

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Hélène HOULLIER

soutenu publiquement en juin 2016 :

**Succion non nutritive et répercussions
orthophoniques, un sujet au cœur des
débatS.**

**Création d'un outil d'information et de prévention à
destination des parents.**

MEMOIRE dirigé par :

Florence SANIER, orthophoniste libérale, Escaudoeuvres (59161)

A ma famille et mes amis, pour leur soutien inconditionnel.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Madame Florence SANIER pour son aide précieuse et pour le temps qu'elle m'a consacré.

Merci à l'ensemble des professionnels et des parents ayant pris le temps de répondre aux questionnaires.

Merci aux orthophonistes qui m'ont si chaleureusement accueillie et aidée à réaliser les études de cas cliniques.

Merci aux parents pour avoir accepté que je rencontre leurs enfants et pour avoir si gentiment répondu à toutes mes questions.

Merci aux enfants pour leur coopération et leur gentillesse.

Merci aux auteurs qui ont eu la gentillesse de me faire parvenir gracieusement leurs écrits.

Merci à mes maîtres de stage, Mesdames Bénédicte LELOUP, Magali CHERPIN, Charlotte CARETTE et France GENIN pour leur accueil chaleureux, leur confiance, leur pédagogie et leur sens du partage.

Merci à ma famille : Mes parents et ma grande sœur, qui m'ont accompagnée, aidée et fait confiance tout au long de mes études. Rien n'aurait été possible sans vous.

Merci à mes amis pour leur présence, leur soutien et leur touche de folie.

Résumé :

La succion non nutritive est un besoin pour une majorité d'enfants. Ce processus développemental fait l'objet d'une grande variabilité interindividuelle. Cette variabilité concerne la durée, les causes sous-jacentes qui régissent cette succion et la manière dont les enfants procèdent. Ainsi, il n'existe pas une seule et unique donnée consensuelle permettant aux parents de suivre LA conduite éducative qui convient face aux habitudes de succion de leur enfant.

La pratique des orthodontistes, des orthophonistes, des psychologues, des pédiatres et des ostéopathes est concernée par les habitudes de succion non nutritive des enfants. Ces professionnels entretiennent de façon différente ce processus, ce qui tend à complexifier l'accès aux recommandations pour les parents mais également à rendre si riche le débat médico-éducatif autour de la succion.

L'objectif de ce mémoire est de proposer aux jeunes parents un outil d'information facile d'accès, qui s'appuie sur des recherches très globales mêlant théorique et expérimental. En effet, nous avons diffusé des questionnaires à bon nombre de professionnels de santé et de parents afin de jauger le degré de connaissances à ce sujet, de récolter un maximum d'avis et d'évaluer les besoins de chacun quant au contenu de notre outil. Cette démarche nous a permis de centraliser en un même document une synthèse de données recueillies de toute part.

Mots-clés :

Orthophonie, prévention, information, Succion non nutritive

Abstract :

The non-nutritive sucking is a need for a majority of children. This développemental process is the subject of an important interpersonal variability. This variability concern the duration, the underlying causes which govern this sucking but also how the children proceed. So, there isn't only one consensual data allowing the parents to take THE appropriate educational decision concerning the non-nutritive sucking of their child.

The practice of the orthodontists, the speech therapists, the psychologists, the pediatrians and the osteopaths is concerned by the habits of non-nutritive sucking of children. All of these have a different vision of this process, which tends to make it difficult to access to information for the parents but also to make so rich the medico-pedagogic debate about the sucking.

The objective of this final dissertation is to propose to young parents a prevention tool as accessible as possible and which is based on global researches combining theoretical and experimental. Indeed, we have circulated questionnaires to many health professionals and parents to estimate the knowledge level on this subject, to collect a maximum opinions and to assess the needs of all as to the content of our tool. This approach helped us to centralize in a single document a synthetis of datas collected from all sides.

Keywords :

Speech therapy, prevention, information, non-nutritive sucking

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	5
1. Oralité : bases théoriques et données actuelles	6
1.1.1. Oralité et développement prénatal	6
1.1.2. Le réflexe de Hooker : passage de l'état d'embryon à celui de fœtus ..	7
1.1.3. L'oralité foetale.....	7
1.2. Expérimentations post-partum : vers une oralité efficiente.....	8
1.2.1. L'oralité primaire du nouveau-né	8
1.2.2. Le passage à l'oralité secondaire	9
1.2.2.1. L'oralité alimentaire	10
1.2.2.2. L'oralité verbale : du babillage au langage	13
2. Sucction non-nutritive (SNN) : des bases théoriques au concept médico-social actuel	15
2.1. La sucction non-nutritive dans le développement de l'oralité	15
2.1.1. Au regard d'une approche psychanalytique	15
2.1.2. Au regard d'une approche physiologique	18
2.2. La sucction non-nutritive à travers les siècles	20
2.2.1. Evolution des mœurs.....	20
2.2.2. Adaptations humaines : du rudimentaire au business de la tétine	23
2.3. Tétine et pouce au cœur des débats	24
2.3.1. Pour ou contre la sucction ?	24
2.3.2. Recommandations en matière de sevrage.....	26
2.4. Données épidémiologiques et anthropologiques.....	27
2.4.1. La tétine, envers et contre tous	27
2.4.2. Données anthropologiques ; une sucction à valeur de panacée.....	27
2.5. Données pratiques.....	28
2.5.1. Tétine versus pouce	28
2.5.2. Techniques d'incitation à l'arrêt de la sucction	28
3. L'orthopédie dento-faciale.....	29
3.1. Physiologie développementale du parodonte et des dents	29
3.1.1. Croissance alvéolaire et éruption dentaire (GATIMEL, 2013).....	29
3.1.2. Sucction non-nutritive et dysmorphoses alvéolaires	31
3.2. Orthopédie dento-faciale : principes	32
3.2.1. En quoi cela consiste ?	32
3.2.2. Notion d'ODF précoce	32
3.2.3. ODF et cadre légal	33
3.2.4. Quelle place pour l'ODF ?	35
4. Buts et hypothèses	36
Sujets, matériel et méthode	37
1.1. Les questionnaires.....	38
1.1.1. Sujets.....	38
1.1.2. Objectifs des questionnaires	39
1.1.3. La forme des questionnaires	39
1.1.4. Le contenu des questionnaires	40
1.1.5. Mode de diffusion	40
1.1.6. Recueil de données.....	41
1.2. Etudes de cas cliniques.....	41

1.2.1. Objectifs des études de cas	41
1.2.2. Sujets.....	42
1.2.2.1. Critères d'exclusion des sujets-témoins.....	42
1.2.2.2. Critères d'inclusion des sujets-témoins.....	42
1.2.2.3. Mode de recrutement des sujets.....	42
1.3. Elaboration de l'outil d'information et de prévention	43
1.3.1. Objectifs et conception	43
1.3.2. Enquête de satisfaction rétrospective	44
1.3.3. Diffusion de l'outil d'information et de prévention	45
Résultats	46
1. Questionnaires : résultats et conception du livret	47
2. Etudes de cas-témoins	49
2.1.1. Présentation des enfants.....	49
2.1.1.1. Patient EC	49
2.1.1.2. Patient NC.....	51
2.1.1.3. Patient BC.....	53
2.1.1.4. Patient IP	55
2.1.1.5. Patient LP	57
2.1.1.6. Patient ML.....	59
2.1.2. Conclusion.....	61
3. Outil d'information : enquête de satisfaction rétrospective	62
Discussion	63
1. Interprétation des réponses des parents	64
1.1. A quel âge votre enfant s'est-il sevré de ses habitudes de succion ?	64
1.2. Si toutefois votre enfant a été allaité au sein, à quel âge a-t-il commencé à prendre son pouce/sa tétine ?	64
1.3. Comment avez-vous été renseigné concernant la SNN de votre enfant ?	65
2. Validation des hypothèses	66
2.1. Hypothèse 1 : Les jeunes parents sont en manque d'informations concernant la succion non-nutritive de leur enfant	66
2.2. Hypothèse 2 : Les orthodontistes et médecins spécialistes en ODF sont fréquemment confrontés à des enfants sujets aux dysmorphoses alvéolaires engendrées par une succion non-nutritive prolongée.....	66
2.3. Hypothèse 3 : Une succion non-nutritive prolongée peut engendrer des difficultés de communication d'origine morphologique et donc articulatoire et/ou psychique.....	67
2.4. Hypothèse 4 : La création d'un outil d'information concernant la succion non nutritive des jeunes enfants serait pertinente	68
3. Enquête de satisfaction rétrospective : les modifications apportées à l'outil	68
3.1. Une absence de données concernant l'allaitement.....	68
3.2. L'absence d'évocation du fait que certains enfants ne développent pas d'habitudes de succion	69
4. Critique méthodologique	69
4.1. La création d'un outil de prévention consiste-t-elle en une prise de parti dans le débat médico-social autour de la succion non-nutritive ?	69
4.2. La question de la subjectivité.....	70
4.3. Les biais du questionnaire	71
5. Limites de ce travail	72
5.1. Les limites de la validation des hypothèses.....	72
5.1.1. Un échantillon peu représentatif.....	72
5.1.2. Absence d'analyse statistique inférentielle.....	73
5.2. Les limites concernant la conception de l'outil.....	74

5.2.1. Des données suggérées qui n'ont pas pu être insérées au livret.....	74
5.2.2. Une enquête de satisfaction rétrospective limitée	74
5.2.2.1. La limite de l'effectif	74
5.2.2.2. Enquête de satisfaction : des modifications non réalisées	74
6. Perspectives et liens avec l'orthophonie.....	75
6.1. Orthophonie et prévention	75
6.2. Orthophonie et transdisciplinarité	76
6.3. Orthophonie et (ré)éducation fonctionnelle.....	76
Conclusion.....	77
Bibliographie	79
Liste des annexes	87
Annexe n°1 : Lettre du Ministre du Commerce : <i>Les premières tétines d'origine animale</i> (LABEY R., 1994).....	88
Annexe n°2 : Principe du biberon à long tuyau, avec tétine à l'embout (MISSIONNIER S., 2002).	88
Annexe n°3 : Illustration d'un enfant suçant l'embout de son biberon à tuyau (MISSIONNIER S., 2002).	88
Annexe n°4 : Contenu du questionnaire destiné aux orthodontistes et médecins spécialistes en ODF.....	88
Annexe n°5 : Contenu du questionnaire destiné aux orthophonistes.	88
Annexe n°6 : Contenu du questionnaire destiné aux psychologues.....	88
Annexe n°7 : Contenu du questionnaire destiné aux pédiatres.	88
Annexe n°8 : Contenu du questionnaire destiné aux ostéopathes.	88
Annexe n°9 : Contenu du questionnaire destiné aux parents.....	88
Annexe n°10 : Analyse descriptive des réponses des orthodontistes et médecins spécialistes en ODF.	88
Annexe n°11 : Analyse descriptive des réponses des orthophonistes.	89
Annexe n°12 : Analyse descriptive des réponses des psychologues.....	89
Annexe n°13 : Analyse descriptive des réponses des pédiatres.	89
Annexe n°14 : Analyse descriptive des réponses des ostéopathes.	89
Annexe n°15 : Analyse descriptive des réponses des parents.....	89
Annexe n°16 : Formulaire de consentement de participation à une étude clinique.....	89
Annexe n°17 : Notre outil d'information et de prévention : « Petits conseils sur le pouce ! »	89
Annexe n°18 : MACHOUYOU ® https://www.machouyou.com/	89
Annexe n°19 : Tétine PERFECT ® http://www.mambaby.com/fr/	89
Annexe n°20 : Sucette et tétine ILET ® http://www.ilet.com/fr/	89

Introduction

« [...] Notre société n'accepte pas les conflits ni l'ambivalence naturelle et inhérente à la parentalité. Une phase adaptative du bébé à la vie extra-utérine ou avec ses parents, un accordage ne sont pas reconnus comme souvent nécessaires. Entre le bébé que l'on conseillait autrefois de « laisser pleurer » et l'extinction immédiate de son cri, il n'y a pas dans ces cas de place pour un intervalle d'échanges et de consolation [...] ». (BOIGE, 2002).

Bien que propre à chacun, la parentalité doit bien souvent répondre aux exigences de la société contemporaine. Cette fonction juridique, morale et socioculturelle se définit par l'ensemble des choix inhérents aux figures parentales concernant leur enfant. Du choix du prénom à la scolarisation, en passant par toutes ces petites décisions du quotidien, aussi infimes soient-elles, être parent, c'est s'engager. C'est cet engagement qui guidera en partie le développement de l'enfant et ce, à tous les niveaux.

Dans cette sphère décisionnelle, une question subsiste : Tétine ? Pas tétine ? Pouce ? Cette question est au cœur des interrogations parentales et des débats médico-éducatifs interprofessionnels. Tout au long de ce travail de recherche et de production, nous tenterons de réaliser une synthèse des connaissances et des données actuelles sur ce sujet. Dans cette optique, nous ne développerons pas les connaissances avérées telles que l'anatomie de la sphère oro-faciale et la physiologie de ses fonctions, déjà développées dans de nombreux écrits et notamment dans un précédent mémoire d'orthophonie de l'Université de Lille (MARCAILLOU, 2010).

Outre les recherches effectuées dans la littérature, nous avons décidé de créer un livret d'information et de prévention à destination des parents. Ceci, afin de synthétiser les données recueillies en un unique outil, facile d'accès.

En évoquant les phases développementales de l'oralité d'un enfant, nous nous intéresserons à l'investissement de la succion non-nutritive et à l'importance de celle-ci. Après en avoir exposé les fondements théoriques, nous tenterons d'en dégager un aspect plus pratique : De la tétine controversée à son expansion au Monde, existe-t-il un seul et unique point de vue qui soit valable ?

Comment être conseillé en tant que parent ? Nous consacrerons également un chapitre de notre partie théorique à l'orthopédie dento-faciale. Ce champ d'action de la médecine dentaire est en plein essor et les professionnels qui y sont formés sont très concernés par les éventuels dommages morphologiques d'une succion non nutritive prolongée. Enfin, nous reviendrons sur la réalisation de notre livret d'information et de prévention.

Un mot sur la prévention :

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex: vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence (HAS, 2006).

D'après une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 5846 millions d'euros ont été consacrés à la prévention en matière de santé en 2013, dont 350 millions pour l'information la promotion et l'éducation à la santé.

Le taux d'exposition de la population française aux campagnes préventives de santé est faible selon ETIENNE et CORNE (2012). Mais Comment peut-on juger de l'efficacité des diverses campagnes de prévention menées ? Afin de répondre à cette interrogation, L'Institut National de Prévention et d'Education pour la SANTE (INPES) a proposé un colloque scientifique en 2011, réunissant plus de 300 experts internationaux sur le sujet. Dans son exposé, HORNİK a formulé la conclusion de 30 ans de recherche sur l'évaluation des campagnes de prévention américaines. Après avoir exposé les diverses façons d'évaluer les effets d'une campagne de prévention, HORNİK démontra que dans la majeure partie des cas, la prévention a eu un effet bénéfique notable (Ex : Augmentation du taux de vaccination contre la rougeole, diminution de l'initiation au tabagisme, etc.). Bien que largement plébiscitée, la prévention et ses effets réels restent difficilement évaluables de manière concrète.

Ceci s'explique par la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu (Taux d'exposition, disparité des effets sur les populations, caractère évolutif des interventions, etc.). La conclusion finale aura été « [...] Qu'il faut tolérer des réponses imparfaites du moment que la bonne question a été posée, à savoir : Quels sont les effets de cette campagne sur la vie réelle ? »

En suivant cet axe de raisonnement, nous tenterons de faire en sorte que notre livret d'information et de prévention réponde à une demande concrète et réelle des professionnels de santé et des familles.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Oralité : bases théoriques et données actuelles

1.1. Repères développementaux

« [...] Tout ce que fait un être vivant avec sa bouche, sucer, manger, communiquer, embrasser ... dès l'état d'embryon et jusqu'à son dernier souffle, met en œuvre des enjeux d'oralité. La fonction orale est fondatrice de l'être » (THIBAUT, 2007).

1.1.1. Oralité et développement prénatal

A l'âge de 6 semaines, l'embryon prend figure humaine. La bouche est esquissée à partir de la 5ème semaine d'aménorrhée, par fusion des bourgeons maxillaire supérieur et nasal externe. Les cavités buccale et nasale seront distinguables dès le 2ème mois de grossesse, âge gestationnel de l'apparition du palais. C'est alors que l'embryon commence à ouvrir la bouche et à laisser entrevoir sa langue, qui sera parfaitement organisée sur le plan musculaire à 12 semaines de grossesse.

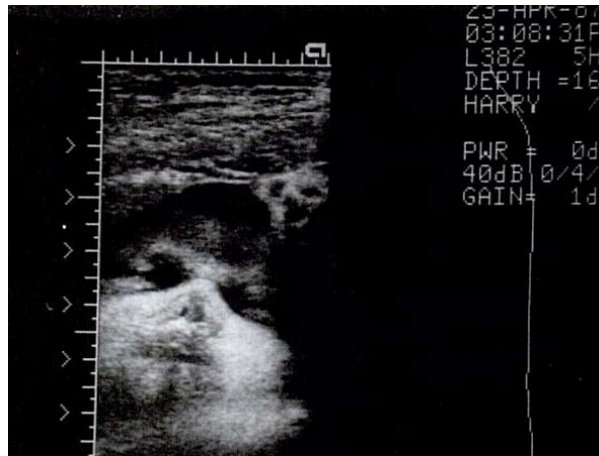


Figure 1 : Portrait frontal d'un fœtus masculin à la moitié du troisième trimestre d'aménorrhée (LECANUET, 2002)

Les toutes premières manifestations d'une oralité alimentaire sont observables au cours du troisième mois d'embryogénèse. La langue commence à se mouvoir et à fonctionner, le réflexe de succion sur stimulation labiale débute.

1.1.2. Le réflexe de Hooker : passage de l'état d'embryon à celui de fœtus

C'est aux alentours de la 10ème semaine de grossesse qu'apparaissent les premiers mouvements antéropostérieurs de la langue. Une fois le cloisonnement palatal achevé, la langue descend et sort de la bouche jusqu'à ce qu'elle heurte les mains du fœtus. Cette toute première séquence d'autostimulation et d'exploration réflexive marque le passage de l'état d'embryon à celui de fœtus. C'est le réflexe de Hooker, décrit comme la première manifestation d'une oralité motrice active.

1.1.3. L'oralité fœtale

Les études concernant la motilité fœtale remontent à la seconde moitié du XIXème siècle, sous la direction de PREYER. Cependant, c'est en 1987 que DE VRIES a réalisé une étude longitudinale permettant de caractériser les mouvements buccaux du fœtus (cité par LECANUET, 2002). Les premières traces de mouvements de succion ont été observées entre la 12ème et la 14/15ème semaine d'aménorrhée. La succion-déglutition est d'ailleurs décrite comme étant la première fonction motrice de la période fœtale.

Selon REISSLAND et Al. (2012), la majorité des patterns praxiques sont développés durant la première moitié de la période de grossesse. Les mouvements buccaux prénataux sont considérés comme essentiels à la future capacité du nourrisson à s'alimenter.

A 12 semaines, le fœtus ne cesse d'exercer son activité de succion-déglutition-expulsion du liquide amniotique. En 24 heures, il peut en faire circuler jusqu'à trois litres dans la sphère naso-buccale (BELLIS et Al., 2009).

Le réflexe de déglutition apparaît vers la 13ème semaine de vie intra-utérine tandis que le réflexe de succion surgit lors de la 15ème semaine. En revanche, la coordination succion-déglutition-respiration n'est mature qu'à la 34ème semaine d'aménorrhée. On détermine l'âge physiologique d'une succion efficace à 32 semaines. A cet âge, la nutrition par voie orale peut être investie.

1.2. Expérimentations post-partum : vers une oralité efficiente

L'oralité désigne l'ensemble des activités allouées à la bouche. Diverses expériences réalisées au niveau de la sphère orale permettent à l'enfant, si jeune soit-il, d'explorer le Monde et d'agir sur son environnement. Premières découvertes sensorielles et satisfactions de pulsions archaïques, ces expériences précoces sont capitales pour le bon développement psychique et physiologique de l'enfant.

Les facettes verbale et alimentaire de l'oralité se développent conjointement. Des prémices de la grossesse aux premiers mois de vie se développe l'oralité primaire, relayée dans un second temps par l'oralité dite secondaire.

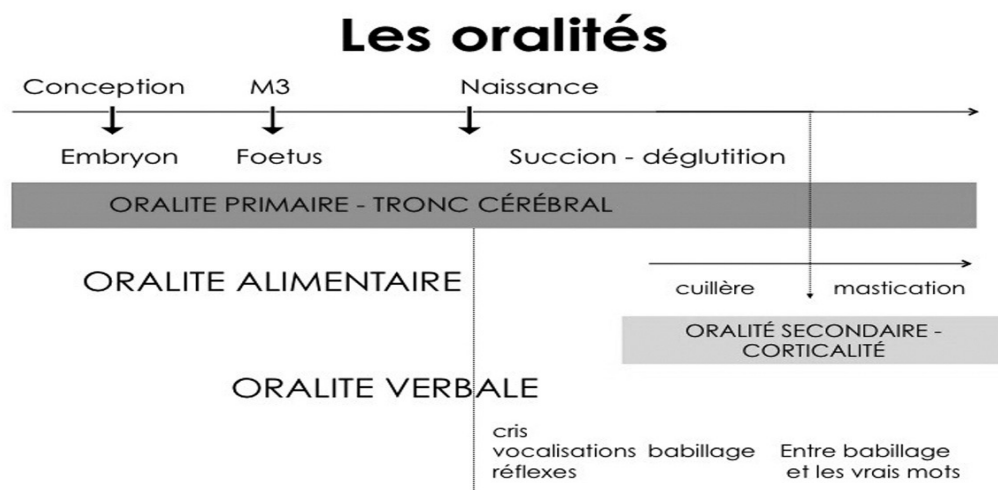


Figure 2 : Les oralités (THIBAUT, 2007)

1.2.1. L'oralité primaire du nouveau-né

Sous l'égide du tronc cérébral, de nombreux comportements sont adoptés par l'enfant, dès le jour de sa naissance. En effet, le nouveau-né a à sa disposition tout un éventail d'actions corporelles archaïques prêtes à fonctionner comme les vocalisations, la succion-déglutition, la ventilation pulmonaire ou encore le sourire, premier indice de socialisation. L'ensemble de ces comportements buccaux sont rassemblés sous le terme d'oralité primaire, phase qui débute dès les premières expériences orales anténatales et s'achève lors du passage à la cuillère, vers 4 à 7 mois.

Dès la naissance, la mobilisation des cordes vocales est intense. Du cri de douleur aux jeux de vocalisations, le nouveau-né exprime ses besoins ou prend simplement plaisir à jouer avec sa voix. Comme le précise THIBAUT (2007), « la voix, l'expression existent avant la communication, et c'est la mère qui attribue du sens à ces cris. [...] C'est le stade des vocalisations réflexes ou quasi-réflexes, où se mêlent cris et sons végétatifs (bâillements, gémissement, soupirs, raclements) ». Pour reprendre les termes de BOUBLI et PINOL-DOURIEZ (1996), le bébé passera du « bouquet de sensations en bouche » que représentent l'ensemble de ses comportements oraux archaïques, à sa propre appropriation de la parole signifiante.

Outre la fonction vocalique, les comportements de succion-déglutition observables lors de la phase de l'oralité primaire sont eux aussi, multiples. L'équipement neurologique assurant la fonction de succion et de déglutition est mature et opérationnel à la naissance. Le réflexe de succion est déclenché par toutes les stimulations sensorielles de la sphère orale (THIBAUT, 2007). Ce réflexe répond à un objectif de nutrition ou simplement d'autostimulation. Comme le précise LAU (2015), dès la naissance, la coordination succion-déglutition-respiration est prête à fonctionner, ce qui permet au bébé de se nourrir par voie orale, tout éventuel trouble de l'oralité mis à part. La succion non nutritive quant à elle, a des vertus de réassurance, d'apaisement et de renforcement de l'attachement mère-enfant. Bien que révélatrice de l'état maturatif des capacités de succion nutritive, la succion non nutritive est insuffisante pour illustrer l'efficacité de la coordination succion-déglutition-respiration de l'enfant.

1.2.2. Le passage à l'oralité secondaire

De l'éruption des premières dents à la diversification alimentaire et du babillage aux premiers mots, l'oralité secondaire regroupe un ensemble de comportements oraux volontaires, régis par le cortex.

1.2.2.1. L'oralité alimentaire

➤ La double stratégie alimentaire : notions d'anthropologie

Entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de vie de l'enfant va s'opérer le passage à la cuillère et l'arrivée de l'alimentation solide en complément des tétées. Selon THIBAUT (2007), il existe une phase durant laquelle alimentation à la cuillère et succion primitive coexistent. Ceci, dans le but « [...] d'assurer une sorte de passerelle entre l'oralité primaire et l'oralité secondaire ». On parle alors de « double stratégie alimentaire ».

La durée de cette période d'alimentation mixte est très variable d'une mère à l'autre. Une étude de ROVILLE-SAUCE (2006) illustre les divergences de modes d'alimentation des enfants durant les premiers mois de vie, en France :

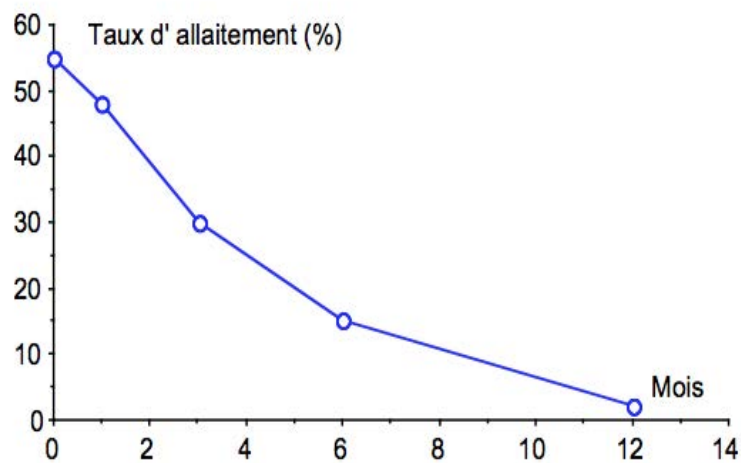


Figure 3 : Taux d'allaitement maternel (en %), en fonction de l'âge du nourrisson (en mois), en France (ROVILLE-SAUCE, 2006)

ROVILLE-SAUCE explique que le sevrage précoce est fréquent en France et que si près de 55% des jeunes mères allaitent à la maternité, elles ne sont que 2% à poursuivre cet allaitement à l'âge de douze mois et plus.

Cette étude a également permis d'illustrer des différences interindividuelles, en fonction de l'origine géographique des parents :

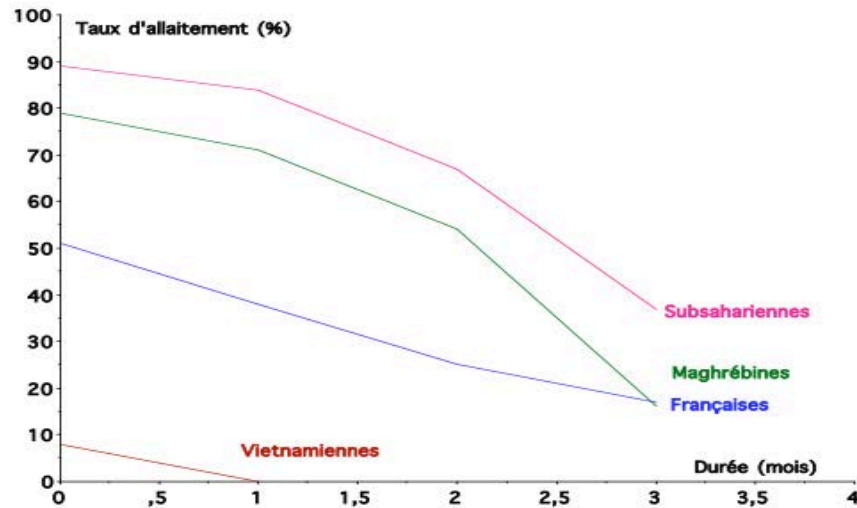


Figure 4 : Taux d'allaitement (en %), en fonction de l'âge du nourrisson (en mois) et de l'origine géographique des parents (ROVILLE-SAUCE, 2006)

Alors qu'à 1 mois, tous les enfants de parents asiatiques sont sevrés, à 3 mois, 20% des enfants issus de parents d'origine française et maghrébine et 40% des nourrissons de parents subsahariens sont encore allaités. Ces observations trouvent une explication en l'hypothèse d'une influence environnementale, sociale et culturelle.

➤ Vers la diversification alimentaire

Selon THIBAUT (2007), l'abandon d'une alimentation exclusivement lactée est avant tout une étape de sevrage de la mère pour l'enfant et d'acquisition d'une certaine autonomie. En Juillet 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie un aide-mémoire concernant « l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ». Dans cette publication, il est précisé qu'à l'âge de 6 mois, les besoins en énergie et en nutriments de l'enfant ne peuvent être satisfaits seulement par du lait.

Le programme national de la nutrition et de la santé « Manger Bouger » met à disposition des conseils en terme de nutrition des enfants en fonction de leur âge.



Enfants : les grandes phases de la diversification alimentaire

	1 ^{er} MOIS	2 ^e MOIS	3 ^e MOIS	4 ^e MOIS	5 ^e MOIS	6 ^e MOIS	7 ^e MOIS	8 ^e MOIS	9 ^e MOIS	10 ^e MOIS	11 ^e MOIS	12 ^e MOIS	2 ^e ANNÉE	3 ^e ANNÉE
Lait	Lait maternel exclusif ou Lait 1 ^{er} âge exclusif				Lait 1 ^{er} ou 2 ^e âge		Lait maternel exclusif ou Lait 2 ^e âge ≥ 500ml/J					Lait 2 ^e âge ou de croissance		
Produits laitiers					Yahourt		ou fromage -> Fromage blanc nature							
Fruits					Tous : très murs		ou cuits, mixés, texture homogène lisse -> crus, écrasés					en morceaux, à croquer		
Légumes					Tous : purée, lisse		petits morceaux							
Pomme de terre					Purée,		lisse -----> petits morceaux							
Légumes secs													15-18 mois : en purée	
Farines infantiles (céréales)					Sans gluten			Avec gluten						
Pain, produits céréaliers								Pain, pâtes, semoule, riz						
Vian­des; poissons					Tous		10g/j (2cc)		Hachés : 20g/j (4cc)			30g/j (6cc)		
Oeuf							1/4 (dur)		1/3 (dur)			1/2		
M.G. ajoutées							Huile (olive, colza...) ou beurre (1cc d'huile ou noisette de beurre au repas)							
Boissons	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur									Eau pure				
Sel													Peu pendant la cuisson, ne pas resaler à table	
Produits sucrés										Sans urgence, à limiter				

Tableau I : "Manger Bouger", les différentes étapes de la diversification alimentaire (Programme National Nutrition Santé)

On remarque que, jusqu'à l'âge de 3 ans, le lait reste indispensable à l'alimentation de l'enfant, à hauteur de 500 mL par jour. L'alimentation est cependant très diversifiée, bien qu'il faille limiter certains aliments (sodas, chocolat, sucre, sel). Il est important de varier l'alimentation, afin qu'elle soit garante de la santé de l'enfant, qu'elle entretienne la notion d'alimentation-plaisir et qu'elle favorise l'ouverture de l'enfant sur le Monde.

Dans cette même optique, le « guide nutrition de la naissance à trois ans » rédigé par COSTA-PRADES (2005) fournit des conseils pratiques aux parents concernant l'alimentation des plus jeunes: « A partir de 6 mois, vous commencerez à élargir sa palette de goûts [...], vous lui apprendrez les bases d'une alimentation favorable à sa santé. Par des recommandations simples et des repères de consommation validés par les instances scientifiques de santé publique, ce guide se propose de vous y aider ».

1.2.2.2. L'oralité verbale : du babillage au langage

➤ Passage d'un cycle biologique à un cycle linguistique

Selon THIBAUT (2007), le nourrisson va investir de nouveaux mécanismes respiratoires et phonatoires et ce, parallèlement à la mise en place de la double stratégie alimentaire. Ces nouveaux mécanismes vont rendre possible l'émission de sons plus longs qui se rapprochent de la langue maternelle, sans pour autant correspondre à des unités articulées. Ces émissions seront néanmoins interprétées par la mère et supposées porteuses de sens.

Selon MACNEILAGE et DAVIS (2001), le cycle affecté à ses émissions de sons résulte du cycle mandibulaire d'ingestion de l'enfant, soit celui de la succion et de la mastication. L'enfant va alors passer d'un cycle biologique à un cycle linguistique.

➤ Du babillage à la parole

THIBAUT (2007) propose une chronologie d'évolution du babillage de l'enfant, de 3 à 18 mois:

- Le babillage rudimentaire (3 à 8 mois)

Dès 3 mois, le nourrisson va tenter d'imiter les productions de l'adulte en s'appuyant principalement sur les contours prosodiques et mélodiques de la langue. Les figures parentales vont encourager ces productions, créant ainsi une sphère interactionnelle stimulante pour le bébé. A mesure qu'il joue avec sa voix, l'enfant va parvenir, vers l'âge de 6 mois, à combiner une consonne avec une voyelle, et produire ainsi les « protosyllabes ». L'agilité motrice nécessaire à la parole est alors en cours d'acquisition.

- Le babillage canonique (5 à 10 mois)

L'enfant commence à prononcer des enchaînements de syllabes, de type consonne-voyelle, bien construites : « bababa ; tatata », etc. Ces duplications de syllabes vont lui permettre d'allier sensorialité et aspect moteur des vocalisations. Les traits prosodiques arriveront quant à eux, vers 6 à 8 mois et s'enrichiront à mesure des expériences vocales de l'enfant. A ceci s'ajoute l'organisation du « regard conjoint », véritable vecteur de socialisation de l'enfant.

- Le babillage mixte (9 à 18 mois)

Quelques mots articulés sont distinguables au sein du babillage, c'est le « protolangage ». La conquête du langage va de paire avec le détachement progressif de la mère et donc, l'ouverture de l'enfant au Monde. Aux alentours de 11 à 13 mois, la totalité des syllabes produites par l'enfant appartient à sa langue maternelle. A 18 mois, la langue se muscle et ses déplacements sont possibles dans tous les plans de l'espace buccal. La dissociation langue-mâchoire se précise et la multiplicité des expériences sensibles intra-buccales de la langue lui permettent de trouver sa position de repos et de maîtriser les divers points d'articulation.

Le développement conjoint des oralités alimentaire et verbale ainsi que de la vision va conduire l'enfant à se placer en tant qu'acteur véritable de son développement. De l'acquisition du statut d'interlocuteur à l'enrichissement de son lexique, en passant par la diversification alimentaire, l'enfant investit le Monde et y prend part à mesure qu'il investit sa bouche.

2. Succion non-nutritive (SNN) : des bases théoriques au concept médico-social actuel

2.1. La succion non-nutritive dans le développement de l'oralité

2.1.1. Au regard d'une approche psychanalytique

Dans un article paru en 2002, MISSONNIER tente d'exposer les divers aspects psychanalytiques qui rendent l'épistémologie de la succion si riche :

➤ La succion en tant qu'acte sexuel

Bien que LINDNER soit le précurseur du concept de l'oralité en tant qu'acte sexuel indépendant de toute fonction nourricière, c'est bien FREUD qui est à l'origine de la théorie selon laquelle l'organisation sexuelle du psychisme est fondatrice de l'être. Ainsi, la succion non nutritive est un acte d'auto-érotisme endogène permettant de satisfaire un besoin initialement assouvi par un acteur exogène : la mère. En ces termes, FREUD (1920) met en exergue la notion de pulsion, qu'il définit comme une « poussée inhérente à l'organisme vivant vers le rétablissement d'un état antérieur que cet être vivant a dû abandonner sous l'influence perturbatrice de forces extérieures ».

➤ La succion « cannibale »

FREUD parle d'identification, c'est-à-dire du fait que le moi soit apparenté à d'autres objets extérieurs. L'enfant va investir ces objets, notamment par la mordication, afin de faire corps avec eux. ABRAHAM (1924) reprend la théorie freudienne en y introduisant une bipartition des comportements oraux en deux étapes de développement: A l'étape primaire, la succion est essentiellement libidinale. Le bébé n'étant pas encore différencié des éléments qui l'entourent, il n'existe aucune ambivalence psychique ou comportementale à leur égard. A l'apparition des premières dents, la succion devient mordication et nous passons à l'étape secondaire. L'objet subit une dégradation : c'est le stade des « impulsions cannibaliques », où se crée cette ambivalence de relation liant le moi aux objets.

➤ Succion non-nutritive et transitionnalité

Selon WINNICOTT, l'adaptation d'une mère aux besoins de son enfant ainsi qu'à leur relation symbiotique participe à la construction de la confiance du bébé et le rend dépendant d'elle-même. Dans un second temps, la mère doit conduire son enfant à la désillusion, ce qui lui permet de se détacher de cette symbiose relationnelle. L'enfant peut alors se percevoir en tant qu'être à part entière et agir sur son environnement. C'est à cet instant qu'intervient l'objet transitionnel, avec pour fonction celle d'une présence permanente, rassurante et substitutive de la figure maternelle. WINNICOTT évoque une certaine chronologie des phénomènes transitionnels. Dans un premier temps, une activité auto-érotique de succion des éléments du corps propre est investie. Dans un second temps, l'enfant s'attache à d'autres objets (tétine, coin de mouchoir, etc.), de plus en plus éloignés de sa personne, jusqu'au choix d'une peluche ou d'une figurine. Cet enchaînement de phases transitionnelles s'étend, semble-t-il, du 4ème au 12ème mois de vie. La préhension de nouveaux objets permet l'ouverture du bébé sur le Monde et l'accès à la symbolisation, indispensable à l'émergence et au développement du langage.

➤ La succion non-nutritive, lieu privilégié d'exploration sensitive

SPITZ (1959) utilise le terme générique de « cavité primitive » pour désigner l'ensemble langue, muqueuses buccales, lèvres, joues, nez, menton, voies nasales et pharynx. Selon lui, ces éléments corporels sont investis afin d'opérer la « perception selon le mode cavitaire ». La cavité orale est décrite comme un lieu privilégié de perceptions et de sensations, elle est un « pont » entre la réception interne et la perception externe. La cavité orale, très précocement investie est un lieu de réassurance et d'exploration sensitive privilégié pour l'enfant. En ce sens, la succion et donc l'expérience de la cavité primitive, assure un sentiment de sécurité, de réassurance mais aussi des stimulations sensibles indispensables à l'enfant.

➤ Succion non-nutritive et attachement

L'attachement d'un bébé à sa mère est un besoin indispensable à son développement. Selon BOWLBY (1978), la succion non nutritive fait partie des comportements de médiation de l'attachement, répartis en deux catégories : Les comportements de signal (pleurs, sourire, babil), et les comportements d'approche (agrippement, ajustement, succion non nutritive). A l'origine, l'activité de succion était dévolue au sein de la mère, dans une quête de proximité. Le phénomène d'adaptation évolutionniste de l'homme a amené les nourrissons à investir d'autres objets de succion. Cependant, la succion non nutritive reste une activité inhérente à l'être humain et toujours dirigée vers un objectif d'attachement.

➤ Succion non-nutritive et satisfaction narcissique

GRUMBERG (1975) nous explique que dans son unicité, sa toute puissance et l'assouvissement de ses besoins, le fœtus développe le « protonarcissisme ». A la naissance, l'enfant est sujet aux frustrations et doit les compenser afin d'entretenir ce narcissisme. Pour le nouveau-né, la succion est une source d'autosatisfaction pulsionnelle lui permettant de satisfaire ce besoin intrinsèque.

➤ La succion non-nutritive comme processus « autocalmant »

Comme le précise MARGAILLAN (1971), « La succion digitale est le garde fou qui préserve l'enfant du vertige de l'angoisse ». Plusieurs auteurs se sont intéressés aux comportements autocalmants dans lesquels l'enfant se complaît afin de s'adapter à une certaine conjoncture. SMADJA (1993) décrit ces procédés comme entrant « dans le cadre général des défenses qui assurent la protection du Moi contre un danger qui menace son intégrité ». Il s'agit donc d'activités psychomotrices visant à restaurer la sérénité par un investissement perceptivo-moteur permettant d'alléger les affects et la charge symbolique d'une réalité. On dénombre plusieurs de ces comportements, dont la succion. D'ailleurs, et comme le mentionne FREUD (1989), « La volupté de sucer absorbe toute l'attention de l'enfant puis l'endort ».

L'ensemble de ces arguments souligne l'importance des activités dévolues à la sphère orale pour le développement psychique de l'enfant. Qu'en est-il de la contribution de la succion au développement anatomo-physiologique de la sphère oro-faciale ?

2.1.2. Au regard d'une approche physiologique

➤ La théorie posturale, selon CLAUZADE (2007)

L'orthoposturodentie est la science qui s'intéresse aux interrelations entre l'occlusion dentaire et la posture. Comme l'explique le CLAUZADE (2007), il existe 5 chaînes musculaires issues du crâne, qui assurent la posture et l'équilibre de l'Homme lorsqu'il est debout : Les 3 chaînes assurant l'équilibre antéro-postérieures : linguale, faciale et centrale et les 2 chaînes latérales tonico-phasiques appelées masticatrices, assurant l'équilibre fonctionnel entre des mouvements d'introversiion et d'extraversiion.



Légende:

- En violet : La chaîne linguale
- En vert : La chaîne faciale
- En jaune : La chaîne centrale
- En orange et en rouge : Les deux chaînes masticatrices

Figure 5 : Les 5 chaînes posturales (CLAUZADE, 2007)

Ainsi, la posture et l'équilibration de la tonicité influenceraient directement l'occlusion mandibulaire ainsi que la physiologie de fonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.

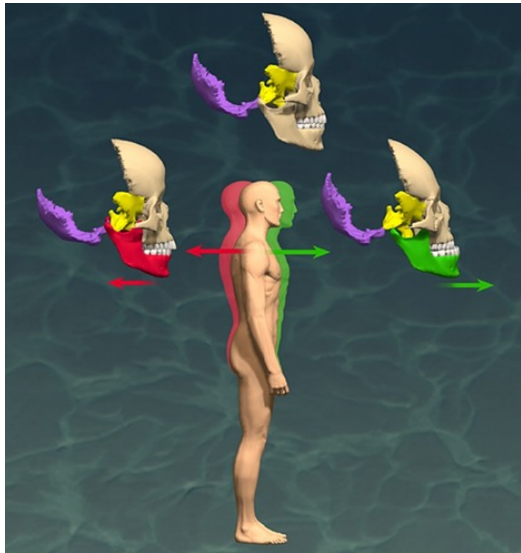


Figure 6 : Phénomènes de compensation antéro-postérieure (CLAUZADE, 2007)

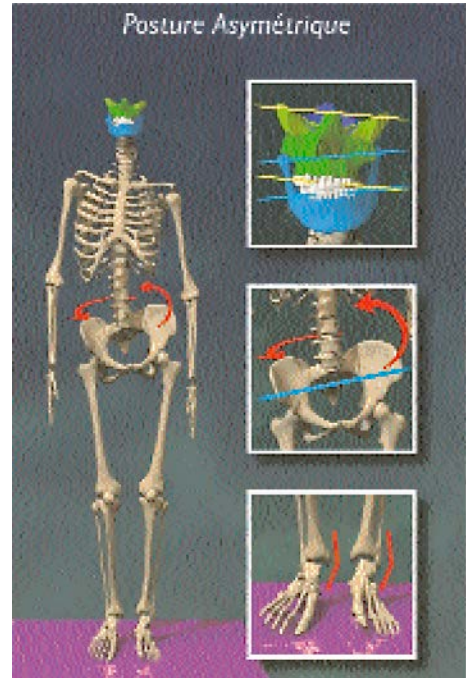


Figure 7 : Illustration d'une posture asymétrique (CLAUZADE, 2007)

Qu'il s'agisse d'un déséquilibre postural vertical ou d'une dysmorphose crânienne et alvéolaire, l'un et l'autre s'inter-influencent et se généraliseront de façon compensatoire.

D'après CLAUZADE, si le nourrisson suce son pouce, c'est pour compenser un déséquilibre des chaînes musculaires antéro-postérieures pouvant être perturbées par un choc cervical ou lombaire, conséquence d'un choc physique ou émotionnel. Selon lui, la succion non nutritive est un moyen compensatoire et son arrêt non maîtrisé pourrait être la cause d'une décompensation.

➤ La contribution des praxies orales au développement anatomique de la face

GUDIN et KHALEF (1993) exposent les bienfaits de l'activité praxique de succion du point de vue du développement anatomique de la sphère oro-faciale. En effet, l'équilibre et la position mandibulaire ainsi que le respect des rapports dimensionnels haut/bas du visage dépendraient essentiellement des activités orales praxiques du bébé, à la condition que celles-ci soient correctement réalisées. Alors que des mouvements buccaux efficaces contribuent à la bonne genèse anatomique de la face et de ses composantes, des mimiques mal réalisées peuvent être la cause d'un mauvais équilibre de la mandibule et du massif hyo-lingual.

Par l'intermédiaire de la langue et de la force qu'elle opère sur les structures anatomiques adjacentes, la succion participe au développement de la face et ce, dès la période intra-utérine. D'après WOISARD (2006), « la masse incompressible de la langue est considérée comme un conformateur guidant la croissance des différentes structures ».

2.2. La succion non-nutritive à travers les siècles

2.2.1. Evolution des mœurs

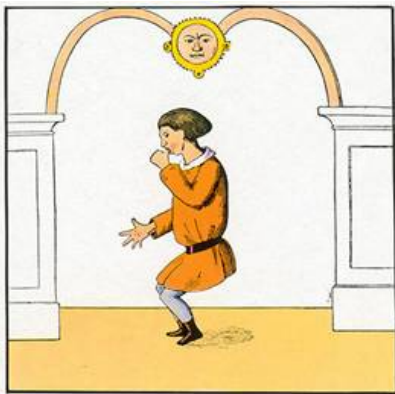
A travers les âges, la succion du pouce ou d'un objet de substitution a été maintes fois reconsidérée. De tout temps, la succion non nutritive a été reconnue comme fonction inhérente à l'enfant. L'introduction des objets de succion dans la littérature médicale remonte à Soranos d'Ephèse, médecin grec du II^{ème} siècle avant J.C.

➤ XIX^{ème} siècle : Succion bannie

Au XIX^{ème}, la succion digitale était largement décriée car considérée comme une habitude de régression aux multiples conséquences néfastes. En 1858, HOFFMANN propose son célèbre recueil d'histoires pour enfants intitulé « Der Struwwelpeter ». On y retrouve plusieurs comptines moralisatrices destinées aux plus jeunes dont « L'histoire du suceur de pouce ».



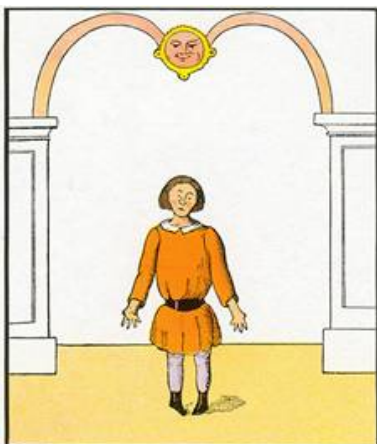
« Conrad », dit un jour la maman,
« Je dois sortir pour un moment.
Sois sage et bon comme un amour
Jusqu'à l'heure de mon retour.
Surtout, ne suce pas ton pouce,
Quelle que soit l'envie qui te pousse !
Sinon viendra l'homme aux ciseaux
Qui te coupera aussitôt
Les deux pouces,
sans hésiter,
Comme s'ils étaient de papier ».



A peine la maman sortie,
Hop là, le pouce est englouti !



Vlam ! Qui claque la porte si fort?
Qui donc court dans le corridor?
C'est l'homme aux ciseaux !
C'est bien lui ! Le voilà! Clac! Clac!
C'est fini !
Avec ses grands ciseaux d'acier il
coupe les pouces sucés.



Conrad, hélas, n'a plus de pouces.
Croyez-vous que cela repousse?
Quand sa maman revint, le soir,
Conrad était bien triste à voir.
« Où sont tes pouces, mon petit? »
« Hélas, maman, ils sont partis ! »

« L'histoire du suceur de pouce », Dr HOFFMANN (1858)

➤ XXème siècle : Succion tolérée

En 1919, l'inauguration de l'école de puériculture de Paris par le Professeur Adolphe Pinard annonce le début d'une nouvelle considération de la puériculture en France, attachée à l'étude de la maternité, de l'allaitement et des besoins mère-enfant périnataux. D'abord bannie de cet institut car considérée comme « porte-microbes », la tétine y fera finalement son apparition au cours des années à venir (THOUEILLE, 2002).

Cette constatation va dans le sens d'une observation réalisée par MAHALSKI et STANTON (1992) qui attestent d'un changement de l'avis général et de l'attitude du plus grand nombre au regard de la succion digitale dans le courant du XXème siècle. La vision d'une succion contestée et catégoriquement refusée s'atténue afin de laisser place à davantage de tolérance (LAVOIE, 2001).

➤ Années 2000: Succion acceptée

Comme l'explique GASPARINI (2010), les enseignants et les assistants maternels sont désormais accoutumés à voir les doudous et les tétines dans les sacs d'école des plus jeunes. Autorisés lors de l'entrée à l'école, les tétines et autres objets transitionnels devront être rapidement abandonnés en classe. Rituels, comptines et histoires, il existe tant de moyens éducatifs utilisés par les professionnels de l'éducation pour aider à l'enfant à se passer de sa tétine. Des conseils seront également fournis aux parents par les professionnels de l'éducation pour que cet « apprentissage » soit transféré au quotidien et que l'enfant abandonne définitivement ses habitudes de succion.

2.2.2. Adaptations humaines : du rudimentaire au business de la tétine

➤ Les premières adaptations : matières animales

Dans un article de 1994, LABEY propose de retracer l'histoire de la tétine. Les objets de succion proposés aux enfants n'ont cessé d'évoluer au fil des siècles, dans une quête d'amélioration des critères d'hygiène et de praticité. Les premières tétines répondaient à l'unique fonction de « substitut de bout de sein », indissociables de l'alimentation. YOUNG (1763) décrivait l'usage de véritables pis de vache fournis par les tripiers, pour l'alimentation des enfants. BRETON (1825) proposait également des trayons de vaches à la vente, à cet effet (Annexe n°1).

➤ XIXème siècle : début de l'industrialisation

Après les tétines faites de buis, de liège ou encore d'ivoire, la tétine en caoutchouc apparût en 1845, 6 ans après l'invention de Goodyear : la vulcanisation, procédé chimique permettant la création de caoutchouc. En 1917, seules les tétines faites de caoutchouc pur vulcanisé sont autorisées avant l'introduction de nouveaux élastomères en 1956 (Annexes n°2 et n°3).

➤ Années 2000 : l'explosion du business « tétinesque »

« Il n'y eut cette fois, certainement pas trois semaines d'hésitation avant l'achat de la première tétine. En parapharmacie cette fois et avec un choix époustouflant : tétines premier, deuxième et troisième âge ; tétine par 2, par 3, par 12, tétines Mickey, Goldorak ou Babar, tétines en forme de machine volante ou de Cater Pillar, tétines aristocratiques (fleur de lysée) ou populaires (avec marteau et faucille), tétines morpho-adaptées ou auto-éjectantes, tétines assorties aux yeux de l'enfant, tétines anti-chute, anti-rot, anti-capitons, anti-transpirante... J'avais l'impression délicieuse et rassurante de me retrouver dans le rayon parfumerie-cosmétique de mon grand magasin préféré ». Par cette citation, TRUCHIS (2002) tente d'illustrer la multiplicité des critères hygiéniques, pratiques, physiologiques ou encore esthétiques qui peuvent dérouter les parents.



Figure 8 : Rayon "bébé" d'une grande surface



Figure 9 : Panel de tétines proposées dans une pharmacie

2.3. Tétine et pouce au cœur des débats

2.3.1. Pour ou contre la succion ?

« Puis peu à peu nous avons dérivé de nos principes. Comment résister à la tentation de lui « clouer le bec », ou plutôt le lui caoutchouter, pour avoir la paix lors des trajets en voiture. Ou lorsqu'il était fatigué, souvent en fin de journée, ou contrarié après une réprimande, comment ne pas céder à ses demandes de «chouchou» les yeux larmoyants, si vite asséchés dès l'objet réconfortant retrouvé?». Cette citation de DROUET (2002) illustre le récurrent questionnement auquel sont sujets les parents : Tétine ? Pas tétine ? Y'a-t-il UNE bonne solution ?

Dans un article de 2002, THIRION tente de proposer une synthèse non exhaustive des divers avis médicaux entrant dans ce débat. Nous avons volontairement complété cette liste avec d'autres données récoltées dans la littérature récente, afin de la rendre la plus riche possible.

En faveur de la succion non nutritive

- La tétine est apaisante. Elle est d'ailleurs utilisée par les services de néonatalogie pour aider les enfants à supporter les soins désagréables.
- La succion non nutritive aide à l'acquisition de la motricité bucco-pharyngée : Une étude japonaise menée par MIZUNO et UEADA (2001) a démontré qu'en l'absence d'entraînement à la succion, l'accès à l'oralité alimentaire est retardée.
- La succion non nutritive conditionnerait une bonne ventilation ainsi qu'un renforcement de la musculature oropharyngée entraînant une meilleure gestion de l'oxygène et une diminution du risque de mort subite du nourrisson.
- La tétine aiderait l'enfant dans l'acquisition des rythmes et des cycles d'auto-apaisement. Ce « leurre buccal » aide l'enfant à patienter et lui fournit une activité rythmée prolongée.

En défaveur de la succion non nutritive

- La prise d'une tétine durant les 4 premières semaines de vie peut se faire au détriment du sein maternel. Ceci engendre un défaut de stimulation des glandes mammaires, une production lactéale diminuée et donc, un allaitement compromis.
- Lors de réveils nocturnes, certains enfants auront des difficultés à se rendormir s'ils ne trouvent pas leur tétine, ce qui peut donner lieu à des troubles du sommeil.
- La tétine peut générer un palais ogival. L'espace nasal est ainsi réduit, les obstructions plus fréquentes et les otites, récurrentes.
- Au contraire, le pouce ou la tétine peuvent forcer le maintien de la langue en position basse et ainsi, l'empêcher d'exercer les forces nécessaires au développement de l'arcade maxillaire. Des dysmorphoses alvéolaires peuvent apparaître ou encore une déglutition primaire.
- Le maintien prolongé de la tétine peut conduire à des déformations cranio-faciales entraînant une dysmorphie faciale et des apnées obstructives.

Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, nous pouvons conclure en affirmant que l'avis général ne condamne pas la tétine et lui attribue même certaines vertus. Bien que bénéfique au nourrisson, la tétine devra être supprimée au-delà d'un certain âge. Ceci, afin d'exclure toute éventuelle conséquence délétère à l'enfant, qu'il s'agisse d'une dysmorphie faciale, d'un dysfonctionnement de la fonction ventilatoire ou encore d'une perturbation psychologique.

Du point de vue morphologique et comme le précise BRISOR (2010), pédiatre et membre de la Fédération Française d'Orthodontie (FFO) pédiatrique, certains enfants maintiennent une succion non nutritive en denture normale. Cependant, dans la majorité des cas, la succion implique des déséquilibres neuromusculaires.

2.3.2. Recommandations en matière de sevrage

Dans la littérature contemporaine, une donnée est récurrente : Les enfants doivent idéalement être sevrés du réflexe de succion à l'âge de 3 ans. C'est notamment ce qui est préconisé par la FFO (2014) : La tétine et le pouce « [...] ont des effets sur la denture, la bouche et le sommeil de l'enfant. Plus la succion est tardive, plus les conséquences seront importantes. Il ne faut pas s'alarmer si l'enfant tète, mais faire en sorte qu'il soit sevré avant l'âge de 3 ans ». Malgré tout, l'âge idéal d'arrêt de la succion du pouce ou de la tétine ne fait pas l'objet d'un consensus.

Alors que la Société Canadienne de Pédiatrie recommande de commencer le sevrage de la tétine/du pouce dès le l'âge de 12 mois, certains spécialistes insistent sur le fait que la succion non nutritive a pour fonction d'apaiser et d'accompagner l'enfant dans ses apprentissages et ainsi, ne doit être réfrénée. Ce dernier point de vue est notamment défendu par un pédopsychiatre, le Dr COINCON, dans un article de C. LELIEVRE (2013).

Enfin, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1989) précise qu'il ne faut « donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette ».

2.4. Données épidémiologiques et anthropologiques

2.4.1. La tétine, envers et contre tous

Comme le précise PONTI (2003), l'usage de la tétine ne date pas d'hier et est désormais généralisé à la population et à la culture contemporaine. Une étude canadienne réalisée par KRAMER et Al. (2001) montre que parmi une population de 281 nourrissons sélectionnés de manière aléatoire, 84% utilisent une tétine, au moins de temps à autre.

Alors que la succion digitale était largement prépondérante dans les années 80, elle est désormais remplacée en majorité par la tétine (DIMBERG et Al., 2010).

2.4.2. Données anthropologiques ; une succion à valeur de panacée

Dans un article de 2002, THOUAILLE aborde les habitudes de succion des jeunes enfants au travers d'une approche transculturelle. Les Sioux proposaient par exemple une tisane raffermissante ainsi qu'un massage intra-buccal à l'enfant afin de l'y préparer. Quant aux nourrices de la communauté afro-américaine, elles proposaient aux enfants des chiffons humectés contenant de la mie de pain sucrée.

Propres à chaque communauté, les adaptations des adultes aux besoins de succion des enfants illustrent un fait certain : La succion est indispensable et nécessaire aux nourrissons. L'objet de succion répond à différentes fonctions, comme les cite l'auteur : « [...] Un pacificateur, un bâillon, un paratonnerre, une baby-sitter, qui va écouter – sans forcément résoudre – les séquences de pleurs ».

2.5. Données pratiques

2.5.1. Tétine versus pouce

Du point de vue psychologique, la succion du pouce est un geste auto-motivé d'investissement corporel et d'auto-érotisme permettant la régulation d'un débordement pulsionnel. La prise de la tétine est une démarche parentale visant à l'apaisement du bébé. La tétine peut devenir objet transitionnel à la condition que la mère laisse l'enfant se l'approprier (VAN DE CASTEELE et CARILLO-BROUCHET, 2002).

Du point de vue morphologique, les orthodontistes estiment que la tétine est plus nocive que le pouce. L'enfant a tendance à la téter plus vigoureusement car elle risque de tomber si la pression labiale se relâche. Le Docteur DELHAYE précise également qu'il n'existe pas de tétine physiologique et que les parents doivent se méfier des allégations marketing (FREOUR – 2011).

2.5.2. Techniques d'incitation à l'arrêt de la succion

« [...] « Tu choisis : la tétine ou la cape de Zorro. » Heureusement, à 3 ans, les garçons se prennent déjà pour des héros [...] » (TRUCHIS, 2002). Nombreux sont les « trucs et astuces » proposés aux parents afin d'inciter l'arrêt de la succion chez leur enfant. D'ailleurs, une simple recherche sur « Google » vous fournira quantité d'idées : Pouce couvert d'un gant ou d'un pansement, substitut du type bonbon, renforcements négatifs ou positifs, vernis à ongles, échange au père Noël, etc. Egalement, la « grille anti-pouce » vise à corriger les habitudes néfastes de l'enfant, telles que la succion du pouce, la déglutition infantile ou une malposition linguale. Cet appareillage fixe ou amovible est tantôt conseillé, tantôt proscrit par les professionnels.

La FFO (2014) préconise d'adopter un discours valorisant, en évitant d'être dans le reproche. Le moment de « privation » doit également être propice : la privation de succion sera moins bien acceptée lors d'un quelconque événement générant du stress. Enfin, la parole d'un professionnel peut renforcer l'incitation.

3. L'orthopédie dento-faciale

3.1. Physiologie développementale du parodonte et des dents

3.1.1. Croissance alvéolaire et éruption dentaire (GATIMEL, 2013)

Vers 6 semaines de vie intra-utérine, une ossification membranaire progressive va se mettre en place. Celle-ci sera la base de l'os qui va entourer les germes dentaires : c'est la formation des procès alvéolaires et de la mandibule.

Dès la 6ème semaine de vie intra-utérine, les bourgeons initiaux correspondant aux futures dents se forment, avec toute une succession chronologique d'étapes morphogéniques. La dentition aboutira une fois la denture adulte mise en place, à savoir vers l'âge de 20 ans.

L'éruption des dents va être déclenchée par la formation de leurs racines et suivre une chronologie précise qui peut néanmoins varier selon les cas et pour diverses raisons. La dent poursuivra son éruption jusqu'à ce qu'elle atteigne les dents antagonistes et adopte une position fonctionnelle :

Dents temporaires	Âge moyen d'éruption
Incisives centrales mandibulaires	6-8 mois
Incisives centrales maxillaires	10 mois
Incisives latérales maxillaires	12 mois
Incisives latérales mandibulaires	14 mois
Canines	18 mois
Premières molaires	16 mois
Secondes molaires	20-30 mois

Tableau II : Chronologie de l'éruption des dents temporaires, avec écart-type de 2 à 3 mois (MOULIS et Al., 2002)

Dents permanentes maxillaires	Âge moyen d'éruption Filles	Âge moyen d'éruption Garçons
Incisives centrales maxillaires	7,20 ans	7,47 ans
Incisives latérales maxillaires	8,20 ans	8,67 ans
Canines maxillaires	10,98 ans	11,69 ans
Premières prémolaires maxillaires	10,03 ans	10,40 ans
Secondes prémolaires maxillaires	10,58 ans	11,18 ans
Premières molaires maxillaires	6,22 ans	6,40 ans
Secondes molaires maxillaires	12,27 ans	12,68 ans
Dents permanentes Mandibulaires	Âge moyen d'éruption Filles	Âge moyen d'éruption Garçons
Incisives centrales mandibulaires	6,26 ans	6,54 ans
Incisives latérales mandibulaires	7,34 ans	7,70 ans
Canines mandibulaires	9,86 ans	10,79 ans
Premières prémolaires mandibulaires	10,18 ans	10,82 ans
Secondes prémolaires mandibulaires	10,89 ans	11,47 ans
Premières molaires mandibulaires	5,94 ans	6,21 ans
Secondes molaires mandibulaires	11,66 ans	12,12 ans

Tableau III : Chronologie de l'éruption des dents définitives, avec un écart-type de 8 à 24 mois (MOULIS et Al., 2002)

Bien qu'il s'agisse d'un processus chronologiquement réglé, les dates d'éruption sont variables d'un individu à l'autre et ce, en particulier pour la denture définitive. Cette variabilité s'explique par divers facteurs intrinsèques ou extrinsèques (sexe, environnement, mode de vie, etc.) qui, la plupart du temps, sont sans conséquences pathologiques. La dentition est dépendante des habitudes de mastication. Les hochets de dentition que l'on peut trouver dans le commerce assurent notamment une stimulation suffisante des bourgeons et ainsi, active l'éruption dentaire.

Afin qu'un retard d'éruption dentaire soit considéré comme pathologique, il faut compter 6 mois de retard pour l'éruption des dents temporaires et 1 an pour les définitives. Les étiologies peuvent être locales (anomalies gingivales, dentaires, osseuses ou encore tumorales), générales (anomalies génétiques, endocriniennes ou carences) ou dépendre d'un défaut primaire d'éruption.

3.1.2. Succion non-nutritive et dysmorphoses alvéolaires

La corrélation entre succion non nutritive et dysmorphoses alvéolaires de type articulé inversé et béance incisive a été démontrée (GERMA, 2012 et REQUENA, 2013).

➤ Béance incisive

La béance incisive peut être la résultante de divers comportements de malmenage. Tout d'abord, le pouce et la tétine constituent des obstacles certains à la fermeture de l'espace interincisif. Egalement, la tétine et le pouce maintiennent la langue en position basse, ce qui l'empêche d'exercer les forces nécessaires au développement de l'arcade maxillaire. Ainsi, les incisives ne peuvent descendre suffisamment et l'occlusion n'est pas complète.



Figure10 : Béance antérieure due au pouce (GABA Laboratoires, 2010)

➤ Articulé inversé

De même que dans le cas d'une béance incisive, la langue étant maintenue en position basse par le pouce ou la tétine, elle ne peut exercer la force nécessaire au développement de l'arcade maxillaire. L'interposition latérale d'un doigt entre les articulés peut créer un déséquilibre positionnel des dents les unes par rapport aux autres.



Figure11 : Interposition latérale d'un doigt créant un articulé latéral inversé (GABA Laboratoires, 2010)

Bien qu'il ne s'agisse pas de la liste exhaustive des dysmorphoses alvéolaires, la béance incisive ainsi que l'articulé inversé sont celles dont la corrélation avec une habitude de succion non nutritive est la plus élevée (MCNAMARA & Al., 2008).

3.2. Orthopédie dento-faciale : principes

3.2.1. En quoi cela consiste ?

Dans son article paru en 2011, PRIBYL expose la différence entre Orthodontie et ODF. Alors que l'orthodontie n'a d'effet que sur la dent qu'elle déplace, l'ODF consiste en la correction des bases osseuses de la face. Ainsi, l'orthopédie impacte l'esthétique faciale alors que l'orthodontie se limite à l'alignement des dents et ne s'attache qu'à la qualité du sourire. L'auteur reprend notamment la citation de PETIT (1984) qui stipule que « l'orthopédie s'intéresse à la normalisation de l'enfant pris comme entité biologique, l'orthodontie se limite au redressement des dents ».

L'orthopédie dento-faciale peut être utilisée chez les enfants comme chez les adultes et ce, avec des objectifs et des moyens de traitement différents. Chez l'enfant, l'ODF a pour but de soutenir une croissance harmonieuse des mandibules et plus généralement, de la face. Chez l'adolescent, le traitement vise à optimiser le fonctionnement occlusal de la denture définitive et l'esthétique du visage. Enfin, l'adulte peut lui aussi bénéficier d'un traitement afin d'améliorer l'apparence du visage et d'optimiser la santé parodontale et articulaire. Dans tous les cas, l'ODF a pour cibles l'esthétique faciale et le fonctionnement mandibulaire, mais également l'efficacité des fonctions dévolues à la sphère oro-faciale.

3.2.2. Notion d'ODF précoce

Alors qu'il est admis par de nombreux chercheurs que 80% de la croissance maxillo-faciale est effectuée avant 8 ans, 70% des enfants sont considérés comme étant sujets à des malocclusions en denture temporaire. Le fait d'agir sur la denture temporaire permet de prévenir d'éventuelles malpositions secondaires. Il s'agit de préparer le terrain osseux qui accueillera les futures dents définitives. L'ODF précoce, c'est à dire débutant avant l'âge de 6 ans, consiste à appliquer des contre-forces à la croissance afin de la guider, à remodeler des éléments osseux et à rééduquer des habitudes fonctionnelles.

Avantages du traitement précoce	Inconvénients du traitement précoce
<ul style="list-style-type: none">- Une action précoce permet de limiter l'installation de mauvaises habitudes : L'adaptation au remaniement orthopédique des articulés dentaires n'en sera que facilitée.- Un traitement orthopédique dento-facial stimulera la croissance de l'os, laissant suffisamment de place aux dents définitives.	<ul style="list-style-type: none">- Une intervention précoce nécessitera une coopération de l'enfant, parfois difficile du fait du jeune âge.- Bien qu'un traitement précoce permette de faciliter l'évolution dentaire et d'éviter les extractions, il ne garantit pas une parfaite coordination des dents définitives. Un traitement orthodontique en denture définitive pourra venir en complément, ce qui donne de longues périodes de traitement.

3.2.3. ODF et cadre légal

➤ Traitement et assurance maladie

Légalement, l'assurance maladie prend en charge les traitements d'orthopédie dento-faciale débutant à l'âge de 3 ans et plus, et jusqu'à 16 ans.

➤ Recommandations de la Haute Autorité de santé (2002 ; 2003)

- Indications de traitement en ODF

Il est recommandé de ne pas traiter une anomalie pour elle-même, mais bien pour le handicap qu'elle risque d'entraîner. Il est donc nécessaire de traiter les troubles qui risquent de porter atteinte à la croissance de la face ou des arcades dentaires, de nuire aux fonctions orales et nasales ou d'exposer les dents à des traumatismes.

Les recommandations de la HAS stipulent que l'anomalie seule ne peut justifier l'âge optimal de traitement. L'état général, les conditions physiques et sociales, l'âge dentaire, la croissance, la maturation et les anomalies associées interviennent dans la définition de cet âge optimal de traitement.

Outre les critères d'indication de l'orthopédie dento-faciale, les recommandations de la HAS concernent également le traitement lui-même, à savoir la collecte des éléments anamnestiques, les étapes à suivre lors de l'examen clinique et les techniques de prises en charge à employer.

– Critères d'aboutissement d'un traitement orthopédique

Selon la HAS, une fonction occlusale est idéale lorsqu'elle respecte les critères décrits par INGERVALL (1976): Les mouvements de fermeture doivent s'opérer sans interférence. Lors de l'occlusion, le patient doit présenter des contacts bilatéraux sans qu'aucun mouvement latéral ne soit nécessaire ; La mandibule doit être complètement stabilisée une fois que l'occlusion est totale, sans que cela ne fasse intervenir une activité musculaire supplémentaire à ce qui est strictement nécessaire.

Comme le précisent les recommandations de la HAS, il n'existe à ce jour aucune norme anthropométrique qualitative ou quantitative régissant la position relative des éléments de la face. La très grande variabilité interindividuelle ne nous permet pas de nous baser sur ce type de données de référence et oblige les praticiens à fonctionner au cas par cas.

Aussi, on retrouve le détail des facteurs fonctionnels de stabilité du traitement : les fonctions linguale, de ventilation nasale, masticatoire, d'occlusion labiale et phonatoire doivent être aisées et n'entraîner aucun processus de compensation.

Enfin, la contention, c'est-à-dire, « le maintien des dents dans une position fonctionnelle et esthétique idéale » (JOONDEPH, 2000) est nécessairement individualisée en fonction du patient, de sa collaboration et de la dysmorphose mise en jeu.

3.2.4. Quelle place pour l'ODF ?

➤ Prévalence des traitements

Selon une étude de MATYSIAK M. et Al. (2003) réalisée sur l'année 2000, les traitements orthopédiques précoces, entrepris avant l'âge de 6 ans, représentent moins de 1% de l'ensemble des prises en charge. Au total, 351 613 traitements orthopédiques, tous âges confondus, ont été débutés en 2000 :

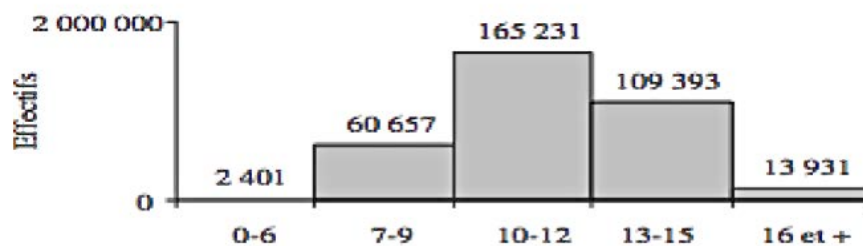


Figure 12 : Nombre de traitements orthopédiques débutés en 2000, en fonction de l'âge (MATYSIAK et Al., 2003)

➤ Partenariat ODF/Orthophonie : une lutte contre la spirale dysmorpho-fonctionnelle

Le traitement orthopédique ne sera efficace que si les causes fonctionnelles sont résolues par l'intervention d'un orthophoniste : Une malposition linguale, un trouble d'articulation ou encore une déglutition primaire doivent être palliés.

En cas de dysmorphoses alvéolaires, les croissances osseuse et musculaire sont contraintes, ce qui explique l'apparition de dysfonctions orales, qui elles-mêmes vont entretenir ce défaut de croissance : On parle alors de spirale dysmorpho-fonctionnelle. Un partenariat Orthodontiste/Orthophoniste permettra d'agir tant au niveau fonctionnel qu'au niveau morphologique et d'optimiser le traitement.

4. Buts et hypothèses

Entre avis professionnels non consensuels, difficultés d'accès à l'information et multiplicité des produits du commerce, il n'est pas toujours aisé de prendre la décision la mieux adaptée à son enfant et qui sache répondre aux exigences socio-éducatives.

Ainsi, au travers de ce travail de recherche, nous avons tenté de répondre au mieux aux besoins des parents et aux avis professionnels récoltés en élaborant un outil d'information adapté. Comment satisfaire les besoins de succion de mon enfant tout en favorisant son bon développement émotionnel et anatomo-physiologique ? C'est à cette question que notre outil tente d'apporter une réponse.

Notre travail s'est basé sur **4 hypothèses** :

- Hypothèse 1 : Les jeunes parents sont en manque d'information concernant la succion non-nutritive des jeunes enfants.
- Hypothèse 2 : Les Orthodontistes et médecins spécialistes de l'Orthopédie dento-faciale sont fréquemment confrontés à des enfants sujets aux dysmorphoses alvéolaires engendrées par une succion non-nutritive prolongée.
- Hypothèse 3 : Une succion non-nutritive prolongée peut engendrer des difficultés de communication d'origine morphologique et donc articulaire et/ou psychique.
- Hypothèse 4 : La création d'un outil d'information concernant la succion non nutritive et à destination des jeunes parents serait pertinente.

Sujets, matériel et méthode

Selon BLANCHET et GOTMAN (2007), les techniques de recueil de données les plus utilisées dans le domaine des sciences sociales sont l'entretien, la recherche documentaire, l'observation et le questionnaire. Notre expérimentation se compose de 3 étapes distinctes.

Du 29 juillet 2015 au 2 février 2016, nous avons diffusé des questionnaires auprès de diverses catégories de professionnels de santé et de parents. Nous avons ensuite réalisé l'étude statistique descriptive des résultats.

Aussi, nous avons réalisé et exposé l'observation clinique de 6 cas-témoins dans le cadre d'une étude observationnelle, analytique et transversale.

Enfin, en nous appuyant sur l'ensemble de nos recherches bibliographiques et sur nos expérimentations, nous avons réalisé un livret d'information et de prévention à destination des parents de jeunes enfants.

1.1. Les questionnaires

1.1.1. Sujets

La prise en charge thérapeutique ou préventive des dommages éventuels d'une succion non nutritive (SNN) prolongée concerne plusieurs professionnels de santé. Par la diversité des questionnaires envoyés et des destinataires visés, nous avons tenté d'aborder ce phénomène de manière très globale. Orthodontistes et médecins spécialistes en orthopédie dento-faciale, pédiatres, psychologues, ostéopathes, orthophonistes et parents se sont soumis à nos questions et ont ainsi guidé la réalisation de notre livret d'information et de prévention.

1.1.2. Objectifs des questionnaires

Nos 6 questionnaires répondent à **4 objectifs** :

- Objectif 1 : Jauger le degré de connaissances des professionnels et des parents au sujet de la succion non nutritive.
- Objectif 2 : Récolter les témoignages des professionnels et des parents quant à leur expérience, dans leur domaine respectif.
- Objectif 3 : Récolter un maximum d'avis, de suggestions et de requêtes concernant le contenu du livret afin de l'adapter au mieux.
- Objectif 4 : Relever des éléments à mettre en parallèle avec nos recherches dans la littérature.

1.1.3. La forme des questionnaires

Afin de récolter un maximum de réponses, il fallait que les questionnaires soient simples et rapides à compléter (10 minutes maximum). Egalement, ils devaient être faciles d'accès, c'est pourquoi nous avons proposé un mode de réponse informatisé, n'imposant aucune donnée d'identification.

Les questionnaires se composent de 10 à 13 questions, aux types de réponses attendues variables : questions fermées, semi-ouvertes ou ouvertes. Notons que dans chacun des questionnaires, une majorité de questions sont fermées ou semi-ouvertes avec la présence quasi-systématique d'une zone de commentaire. Les questions ouvertes sont généralement accompagnées d'un court texte d'aide permettant de guider la réponse attendue.

Aucune donnée d'identification n'est requise pour pouvoir répondre. Cependant, il est possible pour les destinataires de laisser leur adresse-mail en fin de questionnaires si toutefois ils souhaitent recevoir l'outil une fois terminé.

1.1.4. Le contenu des questionnaires

Les questionnaires ont été construits sur une trame commune mais ils restent spécifiques à chacun des destinataires. En effet, certaines questions, communes à deux ou plusieurs destinataires, permettent de comparer les réponses au niveau interprofessionnel. D'autres ne concernent qu'une seule catégorie de destinataires. (Détail du contenu des questionnaires : Cf. Annexes n°4 à n°9).

1.1.5. Mode de diffusion

Les questionnaires ont été réalisés sur le site www.ze-questionnaire.fr. Chacun d'eux est donc uniquement accessible via un lien redirigeant vers la page correspondante. En fonction des destinataires visés, ces liens ont été transmis par mails ou sur les réseaux sociaux :

- Orthodontistes et médecins spécialistes en orthopédie dento-faciale : **390** courriels ont été envoyés aux adresses-mails trouvées sur www.pagesjaunes.fr. Au total, **31** destinataires ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de **7,95%**.
- Orthophonistes : Un courriel a été diffusé par le syndicat régional du Nord-Pas-de-Calais de la Fédération Nationale des Orthophonistes. Egalement, un message de sollicitation a été diffusé sur plusieurs groupes Facebook destinés aux orthophonistes: « Orthophonie et dysphagie », « Orthophonistes et futures mamans », « Orthophonie et recherche », « Mémoires en orthophonie ». Enfin, nous avons contacté nos professeurs afin de leur soumettre notre questionnaire. Au total, **142** orthophonistes ont répondu au questionnaire.
- Psychologues : **270** courriels ont été envoyés aux adresses-mails trouvées sur www.pagesjaunes.fr. Au total, **36** psychologues ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de **13,33%**.
- Pédiatres : **171** courriels ont été envoyés aux adresses-mails trouvées sur www.pagesjaunes.fr. Au total, **16** pédiatres ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de **9,36%**.

- Ostéopathes : **208** courriels ont été envoyés aux adresses-mails trouvées sur www.pagesjaunes.fr. Au total, **21** ostéopathes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de **10,10%**.
- Parents : Le questionnaire a été partagé à 8 connaissances personnelles. Egalement, un message de sollicitation a été diffusé sur plusieurs groupes Facebook destinés aux parents: « Orthophonistes et futures mamans », « Allô jeunes parents », « Jeunes parents ». Au total, **52** parents ont répondu.

1.1.6. Recueil de données

A la fin de chaque questionnaire, il n'y a plus qu'à cliquer sur « Enregistrer les réponses » et le site se charge de les ajouter à celles déjà recueillies. Les statistiques sont alors automatiquement actualisées et il est possible de les télécharger au format PDF.

1.2. Etudes de cas cliniques

1.2.1. Objectifs des études de cas

Nous avons développé différents cas cliniques d'enfants pour qui la succion est, ou a été, tardive, c'est-à-dire prolongée au-delà de l'âge de 3 ans, selon la définition qu'en donne la FFO (2014). L'étude de ces cas-témoins répond à **3 objectifs** :

- Objectif 1 : Confirmer et illustrer l'importante variabilité interindividuelle caractérisant les enfants, leurs habitudes de succion et les conséquences engendrées.
- Objectif 2 : Rendre compte des éventuels dommages morpho-fonctionnels résultants d'une succion non nutritive prolongée au-delà de l'âge de 3 ans.
- Objectif 3 : Récolter des témoignages de parents et d'enfants au sujet du vécu qu'ils ont de la succion et éventuellement, du sevrage.

1.2.2. Sujets

1.2.2.1. Critères d'exclusion des sujets-témoins

Nous avons exclu de la population d'étude tout enfant présentant une pathologie engendrant un trouble d'articulation ou des difficultés fonctionnelles perturbant la motricité ou l'anatomophysiologie la sphère oro-faciale. Ceci inclut les pathologies d'origine motrice, sensorielle, neurologique, intellectuelle ou organique.

1.2.2.2. Critères d'inclusion des sujets-témoins

➤ Tranche d'âge et éruption dentaire :

Les enfants concernés par notre population d'étude sont âgés de 3 à 8 ans. Alors qu'à 3 ans, toutes les dents temporaires sont normalement sorties, à 8 ans, les dents définitives commencent, voire poursuivent leur irruption. Cette tranche d'âge inclut donc des enfants en possession de leurs dents temporaires, premières touchées par les dysmorphoses alvéolaires d'origine fonctionnelle.

➤ Tranche d'âge et habitudes de succion :

Tous les enfants étudiés ont adopté/adoptent des habitudes de succion de façon tardive, c'est à dire au-delà de 3 ans, selon la définition qu'en donne la FFO.

1.2.2.3. Mode de recrutement des sujets

Tout d'abord, nous avons profité des réseaux sociaux afin de publier des messages au sein de groupes d'échange destinés aux orthophonistes. Aussi, nous avons contacté bon nombre des professeurs de l'Institut d'Orthophonie de Lille afin de savoir s'ils comptaient des enfants répondant aux critères parmi leurs patients.

Chacune des observations cliniques a été réalisée sous réserve d'un accord parental. Un formulaire de consentement (Annexe n°16) a été fourni aux parents des enfants rencontrés.

1.3. Elaboration de l'outil d'information et de prévention

1.3.1. Objectifs et conception

Il existe déjà divers supports d'informations et de prévention adressés aux parents qui concernent la succion non nutritive des enfants. Ces supports sont bien souvent disponibles sur internet et ne sont donc que rarement consultés en-amont de tout éventuel trouble consécutif aux habitudes de succion.

Notre outil a pour principal objectif de fournir des informations recueillies dans la littérature et auprès de professionnels de santé que peuvent être amenés à rencontrer de jeunes parents. En aucun cas il n'est question de stigmatiser la succion. Nous souhaitons apporter un ensemble d'informations provenant d'une recherche théorique relativement complète. Le choix des informations qui y sont contenues a été fait en rapport aux réponses recueillies dans les questionnaires, afin de répondre au mieux aux besoins des parents et aux recommandations des professionnels de santé concernés.

Notre outil est un livret composé de deux pages recto-verso au format A5 et intitulé : « **Petits conseils ... Sur le pouce !** ». Il est succinct afin d'en faciliter la lecture mais également coloré et illustré pour le rendre attractif et agréable à parcourir (Outil : Cf. Annexe n°17).

Il est destiné aux maternités afin que, dans l'idéal, il soit systématiquement distribué aux parents, avant ou dès la naissance de leur enfant.

1.3.2. Enquête de satisfaction rétrospective

Afin d'évaluer la qualité de la forme et la pertinence du fond, nous avons réalisé une enquête de satisfaction rétrospective concernant notre outil. Une fois le livret d'information et de prévention achevé, nous l'avons transmis par courriel à 155 des destinataires des questionnaires, joint à de succinctes questions. Les destinataires concernés sont ceux nous ayant fourni leur adresse-mail dans le but de recevoir le livret. Parmi eux, nous dénombrons :

- 18 orthodontistes et médecins spécialistes de l'ODF ;
- 80 orthophonistes ;
- 7 pédiatres ;
- 18 psychologues ;
- 13 ostéopathes ;
- 19 parents.

Evaluation destinée aux professionnels de santé	Evaluation destinée aux parents
- Etes-vous satisfait(e) de l'outil ?	- Etes-vous satisfait(e) de l'outil ? (Vous informe-t-il suffisamment ? La forme vous convient-elle ? Etc.)
- Si ce n'est pas le cas, pourquoi ?	
- Seriez-vous prêt(e) à utiliser ce support dans votre pratique professionnelle ?	- Si ce n'est pas le cas, pourquoi ?

Tableau IV : Contenu de l'enquête rétrospective concernant la conception de l'outil d'information et de prévention

1.3.3. Diffusion de l'outil d'information et de prévention

Plus de 50% des professionnels de santé ayant participé à l'enquête de satisfaction nous ont demandé s'il leur était possible d'utiliser notre outil dans le cadre de leur pratique, notamment comme affichage de salle d'attente. L'outil final leur sera donc envoyé mais pourra également être diffusé sur les groupes d'échanges interprofessionnels des réseaux sociaux.

Aussi, nous pourrions proposer notre outil à certaines structures associatives telles que *Holodent*, *Leche League France*, *Parlons-en !*, *Langage et prévention*, *Info-langage* et bien d'autres. En effet, ces associations répondent bien souvent à des missions de prévention et pourraient potentiellement être intéressées par ce type d'outil.

Enfin, notre brochure sera mise à disposition des professionnels de la maternité Jeanne de Flandres de Lille afin d'y être distribuée aux jeunes parents. Si toutefois cette démarche s'avère être réalisable et que les retours en sont positifs, le matériel pourra être proposé à plusieurs maternités, d'autres régions.

Notons que notre outil est disponible sous forme d'un livret mais également d'un fichier PDF facilement transmissible et téléchargeable. Ces deux formats en facilitent la diffusion.

Résultats

1. Questionnaires : résultats et conception du livret

Après avoir étudié les réponses (Détails de l'analyse statistique et descriptive : Cf. Annexes n°10 à n°15) et comparé les résultats, nous avons établi une sélection d'éléments à insérer au livret :

➤ L'explication du besoin de succion :

Bien qu'il n'y ait que **5%** des destinataires ayant suggéré cet élément, nous le retrouvons dans des réponses de chacun des questionnaires. Il est à noter que **92%** des psychologues interrogés, **25%** des orthophonistes, **75%** des pédiatres et **53%** des ostéopathes insistent sur les bénéfices de la succion qui, sous conditions, s'avère être physiologique.

➤ L'évocation d'un âge de sevrage :

85% des professionnels interrogés pensent qu'il est nécessaire de réfréner la succion non nutritive. D'ailleurs, tout comme une majorité de références littéraires, **64%** des professionnels interrogés (Orthodontistes, orthophonistes, psychologues et pédiatres) suggèrent un sevrage de la succion à débiter à l'âge de 3 ans ou avant.

➤ L'explication des éventuelles conséquences d'une SNN prolongée :

88% des destinataires des questionnaires, professionnels et parents, souhaitent qu'apparaissent des explications quant aux éventuelles conséquences d'une SNN prolongée. Ces explications se baseront sur les données recueillies dans la littérature et sur les réponses des professionnels récoltées. Notons que parmi les professionnels interrogés (Orthodontistes, orthophonistes et ostéopathes), **88%** ont déjà été confrontés à des enfants présentant une dysmorphose alvéolaire ou des difficultés fonctionnelles dues à une succion. Egalement, parmi les parents interrogés, **33%** notent la présence de malpositions dentaires ou de difficultés fonctionnelles chez leur enfant suçant leur pouce/leur tétine.

- Des éléments de guidance parentale pour aider un enfant à se passer de son objet de succion :

96% des destinataires des questionnaires, professionnels et parents confondus, souhaitent qu'apparaissent des éléments de guidance parentale qui puissent aider les enfants à se sevrer de leur objet de succion. Ces éléments seront tirés de nos recherches dans la littérature ainsi que des réponses aux questionnaires. A noter qu'il est fréquemment répété dans les réponses que le discours adopté ne doit en aucun cas être culpabilisant pour les parents.

- Une liste des différents professionnels concernés :

Comme l'ont suggéré plusieurs ostéopathes, nous avons inséré une liste des professionnels de santé concernés par la SNN dans notre brochure. D'ailleurs, parmi les parents interrogés, **40%** se sont tournés vers des professionnels afin d'être renseignés. C'est également un moyen de mettre en avant l'ensemble des professionnels ayant contribué à la réalisation du livret.

- Des conseils quant au choix de l'objet de succion :

Bien qu'une minorité des professionnels de santé interrogés aient sélectionné cette option, notons que plus de **60%** des parents interrogés souhaitent être aiguillés concernant le choix de l'objet de succion. La disparité des réponses aux questionnaires et des données bibliographiques illustre le fait qu'il n'existe pas une seule et unique décision valable à ce sujet. Cependant, bon nombre de professionnels ont évoqué les avantages et les inconvénients du pouce et/ou de la tétine. Ainsi, nous avons proposé un comparatif de l'un et l'autre.

2. Etudes de cas-témoins

2.1.1. Présentation des enfants

2.1.1.1. Patient EC

➤ Identification

- Initiales : EC
- Date de naissance : 07/05/2009
- Scolarisation : Actuellement en classe de CP

➤ Éléments majeurs de l'anamnèse

EC est l'aînée d'une fratrie de 2 filles. La maman nous explique que la grossesse a été quelque peu difficile avec des épisodes de nausées et de vomissements incoercibles. L'accouchement a eu lieu prématurément, à 3 semaines du terme et par voie basse. EC est décrite par sa mère comme étant une petite fille sensible, vive d'esprit et ayant une tendance à stresser lorsqu'il est question de performer.

Concernant les diverses acquisitions développementales, aucun retard n'est à signaler. Les premières ébauches de mots sont apparues à l'âge de 6 mois, la marche à 15 mois et les propretés diurne et nocturne, toutes deux à 26 mois.

➤ Habitudes de succion

La succion du pouce a commencé à être investie in utéro. Aujourd'hui âgée de 6 ; 11 ans, EC entre tout juste en période de sevrage : L'enfant se réfrène la journée et ne suce son pouce que lors de moments particuliers comme la fin de journée, les étreintes, les moments de fatigue ou de détente. En revanche, la prise du pouce est automatique la nuit : La succion y est intense, bruyante, avec impossibilité pour l'adulte de retirer le pouce. EC sait se passer de son pouce sur demande de l'adulte. Elle s'est montrée tout d'abord très motivée puis a exprimé le vécu difficile qu'elle avait du sevrage.

➤ Clinique de la sphère oro-faciale



Photo 1 : Vue de face de EC

- Du point de vue morphologique

Nous observons chez EC un palais ogival, c'est-à-dire étroit et profond.

Nous notons également une tendance à la rétrognathie mandibulaire ainsi qu'une rétroalvolie incisive. Aussi, nous remarquons une proalvéolie incisive supérieure. Une importante supraclusion incisive est associée.

Ces malpositions donnent un profil convexe, avec un petit menton fuyant et un angle naso-labial ouvert.



Photo 2 : Vue de face de EC

- Du point de vue fonctionnel

La ventilation nasale est correctement investie.

EC présente une déglutition primaire ainsi qu'un sigmatisme interdental présent sur les phonèmes [s] ; [z] ; [t] et [d].



Photo 3 : Profil droit de EC

- Suivis et traitements

A l'heure d'aujourd'hui, EC ne bénéficie d'aucun suivi thérapeutique ou rééducatif.

2.1.1.2. Patient NC

➤ Identification

- Initiales : NC
- Date de naissance : 21/02/2010
- Scolarisation : Actuellement en classe de grande section de maternelle

➤ Éléments majeurs de l'anamnèse

NC est le cadet d'une famille recomposée comportant 3 enfants. La grossesse s'est déroulée normalement et l'accouchement a eu lieu 4 semaines avant le terme, par voie basse. NC est décrit par sa mère comme étant un petit garçon tonique, qui n'a pas peur d'aller au devant des choses et qui a le souci de performer.

L'acquisition de la marche a débuté à l'âge de 21 mois, les premiers mots ont été prononcés vers 12 mois. La maman de NC, qui est orthophoniste, nous précise que le petit garçon est bien évolué sur le plan du langage. Les propretés diurne et nocturne étaient acquises à 33 mois.

L'ablation des amygdales a été réalisée un an auparavant car elles gênaient la respiration et occasionnaient des apnées du sommeil. NC est sujet à de réguliers encombrements des voies nasales qu'il peine à évacuer seul, le mouchage étant encore difficile. NC présente également de fréquentes otites.

➤ Habitudes de succion

La succion du pouce a été investie dès la naissance et n'est à ce jour pas encore stoppée. La prise du pouce se fait lors de moments particuliers, notamment lors du coucher ou lors de moments de fatigue ou de détente.

➤ Clinique de la sphère oro-faciale



Photo 4 : Vue de face de NC

- Du point de vue morphologique

On observe chez NC un palais légèrement ogival.

On note également une tendance à la rétrognathie mandibulaire ainsi qu'une rétroalvolie incisive inférieure. Nous observons aussi une infra-alvéolie incisive inférieure.

Ces petites malpositions donnent un début de béance incisive ainsi qu'un profil légèrement convexe.

- Du point de vue fonctionnel

La ventilation nasale est correctement investie.

NC présente une déglutition primaire modérée.

On note une interposition interincisive sur la syllabe [da] ainsi qu'un léger schlintement.

- Suivis et traitements

A l'heure d'aujourd'hui, NC ne bénéficie d'aucun suivi thérapeutique ou rééducatif.

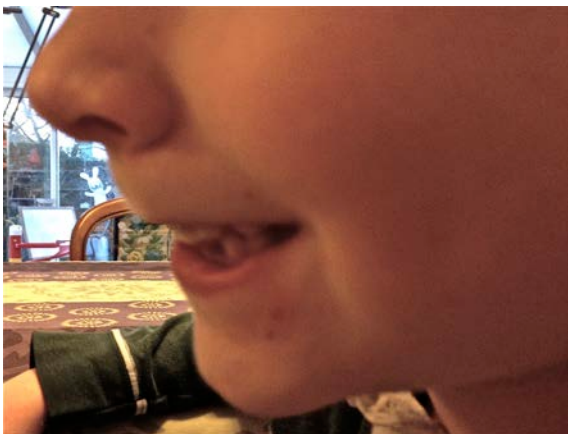


Photo 5 : Profil gauche de NC



Photo 6 : Profil gauche de NC

2.1.1.3. Patient BC

➤ Identification

- Initiales : BC
- Date de naissance : 22/03/2007
- Scolarisation : Actuellement en classe de CE2

➤ Éléments majeurs de l'anamnèse

BC est le second d'une famille recomposée comportant 3 enfants. La grossesse s'est déroulée normalement et l'accouchement a eu lieu 2 semaines avant le terme, par voie basse. BC est décrit par sa mère comme étant un jeune garçon sujet au stress et qui a le souci de performer. Il souhaite agir par lui-même mais a tout de même besoin de réassurance.

L'acquisition de la marche a débuté vers 18 mois, les premiers mots ont été prononcés vers 12 mois. Les propretés diurne et nocturne étaient acquises à 36 mois.

BC a été suivi en orthophonie vers l'âge de 3 ans pour trouble d'articulation et retard de parole et langage. Le passage aux morceaux a été difficile pour BC qui peut encore se montrer réticent face à certaines textures.

On note également de fréquents encombrements nasaux et otites.

➤ Habitudes de succion

La succion du pouce a été investie dès la naissance et vient tout juste d'être abandonnée à la demande de l'orthodontiste. L'abandon du pouce avait été suggéré précédemment par un autre médecin, mais NC avait fait part du vécu difficile qu'il avait de ce sevrage. L'abandon du pouce est maintenant une condition sine qua non à la pose du futur appareil.

➤ Clinique de la sphère oro-faciale



Photo 7 : Vue de face de BC

- Du point de vue morphologique

Nous observons chez BC un palais légèrement ogival.

Nous remarquons une proalvéolie incisive du maxillaire supérieur ainsi qu'une tendance à la prognathie.

Ces malpositions donnent lieu à une béance incisive ainsi qu'à un profil légèrement convexe.



Photo 8 : Vue de face de BC

- Du point de vue fonctionnel

La ventilation, la déglutition et l'articulation sont correctes.

Nous remarquons une hypotonie linguale qui donne lieu à une position linguale de repos inadaptée ainsi qu'à des difficultés à réaliser certaines praxies.

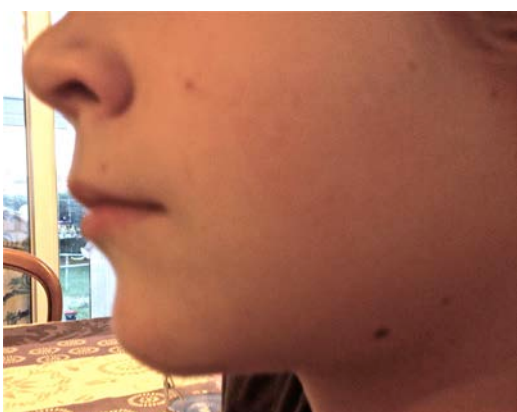


Photo 9 : Profil gauche de BC

- Suivis et traitements

La pose d'un appareil multi-bagues est prévue à la seule condition que la succion du pouce soit abandonnée. Une enveloppe linguale nocturne sera proposée une fois le traitement terminé pour assurer la rééducation fonctionnelle du positionnement lingual.

2.1.1.4. Patient IP

➤ Identification

- Initiales : IP
- Date de naissance : 21/10/2011
- Scolarisation : Actuellement en classe de moyenne section de maternelle

➤ Éléments majeurs de l'anamnèse

IP est l'aînée d'une fratrie de deux filles. La grossesse s'est déroulée normalement et l'accouchement a été déclenché pour dépassement de terme, à J+6. IP est décrite par sa mère comme étant une petite fille joyeuse, espiègle, curieuse et empathique. Elle est également très mature pour son âge.

La marche a débuté vers 13 mois et les premiers mots ont été prononcés à l'âge de 10 mois. La propreté diurne était acquise à 27 mois et à 4 ans pour la propreté nocturne.

IP est sujette à de fréquents encombrements des voies aériennes de types rhino-pharyngites ou encore bronchites asthmatiformes.

➤ Habitudes de succion

IP suce son pouce depuis l'âge de 2 mois et ne s'en ai pas encore sevré. La succion a lieu durant des moments de fatigue, d'endormissement et pendant la nuit.

➤ Clinique de la sphère oro-faciale



Photo 10 : Vue de face de IP

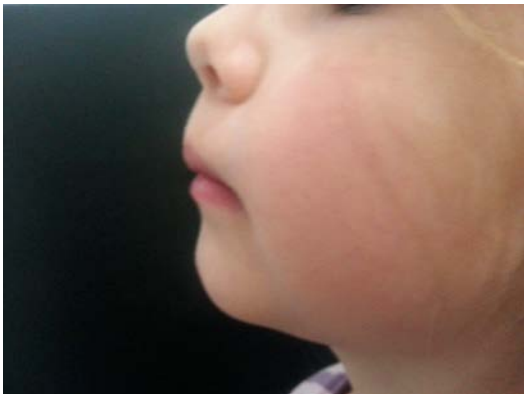


Photo 11 : Vue du profil de IP

- Du point de vue morphologique

Nous notons la présence d'une légère béance incisive ainsi qu'un angle naso-labial ouvert qui peut être rétabli par la croissance nasale.

- Du point de vue fonctionnel

La ventilation nasale est correctement investie et nous ne notons pas de déglutition atypique.

La position linguale de repos est correcte, avec un contact apico-palatal.

Le tableau articulatoire correspondant à l'âge de l'enfant est complet.

- Suivis et traitements

Aucun suivi thérapeutique ou rééducatif n'est en cours.

2.1.1.5. Patient LP

➤ Identification

- Initiales : LP
- Date de naissance : 28/01/2011
- Scolarisation : Actuellement en classe de moyenne section de maternelle

➤ Éléments majeurs de l'anamnèse

LP est l'aînée d'une fratrie de 3 enfants. La grossesse s'est déroulée tout à fait normalement avec un accouchement à terme par voie basse. LP est décrite par sa mère comme étant une petite fille très dynamique et parfois difficile à canaliser.

Les premières ébauches de mots sont apparues à l'âge de 9 mois, la marche était acquise à 12 mois et les propretés diurne et nocturne, toutes deux à 29 mois.

➤ Habitudes de succion

La succion du pouce a commencé à être investie dès la maternité et a été rapidement abandonnée au profit d'une tétine. Alors que celle-ci n'était prise qu'occasionnellement, la tétine a commencé à être prise en quasi-permanence dès la naissance du petit frère. Nécessaire à l'endormissement, la tétine a été source de troubles du sommeil pour LP qui ne pouvait se rendormir lorsqu'elle la perdait. Aujourd'hui âgée de 5 ; 2 mois, LP a abandonné sa tétine il y a tout juste 2 semaines. L'enfant s'en est totalement passé sur incitation de ses parents et de l'orthophoniste. D'abord difficilement vécu, le sevrage a été soutenu par des photos de malpositions dentaires. Aujourd'hui, l'enfant veille même à ce que son frère et sa sœur ne prennent pas leur tétine trop souvent.

➤ Clinique de la sphère oro-faciale



Photo 12 : Vue de face de LP

- Du point de vue morphologique

Nous observons chez LP une très légère béance incisive ainsi qu'un angle naso-labial ouvert, pouvant être rétabli par la croissance naso-faciale.

Nous remarquons une tendance à la prognathie du maxillaire supérieur.

- Du point de vue fonctionnel

La ventilation est correcte. En revanche, la déglutition est atypique avec une importante interposition linguale interincisive.

Nous remarquons une légère hypotonie linguale qui rend difficile la réalisation de certaines praxies bucco-faciales.



Photo 13 : Vue de face de LP

Le tableau articulatoire est complet mais on remarque un retard de parole et langage en expression spontanée.

- Suivis et traitements

Un suivi orthophonique est en cours, à raison d'une fois par semaine, pour retard de parole et de langage.

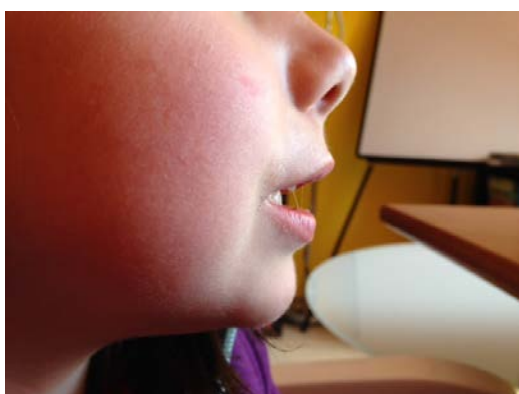


Photo 14 : Profil gauche de LP

2.1.1.6. Patient ML

➤ Identification

- Initiales : ML
- Date de naissance : 20/03/2011
- Scolarisation : Actuellement en classe de moyenne section de maternelle

➤ Éléments majeurs de l'anamnèse

ML est l'aîné d'une fratrie de 2 garçons. La grossesse s'est déroulée normalement, avec un accouchement ayant eu lieu 2 jours après le terme, par voie basse et à l'aide de forceps. ML est un enfant décrit comme étant très mature pour son âge, calme, sensible et qui a besoin de se retrouver seul par moments.

Les premiers mots sont apparus à l'âge de 10 mois, la marche était acquise à 11 mois, la propreté diurne à 24 mois et la propreté nocturne à 30 mois. Nous ne notons aucun retard développemental.

➤ Habitudes de succion

Le besoin de succion était présent dès la naissance, la tétine a été proposée quelques jours après. Jusqu'à l'âge d'un an, elle était prise en quasi-permanence. Au-delà de cet âge, la tétine était délaissée la journée et prise uniquement lors de moments de fatigue, de sieste ou encore durant les longs trajets en voiture. A partir de 3 ans, ML s'est contenté de sa tétine lors du coucher. Le sevrage a eu lieu à 4 ; 6 ans, sur demande des parents. L'arrêt a été progressif jusqu'à ce que la tétine soit trop usée et qu'aucune autre ne soit rachetée. Les parents ont toujours incité ML à se débarrasser de sa tétine lorsqu'il parlait.

ML a été hospitalisé de 1 ; 6 mois à 4 mois. La maman nous confie qu'à cette période, la tétine a été d'une grande utilité. Elle a notamment permis de rassurer ML.

➤ Clinique de la sphère oro-faciale



Photo 15 : Vue de face de ML

- *Du point de vue morphologique*

ML présente une dysmorphose alvéolaire caractérisée par une très légère endoalvéolie supérieure gauche ainsi qu'une orientation centripète des incisives inférieures.

La maman nous indique que la dysmorphose a tendance à se résorber depuis que le sevrage a eu lieu.



Photo 16 : Vue de profil de ML

- *Du point de vue fonctionnel*

La ventilation mixte est investie mais il arrive encore que ML reste bouche ouverte pour respirer. La position linguale de repos est correcte.

ML présentait un léger sigmatisme difficilement perceptible qui est maintenant complètement rétabli.

Le déglutition est quant à elle tout à fait efficiente, bien que ML ait tendance à peu mastiquer.

- *Suivis et traitements*

Aucun suivi thérapeutique ou rééducatif n'est en cours.

2.1.2. Conclusion

Les 6 observations cliniques que nous avons réalisées nous ont permis de confirmer 3 données majeures :

- La SNN prolongée au-delà de l'âge de 3 ans peut avoir des conséquences anatomo-fonctionnelles sur la sphère oro-faciale ;
- La SNN prolongée au-delà de l'âge de 3 ans n'a pas nécessairement de conséquences anatomo-fonctionnelles sur la sphère oro-faciale ;
- Il existe une grande variabilité interindividuelle concernant les conséquences anatomo-fonctionnelles d'une SNN prolongée au-delà de 3 ans.

La localisation, l'orientation et le degré de gravité des dysmorphoses alvéolaires observées chez certains de nos patients-témoins dépendent du mode de fonctionnement de l'enfant du point de vue de la succion. En effet, le choix de l'objet de succion, l'intensité de cette succion, la fréquence, l'âge de sevrage et la manière de faire de l'enfant régissent ces 3 caractéristiques d'une dysmorphose alvéolaire. Les conséquences possibles d'une succion non nutritive sont donc directement influencées par de nombreux facteurs intrinsèques.

Dans chacun des cas, les parents rapportent la difficulté rencontrée lorsqu'ils ont tenté de « priver » leur enfant de leur objet de succion. La majorité des parents interrogés témoignent du vécu difficile de leur enfant lors du sevrage. Cela atteste du réel besoin qu'est la succion. Les difficultés du sevrage peuvent résider en des facteurs intrinsèques (maturité, caractère, attachement, stade développemental, etc.) mais également extrinsèques (environnement), comme nous l'ont expliqué les psychologues à travers leurs réponses au questionnaire.

Ainsi, la multitude des facteurs dont dépend le processus de SNN explique qu'il n'existe pas une seule et unique donnée consensuelle concernant la conduite éducative à tenir. Un fonctionnement au cas par cas semble donc le plus adapté.

3. Outil d'information : enquête de satisfaction rétrospective

Nous avons transmis le livret achevé aux destinataires des questionnaires ayant fourni leur adresse-mail. Cette population représente **52%** de la totalité des répondants, dont **20,6%** ont répondu à l'enquête, soit **10,7%** de la population initiale totale des destinataires. Parmi cette population, nous dénombrons :

- 4 médecins spécialistes en ODF (**22,2%** de ceux concernés par l'enquête) ;
- 18 orthophonistes (**22,5%** de ceux concernés par l'enquête) ;
- 3 psychologues (**16,7%** de ceux concernés par l'enquête) ;
- 2 pédiatres (**28,8%** de ceux concernés par l'enquête) ;
- 3 ostéopathes (**23,1%** de ceux concernés par l'enquête) ;
- 2 parents (**10,5%** de ceux concernés par l'enquête).

100% des individus de cette population se disent satisfaits de l'outil et **93,7%** seraient prêts à l'utiliser dans le cadre de leur pratique professionnelle. Près de **28%** d'entre eux ont émis des critiques ou ont proposé des modifications à apporter :

- Aucune des photos n'illustre un enfant suçant son pouce ;
- L'outil est un document si riche que les informations principales à retenir ne sont pas visibles au premier coup d'œil ;
- Nous ne parlons pas de l'allaitement ;
- Nous n'évoquons pas la possibilité qu'un enfant ne développe aucune habitude de succion ;
- La richesse de l'outil en fait un document difficile d'accès pour des personnes ayant des difficultés de déchiffrage ou de compréhension.

De manière générale, les résultats recueillis lors de l'enquête de satisfaction rétrospective nous permettent d'affirmer que l'outil créé satisfait majoritairement les besoins et les avis des professionnels de santé et des parents interrogés. Les remarques relevées ont permis de guider la modification de certains éléments, si toutefois cela était possible.

Discussion

1. Interprétation des réponses des parents

1.1. A quel âge votre enfant s'est-il sevré de ses habitudes de succion ?

Près de **60%** des parents interrogés affirment que leur enfant s'est sevré de ses habitudes de succion au-delà de l'âge de 3 ans. Comme spécifié précédemment, la majorité des recommandations conseillent un arrêt de la succion à 3 ans ou moins.

L'accès difficile aux recommandations ou encore le manque d'engouement à consulter des sites internet très formels (HAS, FFO, etc.) sont un frein à l'information des parents.

Néanmoins, la raison principale de cette dissociation entre avis professionnels et réalité du quotidien reste le fait que le sevrage soit douloureux pour les enfants mais également pour les parents. Face à un enfant qui exprime son vécu difficile du sevrage, il est tout à fait naturel qu'en tant que parent, la réaction soit de rassurer son enfant et donc de le contenter. Quand l'enfant est apaisé, les parents le sont aussi.

De ce fait, il semble difficile de faire la part entre formalité des recommandations médicales et besoins propres à un enfant. Ceci explique la nécessité de fonctionner au cas par cas et de respecter le besoin de succion des plus jeunes, tant que celui-ci ne compromet pas leur développement psychique ou morphologique.

1.2. Si toutefois votre enfant a été allaité au sein, à quel âge a-t-il commencé à prendre son pouce/sa tétine ?

6% des parents interrogés affirment que leur enfant a commencé à investir des habitudes de succion non nutritive une fois l'allaitement au sein terminé. Comment expliquer ce fait ?

Une succion non nutritive introduite en parallèle de l'allaitement au sein peut le compromettre. D'ailleurs, **55%** des parents interrogés en ont été informés. Comme expliqué dans le corps théorique de ce travail, la sucette étant un substitut de sein, le bébé va la prendre au lieu de téter. Les glandes mammaires sont alors moins stimulées et produisent moins de lait. Le bébé, plus difficilement repu, réclame davantage sa tétine et dans ce cercle vicieux, l'allaitement se tarit progressivement et est abandonné plus précocement.

1.3. Comment avez-vous été renseigné concernant la SNN de votre enfant ?

La majorité des parents interrogés ont demandé des informations à différents professionnels de santé. Au vu des divergences d'opinions, ces parents n'ont certainement pas eu accès à la globalité des recommandations qui existent. Cependant, une relation de confiance liée avec un professionnel de santé, ou une connaissance de longue date, les rassure et les conforte dans l'idée de se fier à ce seul et unique avis. D'ailleurs, **58%** des parents affirment qu'ils se sentent suffisamment informés à ce sujet.

Alors qu'un avis professionnel reste le meilleur moyen de se renseigner, il est fort probable que celui-ci ne soit que personnel et ne tienne pas compte de l'ensemble des données disponibles dans la littérature. Afin d'étoffer le degré de connaissances des parents au sujet de la SNN, il serait intéressant qu'ils aient accès à un panel d'informations assez large qu'ils puissent ensuite compléter d'un avis professionnel. C'est tout l'enjeu de notre outil.

2. Validation des hypothèses

2.1. Hypothèse 1 : Les jeunes parents sont en manque d'informations concernant la succion non-nutritive de leur enfant

Nous ne pouvons finalement pas parlé de « manque d'informations » concernant la succion non nutritive des enfants, mais au contraire d'une pléthore de données disparates. En tant que parent, il est donc difficile d'être renseigné et aiguillé quant à la conduite éducative à tenir.

Notons que près de **80%** des destinataires des questionnaires estiment que les parents ne sont pas suffisamment informés au sujet de la succion non nutritive de leur enfant. Ce chiffre s'explique par la difficulté d'accès à l'information unique et se confirme au vu de la divergence des avis des différents professionnels de santé ayant répondu à notre questionnaire.

L'hypothèse 1 n'est donc pas avérée : Les jeunes parents ne sont pas confrontés à un manque d'informations disponibles mais bien à l'absence de recommandations consensuelles.

2.2. Hypothèse 2 : Les orthodontistes et médecins spécialistes en ODF sont fréquemment confrontés à des enfants sujets aux dysmorphoses alvéolaires engendrées par une succion non-nutritive prolongée

100% des orthodontistes et médecins spécialistes en ODF interrogés affirment qu'ils sont fréquemment ou souvent confrontés à de jeunes patients pour qui la dysmorphose alvéolaire découle d'habitudes de succion. Nos recherches nous ont également permis de constater le lien avéré entre succion non nutritive et possible dysmorphose alvéolaire.

Ainsi, l'hypothèse 2 est validée : Les orthodontistes et médecins spécialistes de l'ODF sont fréquemment confrontés à de jeunes patients pour qui les habitudes de succion ont entraîné des troubles positionnels dento-alvéolaires.

2.3. Hypothèse 3 : Une succion non-nutritive prolongée peut engendrer des difficultés de communication d'origine morphologique et donc articulaire et/ou psychique

87% des orthodontistes et **95%** des orthophonistes ayant répondu affirment que les habitudes de succion non nutritive peuvent être à l'origine d'un trouble d'articulation secondaire à une dysmorphose alvéolaire.

100% des ostéopathes interrogés estiment que des habitudes de succion non nutritive peuvent être à l'origine d'un déséquilibre musculaire et morphologique, déséquilibre qui peut compromettre l'articulation.

52% des orthophonistes affirment que les habitudes de succion non nutritive peuvent être à l'origine d'un retard de langage, **80%** évoquent le retard de parole.

Concernant l'aspect psychologique de la communication, notons que **80%** des psychologues interrogés affirment qu'un investissement prolongé de la succion non nutritive peut être lié à une immaturité psycho-affective. Cette immaturité a tendance à freiner l'enfant dans son ouverture sur les autres et dans ses interactions sociales.

Outre ces chiffres issus de notre expérimentation, nos recherches nous ont permis de mettre en relief le lien avéré entre habitudes de succion et difficultés de communication. En effet, une malposition dentaire d'origine fonctionnelle peut être à l'origine de difficultés d'accès aux points d'articulation. Ceci est également illustré par les profils d'enfants que nous avons présentés et parmi lesquels certains présentent des difficultés d'articulation.

Ainsi, l'hypothèse 3 est avérée : Une succion non nutritive prolongée peut être à l'origine de difficultés de communication d'origine fonctionnelle ou psychologique.

2.4. Hypothèse 4 : La création d'un outil d'information concernant la succion non nutritive des jeunes enfants serait pertinente

95% des destinataires jugent la création de ce livret pertinente.

Comme expliqué précédemment, il n'existe pas de recommandations consensuelles concernant la succion non nutritive des enfants : A quel âge faut-il débiter le sevrage ? Faut-il privilégier la tétine ou le pouce ? Etc. Alors que les parents de jeunes enfants ont difficilement accès à l'information, nous avons jugé utile de la leur amener en proposant un document voué à être distribué en maternité.

Ainsi, l'hypothèse 4 est validée : La création d'un outil d'information et de prévention est pertinente.

3. Enquête de satisfaction rétrospective : les modifications apportées à l'outil

3.1. Une absence de données concernant l'allaitement

Alors que nous l'avons évoqué dans le questionnaire destiné aux parents, la question de l'allaitement n'était initialement pas abordée dans notre livret. Cependant, nous avons constaté le possible impact néfaste d'une succion non nutritive sur le cycle et la qualité des tétées. Ainsi et comme nous l'ont suggéré plusieurs participants à l'enquête de satisfaction, nous avons finalement inclus un bref paragraphe concernant cet éventuel nocivité de la succion non nutritive sur l'allaitement. Ceci est d'autant plus pertinent du fait que notre outil est voué à être distribué en maternité.

3.2. L'absence d'évocation du fait que certains enfants ne développent pas d'habitudes de succion

Comme l'illustre l'étude canadienne de KRAMER et Al. (2001), la grande majorité des nourrissons développent des habitudes de succion non nutritive. Cependant, notons que même s'il s'agit d'une minorité d'enfants, certains ne semblent pas en avoir besoin. Ceci n'est d'ailleurs pas alarmant pour près de **90%** des pédiatres ayant répondu à notre questionnaire.

Ainsi, et comme nous l'a suggéré l'un des parents ayant participé à l'enquête de satisfaction, nous avons évoqué le fait qu'il se peut qu'un enfant ne développe aucune habitude de succion. Initialement, nous parlions des méfaits et bienfaits de la succion sans évoquer son caractère facultatif. Ceci pouvait dérouter les parents d'enfants ne suçant ni leur pouce, ni une tétine.

4. Critique méthodologique

4.1. La création d'un outil de prévention consiste-t-elle en une prise de parti dans le débat médico-social autour de la succion non-nutritive ?

Afin de créer un outil concis, il a nécessairement fallu faire le choix des informations qui aller y paraître. Nous avons donc sélectionné une minorité de données issues de nos recherches et de notre expérimentation.

Nous avons sollicité bon nombre de parents et de professionnels afin de connaître leurs besoins et d'y faire correspondre notre outil. Nos recherches dans la littérature se sont également étendues à un grand nombre de supports.

Ce large champ d'investigation a contribué à rendre si riche cette source d'informations qui a été la base du contenu de notre outil. Bien que nous ayons eu à faire une sélection d'éléments à insérer au livret, nous avons veillé à ne mettre aucun point de vue de côté. Les parents ont donc libre choix de sélectionner les informations qui leur semblent les plus pertinentes, sans être confrontés à une éventuelle stigmatisation.

Notre outil se contente d'apporter des éléments d'accompagnement parental et de guidance, ainsi que quelques conseils pratiques. En s'attachant à être impartial, l'outil manque d'exhaustivité et n'est qu'un premier jet d'informations qui mérite d'être complété par l'avis d'un professionnel de santé.

4.2. La question de la subjectivité

Le contenu de notre outil est basé en partie sur des avis personnels et non sur des faits scientifiques. La part de subjectivité est donc importante et nous pouvons nous poser la question de la fiabilité des informations sur lesquelles nous nous basons. La diversité de la population visée rend la part de subjectivité plus importante encore et le traitement final des réponses, difficile.

Malgré tout, notons que les résultats quantitatifs et qualitatifs des questionnaires concordent avec nos recherches bibliographiques (Qualité non consensuelle des recommandations professionnelles, possibles troubles liés à une SNN prolongée, etc.). Ceci démontre la « force informative » d'une aussi large population : Il est difficile d'obtenir une unicité dans les réponses mais des idées récurrentes sont tout de même mises en exergue.

Oui, notre travail se base sur des informations pour lesquelles la part de subjectivité est importante. Cependant, cette subjectivité concerne des avis et des témoignages de parents et professionnels de santé, dont l'expérience ne peut que profiter aux jeunes parents visés par l'outil.

4.3. Les biais du questionnaire

➤ Questions sans pré-test

Les questions proposées aux différents destinataires n'ont pas été testées en amont de leur diffusion en ligne. Ceci ne nous a donc pas permis d'envisager leurs défauts éventuels, comme une mauvaise formulation ou encore un ordre d'apparition inadapté.

➤ Biais vers le oui

Il s'agit ici d'une tendance de certains destinataires à se montrer positifs afin de contenter l'enquêteur. Ce biais peut par exemple concerner les questions qui interrogent sur la pertinence du projet.

➤ Biais vers l'estime de soi

Il s'agit de la tendance à fournir des réponses « socialement attendues » ou valorisantes pour soi. Ce biais touche principalement les questions destinées aux parents et qui concernent les difficultés de leur enfant.

➤ Les questions ouvertes

Bien qu'à minima, nos questionnaires contiennent plusieurs questions ouvertes. Nous avons tout de même pu en dégager les idées principales, mais leur interprétation quantitative reste impossible. Notre travail ne donne donc pas accès à l'exhaustivité des réponses à ces questions.

➤ Le taux de non-réponses

La moyenne des taux de réponses aux questionnaires est de **10,19%**, ce qui reste relativement modéré.

➤ L'identité des parents

Lorsque nous avons diffusé les questionnaires *parents* et *orthophonistes* sur les réseaux sociaux, certaines personnes ont répondu aux deux questionnaires, étant concernées par chacun d'entre eux. Ceci influence directement le degré de connaissances attribué au groupe parents concernant les habitudes de succion non nutritive des enfants. Plusieurs parents étant orthophonistes, ils étaient nécessairement mieux renseignés. Ainsi, notre population de parents n'est pas significativement représentative de la population française de parents, du fait d'une plus forte concentration d'orthophonistes dans celle faisant l'objet de notre étude.

5. Limites de ce travail

5.1. Les limites de la validation des hypothèses

5.1.1. Un échantillon peu représentatif

Catégories socio-professionnelles	Recensés en France (2015)	Ayant répondu au questionnaire
Chirurgiens-dentistes	41 495 (Info Pro Santé, 2015)	31
Orthophonistes	23 521 (FNO, 2015)	142
Pédiatres	7 861 (INSEE, 2015)	16
Ostéopathes	12 497 (ROF, 2015)	21

Tableau V : Démographie française des professionnels de santé (2015)

Evidemment, cela est utopique et inenvisageable d'espérer toucher l'ensemble de ces professionnels de santé de France avec notre questionnaire. Le tableau ci-dessus n'a valeur que d'illustration de l'infinité du nombre de professionnels ayant contribué à la conception de notre outil. Nous ne trouvons que peu d'adresses-mails professionnelles accessibles à tous, ce qui limite la diffusion des questionnaires et le nombre de répondants.

D'autre part, il existe d'autres catégories de professionnels de santé qui peuvent être concernés par les habitudes de succion des enfants et qui n'ont pas été sollicités, comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les sages-femmes ou encore les pédopsychiatres.

Ainsi, ces restrictions influent sur les résultats servant à la validation des hypothèses qui ne se basent que sur une minorité d'avis et de témoignages. Néanmoins, nous pouvons confirmer la validation des hypothèses du fait de la concordance entre les résultats et les informations issues de nos recherches théoriques.

5.1.2. Absence d'analyse statistique inférentielle

Afin d'avérer scientifiquement les liens entre SNN prolongée et troubles qui peuvent en être secondaires, il aurait fallu pouvoir calculer un coefficient de corrélation entre ces variables. Ceci aurait pu être réalisé grâce aux réponses des parents.

Variables A	Variables B
<ul style="list-style-type: none"> - Habitudes de succion : Oui/Non - Type d'objet de succion 	<ul style="list-style-type: none"> - Dymorphose alvéolaire : Oui/Non - Ventilation buccale : Oui/Non - Trouble d'articulation : Oui/Non - Difficulté de mastication : Oui/non - Difficulté de déglutition : Oui/Non

Tableau VI : Variables comparables dans le cadre d'une analyse statistique inférentielle

En effet, il aurait été intéressant de calculer la corrélation entre les variables A et les variables B citées ci-dessus. Malheureusement, le caractère anonyme des réponses ne nous permet pas de les traiter individuellement et de les rassembler en fonction de leur auteur. De fait, le calcul d'un coefficient de corrélation entre les variables A et les variables B est impossible.

5.2. Les limites concernant la conception de l'outil

5.2.1. Des données suggérées qui n'ont pas pu être insérées au livret

15% des dentistes et médecins spécialistes en ODF interrogés et **9%** des orthophonistes ont suggéré que nous insertions au livret des photos représentatives des éventuelles dysmorphoses alvéolaires consécutives d'une SNN. Nous avons finalement décidé de ne pas satisfaire cette demande.

Une nette majorité de répondants, professionnels et parents confondus, ont insisté sur le fait d'adopter un discours ne culpabilisant pas les parents. Nous avons considéré que l'ajout de photos pouvait être stigmatisant et considéré comme une prise de position.

Nous n'avons donc pas répondu à toutes les suggestions des destinataires, même récurrentes, et ce, dans un souci d'impartialité et de respect de l'opinion du plus grand nombre.

5.2.2. Une enquête de satisfaction rétrospective limitée

5.2.2.1. La limite de l'effectif

L'enquête de satisfaction rétrospective a été réalisée sur **52%** de la population totale des répondants. L'enquête ne concerne donc pas la totalité des individus ayant contribué à la réalisation de l'outil. Bien qu'informative, elle manque d'exhaustivité pour attester de la vraisemblance des conclusions qui en ressortent.

5.2.2.2. Enquête de satisfaction : des modifications non réalisées

➤ Un outil trop fourni

Certains participants de l'enquête de satisfaction trouvent que l'outil est si riche, qu'il peut être difficile pour certains parents d'en tirer les informations principales à retenir. Il est vrai que les données y sont rédigées et argumentées et demandent un temps de lecture minimum.

Nous avons décidé de conserver le contenu du document car il ne s'agit pas de fournir l'explication d'une seule et unique conduite à tenir, mais bien de fournir des éléments d'accompagnement. Nous proposons dans cet outil des données parmi lesquelles les parents sont libres de faire une sélection. Ainsi, nous développons volontairement chacune des informations afin que chaque parent lecteur soit disposé à choisir celles qui lui semblent pertinentes et les plus adaptées à son enfant.

➤ L'absence d'une photo d'enfant suçant son pouce

Lors de la conception de notre outil, nous étions contraints d'utiliser uniquement des images dépourvues de droits d'utilisation. Ceci réduit considérablement le panel d'illustrations auquel nous avons eu accès. Pour cette raison, nous n'avons pas trouvé d'illustrations convenables d'enfants suçant leur pouce.

➤ Un outil trop complexe

L'un des participants à l'enquête indique que notre document est trop complexe pour des personnes présentant des difficultés de déchiffrage et/ou de compréhension. De nouveau, il est vrai qu'il s'agit d'un document riche et rédigé, ce qui ne facilite pas l'accès aux informations qui y figurent.

Bien que riche, cet outil ne traite pas la question de la succion de manière exhaustive. Il s'agit d'un outil de prévention pouvant être complété du discours d'un professionnel de santé qui pourra soulever la moindre incompréhension.

6. Perspectives et liens avec l'orthophonie

6.1. Orthophonie et prévention

L'information, la prévention et la guidance parentale font partie du champ de compétences des orthophonistes. Des conseils peuvent être délivrés sur demande de certains parents, une thérapie d'éducation fonctionnelle préventive peut être proposée à un enfant, Etc. Cependant, la prévention s'adresse également à une population plus large que celle rencontrée au cabinet.

Journées nationales, conférences, réunions d'information, dépistages, Etc. Il existe de nombreuses actions de prévention visant à réduire l'incidence de nouvelles pathologies. C'est dans cette démarche que s'inscrit notre outil. Il serait d'ailleurs intéressant de le mettre à disposition d'associations de prévention.

6.2. Orthophonie et transdisciplinarité

« Nicolescu soutient que la transdisciplinarité comprend une fusion transversale des connaissances qui dépasse le cadre des disciplines. Pour Newell, on s'inscrit dans la transdisciplinarité lorsque l'application des caractéristiques du sujet d'une discipline à une autre discipline lègue des perspectives nouvelles, sans intégrer parfaitement les perspectives et les modèles des disciplines concernées. [...] ». (MINOR-CORRIVEAU, 2013).

Dans cette citation, l'auteur illustre l'inévitable recoupement des connaissances des professionnels de santé dans l'exercice de leur pratique. L'orthophonie, et notre travail en est une preuve, est un champ d'études transversal alimenté notamment, par les sciences de l'éducation, la psychologie et la médecine.

Ainsi, pour être optimal, la rééducation orthophonique doit se nourrir de la pratique d'autres professionnels de santé et vice-versa. C'est tout l'enjeu du partenariat orthophonistes/orthodontistes dans la lutte contre la sphère dysmorpho-fonctionnelle.

6.3. Orthophonie et (ré)éducation fonctionnelle

L'éducation fonctionnelle du jeune patient pourra permettre l'évitement de tout éventuel trouble morphologique secondaire. Investissement de la ventilation nasale, position linguale adéquate, déglutition efficiente ou encore articulation correcte, l'orthophoniste s'intéresse à l'ensemble des fonctions dévolues à la sphère oro-faciale. Son intervention rendra possible un traitement orthopédique dento-faciale, toujours dans cette optique de transdisciplinarité au service de l'efficacité.

Conclusion

Face à la pléthore de données disponibles dans la littérature, à la difficulté d'évaluer la fiabilité des sources et à l'absence de recommandations consensuelles, il est difficile pour les parents de s'informer concernant les habitudes de succion non nutritive de leur enfant.

Bien qu'il existe une grande variabilité interindividuelle, des habitudes de succion trop fréquentes, trop tardives et/ou trop intenses peuvent avoir des conséquences néfastes sur le développement dento-alvéolaire. Ces conséquences pourront donner lieu à une béance incisive ou un articulé dentaire inversé qui eux-mêmes, gêneront les fonctions de ventilation, de déglutition et d'articulation.

La succion a des vertus bénéfiques pour le développement psychique et morphologique de l'enfant. Elle peut être apaisante et rassurante, et il est nécessaire de respecter ce besoin. Ainsi, les conséquences néfastes de la succion non nutritive ne doivent pas être généralisées à tous les enfants et il est nécessaire de fonctionner au cas par cas.

Afin de rendre plus aisé l'accès à l'information et de prévenir les possibles troubles morfo-fonctionnels dus à la succion non-nutritive, nous avons créé un outil de prévention destiné aux parents. Celui-ci se base sur des recherches théoriques et sur des témoignages de professionnels et de parents, afin de satisfaire au mieux les besoins de chacun en matière d'information en santé publique. L'outil sera proposé aux professionnels de santé concernés, aux maternités et à plusieurs associations de prévention susceptibles de l'utiliser. Cette démarche théorique et expérimentale nous a permis d'enrichir notre propre savoir et de marquer l'importance de l'interdisciplinarité médicale et paramédicale.

Dans l'optique d'élargir les propositions d'accompagnement des enfants dans leurs habitudes de succion, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité des nouvelles technologies qui se disent au service de la succion physiologique de l'enfant et de l'intégrité morfo-fonctionnelle de la sphère oro-faciale. Il existe par exemple le Machouyou ® (Cf. Annexe n° 18, p 136), les tétines MAM Perfect ® (Cf. Annexe n° 19, p 136) dites physiologiques ou encore les tétines ILTET ® (Cf. Annexe n° 20, p 137) favorisant la respiration buccale.

Bibliographie

- ABRAHAM K. (1924, repris en 1966), *Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux*, Œuvres complètes, t. II, 276, Paris : Payot.
- BLANCHET A. et GOTMAN A. (2007), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Collin.
- BELLIS F., BUCHS-RENNER I., VERNET M. (2009), De l'oralité heureuse à l'oralité difficile. Prévention et prise en charge dans un pôle pédiatrique, *Spirale*, n°51, 55-61.
- BOIGE N. (2002), De l'objet transitionnel à l'addiction ? Regard d'un pédiatre, *Spirale*, n°22, 77-88.
- BOUBLI M., PINOL-DOURIEL M. (1996), Du jeu des sensorialités à l'élaboration d'un premier langage. *Actes scientifiques du congrès international d'orthophonie de Deauville*. Isbergues : Ortho-Edition, 201-214.
- BOWLBY J. (1978) *L'attachement*, Paris : Puf.
- CABARET S. et CHAPPON C. (2015), *Troubles de l'oralité alimentaire et symptomatologie du retard de parole : Quel lien ?* Mémoire d'Orthophonie, Université Lille II.
- CLAUZADE M. (2007), Orthoposturodentie, *Actualités odonto-stomatologiques*, n°240, 387-405.
- COULY G. (1989), La langue, appareil naturel d'orthopédie dento-faciale : pour le meilleur et pour le pire, *Revue d'Orthopédie dento-faciale*, n°23, 9-17.
- DIMBERG L., BONDEMARK L., SÖDERFELDT B., LENNARTSSON B. (2010), Prevalence of malocclusion traits and sucking habits among 3 year-old-children, *Swedish dental journal impact factor and descripton*, n°34, 35-42.
- DROUET E. (2002), La choupetta, *Spirale*, n°22, 33-36.
- ETIENNE JC. Et CORNE C. (2012), Les enjeux de la prévention en matière de santé, *Journaux officiels de la République Française*, n°03.

- FOUACHE R. et MALCOR-GAUTHERIN M. (2013), Evolution de la fréquence d'oscillation mandibulaire du babillage canonique aux premiers mots, Mémoire d'orthophonie, Université de Lorraine.
- FREUD S. (Traduction d'Olivier MANNONI) (1968), *Pulsions et destins des pulsions*, Paris : Payot.
- FREUD S. (1920, cité en 1982) Au-delà du principe de plaisir, *Essais de psychanalyse*, Paris : Petite bibliothèque Payot, p. 80.
- GANASSALI S. et MOSCAROLA J. (2004) Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par internet, *Décisions Marketing*, n°33, 63-75.
- GATIMEL J. (2013), *Mécanismes biologiques et retard d'éruption dentaire*, Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en chirurgie dentaire, Université Toulouse III.
- GERMA A. (2012) *Anomalies de croissance maxillo-faciale : Facteurs de risque et accès au traitement*, thèse pour le doctorat de santé publique, Université Paris Sud.
- GUDIN RG., KHALEF M. (1993), Anomalies de comportement des sphères orale et cervicale : la tétée de sécurisation. Considérations sur la mort subite du nourrisson, *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, vol. 114, n°4, 297-303.
- GRUMBERG B. (1975) *Le narcissisme*, Paris : Petite bibliothèque Payot.
- HOUTAL ARISS S. (2015), *Succion et oralité chez le nouveau-né*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire, Université TOULOUSE III.
- INGERVALL B. (1976) Functionally optimal occlusion: the goal of orthodontic treatment, *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, n° 70(1), 81-90.
- JOONDEPH D.R. (2000) *Retention and relapse, Orthodontics. Current principles and techniques*, Saint Louis : Mosby, 985 -1012.
- KRAMER MS., BARR RG., DAGENAIS S., YANG H., JONES P., CIOFANI L., JANE F. (2001), Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior, *Journal of the American medical association*, n°6, 286-322.

- LABEY R. (1994), Christophe Colomb, le caoutchouc et les tétines, *revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 82, n°300, 55-63.
- LAU C. (2015), Développement de l'oralité chez le nouveau-né prématuré, *Archives de Pédiatrie*, Vol. 14, n°S1, 35-41.
- LAVOIE F. (2001), *Relation entre les croyances des parents et les habitudes des enfants*, Mémoire pour l'obtention de la maîtrise d'éducation, Université du Québec.
- LECANUET JP. (2002), Des rafales et des pauses : les suctions prénatales, *Spirale*, n°22, 37-48.
- LE SCRAIGNE M. et TRANCART M. (2012), *L'oralité des nouveau-nés hospitalisés*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- MACNEILAGE PF. Et DAVIS BL. (2001), Motor mechanisms in speech ontogeny, phylogenetic neurobiological and linguistic implications, *Current opinions in Neurobiology*, n°11, 696-700.
- MAHALSKI PA. et STANTON WR. (1992). The relationship between digit sucking and behavior problems : A longitudinal study over 10 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, n°33, 913-923.
- MARCOUILLOU A. (2010), *Coup d pouce ! Proposition d'un outil de prévention et d'information destiné aux enfants ayant une succion non nutritive tardive*, Mémoire d'orthophonie, Université Lille II.
- MARGAILLAN-FIAMMENGIO L. (1971), La succion du pouce et sa thérapeutique, *Horizons de la psychologie*, Vol.1.
- MATYSIAK M., BROCHARD P., FOUILLEUL T., MERENTIER JL., PEYROT B., ROUCH M. (2003), Orthopédie dento-faciale : fréquences, répartitions géographiques et durées de traitement des dysmorphoses dento-maxillaires. Etude nationale des données du régime général d'assurance maladie, *Revue médicale de l'assurance maladie*, vol. 34, n°1, 23-32.
- MCNAMARA C, DUNCAN K., IRELAND AJ, SANDY JR. (2008) Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood, *International journal of paediatric dentistry* 18(3), 88-178.

- MINOR-CORRIVEAU (2013) *Orthophonie et interdisciplinarité*, Série monographique en sciences humaines, vol. 13, Université Laurentienne.
- MISSONNIER S. (2002), Sucette de vie, sucette de mort. Généalogie psychanalytique de la succion, *Spirale*, n°23, 77-106.
- MIZUNO K. et UEDA A. (2001), Development of sucking behavior in infants who have not been fed for 2 months after birth, *Pediatrics International*, 43, p. 251-255.
- MOULIS E., FAVRE DE THIERRENS C., GOLDSMITH M.C., TORRES J.H. (2002) Anomalies de l'éruption, *Encyclopédie Méd-Chir, Ed Sci Médicales Elsevier, stomatologie/Odontologie*, Article n°22-032-A-10, 1-12.
- NEWELL WH. (1998). *Interdisciplinarity: Essays from the literature*. New-York : The College Board.
- NICOLESCU B. (1996). *La transdisciplinarité. Manifeste*. Paris : Editions du Rocher.
- Organisation Mondiale de la Santé (1989) Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services, *Déclaration conjointe de l'OMS et de L'UNICEF*, Genève.
- QUESNEL M. (2014), *Des attentes des médecins autour de l'oralité alimentaire de l'enfant... Création d'un outil d'information et confrontation aux connaissances et pratiques des praticiens de Haute-Normandie*, Mémoire d'orthophonie, Université Lille II.
- REISSLAND N., MASON C., SCHAAL B. et LINCOLN K. (2012), Prenatal mouth movements ; Can we identify co-ordinated fetal mouth and lip actions necessary for feeding ?, *International journal of Pediatrics*, Vol. 2012, 1-5.
- REQUENA L. (2013) *Conséquences des dysfonctions oro-faciales chez l'enfant et intérêt des traitements interceptifs en omnipratique*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire, Université Toulouse III.
- ROVILLE-SAUCE (2006), L'alimentation des premiers mois en France, *Anthropo*, n°11, 7-14.
- SMADJA C. (1993) À propos des procédés autocalmants du Moi, *Revue française de psychosomatique*, n° 4, 211-214.

SPITZ R.A. (1959) La cavité primitive, *Revue française de psychanalyse*, t. XXIII, n°2, 205-234.

THIBAUT C. (2007), Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant, 5, 42, 43, Paris : MASSON

THIRION M. (2002), La controverse de la sucette. Les médecins peuvent-ils avoir un avis ? *Spirale*, n°22, 53-64.

THOUVILLE E. (2002), La tétine voyage : approche transculturelle, *Spirale*, n°23, 15-24.

TRUCHIS A. (2002), Tétines et dépendances, *Spirale*, n°22, 33-36.

VAN DE CASTEELE N., CARILLO-BROUCHET C. (2002), Le pouce à l'index, la succion et son devenir, *Spirale*, n°3, 31-37.

WOISARD V. (2006), Le rôle de la langue, *Revue d'orthopédie dento-faciale*, n°40, 309-331.

YOUNG T. (1763), *Young's Midwifery*, Londres : Library of the Wellcome Institut for the History of Medicine.

Sitographie :

CPS : Article de PONTI M. (2003), Les recommandations sur l'usage des sucettes : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/sucettes> [consulté le 11/11/2015].

DE BOECK Supérieur : Les biais du questionnaire.
http://www.deboecksuperieur.com/resource/extra/9782804159863/Biais_du_questionnaire.pdf [consulté le 06/03/2016].

Fédération Française d'Orthodontie (2014) : La succion non nutritive du nourrisson.
<http://www.orthodontie-ffo.org/la-succion-non-nutritive-du-nourrisson> [consulté le 08/10/2015].

Fédération Nationale des Orthophonistes (2015) : L'Orthophonie en chiffres
<http://www.fno.fr/non-classe/lorthophonie-en-chiffres/> [consulté le 07/03/2016].

GABA Laboratoires (2010) : Le pédiatre au cœur de l'environnement bucco-dentaire, newsletter n°7 : http://www.carie-clic.fr/newsletters/GABA_MailingPediatre_news2010-9.pdf [consulté le 19/10/2015].

ENFANCE & CULTURES : Article de GASPARANI R. (2010) Doudous, sucettes et tétines : la sociabilisation des enfants à ces « objets transitionnels », Actes du colloque international.

<http://www.enfanceetcultures.culture.gouv.fr/actes/gasparini.pdf>

[consulté le 10/10/2015].

HAS (2002) : Indications dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/orthodontie_recos.pdf

[consulté le 21/09/2015].

HAS (2003) : Les critères d'aboutissement du traitement d'orthopédie dento-faciale

[http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Traitement_orthop_dento_faciale_rap.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Traitement_orthop_dento_faciale_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Traitement_orthop_dento_faciale_rap.pdf)

[consulté le 23/10/2015].

HOLODENT : Article de PRIBYL G. (2011), Orthopédie dento-faciale ou ODF, approche différente et complémentaire de l'orthodontie

<http://www.holodent.fr/index.php/pratique-orthodontique/153-orthopedie-dento-faciale-ou-odf-approche-differente-et-complementaire-orthodontie>

[consulté le 13/11/2015].

ILTET : *Ses dents, pensez-y dès maintenant*

<http://www.iltet.com/poussee-dentaire-allaitement/position-dents-bebe.htm> [consulté le 12/03/2016].

Info Pro Santé (2015) : Démographie des chirurgiens-dentistes : les derniers chiffres de la DREES : <http://infoprosante.lamedicale.fr/actus-metiers/article-demographie-des-chirurgiens-dentistes-les-derniers-chiffres-de-la-drees>

[consulté le 07/03/2016].

INPES : Article de COSTA-PRADES (2005), Le guide de la nutrition de la naissance à 3 ans, La santé vient en mangeant, Programme nutritionnel Manger Bouger.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/890.pdf>

[consulté le 19/09/2015].

INSEE (2015) : *Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015*

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
[consulté le 12/03/2016].

JE SUIS PAPA (2015) : *Machouyou, pour en finir avec le pouce et la tétine ?*

<http://www.je-suis-papa.com/machouyou-pour-en-finir-avec-le-pouce-et-la-tetine/>
[consulté le 12/03/2016].

LECHE LEAGUE France : <http://www.lllfrance.org/> [consulté le 12/02/2016].

Le FIGARO : Article de BRISOR V. (2010) A 6 ans il suce encore son pouce, que dois-je faire ? <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/10/31/10514-6-ans-il-suce-encore-son-pouce-que-dois-je-faire> [consulté le 05/10/2015].

LE FIGARO : Article de FREOUR P. (2011) Orthodontie : halte au pouce et à la tétine: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/11/04/15427-orthodontie-halte-pouce-tetine> [consulté le 03/11/2015].

LE PARISIEN : LELIEVRE C. (2013), Ne le privez pas de sa tétine ! <http://www.leparisien.fr/laparisienne/maman/ne-le-privez-pas-de-sa-tetine-30-01-2013-2524977.php> [consulté le 11/11/2015].

MACHOUYOU <https://www.machouyou.com/>

MAM Perfect

http://www.mamperfect.fr/?gclid=CjwKEAiAmY-3BRDh7pjpg46p1iYSJADQ78gNhdNhNmgCWJhor97023qc6lQNj5-v8kOxKydVZ8Pe_RoCtczw_wcB [consulté le 12/03/2016].

PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE : Enfants : les grandes étapes de la diversification alimentaire : <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Enfants/De-6-mois-a-3-ans/La-1ere-etape-de-diversification>
[consulté le 12/10/2015].

REGISTRE DES OSTEOPATHES DE FRANCE (2015): Démographie des Ostéopathes http://www.osteopathie.org/documents.php?url=news_du_jeudi-demographie_des_osteopathes_en_france-9avril2015_3552_142.pdf

[consulté le 07/03/2016].

SANTE ALLAITEMENT (2003) : Sucette

http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/aider_vos_patientes/accompagnement/bien_etre_bb/bb_7.php [consulté le 09/03/2016].

Liste des annexes

Annexe n°1 : Lettre du Ministre du Commerce : *Les premières tétines d'origine animale* (LABEY R., 1994).

Annexe n°2 : Principe du biberon à long tuyau, avec tétine à l'embout (MISSIONNIER S., 2002).

Annexe n°3 : Illustration d'un enfant suçant l'embout de son biberon à tuyau (MISSIONNIER S., 2002).

Annexe n°4 : Contenu du questionnaire destiné aux orthodontistes et médecins spécialistes en ODF.

Annexe n°5 : Contenu du questionnaire destiné aux orthophonistes.

Annexe n°6 : Contenu du questionnaire destiné aux psychologues.

Annexe n°7 : Contenu du questionnaire destiné aux pédiatres.

Annexe n°8 : Contenu du questionnaire destiné aux ostéopathes.

Annexe n°9 : Contenu du questionnaire destiné aux parents.

Annexe n°10 : Analyse descriptive des réponses des orthodontistes et médecins spécialistes en ODF.

Annexe n°11 : Analyse descriptive des réponses des orthophonistes.

Annexe n°12 : Analyse descriptive des réponses des psychologues.

Annexe n°13 : Analyse descriptive des réponses des pédiatres.

Annexe n°14 : Analyse descriptive des réponses des ostéopathes.

Annexe n°15 : Analyse descriptive des réponses des parents.

Annexe n°16 : Formulaire de consentement de participation à une étude clinique.

**Annexe n°17 : Notre outil d'information et de prévention :
« Petits conseils sur le pouce ! »**

Annexe n°18 : MACHOUYOU ® <https://www.machouyou.com/>

Annexe n°19 : Tétine PERFECT ® <http://www.mambaby.com/fr/>

Annexe n°20 : Sucette et tétine ILET ® <http://www.iltet.com/fr/>