : DES SOLUTIONS EXISTENT !

## CHEZ L'ENFANT, UN TRAITEMENT ADAPTÉ À INSTAURER AVANT LA FIN DE LA CROISSANCE

L'objectif du traitement est **d'améliorer la respiration en supprimant l'obstacle au passage de l'air**. La prise en charge est le plus souvent partagée, impliquant pédiatre, ORL, pneumologue, orthodontiste. Elle doit être initiée suffisamment tôt, sans attendre la puberté et la fin de la croissance.

Les récentes **recommandations européennes** concernant le traitement de l'apnée obstructive du sommeil déclinent les étapes à suivre pour la prise en charge. Dans ces préconisations, l'indication à traiter débute à partir d'un **syndrome modéré à sévère**, c'est-à-dire lorsque l'index d'apnées-hypopnées (IAH)\* - qui permet d'évaluer la sévérité du syndrome - est supérieur à 5 par heure.

Si l'enfant présente une obésité, la **perte de poids est recommandée** en première intention.

**Les glucocorticoïdes locaux ou les antileucotriènes** (montélukast), qui ont montré une certaine efficacité chez l'enfant, sont préconisés en deuxième ligne.

**L'ablation des amygdales**, parfois accompagnée de celle des végétations adénoïdes, vient en troisième ligne. Elle s'adresse aux enfants qui présentent une **hypertrophie des amygdales et des végétations**.



Si les précédentes étapes n'ont pas induit d'effet satisfaisant et si l'enfant ne présente pas d'hypertrophie, s'il a un palais étroit, de petites mâchoires ou une mâchoire inférieure en retrait, **un traitement orthodontique** est proposé, qui va améliorer l'index apnée-hypopnée.

**La ventilation par pression positive continue (PPC)** est envisagée en dernière intention chez l'enfant, contrairement à la personne adulte. Chez l'enfant avec un syndrome léger, une **amélioration spontanée importante** des apnées/hypopnées est observée, de manière beaucoup plus fréquente que chez l'adulte\*\*. Cette évolution favorable est liée à la croissance et à **l'augmentation de la place disponible pour respirer** dans le nasopharynx et le pharynx.

Quels sont les dernières tendances en matière de traitement chez l'enfant ? Les solutions à l'étude ? Les thérapies d'avenir ?

## DOCTEUR PLAMEN BOKOV

« **La combinaison chirurgie ORL-traitement d'orthodontie, mécanique ou fonctionnel, permet, dans les cas de syndrome sévère, d'optimiser les résultats et d'éviter les apnées résiduelles.**

**D'autre part, on s'intéresse de plus en plus à la rééducation maxillofaciale, notamment via un essai en cours évaluant le didgeridoos. Il s'agit de montrer que la pratique de cet instrument de musique permet de remuscler les muscles du pharynx et peut éviter, chez certains, la chirurgie. Par ailleurs, la recherche se concentre sur les thérapies ciblées en fonction de l'endotype du syndrome d'apnée du sommeil\*\*\*»**

\* Pour mesurer l'IAH, on compte le nombre d'apnées (arrêt complet du flux respiratoire) et d'hypopnées (diminutions de la respiration de plus de 30% par rapport au flux respiratoire de base). Si celles-ci provoquent un microréveil ou une désaturation artérielle, on considère que ce sont des événements pathologiques. Le nombre de ces événements est ensuite divisé par le temps de sommeil, ce qui donne l'IAH.

\*\* Dans 50% des cas après sept mois de suivi, selon une grande étude internationale

\*\*\* Les endotypes font référence aux mécanismes physiopathologiques qui ont conduit aux apnées (voies aériennes étroites ou manquant de tonus musculaire, contrôle instable de la ventilation...).

## CHEZ L'ADULTE, ON ENVISAGE LE TRAITEMENT EN FONCTION DE LA CAUSE, DE LA SÉVÉRITÉ DU SYNDROME ET DES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES

Parmi les possibilités de **prise en charge de l'adulte**, on distingue : d'une part, la chirurgie, qui agit en curatif et qui cible une population particulière de patients, d'autre part, les traitements symptomatiques qui s'adressent à la population générale des personnes apnéiques et qui sont portés pendant le sommeil.



La **chirurgie** actuellement recommandée consiste à **pousser la mâchoire pour la replacer plus en avant**, comme le fait l'orthèse mais de manière constante et en avançant plus encore la langue. Elle permet de **mettre en tension et de stabiliser les parois des voies aériennes supérieures**, d'agrandir celles-ci pour éviter qu'elles se bouchent pendant la nuit lors des apnées. Elle est proposée en priorité aux patients présentant des **apnées sévères ou modérées avec un fort retentissement clinique**, qui ne sont pas obèses et de préférence âgés de moins de 50 ans, mais aussi, dans certains cas, **à ceux qui tolèrent mal le masque et l'orthèse**.

« Ce traitement d'avancée maxillo-mandibulaire permet d'éviter aux patient jeunes d'être appareillés durant toute leur vie, soit avec une machine d'assistance ventilatoire, soit avec une orthèse d'avancée mandibulaire, et ainsi d'écarter le risque de retentissement sur les dents et les articulations mandibulaires. C'est une chirurgie très efficace et durable »

Professeur Thomas Schouman, chirurgien Maxillo-facial et Stomatologiste dans le service de Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris (APHP).

Plus rarement, la chirurgie vise à pratiquer une **amygdalectomie**, en cas de grosses amygdales qui font obstacles dans les voies aériennes.

Parmi les traitements symptomatiques, un traitement par pression positive continue (PPC) est préconisé dans les formes sévères d'apnées (soit au moins trente par heure) ou dans certaines formes modérées en cas de **pathologie cardiaque associée**. Cette solution consiste en l'utilisation d'un dispositif qui fournit un débit d'air sous pression diffusé grâce à un circuit (tube) et à un masque appliqué sur le nez. L'appareil agit comme une sorte **d'attelle mécanique** pour éviter que les voies aériennes supérieures se bouchent.



Dans les apnées légères à modérées, sans facteur de risque cardiaque, c'est l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) qui constitue le traitement de choix. **L'objectif : avancer la mâchoire si celle-ci est très en retrait et tirer la langue vers l'avant.** Dans le cas de trouble sévère, elle est proposée comme alternative à la PPC après refus, échec ou intolérance à ce traitement.

En cas d'apnée légère, des mesures hygiéno-diététiques comme la perte de poids, le fait d'adopter des horaires réguliers de sommeil, de pratiquer **une activité physique et la suppression de l'alcool le soir** sont à **instaurer pour réduire le nombre d'obstructions des voies respiratoires pendant la nuit.**

## QUELQUES CHIFFRES

# 90%

des patients souffrant de SAOS sont équipés d'un appareil PPC

(Source : Data OpenLPP 2023 avec données 2022).

# 30,5%

des personnes de plus de 65 ans sont concernées

(Source : Recherche Inserm)

# 2X

le SAOS est une pathologie deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes

(Source : Recherche Inserm)



« Lorsque les muscles des voies aériennes sont trop faibles ou trop souples et qu'ils ne tiennent pas la pression au cours de la nuit, il peut être intéressant de remuscler ou rééduquer cette région. Dans certains essais publiés, il a été montré qu'un certain type de rééducation pouvait améliorer la fonction de la langue et diminuer les index d'apnées »

## LA RÉÉDUCATION DE LA LANGUE FAIT PARTIE DES TRAITEMENTS PROMETTEURS À L'ÉTUDE.

La **neurostimulation du nerf hypoglosse**, qui vise à déclencher une **contraction de la langue** en même temps que les apnées, est un traitement qui suscite l'intérêt mais qui reste **encore expérimental**.

### Quid des médicaments ?

Quelques essais sont en cours, mais sans résultats notoires pour le moment. Des antidépresseurs ont été testés, comme les **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** pour augmenter le tonus du nerf qui conduit à la langue, mais un travail reste à faire pour identifier la population qui pourrait en tirer bénéfice.

## RÉSULTATS À 3 ANS D'UNE ÉTUDE SUR LA STIMULATION DU NERF HYPOGLOSSE



138 patients atteints d'un SAOS modéré à sévère



avec une obésité modérée (IMC < 35 kg/m<sup>2</sup>)



La qualité de vie et la somnolence s'améliorent. Deux effets secondaires sévères rapportés : une érosion cutanée en regard du système de stimulation et une modification des mouvements de la langue.



## LE RÔLE DE L'ORTHODONTISTE DANS LE TRAITEMENT DE CETTE PATHOLOGIE

L'orthodontiste tient une place importante dans la détection et dans le traitement de l'apnée du sommeil. Pour ce qui concerne l'enfant, il doit être vu tôt au cabinet, dès trois ans, et pris en charge, si nécessaire, autour de ses six ans. **Le traitement orthodontique va permettre de traiter des facteurs anatomiques** (corriger des mâchoires trop petites ou trop en arrière, un palais trop étroit) et ainsi d'agir en prévention en remettant l'enfant sur un chemin de croissance normale et de bon développement.

## DOCTEUR JEAN BAPTISTE KERBRAT

« Un enfant qui respire par la bouche est un signal d'alerte. L'humain n'est pas fait pour respirer de cette manière. La respiration buccale engendre des problèmes respiratoires, elle empêche d'avoir un sommeil réparateur et elle peut modifier le visage chez un jeune en croissance, en façonnant de petites mâchoires, un petit palais. Sur le versant de la prévention, un traitement qui agit en changeant la forme d'une mâchoire apporte un vrai bénéfice. Mais c'est dès le plus jeune âge qu'il faut agir sur ce problème. A la fin de la croissance, il n'est plus possible de le faire »

**Le principal traitement orthodontique fonctionnel des apnées du sommeil est la disjonction du palais.**

Il a montré son efficacité scientifiquement chez l'enfant. « L'intervention chirurgicale consiste à créer une fente dans l'os puis à poser deux bagues sur les dents reliées par un vérin. En tournant progressivement ce vérin, on applique une force entre les deux os du palais, droit et gauche, et on écarte les deux incisives. On récupère ainsi de l'espace au niveau des fosses nasales ; une petite augmentation de celles-ci représente une hausse importante du débit nasal » ajoute le docteur Jean Baptiste Kerbrat.

**Le résultat ? l'élargissement du palais augmente la possibilité de respirer par le nez et améliore les symptômes diurnes et nocturnes de l'apnée.**



Une autre solution est de corriger une mâchoire placée trop en arrière pour la repositionner en face de l'autre. Cette correction est obtenue par le biais d'une **intervention orthodontico-chirurgicale** ou mécaniquement avec l'aide d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM). Conçue sur mesure à partir des empreintes dentaires du patient, l'AOM est constituée de **deux gouttières articulées et reliées entre elles, posées sur les dents, pour maintenir la mâchoire inférieure en position avancée et tracter la langue**. L'une ou l'autre des techniques vont agir en élargissant les voies aériennes supérieures afin de mieux laisser passer l'air. **Chez l'adulte, la sévérité de l'apnée et l'importance du décalage entre les mâchoires vont guider le choix du traitement.**

## L'ORTHÈSE D'AVANCÉE MANDIBULAIRE (OAM) EN CHIFFRES

La prise en charge orthodontique par AOM est relativement récente dans notre pays. Au regard des chiffres et en comparaison aux autres pays, la France est très en dessous des possibilités de traitement par orthèse.

- L'OAM équipe 150 000 patients, soit 1/5 des adultes traités pour apnée du sommeil (source : Cohorte CONSTANCES)
  - Si la place de l'OAM est grandissante dans la prise en charge, cette solution représente moins de 10% des prescriptions de traitement (source : Données LPP 2022). Par comparaison, dans les pays du Nord, 50% des traitements se font par orthèse, et non par PPC.
  - Parmi les échecs ou refus de PPC, moins de 1% des patients basculent sur une OAM (source : Etude Alaska)
  - Le coût d'une OAM/an/patient est inférieur à celui d'une PPC (source : Données LPP 2022)
- A noter que l'OAM n'est pas remboursée pour les formes légères d'apnées.



Pour en savoir plus

@orthodontieetvous

[www.orthodontie-ffo.org](http://www.orthodontie-ffo.org)