LA SUCETTE : FAIRE LE POINT POUR INFORMER LES PARENTS

L'analyse des études et des recommandations internationales fait apparaître des éléments qui peuvent être transmis aux parents qui souhaitent donner une sucette à leur nouveau-né.

1- LA SUCCION FAIT PARTIE DU COMPORTEMENT DU NOURRISSON

Dans l'histoire de l'humanité, on retrouve l'usage de la tétine dans certaines sociétés très anciennes. Dans d'autres, l'enfant a un libre accès au sein.

Quelques repères historiques

Longtemps utilisée empiriquement par les mères, la sucette fut condamnée par le corps médical au début du XXe siècle pour différents motifs : problèmes d'hygiène, risque d'inadaptation sociale de l'enfant, plaisir solitaire condamnable[1]…

Jusque dans les années 1970, elle est particulièrement utilisée dans les populations défavorisées où la mère se sent dévalorisée, marginalisée et ne fait pas confiance à ses capacités de maternage.

À partir de la deuxième moitié du XXe siècle, elle acquiert peu à peu un statut « physiologique ». Elle est considérée comme objet de substitution en remplacement du corps maternel.

« Or l'attachement de l'enfant à un objet n'est pas universel : dans les pays d'Amérique du Sud et d'Afrique, les parents utilisent principalement la proximité physique pour rassurer et endormir l'enfant. »[2]

Au cours des deux dernières décennies, la sucette a été réhabilitée par le corps médical à la faveur de travaux sur la prise en charge de la douleur de l'enfant.

Pratiques en Languedoc-Roussillon

Actuellement l'utilisation de la tétine est extrêmement fréquente dans les maternités de la région. Les parents l'utilisent pour différentes raisons : pleurs, irritabilité, « besoin de succion », « coliques », sentiment « d'insuffisance de colostrum », tout particulièrement en soirée et début de nuit.

Les différents moyens utilisés en alternative à la sucette

Ils varient selon la culture des parents et selon l'âge et la personnalité de l'enfant.

- Contacts corporels : peau à peau les premières semaines, bercement dans les bras, portage, regroupement, maintien des mains, stimulations tactiles (tapotements selon une certaine rythmicité du dos ou autre partie du corps, pression manuelle sur l'abdomen).
- Chants, berceuses.
- Tétée.

Il est important que les soignants :

- **expliquent aux parents le besoin de proximité corporelle de leur nouveau-né. Ce besoin de proximité peut être considéré comme biologiquement programmé et est plus ou moins intense selon les rythmes de l'enfant.**
- **proposent des moyens d'y répondre en utilisant les possibilités listées ci-dessus.**

2- LA SUCETTE ET L'ALLAITEMENT, POUR LES ENFANTS NÉS À TERME ET EN BONNE SANTÉ

Depuis plusieurs décennies, de nombreuses études ont constaté que l'utilisation précoce d'une sucette en cas d'allaitement était associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement exclusif et une diminution des durées complètes d'allaitement. Ces résultats ont conduit l'OMS à recommander que les professionnels de santé ne proposent pas aux parents de donner une sucette à leur nouveau-né, ce qui a été repris dans les Dix conditions pour le succès de l'allaitement[3] et dans les recommandations françaises (ANAES[4] et HAS [5]).

Pourtant, toutes les études sur le sujet ne sont pas concordantes et la méta-analyse[6] de la revue Cochrane menée en 2012 a constaté qu'il n'y avait pas d'impact de l'utilisation d'une sucette sur les taux d'allaitement à 3 et 4 mois, tant pour l'allaitement exclusif que pour l'allaitement partiel. Il est à noter que cette méta-analyse s'est appuyée sur deux études seulement ; dans l'une, les mères recrutées n'avaient aucun problème d'allaitement à 2 semaines de vie de leur enfant ; dans l'autre, les mères étaient toutes motivées pour allaiter plusieurs mois. Les auteurs concluent que l'utilisation d'une sucette pour des enfants allaités est sans effet sur les taux d'allaitement et la durée d'allaitement, si elle commence après l'établissement de la lactation*.

En résumé :

- L'utilisation précoce d'une sucette pour un enfant allaité peut être le signe de **difficultés dans la mise en place de l'allaitement**.

Il importe que le soignant soit attentif à ce risque et évalue la situation quand une mère souhaite donner une sucette à son nouveau-né allaité (Cf. Fiche 6).

- En l'absence de difficulté objective dans la mise en place de l'allaitement, l'utilisation d'une sucette chez un nouveau-né allaité peut
  - perturber son apprentissage d'une succion efficace (la sucette est une expérience orale différente de la tétée au sein) ;
  - rendre plus difficile le repérage des signes d'éveil par la mère ;
  - contribuer à espacer les tétées, pratique à risque pour la stimulation de la lactation.

  Tous ces facteurs sont susceptibles de **compliquer le démarrage de l'allaitement et de favoriser le sevrage précoce**.

Si des parents souhaitent utiliser une sucette pour leur nouveau-né allaité, ils ont besoin de savoir que :
- **beaucoup de nouveau-nés se calment avec une sucette alors qu'ils seraient prêts à téter ;**
- **les nouveau-nés allaités tètent en moyenne 8 à 12 fois par 24 h, et souvent plus les premiers jours ;**
- **certains bébés tètent moins efficacement quand ils ont commencé à prendre une sucette.**

* Physiologiquement, la lactation atteint son maximum autour de 4 à 6 semaines (Cf. Fiche 5).

3- SUCETTE ET PRÉMATURITÉ

Chez l'enfant né très prématurément et hospitalisé de longues semaines, la succion non nutritive fait actuellement partie de l'arsenal des soins de soutien du développement. Elle favorise la stabilisation posturale et l'organisation du développement oro-moteur[7]. Par exemple, donner une sucette à un enfant prématuré lui permet souvent de regrouper ses mains près de la bouche et de s'apaiser. De même, proposer une sucette pendant une alimentation par sonde entérale gastrique facilite, pour l'enfant, l'association entre succion et nutrition.
En présence du parent, il a été constaté que le recours à la sucette était moins fréquent pendant les séances de peau à peau.
Au fur et à mesure de ses expériences dans la prise du sein et la proximité croissante avec sa mère, l'enfant né très prématuré aura moins besoin de la succion non nutritive et l'utilisation de la sucette devient de moins en moins pertinente.

Les études n'ont pas montré d'association entre utilisation de la sucette et précocité de l'alimentation orale complète : comme pour l'enfant né à terme, **c'est l'apprentissage de la succion au sein qui est essentielle pour la mise en place de l'allaitement au sein**.

Chez les enfants nés prématurés et non séparés de leur mère, l'intérêt de la succion non nutritive à l'aide d'une sucette n'a pas été montré par les études.

Pour ces enfants qui restent avec leur mère, il est primordial de privilégier le contact peau à peau prolongé et répété[8] ; selon les circonstances, des techniques complémentaires à la prise du sein peuvent être proposées : sonde gastrique, tasse, dispositif d'aide à la lactation (DAL), etc. (voir fiche 15).

Les parents ont besoin d'informations sur :
- **l'intérêt de la sucette, quand leur enfant est prématuré et hospitalisé, en particulier quand ils ne sont pas auprès de leur enfant ;**
- **l'utilité de pratiquer le peau à peau de façon prolongée et répétée et de proposer souvent le sein plutôt que la sucette, quand l'enfant est prématuré et reste en maternité.**

4- EFFET ANTALGIQUE DE LA SUCETTE

Au cours de ces 20 dernières années, des travaux internationaux[9] ont confirmé l'intérêt de la succion non nutritive d'une sucette, associée à l'utilisation du saccharose oral, pour la prévention de la douleur aigüe lors d'interventions mineures[10] (ponction veineuse et capillaire, pose d'une sonde entérale gastrique, vaccination, etc.)
Chez l'enfant allaité, la douleur peut être prévenue lors de ces mêmes gestes, en les réalisant au cours d'une tétée[11].

L'effet antalgique de la tétée n'est effectif qu'après plusieurs déglutitions, quand l'enfant commence à se détendre.

Les chercheurs sont unanimes pour considérer que l'enfant n'associe pas la douleur et la tétée.

5- Sucette et dentition

Les données actuelles ne permettent pas de conclure sur une relation de cause à effet entre utilisation de sucette et caries.
Les sociétés dentaires américaines proposent néanmoins aux parents d'éviter de sucer la tétine de l'enfant afin de limiter la transmission de germes cariogènes[12].
Il est risqué d'enduire la sucette avec un produit sucré (miel, sirops, etc.) et il est souhaitable de la nettoyer régulièrement.
De nombreuses études ont montré que l'utilisation prolongée (1 an et plus) d'une sucette était associée à un risque augmenté de béances et malocclusions dentaires[13].
La Société canadienne de pédiatrie[14] relève que : « Plus le nombre de mois d'usage est élevé et plus le lien avec la béance et la malocclusion est probant. »

6- Sucette et otites

« L'usage de la sucette semble être un facteur de risque dans le développement de l'otite moyenne. Cependant, ce n'est que l'un des nombreux facteurs associés à sa pathogenèse. La responsabilité de la sucette semble augmenter avec la prolongation et la fréquence de son usage. »[14].

Les parents ont besoin de savoir que, pour réduire l'éventuel impact de la sucette dans la survenue d'otites moyennes aigües, il est prudent de :

- **ne proposer la sucette qu'aux seules périodes d'endormissement ;**
- **limiter l'usage de la sucette à la première année de la vie, lorsque le risque d'otite moyenne aigüe est faible.**

7- Sucette et prévention de la mort inattendue du nourrisson

Depuis plusieurs années, une controverse existe sur l'intérêt de la sucette pour prévenir la mort inattendue du nourrisson (MIN). S'appuyant sur une méta-analyse de 2005[15], l'Académie américaine de pédiatrie[16] propose de considérer la sucette chez le nourrisson au moment de l'endormissement lors des siestes et de la nuit comme ayant un effet protecteur contre la mort inattendue du nourrisson, bien que les raisons en demeurent obscures. Il est précisé qu'après l'endormissement, la sucette ne devrait pas être réintroduite dans la bouche, une fois tombée. De même, un nourrisson ne doit pas être forcé à prendre une sucette s'il la refuse. Pour les enfants allaités, il est recommandé de la proposer après 3 à 4 semaines de vie.

Les parents ont besoin de savoir que :

- **L'allaitement maternel, en particulier s'il est exclusif, est un facteur de protection de la MIN.**
- **L'absence de sucette n'est pas un facteur de risque de MIN.**
- **Il est recommandé que l'enfant dorme dans son propre lit, dans la chambre de ses parents jusqu'à au moins 6 mois.**
- **En cas de partage du lit parental, des recommandations sur les conditions de sécurité existent[17].**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Delaisi de Parseval G, Lallemand S. **L'art d'accommoder les bébés**. Paris : Odile Jacob ; 2001.

[2] Gaspirini R. **Doudous, sucette et tétines : la socialisation des enfants à ces « objets transitionnels »**. 9es Journées de sociologie de l'enfance. Paris, 2010.
http://www.enfanceetcultures.culture.gouv.fr/actes/gasparini.pdf

[3] OMS. **Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'Allaitement**. Genève: OMS; 1999. Disponible sur :
http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf

[4] Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé. **Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.** Paris: ANAES; 2002. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

[5] Haute Autorité de Santé. **Favoriser l'allaitement maternel. Processus - Évaluation**. Paris: HAS; 2006. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449101/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluationguide

[6] Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. **Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding**. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16;(3):CD007202.

[7] Pinelli J, Symington A. **Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants**. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD001071.

[8] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants**. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD003519.

[9] Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gerwitz-Stern A. **Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain**. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Oct 5;(10):CD006275.

[10] Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Olivier-Martin M. **Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates**. *BMJ* 1999;319:1393-7.

[11] Carbajal R. **Traitement non pharmacologique de la douleur du nouveau-né**. Arch Pediatr. 2005 Jan;12(1):110-6.

[12] Nelson AM. **A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage**. J Pediatr Nurs. 2012 Dec;27(6):690-9.

[13] Sexton S, Natale R. **Risks and benefits of pacifiers**. Am Fam Physician. 2009 Apr 15;79(8):681-5.

[14] Société canadienne de pédiatrie. **Recommendations for the use of pacifiers**. Paediatr Child Health. 2003 Oct;8(8):515-28. Mise à jour 2012 disponible sur : http://www.cps.ca/fr/documents/position/sucettes

[15] Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. **Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis**. Pediatrics. 2011 Jul;128(1):103-10.

[16] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. **SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment**. Pediatrics. 2011 Nov;128(5):1030-9.

[17] UNICEF-UK Baby Friendly Initiative. **Partager un lit avec votre bébé - un guide pour les mères qui allaitent**. 2005. Disponible sur :
http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Leaflets/Other languages/sharingbedleaflet_french.pdf