Canadian Association of Orthodontists
200 Consumers Road, Suite 800 Toronto, ON M2J 4R4
Phone: 416.491.3186 / 1.877.226.8800 Fax: 647.499.8167
cao@touchpointamc.ca www.cao-aco.org

Énoncé de position sur les troubles respiratoires obstructifs du sommeil et l'apnée obstructive du sommeil

Publié – octobre 2026
Traduit par Dre Julia Cohen-Levy

Objet

Le présent énoncé vise à fournir aux orthodontistes, aux professionnels qui leur adressent des patients et aux patients eux-mêmes des orientations claires, fondées sur les données probantes, concernant le rôle de l'orthodontiste dans le repérage et la prise en charge des troubles respiratoires obstructifs du sommeil (TROS), afin que les patients et leur famille puissent prendre des décisions éclairées au sujet des soins orthodontiques. Il s'inscrit dans la continuité des livres blancs de l'American Association of Orthodontists (AAO) publiés en 2019 et en 2026[1,2], auxquels ont contribué des orthodontistes canadiens, ainsi que des recommandations actuelles de l'American Thoracic Society[3], de l'American Academy of Dental Sleep Medicine[4,5], de l'American Academy of Pediatric Dentistry[6], de l'European Respiratory Society[7] et de l'International Consensus Statement on Obstructive Sleep Apnea[8].

Le présent énoncé a pour but d'éclairer, et non de remplacer, le jugement clinique de l'orthodontiste traitant; il n'établit pas une norme de soins. Il ne peut couvrir toutes les situations cliniques et il peut être approprié de s'en écarter dans certains cas particuliers. Lorsqu'un orthodontiste s'écarte de ces orientations, les motifs de sa décision devraient être consignés au dossier. Au Canada, l'exercice de l'orthodontie est encadré par les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux; leurs normes, lignes directrices et règles relatives au champ d'exercice prévalent en cas de divergence avec le présent énoncé. Le présent énoncé ne constitue pas un avis juridique.

Contexte

Les troubles respiratoires obstructifs du sommeil (TROS) couvrent un spectre d'anomalies respiratoires survenant pendant le sommeil, allant du ronflement primaire à l'apnée obstructive du sommeil (AOS)[1]. Chez l'enfant comme chez l'adulte, les TROS non traités ont été associés à des troubles cardiovasculaires, à une dérégulation métabolique, à une altération de la croissance et du développement ainsi qu'à une altération des capacités fonctionnelles durant la journée [1,2,6]. Ces troubles sont fréquemment sous-diagnostiqués; la sensibilisation croissante à leur sujet dans les professions de la santé souligne l'importance du dépistage précoce et d'une prise en charge interdisciplinaire[1,2].

Les orthodontistes sont bien placés pour contribuer au dépistage précoce des TROS. Grâce à leur expertise de la croissance craniofaciale et de l'occlusion, ainsi qu'à leur évaluation régulière des facteurs de risque affectant les voies respiratoires, les orthodontistes sont bien placés pour identifier les patients présentant un risque accru et favoriser leur orientation rapide vers un

Canadian Association of Orthodontists
200 Consumers Road, Suite 800 Toronto, ON M2J 4R4
Phone: 416.491.3186 / 1.877.226.8800 Fax: 647.499.8167
cao@touchpointamc.ca www.cao-aco.org

professionnel qualifié pour établir le diagnostic[1,2]. Certaines caractéristiques craniofaciales et dentaires, comme un maxillaire étroit, un palais ogival, une mandibule rétrognathe et un surplomb horizontal augmenté, ont été associées à l'AOS pédiatrique[9]. Ces caractéristiques anatomiques peuvent souvent faire l'objet d'un traitement orthodontique ou orthopédique dentofacial, ce qui a suscité un intérêt considérable pour le rôle des orthodontistes dans le dépistage et la prise en charge conjointe des TROS. Toutefois, les données actuelles ne permettent pas d'affirmer qu'un phénotype craniofacial, quel qu'il soit, permet d'identifier la présence de TROS[1]; seul un médecin peut poser un diagnostic définitif d'AOS[1,2,6,10].

Responsabilité professionnelle

En tant que professionnels de la santé, les orthodontistes disposent d'une expertise et de connaissances spécialisées qui les placent dans une position d'autorité et d'influence envers leurs patients. Leur jugement clinique doit donc s'exercer avec intégrité et transparence, dans le cadre d'un engagement envers des soins centrés sur le patient. À une époque où les patients sont exposés à des informations contradictoires (qu'il s'agisse d'avis professionnels divergents ou de sources en ligne non vérifiées), les orthodontistes ont une responsabilité accrue de fournir des orientations claires et fondées sur les données probantes. Cette responsabilité repose sur la confiance du patient et exige que l'orthodontiste agisse dans son intérêt supérieur, en fondant ses recommandations sur les meilleures données disponibles et en évitant toute influence indue ou exagération des bénéfices potentiels. En conséquence, l'Association canadienne des orthodontistes (ACO) affirme que la prise en charge orthodontique des TROS exige un professionnalisme exemplaire, une communication transparente avec les patients, une collaboration interprofessionnelle lorsque nécessaire et une adhésion aux meilleures données probantes disponibles.

Position de l'Association canadienne des orthodontists

En accord avec les organismes cités précédemment, l'ACO soutient les positions suivantes :

1. **Dépistage.** Les orthodontistes devraient connaître les signes et symptômes des TROS et envisager d'intégrer l'évaluation systématique du risque de TROS (qui peut comprendre l'utilisation de questionnaires validés) à l'anamnèse et à l'examen clinique, chez les enfants comme chez les adultes[1,2,6,10].
2. **Orientation avant toute intervention**. Lorsqu'un orthodontiste soupçonne la présence de TROS, il est fortement recommandé d'orienter le patient vers un médecin afin qu'un diagnostic définitif soit posé avant toute intervention liée aux TROS. Seul un médecin peut diagnostiquer les TROS; les examens diagnostiques du sommeil devraient être prescrits et interprétés par un médecin dûment qualifié[1,2,10]. Les enfants et les adultes présentant une obstruction nasale ou une hypertrophie adéno-amygdalienne devraient être orientés vers un oto-rhino-laryngologiste[2,6].

Canadian Association of Orthodontists
200 Consumers Road, Suite 800 Toronto, ON M2J 4R4
Phone: 416.491.3186 / 1.877.226.8800 Fax: 647.499.8167
cao@touchpointamc.ca www.cao-aco.org

3. **Imagerie.** Les mesures bidimensionnelles ou tridimensionnelles des voies respiratoires obtenues à partir de téléradiographies céphalométriques ou de la tomodensitométrie volumique à faisceau conique (TVFC) ne conviennent ni au diagnostic de TROS, ni à l'évaluation du risque de TROS, ni à l'évaluation des résultats du traitement de TROS. L'imagerie réalisée à des fins orthodontiques ne devrait pas être utilisée pour laisser entendre qu'un patient présente un TROS[1].
4. **Le traitement orthodontique n'est pas un traitement autonome**. À l'heure actuelle, les preuves scientifiques ne justifient pas l'utilisation du traitement orthodontique ou orthopédique dentofacial comme modalité thérapeutique unique ou prédominante dans la prise en charge des TROS chez l'enfant ou l'adulte. [1,4]. Lorsqu'un médecin a diagnostiqué une AOS et qu'il existe une indication squelettique ou dento-alvéolaire claire, des interventions telles que l'expansion maxillaire rapide ou l'avancement mandibulaire peuvent être envisagées comme composantes d'un plan de traitement interdisciplinaire. Toute amélioration de la fonction respiratoire doit être considérée comme un bénéfice secondaire potentiel, et non comme un effet thérapeutique garanti[1,3]. L'American Thoracic Society suggère, sous réserve d'une recommandation conditionnelle, que les enfants présentant une AOS persistante après une adéno-amygdalectomie et certaines caractéristiques craniofaciales, notamment un maxillaire étroit, pourraient être candidats à ce type de traitement; elle souligne toutefois que le degré de certitude des données probantes est très faible[3].
5. **Aucun rôle préventif.** Rien ne démontre qu'une intervention orthodontique, y compris l'expansion palatine ou les appareils fonctionnels, prévienne l'apparition de TROS. Les données actuelles ne permettent pas de recommander l'expansion palatine à des fins prophylactiques de TROS chez l'enfant, quel que soit son âge. L'expansion maxillaire ne devrait être envisagée que chez les patients présentant une anomalie transversale nécessitant une expansion, indépendamment de TROS; elle n'est pas recommandée dans le seul but de traiter l'AOS ou le ronflement, en l'absence de déficit maxillaire, chez l'enfant comme chez l'adulte[4]. Les décisions thérapeutiques devraient continuer de reposer principalement sur les anomalies squelettiques et dento-alvéolaires sous-jacentes[1,4].
6. **Appareils « orthodontiques myofonctionnels » préfabriqués**. Des appareils amovibles préfabriqués et non personnalisés sont de plus en plus commercialisés auprès des parents de jeunes enfants, parfois dès l'âge de deux à quatre ans, avec des allégations selon lesquelles ils favoriseraient la croissance des mâchoires, corrigeraient la posture orale et préviendraient ou traiteraient les TROS. L'ACO n'a connaissance d'aucune donnée probante étayant ces allégations. Le groupe de consensus de l'AADSM a conclu que les données actuelles étaient insuffisantes pour définir un rôle de ces dispositifs dans l'AOS pédiatrique. Aucun des experts consultés n'a estimé qu'ils constituaient un traitement curatif de l'AOS. Chez l'adulte, le groupe a estimé que les données étaient insuffisantes pour en soutenir l'utilisation et a mis en garde contre le risque réel de préjudice associé au déplacement des dents au-delà de leur support

Canadian Association of Orthodontists
200 Consumers Road, Suite 800 Toronto, ON M2J 4R4
Phone: 416.491.3186 / 1.877.226.8800 Fax: 647.499.8167
cao@touchpointamc.ca www.cao-aco.org

osseux[4]. Rien dans les données probantes actuelles ne permet de croire qu'un appareil préfabriqué puisse modifier durablement la trajectoire de croissance ou jouer un rôle dans la prévention, le traitement ou la guérison des TROS. L'ACO ne soutient ni l'utilisation ni la commercialisation de ces appareils à cette fin. Les patients et les familles à qui l'on affirme le contraire devraient demander un deuxième avis.

7. **Extractions et mécanique orthodontique conventionnelle.** À ce jour, aucune preuve scientifique ne permet de conclure que les extractions orthodontiques, les mécaniques de distalisation ou d'autres interventions orthodontiques conventionnelles constituent des facteurs de risque de TROS.[1,2,4].
8. **Ankyloglossie et frénectomie.** À ce jour, aucune preuve scientifique ne permet de conclure que l'ankyloglossie joue un rôle causal dans le développement des TROS. La frénectomie linguale systématique n'est pas recommandée pour prévenir ou traiter les TROS[1,4]. L'American Academy of Pediatrics a conclu que la frénotomie pratiquée chez le nourrisson dans le but de prévenir une future AOS n'est pas fondée sur les données probantes[12]. De même, le groupe de consensus de l'AADSM a jugé les données insuffisantes pour soutenir la libération des freins lingual ou buccal, ainsi que les traitements au laser, ablatifs ou non ablatifs, du voile du palais ou des tissus adjacents, dans le but de prévenir, de prendre en charge ou de guérir l'AOS ou le ronflement, quel que soit l'âge[4].
9. **Traitement par orthèse d'avancée mandibulaire chez l'adulte.** Les dispositifs d'avancée mandibulaire fabriqués sur mesure constituent une option thérapeutique reconnue et efficace chez certains adultes ayant reçu un diagnostic d'AOS, en particulier ceux qui tolèrent mal le traitement par pression positive des voies respiratoires ou qui le refusent[5,7,8]. Les orthodontistes qui offrent un traitement par orthèse d'avancée mandibulaire ne devraient le faire qu'après un diagnostic médical et une orientation appropriée. Ils devraient avoir reçu une formation adéquate, procéder à l'ajustement progressif (titration) du dispositif et en vérifier l'efficacité en collaboration avec le médecin traitant. Ils ont également la responsabilité d'informer les patients des effets dentaires et occlusaux potentiels à court et à long terme, et d'en assurer le suivi.[1,2,5,10].
10. **Consentement éclairé.** Les patients et les personnes qui en prennent soin doivent être clairement informés du diagnostic, de la nature et des objectifs du traitement proposé, des bénéfices réalistes pouvant en être attendus selon les données probantes, ainsi que de ses risques, de ses limites et des alternatives thérapeutiques, y compris les conséquences d'une absence de traitement. En l'état actuel des connaissances, rien ne permet d'affirmer qu'un traitement orthodontique puisse prévenir ou guérir les TROS; de telles allégations ne devraient donc pas être formulées[1,4].
11. **Soins interdisciplinaires et suivi.** Les patients présentant des TROS bénéficient au mieux d'une équipe interdisciplinaire pouvant comprendre des spécialistes de la médecine du sommeil, de l'oto-rhino-laryngologie, de la pneumologie, de la pédiatrie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Lorsqu'un orthodontiste participe à la prise en charge des TROS, les soins devraient être planifiés et suivis en étroite collaboration

Canadian Association of Orthodontists
200 Consumers Road, Suite 800 Toronto, ON M2J 4R4
Phone: 416.491.3186 / 1.877.226.8800 Fax: 647.499.8167
cao@touchpointamc.ca www.cao-aco.org

avec le médecin ayant posé le diagnostic, et les patients devraient être réévalués périodiquement afin de vérifier le maintien de leur état clinique[1,2,3,11]. La thérapie myofonctionnelle orofaciale peut jouer un rôle complémentaire dans la prise en charge d'une AOS diagnostiquée, mais les données probantes ne démontrent pas qu'elle prévienne ou guérisse l'AOS. Elle devrait être dispensée par des professionnels dûment formés, au sein de l'équipe interdisciplinaire[4,11].

12. **Recherche et formation.** Des études contrôlées bien conçues, utilisant des résultats polysomnographiques et prévoyant un suivi à long terme, sont nécessaires pour préciser le rôle du traitement orthodontique dans les TROS. Les TROS devraient également être intégrés à la formation en orthodontie et au perfectionnement professionnel continu[2,3,4].

L'Association canadienne des orthodontistes s'engage à promouvoir les meilleures pratiques en soins orthodontiques et à veiller à ce que les patients reçoivent des traitements sûrs et efficaces, fondés sur les données scientifiques les plus récentes. Le présent énoncé sera révisé et mis à jour à mesure que de nouvelles données probantes seront disponibles.

Références

1. Palomo JM, Cohen-Levy J, Flores-Mir C, Khosravi R, Levine M, Pickard M, Hittner J, Callahan J, Siegel SM. Sleep-disordered breathing and orthodontics: An American Association of Orthodontists white paper update. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2026;169:419-27. https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2026.01.014

2. Behrents RG, Shelgikar AV, Conley RS, Flores-Mir C, Hans M, Levine M, McNamara JA, Palomo JM, Pliska B, Stockstill JW, Wise J, Murphy S, Nagel NJ, Hittner J. Obstructive sleep apnea and orthodontics: An American Association of Orthodontists White Paper. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2019;156:13-28. https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2019.04.009

3. Ehsan Z, Ishman SL, Soghier I, Almeida FR, Boudewyns A, Camacho M, Carno MA, Coppelson K, Ersu RH, Ho ATN, Kaditis AG, Machado AJ Jr, Mitchell RB, Resnick CM, Swaggart K, Verhulst S; on behalf of the American Thoracic Society Assembly on Sleep and Respiratory Neurobiology. Management of Persistent, Post-adenotonsillectomy Obstructive Sleep Apnea in Children: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 209, Iss 3, pp 248–261, Feb 1, 2024. DOI: 10.1164/rccm.202310-1857ST

4. Sheats R, Masse J-F, Levine M, Aarab G, Meira e Cruz M, Simmons M, Stauffer J, Carstensen S, Chiang H, Galang-Boquiren MT, Postol K. Novel Therapies for Preventing, Managing and Treating Obstructive Sleep Apnea and Snoring in Pediatric and Adult Patients. *Journal of Dental Sleep Medicine* Vol. 11, No. 2 2024. http://dx.doi.org/10.15331/jdsm.7332

Canadian Association of Orthodontists
200 Consumers Road, Suite 800 Toronto, ON M2J 4R4
Phone: 416.491.3186 / 1.877.226.8800 Fax: 647.499.8167
cao@touchpointamc.ca www.cao-aco.org

5. Levine M, Cantwell M, Postol K, Schwartz D. Dental sleep medicine standards for screening, treating, and management of sleep-related breathing disorders in adults using oral appliance therapy. *J Dent Sleep Med*. 2022;9(4). doi:10.15331/jdsm.7266

6. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on obstructive sleep apnea (OSA). The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025:145-8.

7. Randerath W, Verbraecken J, de Raaff CAL, et al. European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. *Eur Respir Rev* 2021; 30: 210200 [DOI: 10.1183/16000617.0200-2021].

8. Chang JL, Goldberg AN, Alt JA, et al. International Consensus Statement on Obstructive Sleep Apnea. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2023;13:1061–1482. DOI: 10.1002/alr.23079

9. Fagundes NCF, Gianoni-Capenakas S, Heo G, Flores-Mir C. Craniofacial features in children with obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med*. 2022;18(7):1865-1875. doi: 10.5664/jcsm.9904

10. College of Dental Surgeons of British Columbia (now British Columbia College of Oral Health Professionals). Obstructive Sleep Apnea: The Role of Dentists in the Treatment of Snoring and Obstructive Sleep Apnea. Standards and guidelines document. Board approved September 2013; published June 2014; legacy document retained under BCCOHP Professional Standards effective June 30, 2025.

11. Aubertin G, Akkari M, Andrieux A, Colas des Francs C, Fauroux B, Franco P, Gagnadoux F, Gallet de Santerre O, Grollemund B, Hartley S, Jaffuel D, Lafond L, Schroder CM, Schweitzer C, Charley-Monaca C. Management of obstructive sleep apnea syndrome type 1 in children and adolescents − A French consensus. *Archives de pédiatrie* 30 (2023) 510−516. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2023.06.009

12. Thomas J, Bunik M, Holmes A, Keels MA, Poindexter B, Meyer A, Gilliland A; Section on Breastfeeding, Council on Quality Improvement and Patient Safety, Section on Oral Health, Committee on Fetus & Newborn, Section on Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Identification and Management of Ankyloglossia and Its Effect on Breastfeeding in Infants: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;154(2):e2024067605. https://doi.org/10.1542/peds.2024-067605