



BON USAGE DES TÉTINES

Recommandations de bonne pratique

Mai 2026

Sommaire

1. Introduction : contexte et nécessité de recommandations en France	5
2. Quand et pourquoi ne pas s'opposer systématiquement au recours à la tétine ?	8
2.1. Effet positif sur l'alimentation des prématurés	8
2.2. Effet sur la digestion, l'anxiété, la douleur et l'apaisement	8
2.3. Rôle protecteur vis-à-vis de la mort inattendue du nourrisson	9
3. Quels sont les effets indésirables de la tétine ?	11
3.1. Quels sont les risques pour la santé en général ?	11
3.1.1. Gêne à l'allaitement	11
3.1.2. Risque de dépendance	11
3.1.3. Otite moyenne aiguë	12
3.1.4. Troubles de l'élocution et de la déglutition	12
3.1.5. Tétines et infections	13
3.2. Quels sont les risques et l'impact au niveau du développement oro-facial ?	14
3.2.1. Rôle de la langue et de la déglutition sur la croissance	14
3.2.2. Malocclusions associées à l'usage prolongé de la tétine et âge optimal du sevrage	14
3.2.2.1. <i>Dimension verticale : infraclusion antérieure</i>	14
3.2.2.2. <i>Dimension transversale : occlusion inversée postérieure</i>	15
3.2.2.3. <i>Dimension antéro-postérieure : surplomb incisif et prédisposition à la classe II d'Angle</i>	15
3.2.2.4. <i>Comparaison des malocclusions engendrées par les doigts et par la tétine</i>	16
3.2.2.5. <i>Évolution spontanée après l'arrêt de la tétine</i>	16
4. Comment accompagner l'enfant dans le sevrage ?	19
4.1. En première intention	19
4.2. Point de vigilance	19
4.3. En cas d'échec	20

5. Quelles sont les recommandations de « bon usage » et les modalités d'utilisation de la tétine ?	21
5.1. Bonnes pratiques générales	21
5.1.1. Utilisation	21
5.1.2. Conseils de nettoyage	22
5.2. Existe-t-il un modèle de tétine à privilégier ?	22
5.2.1. Matériaux	22
5.2.2. Conception	22
5.2.3. Impact orthodontique	23
ANNEXES	25
Annexe 1 : Méthode d'élaboration et participants	25
Annexe 2 : Synthèse des recommandations	34
Annexe 3 : Synthèse à destination des professionnels de santé	37
Annexe 4 : Synthèse à destination des parents	40

Bon usage des tétines

Recommandations de bonne pratique

SFODF

15 rue du Louvre, 75001 Paris, France

1. Introduction : contexte et nécessité de recommandations en France

La succion-déglutition* est un comportement inné, observable dès le stade fœtal, notamment vers la 12^e semaine de grossesse grâce au réflexe de Hooker^{1,2}. Essentielle à la survie du nouveau-né, cette fonction est normale au cours des premiers mois de vie.

Chez le nourrisson et le jeune enfant, la succion, qu'elle soit nutritive ou non, s'inscrit donc dans un développement physiologique attendu. Toutefois, lorsqu'elle se prolonge au-delà de l'âge de trois ans, elle est considérée comme une parafonction orofaciale, susceptible d'affecter l'occlusion dentaire et le développement oro-facial³.

De nombreuses études menées dans diverses régions du monde ont documenté une prévalence très élevée des habitudes de succion non nutritive (HSNN)**, qu'il s'agisse de la succion d'un ou plusieurs doigts ou, plus fréquemment, de la tétine. On estime que 70 à 95 % des enfants y recourent à un moment donné de leur petite enfance^{3,4}. L'usage simultané du doigt et de la tétine reste rare (moins de 5 %)⁵, suggérant que la tétine tend à remplacer progressivement la succion digitale. Cette substitution s'est d'ailleurs confirmée au fil du temps, notamment dans les pays dits « industrialisés »⁴.

Les pratiques varient néanmoins selon les contextes culturels et socio-économiques^{6,7}. En France, une enquête menée en 2022 indique qu'environ 70 % des enfants utilisent régulièrement une tétine⁸, un pourcentage cohérent avec les données internationales (entre 34 % et 95 %). L'usage décroît généralement avec l'âge : 71 % des enfants utilisent une tétine à un an, mais seulement 24 % à trois ans et 13 % à cinq ans³.

Les pratiques parentales contemporaines sont également influencées par l'accès massif à l'information via les réseaux sociaux et les plateformes numériques. Ces sources, parfois contradictoires, contribuent à une variabilité des comportements et peuvent renforcer les incertitudes des parents.

* Succion. N.f. Étym. : de sucer. Angl. : *sucking*. Action de sucer (source : Dictionnaire d'Orthodontie, SFODF, éd. 2024). Déglutition. N.f. Action de déglutir. Processus permettant le transfert du contenu buccal (la salive, les aliments...) dans l'estomac (source : Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, éd. 2020).

** Les habitudes de succion non nutritives désignent les comportements de succion réalisés par un nourrisson ou un jeune enfant sans ingestion de nutriments, c'est-à-dire sans prise de lait ou d'aliments. Elles comprennent notamment le fait de sucer une tétine, un doigt / pouce ou tout autre objet, dans un but de confort, d'apaisement ou de régulation émotionnelle, et non pour se nourrir.

Par ailleurs, les facteurs socio-économiques (niveau d'éducation, conditions de vie, accès aux soins) influencent significativement les habitudes de succion non nutritive.

Il est établi que les enfants suçant leur doigt ont davantage de difficultés à abandonner cette habitude par rapport aux utilisateurs de tétine⁹. Néanmoins, la plupart des enfants cessent spontanément leur HSNN au fil du temps.

Face à ces pratiques répandues et compte tenu de l'impact potentiellement bénéfique ou néfaste de la tétine, les professionnels de santé sont fréquemment sollicités par des parents soucieux de bien faire. Ils s'interrogent sur les effets à long terme de la succion prolongée et sur le moment opportun pour accompagner le sevrage. Médecins, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, maïeuticiens, orthophonistes, kinésithérapeutes, ostéopathes ou puéricultrices se trouvent ainsi en première ligne pour répondre à ces préoccupations.

L'usage de la tétine cristallise une tension entre deux impératifs de santé publique : prévenir les effets délétères des habitudes de succion non nutritive prolongées sur le développement orofacial, tout en tenant compte des données épidémiologiques montrant un effet protecteur de la tétine vis-à-vis du risque de mort inattendue du nourrisson.

Dans plusieurs pays (États-Unis, Canada, Suisse), des recommandations officielles encadrent ces pratiques (ex. *American Academy of Pediatric Dentistry* aux États-Unis ; guide canadien de soins préventifs). Elles offrent un cadre de référence partagé, à la fois pour les professionnels et pour les familles. En France, en l'absence de telles recommandations, l'accompagnement repose essentiellement sur les conseils délivrés au cas par cas par les différents intervenants de santé, en fonction de leur expérience et des connaissances disponibles.

Cette absence de recommandations nationales claires et consensuelles entraîne une grande hétérogénéité de discours et de pratiques. Elle génère souvent confusion et incertitude chez les familles et nuit à la mise en œuvre d'une politique de prévention cohérente. Dans ce contexte, l'élaboration d'un guide de référence destiné aux professionnels de santé bucco-dentaire apparaît comme un véritable enjeu de santé publique. Un tel guide permettrait d'unifier les messages, de soutenir les praticiens et les professionnels de la petite enfance dans leurs conseils, et d'accompagner efficacement les familles dans une démarche de sevrage respectueuse du développement de l'enfant.

Les publications ont été sélectionnées pour leur niveau méthodologique, leur actualité et leur pertinence clinique. Il est précisé que, dans ce domaine, de nombreuses recommandations reposent sur des niveaux de preuve modérés à faibles, en raison de contraintes éthiques et méthodologiques limitant les essais randomisés.

La majorité des données disponibles repose sur des études observationnelles, ne permettant pas d'établir de relation causale formelle. Les associations observées doivent donc être interprétées avec prudence, en tenant compte des facteurs de confusion (durée d'exposition, contexte socio-économique, pratiques parentales).

Des travaux récents, notamment plusieurs revues systématiques et méta-analyses publiées après 2020, ont permis de préciser certains effets de la succion non nutritive, en particulier concernant l'allaitement, les malocclusions et le développement du langage. Ces données viennent nuancer certaines conclusions issues d'études plus anciennes.

Ces recommandations visent à répondre aux questions suivantes :

- Quels sont le contexte et la nécessité de recommandations en France ?
- Quand et pourquoi ne pas s'opposer systématiquement au recours à la tétine ?
- Quels sont les effets indésirables de la tétine ?
- Comment accompagner l'enfant dans le sevrage ?
- Quelles sont les recommandations de « bon usage » et les modalités d'utilisation de la tétine ?

Ces recommandations spécifiques s'adressent aux praticiens spécialistes en ODF, aux praticiens compétents en ODMF et aux chirurgiens-dentistes.

Ces recommandations ont été élaborées en s'appuyant sur plusieurs étapes :

- Cadrage du thème par le comité de pilotage ;
- Phase de revue systématique de la littérature et synthèse critique des données identifiées ;
- Rédaction de l'argumentaire / version initiale des recommandations, concises et gradées selon les niveaux de preuve identifiés par le groupe de travail ;
- Soumission à un groupe de lecture pluridisciplinaire d'experts (orthodontistes, chirurgiens-dentistes, odontologistes pédiatriques, orthopédistes dento-maxillo-faciaux), discussion et validation des recommandations pour lesquelles chaque membre rend un avis consultatif, à titre individuel ;
- Finalisation et diffusion.

Il est à noter que les présentes recommandations concernent exclusivement l'usage de la tétine et n'incluent pas les questions relatives aux biberons.

La méthode d'élaboration est plus largement décrite en [Annexe 1](#).

Références (introduction)

1. Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale. Dictionnaire d'Orthodontie. Paris : SFODF, 2015, 203p.
2. Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale. Fiche : Déglutition primaire et orthodontie [cité le 15 décembre 2025]. Disponible sur http://www.sfodf.org/avada_portfolio/deglutition-primaire-et-orthodontie.
3. Bishara SE, Warren JJ, Proffitt B, Levy SM. Changes in the prevalence of non-nutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130(1):31-36.
4. Larsson EF, Dahlin KG. The prevalence and aetiology of prolonged dummy and finger-sucking habits. *Eur J Orthod* 1985;7(3):172-176.
5. Jenik AG, Vain N. The pacifier debate in Early Hum Dev 2009;85(10):89-91.
6. Degan VV, Puppini-Rontani RM. Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them: a preliminary study. *J Dent Child (Chic)* 2004;71(2):148-151.
7. Ngom PI, Diagne F, Diouf JS, Ndiaye A, Hennequin M. Prévalence et facteurs associés aux habitudes de succion non nutritive. Étude transversale chez des enfants sénégalais âgés de 5/6 ans. *Orthod Fr* 2008;79(2):99-106.
8. Le projet Femmes Enceintes Environnement et Santé (FEES). Quelle tétine choisir pour préserver la santé de bébé ? [internet]. 2022 [cité le 15 décembre 2025]. <https://www.projetfees.fr/quelle-tetine-choisir-pour-preserver-la-sante-de-bebe>.
9. Warren JJ, Levy SM, Nowak AJ, Tang S. Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2000;22(3):187-191.

2. Quand et pourquoi ne pas s'opposer systématiquement au recours à la tétine ?

2.1. Effet positif sur l'alimentation des prématurés

La succion non nutritive (SNN) est un réflexe archaïque commun à l'ensemble des mammifères. Chez le nouveau-né prématuré, elle joue un rôle fondamental dans la mise en place de la succion nutritive, étape essentielle au bon démarrage de l'alimentation orale. Cette fonction réflexe, propre à un cerveau encore immature, favorise l'auto-apaisement et facilite le développement neuromoteur¹.

La tétine est ainsi recommandée, notamment dans le cadre de la campagne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « Dix étapes pour un allaitement réussi », lorsqu'un nouveau-né est admis en unité de soins intensifs. Dans ce contexte, la séparation précoce et prolongée d'avec la mère peut inhiber le réflexe de succion ; la SNN contribue à maintenir ce réflexe vital tout en offrant un effet apaisant face au stress intense.

Il convient de distinguer la succion non nutritive utilisée dans un cadre thérapeutique (notamment chez le prématuré, en milieu hospitalier) de l'usage parental à visée d'apaisement. De même, les effets peuvent différer selon qu'il s'agit d'une succion digitale ou d'une tétine, cette dernière étant généralement plus contrôlable et réversible.

Sur le plan physiologique, la SNN améliore l'organisation neuro-comportementale, soulage la douleur, favorise la digestion et contribue à une meilleure stabilité posturale². Elle participe également au développement oro-moteur, encore immature avant 34 semaines d'aménorrhée^{3,4}. Elle constitue donc un outil thérapeutique précieux pour soutenir la croissance ainsi que la maturation neurologique, motrice et comportementale des enfants prématurés⁵.

2.2. Effet sur la digestion, l'anxiété, la douleur et l'apaisement

Les stimulations oro-tactiles et oro-gustatives induites par la succion non nutritive exercent un effet apaisant et antinociceptif (inhibition de la perception de la douleur).

- **Stimulation oro-tactile** : elle améliore le métabolisme du glucose, optimise l'absorption du lait maternel et facilite la digestion via la stimulation du nerf vague. Plusieurs mécanismes physiologiques ont été proposés, notamment via l'activation du nerf vague et la libération d'endorphines^{5,6}. Toutefois, les preuves directes chez l'humain restent limitées et ces mécanismes doivent être considérés comme plausibles mais non formellement établis.
- **Stimulation oro-gustative** : elle induit la libération d'endorphines, hormones naturelles aux effets antalgiques, anxiolytiques et sédatifs. Ces effets sont majorés par l'ingestion de solutions sucrées, comme le lactose présent dans le lait maternel ou les préparations pour nourrissons¹.

L'effet synergique des stimulations oro-tactiles et oro-gustatives justifie l'utilisation d'une tétine associée au glucose dans un contexte d'interventions douloureuses, en particulier chez les nouveau-nés prématurés^{6,7}. Cet usage doit toutefois rester strictement limité au contexte douloureux et anxiogène des soins en néonatalogie. Les organismes de référence tels que l'*European Academy of Paediatric Dentistry* rappellent en 2025 que les tétines trempées dans du miel ou du sucre favorisent directement la survenue de caries de la petite enfance.

Le rôle de la tétine dans la régulation émotionnelle fait encore l'objet de débats. Si elle peut constituer un outil d'apaisement efficace à court terme, certaines données suggèrent qu'un usage prolongé et systématique pourrait limiter le développement de stratégies d'auto-régulation plus autonomes. Le lien avec l'attachement parent-enfant reste toutefois insuffisamment documenté.

Ce rôle apaisant de la tétine pourrait, d'une certaine manière, contribuer à prévenir certaines formes de maltraitance liées aux pleurs excessifs ou prolongés, susceptibles d'accroître le stress parental, comme le syndrome du bébé secoué⁸.

R-II.1/A : Afin d'éviter le risque de caries de la petite enfance, la tétine ne doit pas être trempée dans du miel, du sucre ou toute autre solution sucrée.

2.3. Rôle protecteur vis-à-vis de la mort inattendue du nourrisson

La mort inattendue du nourrisson (MIN), définie comme le décès subit d'un nourrisson entre un mois et un an sans cause identifiée malgré une enquête approfondie, constitue la principale cause de décès chez les enfants de moins d'un an en France, avec 250 à 350 cas par an. La majorité des décès (75 %) surviennent avant l'âge de six mois⁹.

Les facteurs de risque sont multiples : position de sommeil inadaptée, partage de lit dans le cadre du « cododo »*, matelas mou, tabagisme passif, etc. Malgré les campagnes de prévention (notamment par l'*American Academy of Pediatrics*), près de 50 % des cas de MIN restent évitables à ce jour.

La revue australienne de 2014, coordonnée par les groupes de travail de l'*International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death (ISPID)*¹⁰, révèle une association forte et reproductible entre absence de tétine au dernier sommeil et risque accru de mort inattendue du nourrisson, sans toutefois pouvoir établir le mécanisme exact de son action. Elle incite à harmoniser les recommandations et à sécuriser les mesures de sommeil. L'utilisation de la tétine lors des siestes et du coucher figure parmi les facteurs associés à une réduction du risque de MIN, au sein de 17 autres recommandations¹¹. Dans une mise au point très récente, l'*American Academy of Pediatric Dentistry*¹² recommande clairement l'usage de la tétine pendant le sommeil jusqu'à l'âge d'un an, suggérant qu'elle est un facteur protecteur contre la MIN, ce que préconisait déjà l'*American Academy of Pediatrics (Moon)*. La Société Canadienne de Pédiatrie¹³ ainsi que la Société Espagnole de Pédiatrie (*PrevInfad workgroup-Spanish Association of Primary Care Pediatrics*)¹⁴ recommandent de « réfléchir avant de déconseiller systématiquement l'usage de la tétine » durant la première année. Plusieurs études épidémiologiques confirment cet effet protecteur avec une réduction du risque pouvant atteindre 90 %. La tétine pourrait donc être une stratégie additionnelle de réduction du risque notamment dans des contextes défavorables¹⁵ mais cette protection semble valable même en l'absence de facteurs de risque environnementaux identifiés, et elle persiste si l'enfant perd sa tétine au cours du sommeil (nuit ou sieste).

R-II.2/A : Compte tenu de ses attendus sur la santé globale du nourrisson et de son rôle en tant que l'un des facteurs protecteurs vis-à-vis de la mort inattendue du nourrisson, l'usage de la tétine ne doit pas être systématiquement déconseillé notamment pendant les temps de sommeil, durant les premiers mois de vie, jusqu'à la fin de la première année.

Il est important de souligner que l'effet protecteur de la tétine s'inscrit dans une stratégie globale de prévention. Les mesures majeures restent la position dorsale et un environnement de sommeil sécurisé. La tétine constitue un facteur protecteur complémentaire, et non substitutif.

* Attention au terme « Cododo » : si le partage de chambre est protecteur, le partage de lit est dangereux.

Références (partie 2)

1. Winberg J. Pacifier-partner or peril? *Acta Paediatr* 1999;88(11):1177-1179.
2. Vu-Ngoc H, Uyen NCM, Think OP, *et al.* Analgesic effect of non-nutritive sucking in term neonates: a randomized controlled trial. *Pediatr Neonol* 2020;61(1):106-113.
3. Senez C. Les troubles de la succion. In : Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition. Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck Supérieur, 2020, p. 97-117.
4. Réseau de Périnatalité Occitanie. Naître et grandir en Languedoc-Roussillon. Fiche 16 La sucette : faire le point pour informer les parents. Montpellier, 2013.
5. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD001071.
6. Lubbe W, Ten Ham-Baloyi W. When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):130.
7. Campos RG. Rocking and pacifiers: two comforting interventions for heelstick pain. *Res Nurs Health* 1994;17(5):321-331.
8. Junier H. L'usage de la tétine à la lumière de la science. *J Pédiatr Puéric* 2024;37(4):255-262.
9. Santé Publique France. Mort inattendue du nourrisson. [Internet]. 2022. [cité le 15 décembre 2025]. Disponible sur <https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/mort-inattendue-du-nourrisson/le-syndrome/#tabs>.
10. Horne RSC, Hauck FR, Moon RY, L'hoir MP, Blair PS. Physiology and Epidemiology Working Groups of the International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death. Dummy (pacifier) use and sudden infant death syndrome: potential advantages and disadvantages. *J Paediatr Child Health* 2014;50(3):170-174.
11. Moon RY. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128(5):1030-1039.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Pacifiers. [Internet]. Revised 2024. [Cité le 15 Décembre 2025]. Disponible sur: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_on-pacifiers.pdf.
13. Société Canadienne de Pédiatrie. Les recommandations sur l'usage des sucettes. *Paediatr Child Health* 2003;8(8):523-528.
14. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]. Madrid: AEPap ;2016 [consulté 28 nov 2025]. Disponible sur: https://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_smsl.pdf.
15. Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J* 2012;16(3):609-614.

3. Quels sont les effets indésirables de la tétine ?

3.1. Quels sont les risques pour la santé en général ?

3.1.1. Gêne à l'allaitement

Les tous premiers jours de vie sont déterminants pour l'installation d'un allaitement efficace. L'introduction trop précoce d'une tétine, avant la mise en place complète de la lactation, peut entraîner une confusion sein-tétine. En effet, les mécanismes de succion diffèrent : la succion nutritive au sein exige un effort soutenu et lent, alors que la succion non nutritive est plus rapide et passive. Cette confusion peut nuire à l'efficacité de la prise du sein et compromettre l'allaitement, par le phénomène dit de « *confusion du mamelon* »¹.

Par ailleurs, une introduction précoce de la tétine peut réduire la stimulation mécanique du mamelon, essentielle au maintien de la sécrétion lactée. Ce déficit de stimulation peut aboutir à une diminution progressive de la lactation, voire à un sevrage prématuré².

L'Organisation mondiale de la Santé³ recommande de retarder l'introduction de la tétine jusqu'à trois à quatre semaines de vie, le temps que l'allaitement soit bien établi⁴. La Société canadienne de pédiatrie, de son côté, suggère même d'attendre quatre à six semaines, afin de minimiser toute interférence avec les apprentissages liés à l'allaitement⁵. Si ces précautions sont prises, l'utilisation de la tétine ne réduit pas la prévalence ni la durée de l'allaitement, au moins jusqu'à quatre mois⁶.

Des méta-analyses récentes suggèrent que l'utilisation de la tétine, lorsqu'elle est introduite après l'établissement de l'allaitement, n'a pas d'impact significatif sur sa durée ou sa prévalence².

R-III.1/A : Afin d'initier et préserver l'allaitement, il est recommandé de ne pas introduire la tétine avant la 3^e à la 6^e semaine de vie, c'est-à-dire lorsque la lactation est bien établie (sauf en cas de prématurité ou de séparation mère-enfant justifiant un recours plus précoce).

3.1.2. Risque de dépendance

Le circuit de la récompense, reposant notamment sur la libération de dopamine, est un réseau neuronal physiologique qui motive la répétition de comportements essentiels à la survie, tels que l'alimentation ou l'hydratation. La libération de dopamine induit une sensation de plaisir qui renforce ces comportements. Les substances ou comportements addictifs détournent ce système en le suractivant, générant un plaisir intense artificiel et favorisant la répétition du comportement⁷.

La succion non nutritive, activité primordiale chez le nouveau-né, favorise l'entraînement de la succion nutritive et contribue à la survie. Elle procure également un auto-apaisement en participant à la régulation émotionnelle et au confort du nourrisson⁸. La tétine active les circuits de récompense cérébraux par la libération d'endorphines, induisant un état de détente et de bien-être. Bien que l'usage de la tétine ne relève pas d'une addiction au sens strict, cette régulation émotionnelle peut, à terme, induire une dépendance comportementale. Un recours prolongé et systématique à la tétine comme modalité d'apaisement peut compliquer le sevrage et être associé à une moindre maturation des compétences émotionnelles et des stratégies de régulation spontanée des émotions^{9,10}.

3.1.3. Otite moyenne aiguë

L'usage prolongé de la tétine est associé à un risque accru d'otite moyenne aiguë (OMA), dès trois à six mois¹¹. Deux mécanismes principaux sont impliqués :

- Contamination directe : la tétine, objet souvent manipulé, peut devenir un vecteur de micro-organismes pathogènes ;
- Dysfonctionnement de la trompe d'Eustache : la succion répétée modifie la pression dans l'oreille moyenne, favorisant le reflux de sécrétions nasopharyngées et altérant le drainage physiologique. Ce déséquilibre compromet le drainage naturel de l'oreille moyenne, facilitant l'accumulation de liquide et la prolifération bactérienne.

L'utilisation de la tétine au-delà de 12 mois augmente significativement le risque d'OMA^{12,13}. Le risque est corrélé à la durée quotidienne et à la fréquence d'utilisation de la tétine¹⁴.

3.1.4. Troubles de l'élocution et de la déglutition

L'usage prolongé de la tétine favorise la persistance de la déglutition primaire*, caractérisée par l'interposition de la langue entre les arcades. Cette déglutition doit progressivement évoluer vers une déglutition mature, où la langue se positionne correctement au palais, sans interposition inter-arcades, dès l'éruption des dents antérieures.

En cas de persistance de la déglutition primaire, des troubles fonctionnels peuvent apparaître, entraînant des perturbations dento-alvéolaires et des difficultés d'élocution. Dans ces situations, une prise en charge complémentaire, orthophonique ou kinésithérapique, peut alors s'avérer nécessaire.

Un usage fréquent de la tétine en période d'éveil limite les occasions de babillage, étape essentielle dans l'apprentissage du langage. La présence de la tétine en bouche réduit les capacités du nourrisson à émettre des sons, ce qui pourrait retarder le développement phonatoire. Si une utilisation quasi constante a des répercussions évidentes sur le développement du langage, la forte corrélation entre une utilisation modérée de la tétine et des troubles de la phonation n'a pas pu être démontrée¹⁵⁻¹⁷.

R-III.2/C : Pour limiter les effets indésirables, l'usage de la tétine doit être réservé aux moments de siestes, au coucher, ainsi qu'aux situations d'apaisement ou de douleur. Elle ne doit pas être proposée systématiquement.

R-III.3/B : Un sevrage progressif est recommandé à partir de l'âge de 12 mois, afin de limiter le risque d'otites, de dépendance et de troubles oro-faciaux ou du langage.

* Les différents types de déglutition :

- *Déglutition primaire ou infantile* : elle est normale chez le nourrisson et le très jeune enfant et sera considérée comme pathologique au-delà. Elle est favorisée par la succion d'un doigt ou d'une tétine. Elle se caractérise par une poussée ou une interposition de la langue entre les arcades dentaires, l'absence de contact dentaire et la contraction des muscles des lèvres et des joues.
- *Déglutition secondaire ou mature* : la mise en fonction des incisives et des canines définitives permet de contribuer à l'achèvement d'une maturation de la déglutition. La déglutition secondaire se fait lèvres jointes et non contractées, arcades en occlusion, langue contenue à l'intérieur des arcades, avec pointe de la langue en appui sur le palais antérieur et avec la base de la langue au contact du voile.

3.1.5. Tétines et infections

Les tétines sont fréquemment colonisées par divers micro-organismes, mais l'impact clinique de cette colonisation reste débattu. Une étude menée auprès d'enfants en bonne santé¹⁸ a montré une colonisation plus importante par *Candida* chez les utilisateurs de tétine. Par ailleurs, in vitro, *Candida albicans* adhère davantage aux tétines en latex qu'à celles en silicone, probablement en raison d'une différence de rugosité de surface¹⁹.

L'étude longitudinale Avon, menée aux États-Unis et au Royaume-Uni incluant plus de 10 000 nourrissons²⁰, a montré que la succion digitale augmentait davantage le risque infectieux que l'usage de la tétine. Le risque le plus élevé était observé lorsque les deux comportements étaient associés (tétine OR 1,07 ; doigt OR 1,18 ; combinaison : OR 1,46).

Bien qu'une étude microbiologique portant sur 40 tétines usagées ait retrouvé des micro-organismes (le plus fréquent étant le *Streptocoque pyogenes*, groupe A bêta-hémolytique) sur 52,5 % d'entre elles, ces dernières n'étaient pas porteuses des agents pathogènes les plus fréquemment responsables d'otites moyennes²¹.

Sur la base de ces données, la tétine constitue un vecteur passif potentiel^{22,23}, mais son rôle dans la survenue d'infections demeure limité lorsque les règles d'hygiène sont respectées. Un entretien et un nettoyage appropriés et réguliers, ainsi qu'un remplacement fréquent des tétines limitent la contamination et doivent toujours être recommandés.

R-III.4/B : Il est recommandé de maintenir la tétine propre et de la remplacer régulièrement afin de limiter le risque de contamination de micro-organismes et d'ingestion de parties altérées par l'usure.

Références (partie 3.1)

- Orovou E, Tziritidou-Chatzopoulou M, Dagla M, Eskitizis P, Palaska E, Iliadou M, *et al.* Correlation between Pacifier Use in Preterm Neonates and Breastfeeding in Infancy: A Systematic Review. *Children (Basel)* 2022;9(10):1585.
- Tolppola O, Renko M, Sankilampi U, Kiviranta P, Hintikka L, Kuitunen I. Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr* 2022;181(9):3421-3428.
- World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: WHO, 2004.
- World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services (Les dix étapes pour un allaitement réussi). Geneva: WHO, 1989.
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding, Eidelman AI, Schanler RJ, *et al.* Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827-e841.
- Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(8):CD007202.
- Inserm. Addictions [Internet]. Paris: Inserm; 2020 [cité 28 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr>.
- Winberg J. Pacifier-partner or peril? *Acta Paediatr* 1999;88(11):1177-1179.
- Junier H. L'usage de la tétine à la lumière de la science. *J Pédiatr Puéric* 2024;37(4):255-262.
- Niedenthal PM, Augustinova M, Rychlowska M, Droit-Volet S, Zinner L, Knafo A, *et al.* Negative relations between pacifier use and emotional competence. *Basic Appl Soc Psychol* 2012;34(5):387-394.
- Uhari M, Mantysanri K, Niemelä M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis* 1996;22:1079-1083.
- Société Canadienne de Pédiatrie. Les recommandations sur l'usage des sucettes. *Paediatr Child Health* 2003;8(8):523-528.
- Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, *et al.* Clinical practice guideline: The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013;131(3):e964-e999. Errata: *Pediatrics* 2014;133(2):346-347.
- Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 2000;106(3):483-488.
- Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs* 2012;27(6):690-699.
- Burr S, Harding S, Wren Y, Deave T. The relationship between feeding and non-nutritive sucking behaviours and speech sound development: a systematic review. *Folia Phoniatr Logop* 2021;73(2):75-88.
- Strutt C, Khattab G, Willoughby J. Does the duration and frequency of dummy (pacifier) use affect the

- development of speech? Int J Lang Commun Disord 2021;56(3):512-527.
18. Darwazeh AM, al-Bashir A. Oral candidal flora in healthy infants. J Oral Pathol Med 1995;24(8):361-364.
 19. da Silveira LC, Charone S, Maia LC, Soares RM, Portela MB. Biofilm formation by Candida species on silicone surfaces and latex pacifier nipples: an in vitro study. J Clin Pediatr Dent 2009;33(3):235-240.
 20. North Stone K, Fleming P, Golding J. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. Early Hum Dev 2000;60(2):137-148.
 21. Brook I, Gober AE. Bacterial colonization of pacifiers of infants with acute otitis media. J Laryngol Otol 1997;111(7):614-615.
 22. Salah M, Abdel-Aziz M, Al-Farok A, Jebrini A. Recurrent acute otitis media in infants: analysis of risk factors. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2013;77(10):1665-1669.
 23. Warren JJ, Levy SM, Kirchner HL, et al. Pacifier use and the occurrence of otitis media in the first year of life. Pediatr Dent 2001;23(2):103-107.

3.2. Quels sont les risques et l'impact au niveau du développement oro-facial ?

3.2.1. Rôle de la langue et de la déglutition sur la croissance

La langue joue un rôle central dans de nombreuses fonctions vitales (suction-déglutition, mastication, perception gustative, phonation), mais aussi dans la croissance et la morphogénèse oro-faciale. Organe puissant composé de 17 muscles, elle possède, selon l'âge, une importance fonctionnelle indéniable et exerce une influence mécanique déterminante sur les structures qui l'entourent¹. Tout déséquilibre, qu'il soit volumétrique (macroglossie ou microglossie) ou positionnel (interposition linguale, posture basse ou haute), est susceptible de générer des forces perturbatrices influençant la croissance maxillo-mandibulaire, les rapports inter-arcades et la position dentaire.

La langue intervient dans deux types de déglutition :

- Déglutition alimentaire (liquides et solides) ;
- Déglutition salivaire, qui se produit spontanément 1 500 à 2 000 fois par jour².

La répétition de ces pressions exerce une action morphogénique majeure, influençant progressivement la croissance oro-faciale. Une déglutition dysfonctionnelle (avec interposition linguale), lorsqu'elle persiste au-delà de l'âge physiologique, peut perturber l'équilibre oro-facial et entraîner des malocclusions, des troubles de l'élocution et une croissance faciale dysharmonieuse³.

Ce lien étroit entre fonction et structure est illustré par le couloir dit de Château, représentant l'équilibre des forces linguo-buccales s'exerçant sur les arcades dentaires⁴.

3.2.2. Malocclusions associées à l'usage prolongé de la tétine et âge optimal du sevrage

Les effets indésirables de la tétine sont fortement dépendants de la durée totale d'exposition, de la fréquence quotidienne d'utilisation et du contexte d'usage (nocturne vs diurne continu). Un usage limité (endormissement, réconfort ponctuel) semble associé à un risque nettement moindre qu'un usage prolongé et systématique. Plusieurs études cliniques et revues systématiques rapportent une association significative entre une suction prolongée de la tétine (au-delà de 36 à 48 mois) et l'apparition de diverses malocclusions affectant les trois dimensions de l'espace : transversale, verticale et antéro-postérieure^{3,5,6}.

3.2.2.1. Dimension verticale : infraclusion antérieure

- L'infraclusion antérieure est fréquemment liée à l'interposition mécanique d'un objet entre les arcades dentaires.
- L'utilisation prolongée de la tétine augmente significativement ce risque. Selon les auteurs, le risque s'accroît soit dès 36 mois^{3,5-7,9,10-14}, soit au-delà de 48 mois d'utilisation¹⁵.
- La Société Canadienne de Pédiatrie recommande de limiter l'usage de la tétine aux moments du coucher et de réconfort, et d'en prévoir l'arrêt entre 3 et 4 ans afin de prévenir les dysmorphoses¹⁶.
- Plusieurs études (de niveau de preuve modéré) indiquent qu'une correction spontanée est possible si le sevrage est réalisé avant trois à quatre ans^{5,7}.

- La forme ronde (forme cerise) des tétines serait particulièrement impliquée dans l'infraclusion, en raison de son effet d'écartement passif des arcades¹⁷.
- Les données disponibles suggèrent que la succion prolongée peut exacerber des prédispositions anatomiques existantes¹⁸.

R-III.5/B : Il est recommandé de ne pas utiliser la tétine au-delà de 36 mois, pour ne pas provoquer d'infraclusion antérieure et pouvoir en espérer une correction partielle ou totale spontanée.

R-III.6/C : Les tétines à bout rond, davantage associées à l'infraclusion antérieure, sont déconseillées.

3.2.2.2. Dimension transversale : occlusion inversée postérieure

L'usage prolongé de la tétine est également associé à une diminution de la largeur maxillaire, entraînant un défaut de développement transversal du palais. Cette altération favorise l'apparition d'une occlusion inversée postérieure (OIP), unilatérale ou bilatérale. Une étude transversale menée en Inde au début des années 2010 sur 415 enfants âgés de quatre à six ans¹⁹, ainsi qu'une autre menée à Séville sur 1 297 enfants de trois à six ans durant la même période²⁰, ont montré que la SNN constitue un facteur déterminant dans la relation entre la durée d'utilisation et la réduction des diamètres transversaux intra-arcades, conduisant à une prévalence accrue d'OIP.

La succion prolongée perturbe en effet le rôle morphogénique de la langue : sa position basse empêche la stimulation latérale du palais, tandis que la pression centripète exercée par les joues accentue le rétrécissement transversal. En revanche, la largeur inter-canine mandibulaire n'est pas affectée par une posture abaissée de la langue. Les travaux de Larsson confirment également la forte prévalence d'occlusions inversées postérieures en cas de SNN^{10,21,22}.

- D'autres auteurs ont clairement montré que l'utilisation de la tétine est significativement associée à la présence d'une OIP^{3,5-8,11-13,23}.
- Le risque d'OIP est majoré au-delà de 36 mois d'usage²⁴.
- Cette malocclusion peut se compliquer d'un décalage des milieux interincisifs²⁵⁻²⁸.

R-III-7/B : Pour limiter le risque d'occlusion inversée postérieure, il est recommandé d'arrêter l'usage de la tétine avant 18 mois.

R-III.8/A : Une consultation orthodontique est indiquée dès l'apparition de l'occlusion inversée postérieure.

3.2.2.3. Dimension antéro-postérieure : surplomb incisif et prédisposition à la classe II d'Angle

Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'établir formellement une relation de causalité entre la succion de la tétine et les malocclusions de la dimension antéro-postérieure (classe II d'Angle, surplomb incisif augmenté). Certains travaux de faible niveau de preuve suggèrent une association possible, mais l'augmentation du surplomb incisif et la tendance à la classe II d'Angle semblent davantage associées à une succion digitale qu'à l'usage de la tétine^{23,25}.

Points clés :

- Une augmentation du surplomb incisif est parfois observée chez les enfants utilisateurs de tétine au long cours (> 36 mois)^{29,30}.
- Le manque d'études longitudinales robustes empêche, à ce stade, de confirmer une association solide.

3.2.2.4. Comparaison des malocclusions engendrées par les doigts et par la tétine

La succion non nutritive, qu'elle concerne la tétine ou un doigt, peut entraîner des malocclusions similaires avec des conséquences morpho-fonctionnelles variables selon le mode et la durée de l'habitude^{31,32}. Cependant, la succion digitale présente des caractéristiques cliniques souvent plus marquées et plus difficiles à corriger. En effet, la pression digitale est généralement plus localisée, intense, rigide et moins symétrique que celle induite par une tétine, ce qui accentue les déformations des arcades dentaires et perturbe la posture linguale. Ainsi, plusieurs études ont montré que l'infraclusion antérieure est souvent plus sévère en cas de succion digitale, avec une association plus fréquente à des classes II squelettiques ou à une latérodéviations mandibulaire^{10,33}. Certaines études évoquent également des modifications du profil facial chez les enfants présentant une succion digitale prolongée, sans preuve suffisante d'un lien causal avec une classe III squelettique¹¹.

En termes de prise en charge, les malocclusions liées au pouce sont généralement plus longues à corriger que celles induites par la tétine, car elles s'installent plus précocement dans le développement et s'interrompent généralement plus tardivement. Par ailleurs, le sevrage de la succion digitale est souvent plus tardif et plus difficile à obtenir, en raison de son puissant rôle auto-apaisant et du lien affectif que l'enfant entretient avec ce geste, contrairement à la tétine, qui peut être retirée par un adulte^{34,35}.

Les sociétés savantes et documents de consensus soulignent que l'habitude de tétine est en général plus facile à interrompre que la succion digitale, cette dernière étant plus tenace et plus fréquemment persistante au-delà de sept ou huit ans³⁶.

R-III.9/AE : Chez l'enfant ressentant un besoin de succion persistant, il est recommandé de privilégier une tétine (avec un usage encadré et limité dans le temps) plutôt qu'une succion digitale, afin de faciliter le sevrage et de limiter le risque de malocclusions, notamment l'infraclusion antérieure et les malocclusions de classe II d'origine squelettique.

R-III.10/AE : Chez l'enfant présentant une succion digitale persistante et résistante aux mesures d'accompagnement classiques, il est recommandé d'évaluer la présence de difficultés psycho-émotionnelles ou comportementales et, le cas échéant, d'orienter l'enfant vers une consultation spécialisée, notamment en pédopsychiatrie.

3.2.2.5. Évolution spontanée après l'arrêt de la tétine

Plusieurs travaux confirment que l'infraclusion antérieure régresse spontanément si la tétine est arrêtée avant trois ans^{3,5,7,14,15,23,24}. En revanche, une étude indique que, pour éviter l'apparition d'une occlusion inversée postérieure, il est préférable de supprimer l'usage de la tétine avant l'éruption des canines temporaires, soit avant 18 mois²⁸. Globalement, les malocclusions semblent davantage corrélées à la durée totale d'usage de la tétine qu'à sa fréquence d'utilisation quotidienne^{25,37}. Si les régressions spontanées sont possibles, au-delà de trois à quatre ans, les anomalies tendent à se stabiliser ou à s'aggraver, en raison de l'ossification progressive des bases squelettiques et/ou fixation des schémas dysfonctionnels³⁸.

Un sevrage précoce (vers 12 mois) permet à l'environnement oro-facial de retrouver progressivement un équilibre fonctionnel, sans intervention thérapeutique³⁹.

Une prise en charge orthodontique devient souvent nécessaire après six ans, notamment en cas d'infraclusion antérieure persistante, d'occlusion inversée postérieure et/ou de troubles oro-myo-fonctionnels associés.

Ainsi, le sevrage de la succion non nutritive doit être envisagé précocement, idéalement entre 12 et 24 mois, avec un arrêt impératif avant l'âge de trois ans⁴⁰. Dès l'éruption des canines temporaires, une réduction progressive de l'usage doit être encouragée afin de limiter les effets sur l'occlusion et le développement oro-facial²⁸.

Il convient toutefois de rester vigilant face à un sevrage trop précoce et contraint de la tétine, qui pourrait induire une substitution par la succion digitale, souvent plus difficile à interrompre. Dans certains cas, le maintien de la tétine au-delà de 14 mois pourrait ainsi prévenir l'installation d'une succion du doigt prolongée et plus tenace⁴¹.

R-III.11/B : Afin de favoriser une réversibilité spontanée de l'infraclusion antérieure, la succion non nutritive doit être arrêtée impérativement avant l'âge de trois ans.

R-III.12/B : Pour prévenir les malocclusions, notamment dans la dimension transversale, un sevrage précoce est à privilégier entre un et deux ans.

Références (partie 3.2)

- Lee YS, Ryu J, Baek SH, Lim WH, Yang IH, Kim TW, *et al.* Comparative analysis of the differences in dentofacial morphology according to the tongue and lip pressure. *Diagnostics (Basel)* 2021;11(3):503-505.
- Renault F. La déglutition, sa physiologie et ses anomalies. *Motricité Cérébrale Réadaptation Neurologie du Développement. EM-Consult* 2003;24:41-48.
- Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121(4):347-356.
- Tsang Tung, M, Makaremi M, de Brondeau F. Environnement neuro-musculaire et stabilité de l'expansion maxillaire transversale. *Rev Orthop Dento-Faciale* 2017;(3):399-412.
- Adair SM, Milano M, Lorenzo I, *et al.* Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Pediatr Dent* 1995;17(7):437-444.
- Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, *et al.* The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Prog Orthod* 2018;19(1):8.
- Geder A, Coomarawamy K, Turner JP. Pacifiers: A review of risks vs benefits. *Dent Update* 2013;40(2):92-101.
- Bueno SB, Bittar TO, Vazquez FL, *et al.* Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusion in preschoolers. *Dental Press J Orthod* 2013;18(1):30.e1-30.e6.
- Germa A, Clement C, Weissenbach M, *et al.* Early risk factors for posterior crossbite and anterior open bite in the primary dentition. *Angle Orthod* 2016;86(5):832-838.
- Larsson E. Artificial sucking habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion. *Int J Orofacial Myology* 1994;20(1):10-21.
- Ling HTB, Sum FHK, Zhang L, *et al.* The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health* 2018;18(1):145.
- Zardetto CGC, Rodriguez CRMD, Stefani FM. Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children. *Pediatr Dent* 2002;24(6):552-560.
- Lima AADSJ, Alves CMC, Ribeiro CCC, Pereira ALP, Silva AAM, E Silva LFG, Thomaz EBAF. Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. *Int J Paediatr Dent* 2017;27(2):108-119.
- Duncan K, McNamara C, Ireland AJ. Sucking habits in childhood and effects on the primary dentition: Findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008;18(3):178-188.
- Verrastro AP, Stephani FM, Rodrigues CR, Wanderley MT. Occlusal and orofacial myofunctional evaluation in children with primary dentition, anterior open bite and pacifier sucking habit. *Int J Orofacial Myology* 2006;32(1):7-21.
- Société Canadienne de pédiatrie. Les sucettes (suces) [Internet]. Ottawa (ON) : Soins de nos enfants ; mise à jour juillet 2022 Consulté le 1 décembre 2025]. Disponible sur : <https://soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/pacifiers>.

17. Filippi C, Filippi A, Verna C. Traitement orthodontique du petit enfant au moyen d'une sucette ? Présentation d'une série de cas. *Swiss Dent J* 2015;125(9):965-970.
18. Lone IM, Zohud O, Midlej K, Paddenberg E, Krohn S, Kirschneck C, *et al.* Anterior open bite malocclusion: From clinical treatment strategies towards the dissection of the genetic bases of the disease using human and collaborative cross mice cohorts. *J Pers Med* 2023;13(11):1617.
19. Agarwal SS, Nehra K, Sharma M, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Association between breastfeeding duration, non-nutritive sucking habits and dental arch dimensions in deciduous dentition: a cross-sectional study. *Prog Orthod* 2014;15:59.
20. Aznar T, Galán AF, Marín I, Domínguez A. Dental arch diameters and relationships to oral habits. *Angle Orthod* 2006;76(3):441-445.
21. Larsson E. Effect of dummy-sucking on the prevalence of posterior cross-bite in the permanent dentition. *Swed Dent J* 1986;10(3):97-101.
22. Larsson E. The effect of finger-sucking on the occlusion: a review. *Eur J Orthod* 1987;9(4):279-282.
23. Montaldo L, Montaldo P, Pasquale P, *et al.* Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. *Int J Paediatr Dent* 2011;21(1):68-73.
24. Bishara SE, Warren JJ, Broffitt B, *et al.* Changes in the prevalence of non-nutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130(1):31-36.
25. Cenci VS, Marciel SM, Jarrus ME, *et al.* Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Braz Oral Res* 2015;29(1):1-7.
26. Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: A longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod* 2001;71(2):116-119.
27. Lopes Freire GM, Suarez de Deza JEE, Rodrigues IC, *et al.* Non-nutritive sucking habits and their effects on the occlusion in the deciduous dentition in children. *Eur J Paediatr Dent* 2016;17(4):301-306.
28. Melink S, Vagner MV, Hocevar-Boltezar I. Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;138(1):32-40.
29. Nihi VSC, Maciel SM, Jarrus ME, Nihi FM, de Salles CLF, Pascotto RC, *et al.* Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Braz Oral Res* 2015;29(1):1-7.
30. Caleza-Jiménez C, Rodríguez Romero I, Ribas-Perez D, Biedma-Perea M. Influence of the physiological pacifier on the development of malocclusions in children: a scoping review. *Children (Basel)* 2024;11(11):1353.
31. Dođramacı EJ, Rossi-Fedele G. Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 2016;147(12):926-934.
32. Larsson E. Artificial sucking habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion. *Int J Orofacial Myology* 1994;20(1):10-21.
33. Warren JJ, Slayton RL, Bishara SE, Levy SM, Yonezu T, Kanellis MJ. Effects of non-nutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition. *Pediatr Dent* 2005;27(6):445-450.
34. Arpalahti I, Hänninen K, Tolvanen M, Varrelä J, Rice DP. The effect of early childhood non-nutritive sucking behavior including pacifiers on malocclusion: a randomized controlled trial. *Eur J Orthod* 2024;46(5):cjae024.
35. Maloney B, Leith R. An Update in Non-Nutritive Sucking Habit Cessation. *J Ir Dent Assoc* 2023;69(4).
36. British Orthodontic Society. Dummy and thumb sucking habits - Patient Information Leaflet. London: British Orthodontic Society, 2019.
37. Lima Vasquez F, Castro Meneghim M. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. *Dental Press J Orthod* 2013;18(1):1-6.
38. Canadian Dental Association. The ABC's of Caring for Your Child's Teeth. Ottawa: Canadian Dental Association, 1999:4.
39. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc* 2001;132:1685-1693.
40. American Dental Association. Your Child's Teeth. Chicago: American Dental Association, 2002:6.
41. Fukumoto E, Fukumoto S, Kawasaki K, Furugen R, Kitamura M, Kawashita Y, *et al.* Cessation age of breast-feeding and pacifier use is associated with persistent finger-sucking. *Pediatr Dent* 2013;35(7):506-509.

4. Comment accompagner l'enfant dans le sevrage ?

Les stratégies de sevrage reposent en partie sur des données issues de la littérature scientifique, mais également sur des pratiques empiriques validées par l'expérience clinique, en raison du nombre limité d'études interventionnelles robustes dans ce domaine.

4.1. En première intention

L'approche comportementale, douce et positive, est à privilégier. Le sevrage peut être initié soit spontanément par l'enfant, soit avec l'aide de l'entourage¹.

Les interventions basées sur le renforcement positif (valorisation de l'effort, récompenses, lectures adaptées, calendrier de sevrage personnalisé) sont préférables au renforcement négatif (critiques, contraintes), ce dernier pouvant générer un rapport de force et prolonger l'habitude^{2,3}.

La ludification du processus, à travers des contes, des jeux et des albums jeunesse thématiques, peut se révéler utile. Une réduction progressive des contextes d'utilisation est recommandée : en limitant la tétine aux seuls moments de sommeil ou de réconfort intense. L'implication de l'enfant dans le processus décisionnel favorise la réussite. Des rituels symboliques comme le don de la tétine au « Père Noël », à un personnage préféré ou dans un « arbre à tétines », sur le modèle scandinave des « suttertræers », permettent de transformer une rupture en un rituel de passage valorisant et positif.

Le recours à des objets transitionnels sans succion (doudous ou peluches sensoriellement investies) peut faciliter le processus.

R-IV.1/AE : Une approche de sevrage progressive et positive est à recommander en première intention.

4.2. Point de vigilance

Le risque de récurrence est accru en cas de sevrage trop précoce ou trop brutal, en particulier chez les enfants très anxieux ou ayant un fort attachement à la succion⁴.

Une vigilance particulière doit être portée aux enfants présentant un antécédent de prématurité, des troubles oto-rhino-laryngologiques (ORL) récidivants ou des retards de développement oro-facial.

Une alternance entre des approches positives (éducation, encouragement, valorisation) et des stratégies plus directives doit pouvoir être envisagée, en fonction de l'âge de l'enfant, de son adhésion et du contexte, afin d'optimiser l'efficacité de l'accompagnement.

R-IV.2/AE : Un sevrage trop précoce ou brutal de la tétine est déconseillé en raison du risque accru de récurrence, ou de report vers une succion digitale, notamment chez les enfants anxieux ou présentant des facteurs de vulnérabilité.

4.3. En cas d'échec

En cas d'échec de l'approche comportementale :

- Des dispositifs médicaux incitatifs peuvent être proposés, avec l'accord de l'enfant (par exemple, des dispositifs orthodontiques simples de rappel) ;
- La décision doit prendre en compte la maturité psychologique de l'enfant, ainsi que le contexte émotionnel (niveau d'anxiété, situations de stress, fragilités familiales) ;
- Un accompagnement psychologique peut être indiqué en cas d'attachement marqué ou de résistance au sevrage.

R-IV.3/AE : En cas d'échec de l'approche comportementale, un dispositif médical incitatif peut être envisagé, avec l'accord de l'enfant et en tenant compte de son contexte psychologique.

Références (partie 4)

1. Marter A, Agruss JC. Pacifiers: An update on use and misuse. *J Spec Pediatr Nurs* 2007;12(4):278-285.
2. Borrie FR, Bearn DR, Innes NP, Iheozor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(3):CD008694.
3. Augustyn M, Frank DA, Zuckerman BS. Infancy and toddler years. In: Carey WB, Crocker AC, Elais ER, Feldman HM, Coleman WL, editors. *Developmental-Behavioral. Pediatrics*. 4th ed. Philadelphia (PA): Saunders, 2009:55.
4. Fukumoto E, Fukumoto S, Kawasaki K, *et al.* Cessation age of breastfeeding and pacifier use is associated with persistent finger-sucking. *Pediatr Dent* 2013;35(7):506-509.

5. Quelles sont les recommandations de « bon usage » et les modalités d'utilisation de la tétine ?

La question centrale est de trouver un équilibre entre la valorisation des attendus démontrés de la tétine dans les premiers mois de vie et la mise en œuvre des stratégies de prévention, visant à limiter les conséquences indésirables qui y sont associées, tout en respectant le développement psychoaffectif de l'enfant.

La majorité des études souligne que les problèmes sont observés quand l'usage de la tétine est :

- Trop prolongé (après 5 ans) ;
- Ou inadapté (tétine associée à une solution sucrée)^{1,2}.

RV-1/AE : Les professionnels de santé, et notamment les orthodontistes, doivent pouvoir délivrer une information sur l'usage sécuritaire et approprié de la tétine.

5.1. Bonnes pratiques générales

5.1.1. Utilisation

La bonne pratique consiste à introduire la tétine dès les premières semaines de vie, dans le cadre de l'endormissement ou du réconfort ponctuel, sans en faire un objet d'usage permanent. Il est essentiel de prévoir un sevrage progressif à partir de la fin de la première année, et au plus tard avant l'âge de trois ans, afin d'éviter l'installation durable de troubles occlusaux. Il convient de :

- Introduire la tétine dès les premières semaines de vie, principalement pour l'endormissement ou le réconfort ponctuel, sans en faire un objet utilisé en permanence et après établissement de la lactation ;
- Prévoir un sevrage progressif à partir de la fin de la première année, avec un arrêt avant trois ans, afin d'éviter l'installation durable de troubles occlusaux ;
- Limiter l'usage aux moments de sommeil ou de détresse émotionnelle ;
- Éviter l'usage diurne systématique ou prolongé ;
- Utiliser une tétine adaptée à la taille de la bouche, propre, et jamais enduite de substances sucrées pour éviter les caries de la petite enfance ;
- Assurer une hygiène rigoureuse par un entretien et un nettoyage quotidien, une désinfection appropriée et régulière ;
- Remplacer la tétine dès les premiers signes d'usure ;
- Ne pas porter la tétine à sa propre bouche avant de la redonner à l'enfant (risque de transmission bactérienne et virale) ;
- Ne jamais fixer la tétine à un cordon, une sangle ou un objet lourd (risque de strangulation).

RV-2/AE : La bonne attitude pourrait être résumée comme suit, en fonction de l'âge de l'enfant :

Âge	Recommandations
1-12 mois	Tétine admise avec un usage raisonné aux moments des siestes, au coucher, ainsi qu'en situations d'apaisement ou de douleur
12-18 mois	Début du sevrage
18-36 mois	Arrêt progressif. Sevrage à obtenir avant trois ans
> 3 ans	Fortement déconseillé – usage proscrit

5.1.2. Conseils de nettoyage

Les tétines doivent être nettoyées quotidiennement et désinfectées régulièrement.

La désinfection doit se faire régulièrement en se rapportant aux recommandations spécifiques du fabricant, afin de limiter la colonisation par *Staphylococcus*, *Candida albicans*, *Streptococcus mutans*³⁻⁵.

Il est interdit de nettoyer la tétine en la portant à sa propre bouche. Ce geste constitue un vecteur de transmission orale de pathogènes, notamment de *Streptococcus mutans*, bactérie impliquée dans l'étiologie de la carie de la petite enfance. Par ailleurs, cela favorise également la transmission d'agents viraux et bactériens responsables d'infections systémiques ou ORL (virus de l'herpès, virus des oreillons, cytomégalovirus, *Helicobacter pylori*, etc.)⁶⁻⁸.

RV-3/AE : Il convient de s'abstenir de porter les tétines à sa propre bouche avant de les redonner à l'enfant.

5.2. Existe-t-il un modèle de tétine à privilégier ?

5.2.1. Matériaux

Les tétines sont généralement fabriquées en silicone de qualité médicale ou en caoutchouc naturel (latex), deux matériaux aux caractéristiques distinctes.

- Le **silicone médical** est un matériau synthétique, propre, résistant, hypoallergénique et sans goût ni odeur. Il est idéal pour les bébés ayant une peau sensible ou présentant un risque d'allergie au latex. Il supporte bien la stérilisation et le vieillissement, et sa surface lisse facilite l'entretien.
- Le **caoutchouc naturel**, issu de la sève d'hévéa, est souple et élastique, et reproduit bien la sensation du sein maternel, ce qui peut favoriser son acceptation par les nourrissons allaités. Toutefois, il peut dégager une légère odeur, vieillit plus rapidement et doit être stocké à l'abri de la lumière et de la chaleur.

5.2.2. Conception

RV-4/AE : Il est recommandé de choisir une tétine :

- **En une seule pièce ;**
- **Munie d'une téterelle souple ;**
- **D'une collerette d'au moins 3,8 cm de diamètre, afin d'éviter qu'elle ne puisse être entièrement introduite dans la bouche et de prévenir tout risque d'ingestion accidentelle ;**
- **Dépourvue de sangle, de cordon ou de toute autre attache pouvant représenter un risque de strangulation.**

5.2.3. Impact orthodontique

La conception des tétines (orthodontique, classique ou physiologique), ainsi que celle de la collerette (classique ou évasée) varient selon les marques. Toutefois, toutes les tétines ont un **impact sur les dents et les maxillaires**, indépendamment de l'étiquetage « classique » ou « orthodontique »⁹.

Ainsi, près de 35 % des enfants utilisant une tétine, même qualifiée d'« orthodontique », présentent des malocclusions^{10,11}.

L'influence de la taille et de la forme des tétines sur la morphologie du palais a été étudiée¹¹⁻¹⁵. Des recherches récentes, basées sur des mesures biométriques visant à choisir la tétine la plus adaptée, montrent des résultats prometteurs^{11,16}.

Concernant les effets comparatifs :

- Une revue systématique de la littérature suggère que les tétines dites « orthodontiques » pourraient être associées à une moindre fréquence d'infraclusions antérieures par rapport aux tétines classiques¹⁷.
- L'étude observationnelle comparative transversale de Lima a montré que les tétines classiques sont associées à une plus grande prévalence d'infraclusions antérieures et d'occlusions inversées postérieures par rapport à un groupe témoin sans succion non nutritive¹³.
- Une étude observationnelle comparative n'a pas mis en évidence de différence significative entre types de tétines pour ce paramètre (orthodontiques *versus* classiques)¹⁸.
- Dans un essai prospectif randomisé, l'impact des tétines à col fin a été évalué chez des enfants d'âge moyen de 20 mois présentant une infraclusion antérieure et utilisant déjà une tétine classique¹⁹. Trois groupes ont été comparés : enfants poursuivant avec leur tétine classique initiale, enfant utilisant une tétine à col fin, et enfants n'utilisant plus du tout de tétine depuis au moins trois mois. Les résultats ont montré que la tétine à col fin entraînait une moindre aggravation de l'infraclusion par rapport à la tétine classique. Toutefois, aucun bénéfice n'a été observé en comparaison avec le groupe ayant totalement arrêté la tétine¹⁹.

Enfin, deux revues systématiques concluent que les preuves restent insuffisantes pour recommander les tétines dites « orthodontiques » comme moyen de prévention des malocclusions^{20,21}.

Il n'existe pas de preuve suffisante pour recommander une forme spécifique de tétine (« orthodontique », plate, col fin), même si les tétines à col fin semblent entraîner moins d'effets délétères.

Références (partie 5)

1. Peressini S. Pacifier use and early childhood caries: an evidence-based study of the literature. *J Can Dent Assoc* 2003;69(1):16-19.
2. European Academy of Paediatric Dentistry. Nutrition and tooth decay in infancy. Athens: EAPD, 2025.
3. Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs* 2012;27(6):690-699.
4. Nelson-Filho P, Louvain MC, Macari S, *et al*. Microbial contamination and disinfection methods of pacifiers. *J Appl Oral Sci* 2015;23(5):523-528.
5. Lopes DF, Fernandes RT, Medeiros YL, Apolonio ACM. Disinfection of pacifier focusing on *Candida albicans*. *Clin Pediatr (Phila)* 2019;58(14):1540-1543.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. Reference Manual (AAPD) 2010-2011;32(6):41-44.
7. Canadian Paediatric Society. Pacifiers (soothers) [Internet]. Caring for kids; 2022 Jul. [cited 2026 Jan 15].
8. Mayo Clinic Staff. Pacifiers: Are they good for your baby? [Internet]. Mayo Clinic, 2025 Jul 23 [cited 2026 Jan 15].
9. Caruso S, Nora A, Darvizeh A, *et al*. Poor oral habits and malocclusion after usage of orthodontic pacifiers: An observational study on 3-to 5-year-old children. *BMC Pediatr* 2019;19(1):294.
10. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, *et al*. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24-to 59-month-old children. *Pediatr Dent* 1995;17(7):437-444.
11. Tesini DA. Design, sizing and ergonomics of infant pacifiers: A biometric basis for pacifier fit. *Pediatr Nurs* 2022;48(1):36-41.
12. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviors and their effects

- on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121(4):347-356.
13. Lima AADSJ, Alves CMC, Ribeiro CCC, *et al.* Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. *Int J Paediatr Dent* 2017;27(2):108-119.
 14. Lindner A, Hellsing E. Cheek and lip pressure against the maxillary dental arch during dummy sucking. *Eur J Orthod* 1991;13(5):362-366.
 15. Levrini L, Merlo P, Paracchini L. Different geometric patterns of pacifiers compared on the basis of finite element analysis. *Eur J Paediatr Dent* 2007;8(4):173-178.
 16. Lee CL, Costello M, Tesini DA. Computational simulation of pacifier deformation and interaction with the palate. *Clin Exp Dent Res* 2021;7(5):884-887.
 17. Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, *et al.* The effect of pacifier sucking on orofacial structures: A systematic literature review. *Prog Orthod* 2018;19(1):8.
 18. Zardetto CGC, Rodriguez CRMD, Stefani FM. Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children. *Pediatr Dent* 2002;24(6):552-560.
 19. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Effect of a thin-neck pacifier on primary dentition: a randomized controlled trial. *Orthod Craniofac Res* 2016;19(3):127-136.
 20. Corrêa CC, Sallas Bueno MR, Pereira Lauris JB, *et al.* Interference of conventional and orthodontic nipples in system stomatognathic: a systematic review 2016. *CoDAS*. 2016;28(2):182-189.
 21. Medeiros R, Ximenes M, Massgnam C, *et al.* Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent* 2018;19(5):287-295.

« La tétine n'est pas à bannir, mais à utiliser avec discernement ».

Employée à bon escient, elle joue un rôle apaisant et constitue l'un des facteurs de protection vis-à-vis de la mort inattendue du nourrisson, durant la première année de vie. Toutefois, son usage prolongé **au-delà de deux à trois ans** constitue un facteur de risque avéré de malocclusion. La prévention repose sur **une information claire des parents**, un **dialogue bienveillant** et un **accompagnement progressif du sevrage**, afin de concilier les bénéfices précoces et la préservation de la santé bucco-dentaire à long terme. Le sevrage doit être initié vers 12 à 18 mois et impérativement obtenu avant 36 mois pour permettre une réversibilité spontanée des malocclusions.

Liens d'intérêts

Les participants à ce projet déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données publiées dans ces recommandations.

Annexe 1

Méthode d'élaboration et participants

1. Méthode d'élaboration

Ces recommandations ont été élaborées en s'appuyant sur plusieurs étapes :

- Cadrage du thème avec le comité de pilotage.
- Phase de revue systématique de la littérature et synthèse critique des données identifiées.
- Rédaction de l'argumentaire / version initiale des recommandations, concises et gradées selon les niveaux de preuve identifiés.
- Soumission à un groupe pluridisciplinaire d'experts (odontologues, orthodontistes, ODMF, stomatologues), discussion et validation des recommandations proposées à l'issue de la réunion de travail.
- Phase de lecture externe avec un groupe de lecture pluridisciplinaire dont chaque membre rend un avis consultatif, à titre individuel.
- Finalisation et diffusion.

Ces recommandations sont donc basées sur l'analyse des données identifiées dans la littérature scientifique, sur l'avis d'experts réunis en groupe de travail et sur la consultation d'un groupe de lecture.

Pour rappel, les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences des patients.

Les recommandations ont été formulées en tenant compte du niveau de preuve des données disponibles, allant d'études observationnelles à des revues systématiques. Lorsque les données étaient limitées ou hétérogènes, les recommandations reposent sur un accord d'experts.

1.1. Rédaction de l'argumentaire scientifique et des recommandations

La rédaction de l'argumentaire scientifique et des recommandations a été menée conformément au guide « Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris : ANAES/HAS, 2000 ».

Le développement et la rédaction des RBP ont eu lieu entre février 2025 et avril 2026.

Elle est basée sur une synthèse critique, concise et hiérarchisée de la littérature, avec mention des niveaux de preuve. En l'absence de littérature, les recommandations ne sont pas gradées mais fondées sur un accord professionnel (cf. [Tab. 1](#)).

L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Tableau 1. Gradation des recommandations émises.

Grade des recommandations	
A	<p>Preuve scientifique établie</p> <p>Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.</p>
B	<p>Présomption scientifique</p> <p>Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.</p>
C	<p>Faible niveau de preuve</p> <p>Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoin (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).</p>
AE	<p>Accords d'experts</p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.</p>

1.2. Recherche documentaire

Les banques de données bibliographiques (PubMed, Cochrane, Banque de données en santé publique ou BDSP) ont été consultées, ainsi que de très nombreux sites internet de différents organismes internationaux (autorités sanitaires et agences d'évaluation, sociétés savantes nationales et internationales, etc.) de façon à identifier les rapports ou les recommandations de bonne pratique non publiés sur les bases automatisées de données bibliographiques.

La recherche a été limitée aux publications en langue anglaise et française, sur la période de janvier 2000 à février 2026 pour les méta-analyses, les revues systématiques de la littérature et les études contrôlées randomisées.

L'interrogation de la base de données PubMed a été conduite en utilisant les termes de recherche issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé) combinés.

L'algorithme de recherche était le suivant :

- #1 : (malocclusion OR occlusion OR orthodontics OR craniofacial OR cephalometrics OR telera-diography OR « dental radiography » OR orthopantomogram) OR (« myofunctional disorders » OR « oral dysfunction » OR swallowing OR « oral ventilation » OR breathing OR tongue OR « masticatory function »).
- #2 : (« NNSH » OR « Non-nutritive sucking habits » OR « finger sucking » OR pacifier OR « thumb sucking » OR « breast feeding ») AND ((children) OR (infant)).
- (#1) AND (#2).

Une recherche supplémentaire sur la base de données Scopus a été réalisée grâce à la formule suivante :

- #1 : (malocclusion OR occlusion OR orthodontics OR craniofacial OR cephalometrics OR telera-diography OR « dental radiography » OR orthopantomogram) OR (« myofunctional disorders » OR « oral dysfunction »).
- #2 : (« NNSH » OR « Non-nutritive sucking habits » OR « finger sucking » OR pacifier OR « thumb sucking » OR « dummy sucking ») AND ((children) OR (infant)).
- (#1) AND (#2).

Les filtres utilisés étaient :

- « Last 25 years » ;
- « Cohort studies » ;
- « Case control studies » ;
- « Systematic Reviews » ;
- « Meta-Analysis ».

Cette interrogation de la base de données PubMed a rapporté 2853 résultats. Après suppression des doublons et lecture des titres ainsi que des résumés, 72 références ont été sélectionnées pour lecture en texte intégral. La dernière étape de sélection s'est faite par deux lecteurs ; en cas de désaccord, un troisième lecteur a été consulté et les discussions ont été menées jusqu'à l'obtention d'un accord.

Après lecture complète des 72 références, 59 n'ont pas été retenues car ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion : succion non nutritive non définie, population étudiée insuffisante, enfants trop jeunes ou trop âgés. Une étude a été exclue pendant la sélection finale car l'analyse des effets des tétines se faisait sur les arcades édentées dans les premiers six mois de vie, ne correspondant pas à nos critères sur le type de denture (temporaire ou mixte).

Parmi les 13 références incluses dans notre synthèse, nous avons 11 études longitudinales et 2 cas-témoins.

La sélection des articles constituant la bibliographie est décrite dans la [figure 1](#) sous forme d'un diagramme de flux.

Huit références complémentaires ont été utilisées en introduction et neuf références complémentaires ont été utilisées comme discussion de l'argumentaire.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion des études dans la bibliographie destinée à répondre aux questions cliniques sont décrits dans le [tableau 2](#).

Tableau 2. Critères d'inclusion et de non-inclusion dans la bibliographie.

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Période : janvier 2000 – février 2026 (vingt-cinq dernières années)	Études antérieures à 2000
Revue systématique de la littérature	Études ne mentionnant pas d'utilisation de la tétine
Méta-analyses	Participants atteints de dysmorphoses cranio-faciales et syndromes
Études de cohorte	Traitements orthodontiques antérieurs ou en cours
Études cas témoins	Études en langues étrangères (ni français, ni anglais)
Études longitudinales	
Enfants en bonne santé, en denture temporaire ou mixte	
Études en langue française ou anglaise	

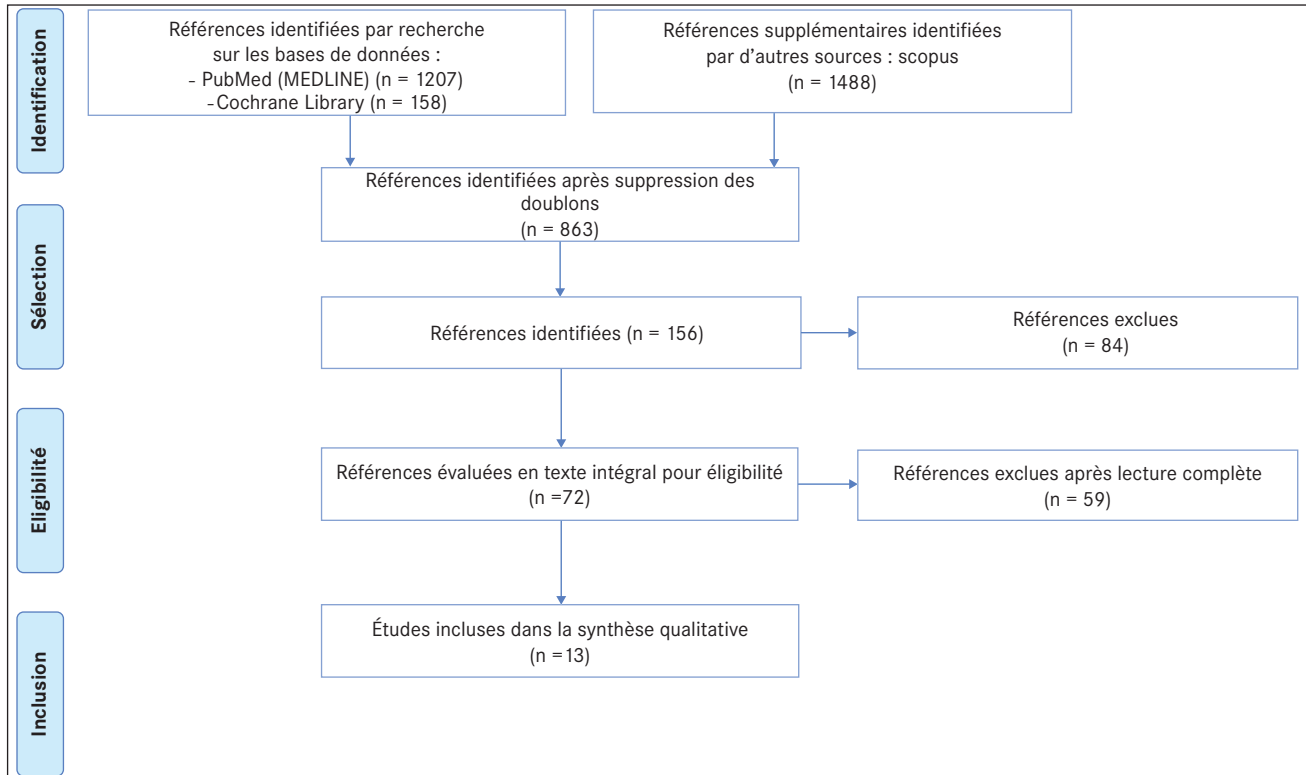


Figure 1

Diagramme de flux pour la sélection des articles utilisés dans l'argumentaire.

1.3. Chargée de projet et comité de pilotage

En 2025, la SFODF a initié le développement d'une recommandation de bonne pratique (RBP). Une chargée de projet a été nommée (omnipraticienne pratiquant l'orthodontie et compétente en santé publique) et un comité de pilotage a été constitué, composé de deux membres de la SFODF (deux spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale).

1.4. Groupe de travail

Le groupe de travail s'est réuni une première fois le 7 juillet 2025, avec la chargée de projet et le comité de pilotage. Il a été constitué de trois experts (spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale) et d'une étudiante en odontologie.

Préalablement à la réunion de travail, chaque professionnel a reçu, par voie électronique, la version initiale de l'argumentaire scientifique et la liste des propositions de recommandations. Les commentaires reçus préalablement à la réunion ont été pris en compte et intégrés dans le document provisoire.

Lors de la réunion, chaque membre a donné son avis sur le caractère approprié ou non de chacune des propositions de recommandations. Les points de vue basés sur l'expérience des participants ont été partagés et, après discussion, un accord a été formalisé afin de finaliser les recommandations.

Après la réunion de travail, le document finalisé a été envoyé à tous les experts pour approbation avant validation.

1.5. Relecture externe

Le texte a été soumis à un groupe de lecture. Les experts de ce groupe de lecture ont rendu un avis consultatif individuel, par voie électronique, à l'aide d'une grille de cotation, avec une échelle

numérique graduée de 1 à 9 et une plage de commentaires libres en regard de chaque recommandation formulée, permettant d'apprécier la qualité méthodologique et la validité scientifique des recommandations, ainsi que la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du texte.

2. Participants

2.1. Chargée de projet et comité de pilotage

Chargée de projet : Laurence Lupi, Professeur des Universités, pratique hospitalière en orthodontie à Nice (France).

Pilotage :

Carole Charavet, Professeur des Universités en orthopédie dento-faciale, Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale, pratique hospitalière à Nice (France).

Michel Le Gall, Professeur des Universités, Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale, Président de la SFODF, pratique hospitalière à Marseille (France).

2.2. Groupe de travail

Sarah Gebeile-Chauty (nom d'usage Chauty), Maître de conférences des Universités, Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale, Secrétaire chargée de l'édition SFODF, pratique hospitalière à Lyon et pratique privée à Décines-Charpieu (France).

Philippe Amat, Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale, Secrétaire adjoint chargé de l'édition SFODF, pratique privée au Mans (France).

Yves Soyer, Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale, Secrétaire adjoint chargé de l'édition SFODF, Montgeron (France).

Claudia Tulei, Docteur en chirurgie dentaire, étudiante en odontologie à Nice (France).

SFODF : Karine Sifany, Directrice éditoriale, Paris (France).

2.3. Groupe de lecture

Elody Aïem-Héron, Odontologie pédiatrique, Nice (France).

Vincent Barlogis, Pédiatrie, Marseille (France).

Alain Béry, ODF, Cucq (France).

Éliette Bruneau, Association Nationale des Sages-femmes Libérales, L'Argentièrre-la-Bessée (France).

Sophie Carolus, ODF, Nancy (France).

Marie-Pierryle Filleul, ODF, Pontoise (France).

Sandrine Hermer, ODF, Compiègne (France).

Sophie Jouve, Association Nationale des Sages-femmes Libérales, L'Argentièrre-la-Bessée (France).

Jean-Baptiste Kerbrat, ODMF, Rouen (France).

Gianni Marangelli, Ostéopathe pédiatrique, Lyon (France).

Jean-Luc Ouhioun, ODF, Lyon (France).

Hugues Patural, Réanimation néonatale et pédiatrique, Saint-Etienne (France).

Claire Pernier, ODF, Caluire-et-Cuire (France).

Laurent Petitpas, ODF, Pont-à-Mousson (France).

Frank Pourrat, ODF, Le Bouscat (France).

Patrick Rouas, Odontologie pédiatrique, Bordeaux (France).

Patrick Tounian, Pédiatrie, Paris (France).

Thomas Trentesaux, Odontologie pédiatrique, Lille (France).

Olivier Weissenbach, ODF, Toul (France).

Liens d'intérêts

Aucun lien d'intérêt n'a été déclaré.

Références citées dans le document (discussion comprise, par ordre alphabétique)

- Adair SM, Milano M, Lorenzo I, *et al.* Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Pediatr Dent* 1995;17(7):437-444.
- Agarwal SS, Nehra K, Sharma M, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Association between breastfeeding duration, non-nutritive sucking habits and dental arch dimensions in deciduous dentition: a cross-sectional study. *Prog Orthod* 2014;15:59.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Reference Manual (AAPD) 2010-2011*;32(6):41-44.
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding, Eidelman AI, Schanler RJ, *et al.* Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827-e841.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Pacifiers. [Internet]. Revised 2024. [Cité le 15 Décembre 2025]. Disponible sur: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guide-lines/p_on-pacifiers.pdf.
- American Dental Association. *Your Child's Teeth*. Chicago: American Dental Association, 2002:6.
- Arpalahti I, Hänninen K, Tolvanen M, Varrelä J, Rice DP. The effect of early childhood non-nutritive sucking behavior including pacifiers on malocclusion: a randomized controlled trial. *Eur J Orthod* 2024;46(5):cjae024.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]. Madrid: AEPap; 2016 [consulté 28 nov 2025]. Disponible sur: https://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_smsl.pdf.
- Augustyn M, Frank DA, Zuckerman BS. Infancy and toddler years. In: Carey WB, Crocker AC, Elais ER, Feldman HM, Coleman WL, editors. *Developmental-Behavioral*. Pediatrics. 4th ed. Philadelphia (PA): Saunders, 2009:55.
- Aznar T, Galán AF, Marín I, Domínguez A. Dental arch diameters and relationships to oral habits. *Angle Orthod* 2006;76(3):441-445.
- Bishara SE, Warren JJ, Broffitt B, *et al.* Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130(1):31-36.
- Bishara SE, Warren JJ, Proffitt B, Levy SM. Changes in the prevalence of non-nutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130(1):31-36.
- Borrie FR, Bearn DR, Innes NP, Iheozor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(3):CD008694.
- British Orthodontic Society. *Dummy and thumb sucking habits - Patient Information Leaflet*. London: British Orthodontic Society, 2019.
- Brook I, Gober AE. Bacterial colonization of pacifiers of infants with acute otitis media. *J Laryngol Otol* 1997;111(7):614-615.
- Bueno SB, Bittar TO, Vazquez FL, *et al.* Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusion in preschoolers. *Dental Press J Orthod* 2013;18(1):30.e1-30.e6.
- Burr S, Harding S, Wren Y, Deave T. The relationship between feeding and non-nutritive sucking behaviours and speech sound development: a systematic review. *Folia Phoniatr Logop* 2021;73(2):75-88.
- Caleza-Jiménez C, Rodríguez Romero I, Ribas-Perez D, Biedma-Perea M. Influence of the physiological pacifier on the development of malocclusions in children: a scoping review. *Children (Basel)* 2024;11(11):1353.
- Campos RG. Rocking and pacifiers: two comforting interventions for heelstick pain. *Res Nurs Health* 1994;17(5):321-331.
- Canadian Dental Association. *The ABC's of Caring for Your Child's Teeth*. Ottawa: Canadian Dental Association, 1999:4.
- Canadian Paediatric Society. *Pacifiers (soothers)* [Internet]. *Caring for kids*; 2022 Jul. [cited 2026 Jan 15].
- Caruso S, Nora A, Darvizeh A, *et al.* Poor oral habits and malocclusion after usage of orthodontic pacifiers: An observational study on 3-to 5-year-old children. *BMC Pediatr* 2019;19(1):294.
- Cenci VS, Marciel SM, Jarrus ME, *et al.* Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Braz Oral Res* 2015;29(1):1-7.
- Corrêa CC, Sallas Bueno MR, Pereira Lauris JB, *et al.* Interference of conventional and orthodontic nipples in system stomatognathic: a systematic review 2016. *CoDAS*. 2016;28(2):182-189.
- da Silveira LC, Charone S, Maia LC, Soares RM, Portela MB. Biofilm formation by *Candida* species on silicone surfaces and latex pacifier nipples: an in vitro study. *J Clin Pediatr Dent* 2009;33(3):235-240.
- Darwazeh AM, al-Bashir A. Oral candidal flora in healthy infants. *J Oral Pathol Med* 1995;24(8):361-364.
- Degan VV, Puppini-Rontani RM. Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them: a preliminary study. *J Dent Child (Chic)* 2004;71(2):148-151.
- Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G. Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 2016;147(12):926-934.
- Duncan K, McNamara C, Ireland AJ. Sucking habits in childhood and effects on the primary dentition: Findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008;18(3):178-188.
- European Academy of Paediatric Dentistry. *Nutrition and tooth decay in infancy*. Athens: EAPD, 2025.

31. Filippi C, Filippi A, Verna C. Traitement orthodontique du petit enfant au moyen d'une sucette ? Présentation d'une série de cas. *Swiss Dent J* 2015;125(9):965-970.
32. Fukumoto E, Fukumoto S, Kawasaki K, *et al.* Cessation age of breastfeeding and pacifier use is associated with persistent finger-sucking. *Pediatr Dent* 2013;35(7):506-509.
33. Germa A, Clement C, Weissenbach M, *et al.* Early risk factors for posterior crossbite and anterior open bite in the primary dentition. *Angle Orthod* 2016;86(5):832-838.
34. Horne RSC, Hauck FR, Moon RY, L'hoir MP, Blair PS. Physiology and Epidemiology Working Groups of the International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death. Dummy (pacifier) use and sudden infant death syndrome: potential advantages and disadvantages. *J Paediatr Child Health* 2014;50(3):170-174.
35. Inserm. Addictions [Internet]. Paris: Inserm; 2020 [cité 28 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr>.
36. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(8):CD007202.
37. Jenik AG, Vain N. The pacifier debate in Early Hum Dev 2009;85(10):89-91.
38. Junier H. L'usage de la tétine à la lumière de la science. *J Pédiatr Puéric* 2024;37(4):255-262.
39. Larsson E. Artificial sucking habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion. *Int J Orofacial Myology* 1994; 20(1):10-21.
40. Larsson E. Effect of dummy-sucking on the prevalence of posterior cross-bite in the permanent dentition. *Swed Dent J* 1986;10(3):97-101.
41. Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: A longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod* 2001;71(2):116-119.
42. Larsson E. The effect of finger-sucking on the occlusion: a review. *Eur J Orthod* 1987;9(4): 279-282.
43. Larsson EF, Dahlin KG. The prevalence and aetiology of prolonged dummy and finger-sucking habits. *Eur J Orthod* 1985;7(3):172-176.
44. Le projet Femmes Enceintes Environnement et Santé (FEES). Quelle tétine choisir pour préserver la santé de bébé ? [internet]. 2022 [cité le 15 décembre 2025]. <https://www.projetfees.fr/quelle-tetine-choisir-pour-preserver-la-sante-de-bebe>.
45. Lee CL, Costello M, Tesini DA. Computational simulation of pacifier deformation and interaction with the palate. *Clin Exp Dent Res* 2021;7(5): 884-887.
46. Lee YS, Ryu J, Baek SH, Lim WH, Yang IH, Kim TW, *et al.* Comparative analysis of the differences in dentofacial morphology according to the tongue and lip pressure. *Diagnostics (Basel)* 2021;11(3): 503-505.
47. Levriani L, Merlo P, Paracchini L. Different geometric patterns of pacifiers compared on the basis of finite element analysis. *Eur J Paediatr Dent* 2007;8(4): 173-178.
48. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, *et al.* Clinical practice guideline: The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013;131(3):e964-e999. Errata: *Pediatrics* 2014;133(2):346-347.
49. Lima AADSJ, Alves CMC, Ribeiro CCC, *et al.* Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24-36 months old. *Int J Paediatr Dent* 2017;27(2):108-119.
50. Lima Vasquez F, Castro Meneghim M. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. *Dental Press J Orthod* 2013;18(1):1-6.
51. Lindner A, Hellsing E. Cheek and lip pressure against the maxillary dental arch during dummy sucking. *Eur J Orthod* 1991;13(5):362-366.
52. Ling HTB, Sum FHK, Zhang L, *et al.* The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health* 2018;18(1):145.
53. Lone IM, Zohud O, Midlej K, Paddenberg E, Krohn S, Kirschneck C, *et al.* Anterior open bite malocclusion: From clinical treatment strategies towards the dissection of the genetic bases of the disease using human and collaborative cross mice cohorts. *J Pers Med* 2023;13(11):1617.
54. Lopes DF, Fernandes RT, Medeiros YL, Apolonio ACM. Disinfection of pacifier focusing on *Candida albicans*. *Clin Pediatr (Phila)* 2019;58(14):1540-1543.
55. Lopes Freire GM, Suarez de Deza JEE, Rodrigues IC, *et al.* Non-nutritive sucking habits and their effects on the occlusion in the deciduous dentition in children. *Eur J Paediatr Dent* 2016;17(4):301-306.
56. Lubbe W, Ten Ham-Baloyi W. When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context ? A clinician's guide. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):130.
57. Maloney B, Leith R. An Update in Non-Nutritive Sucking Habit Cessation. *J Ir Dent Assoc* 2023; 69(4).
58. Marter A, Agruss JC. Pacifiers: An update on use and misuse. *J Spec Pediatr Nurs* 2007;12(4):278-285.
59. Mayo Clinic Staff. Pacifiers: Are they good for your baby? [Internet]. Mayo Clinic, 2025 Jul 23 [cited 2026 Jan 15].
60. Medeiros R, Ximenes M, Massgnam C, *et al.* Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent* 2018;19(5):287-295.
61. Melink S, Vagner MV, Hocevar-Boltezar I. Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;138(1):32-40.
62. Montaldo L, Montaldo P, Pasquale P, *et al.* Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. *Int J Paediatr Dent* 2011;21(1):68-73.
63. Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J* 2012;16(3):609-614.

64. Moon RY. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128(5):1030-1039.
65. Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs* 2012;27(6):690-699.
66. Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs* 2012;27(6):690-699.
67. Nelson-Filho P, Louvain MC, Macari S, *et al.* Microbial contamination and disinfection methods of pacifiers. *J Appl Oral Sci* 2015;23(5):523-528.
68. Ngom PI, Diagne F, Diouf JS, Ndiaye A, Hennequin M. Prévalence et facteurs associés aux habitudes de succion non nutritive. Étude transversale chez des enfants sénégalais âgés de 5/6 ans. *Orthod Fr* 2008;79(2):99-106.
69. Niedenthal PM, Augustinova M, Rychlowska M, Droit-Volet S, Zinner L, Knafo A, *et al.* Negative relations between pacifier use and emotional competence. *Basic Appl Soc Psychol* 2012;34(5):387-394.
70. Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 2000;106(3):483-488.
71. Nihl VSC, Maciel SM, Jarrus ME, Nihl FM, de Salles CLF, Pascotto RC, *et al.* Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Braz Oral Res* 2015;29(1):1-7.
72. North Stone K, Fleming P, Golding J. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. *Early Hum Dev* 2000;60(2):137-148.
73. Orovou E, Tzitziridou-Chatzopoulou M, Dagla M, Eskitzis P, Palaska E, Iliadou M, *et al.* Correlation between Pacifier Use in Preterm Neonates and Breastfeeding in Infancy: A Systematic Review. *Children (Basel)* 2022;9(10):1585.
74. Peressini S. Pacifier use and early childhood caries: an evidence-based study of the literature. *J Can Dent Assoc* 2003;69(1):16-19.
75. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD001071.
76. Renault F. La déglutition, sa physiologie et ses anomalies. Motricité Cérébrale Réadaptation Neurologie du Développement. *EM-Consult* 2003;24:41-48.
77. Réseau de Périnatalité Occitanie. Naître et grandir en Languedoc-Roussillon. Fiche 16 La sucette : faire le point pour informer les parents. Montpellier, 2013.
78. Salah M, Abdel-Aziz M, Al-Farok A, Jebrini A. Recurrent acute otitis media in infants: analysis of risk factors. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77(10):1665-1669.
79. Santé Publique France. Mort inattendue du nourrisson. [Internet]. 2022. [cité le 15 décembre 2025]. Disponible sur [https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/](https://www.sante-publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/mort-inattendue-du-nourrisson/le-syndrome/#tabs)
- maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/mort-inattendue-du-nourrisson/le-syndrome/#tabs.
80. Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, *et al.* The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Prog Orthod* 2018;19(1):8.
81. Senez C. Les troubles de la succion. In : Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition. Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck Supérieur, 2020, p. 97-117.
82. Société Canadienne de Pédiatrie. Les recommandations sur l'usage des sucettes. *Paediatr Child Health* 2003;8(8):523-528.
83. Société Canadienne de Pédiatrie. Les recommandations sur l'usage des sucettes. *Paediatr Child Health* 2003;8(8):523-528.
84. Société Canadienne de pédiatrie. Les sucettes (suces) [Internet]. Ottawa (ON) : Soins de nos enfants ; mise à jour juillet 2022 [Consulté le 1 décembre 2025]. Disponible sur : <https://soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/pacifiers>.
85. Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale. Dictionnaire d'Orthodontie. Paris : SFODF, 2015, 203p.
86. Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale. Fiche : Déglutition primaire et orthodontie [internet]. [cité le 15 décembre 2025]. Disponible sur http://www.sfodf.org/avada_portfolio/deglutition-primaire-et-orthodontie.
87. Strutt C, Khattab G, Willoughby J. Does the duration and frequency of dummy (pacifier) use affect the development of speech? *Int J Lang Commun Disord* 2021;56(3): 512-527.
88. Tesini DA. Design, sizing and ergonomics of infant pacifiers: A biometric basis for pacifier fit. *Pediatr Nurs* 2022;48(1):36-41.
89. Tolppola O, Renko M, Sankilampi U, Kiviranta P, Hintikka L, Kuitunen I. Pacifier use and breast-feeding in term and preterm newborns: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr* 2022;181(9):3421-3428.
90. Tsang Tung, M, Makaremi M, de Brondeau F. Environnement neuro-musculaire et stabilité de l'expansion maxillaire transversale. *Rev Orthop Dento-Faciale* 2017;(3):399-412.
91. Uhari M, Mantysanri K, Niemelä M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis* 1996;22:1079-1083.
92. Verrastro AP, Stephani FM, Rodrigues CR, Wanderley MT. Occlusal and orofacial myofunctional evaluation in children with primary dentition, anterior open bite and pacifier sucking habit. *Int J Orofacial Myology* 2006;32(1):7-21.
93. Vu-Ngoc H, Uyen NCM, Tinh OP, *et al.* Analgesic effect of non-nutritive sucking in term neonates: a randomized controlled trial. *Pediatr Neonol* 2020;61(1):106-113.
94. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Effect of a thin-neck pacifier on primary dentition: a randomized controlled trial. *Orthod Craniofac Res* 2016;19(3):127-136.
95. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc* 2001;132:1685-1693.

96. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121(4):347-356.
97. Warren JJ, Levy SM, Kirchner HL, *et al.* Pacifier use and the occurrence of otitis media in the first year of life. *Pediatr Dent* 2001;23(2):103-107.
98. Warren JJ, Levy SM, Nowak AJ, Tang S. Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2000;22(3):187-191.
99. Warren JJ, Slayton RL, Bishara SE, Levy SM, Yonezu T, Kanellis MJ. Effects of non-nutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition. *Pediatr Dent* 2005;27(6):445-450.
100. Winberg J. Pacifier-partner or peril? *Acta Paediatr* 1999;88(11):1177-1179.
101. World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: WHO, 2004.
102. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services (Les dix étapes pour un allaitement réussi). Geneva: WHO, 1989.
103. Zardetto CGC, Rodriguez CRMD, Stefani FM. Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children. *Pediatr Dent* 2002;24(6):552-560.

Fiche descriptive

Titre	Bon usage des tétines
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectifs	Répondre aux questions : <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les risques et l'impact de la tétine au niveau du développement oro-facial ? • Quelles sont les recommandations de bon usage et les modalités d'utilisation ? • Existe-t-il un modèle de tétine à privilégier ? • À quel âge faut-il recommander le sevrage ? • Comment accompagner l'enfant dans le sevrage ?
Patients ou usagers concernés	Nourrissons et jeunes enfants.
Demandeur	Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (société savante).
Promoteur	Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (société savante).
Pilotage du projet	Chargée de projet : Pr Laurence Lupi, Professeur des Universités. Pilotage : Pr Carole Charavet, Professeur des Universités en orthopédie dento-faciale, Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale. Pr Michel Le Gall, Professeur des Universités, Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale.
Recherche documentaire	De février 2024 à février 2026 (cf. « Recherche documentaire » décrit en Annexe 1). Réalisée par le Dr Claudia Tulei avec l'aide du Pr Laurence Lupi et du Pr Carole Charavet.
Participants	Groupe de travail (cf. « Groupe de travail » décrit en Annexe 1).
Liens d'intérêt	Aucun.
Actualisation	L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Documents d'accompagnement	Argumentaire. Annexe 1 : Méthode d'élaboration et participants. Annexe 2 : Synthèse des recommandations. Annexe 3 : Synthèse à destination des professionnels de santé. Annexe 4 : Synthèse à destination des parents.

Annexe 2

Synthèse des recommandations

• Effet sur la digestion, l'anxiété, la douleur et l'apaisement

R-II.1/A : Afin d'éviter le risque de caries de la petite enfance, la tétine ne doit pas être trempée dans du miel, du sucre ou toute autre solution sucrée.

• Rôle protecteur vis-à-vis de la mort inattendue du nourrisson

R-II.2/A : Compte tenu de ses attendus sur la santé globale du nourrisson et de son rôle en tant que l'un des facteurs protecteurs vis-à-vis de la mort inattendue du nourrisson, l'usage de la tétine ne doit pas être systématiquement déconseillé notamment durant les temps de sommeil, durant les premiers mois de vie, jusqu'à la fin de la première année. Il est important de souligner que l'effet protecteur de la tétine s'inscrit dans une stratégie globale de prévention. Les mesures majeures restent la position dorsale et un environnement de sommeil sécurisé. La tétine constitue un facteur protecteur complémentaire, et non substitutif.

• Quels sont les risques pour la santé en général ?

R-III.1/A : Afin d'initier et préserver l'allaitement, il est recommandé de ne pas introduire la tétine avant la 3^e à la 6^e semaine de vie, c'est-à-dire lorsque la lactation est bien établie (sauf en cas de prématurité ou de séparation mère-enfant justifiant un recours plus précoce).

R-III.2/C : Pour limiter les effets indésirables, l'usage de la tétine doit être réservé aux moments de siestes, au coucher, ainsi qu'aux situations d'apaisement ou de douleur. Elle ne doit pas être proposée systématiquement.

R-III.3/B : Un sevrage progressif est recommandé à partir de l'âge de 12 mois, afin de limiter le risque d'otites, de dépendance et de troubles oro-faciaux ou du langage.

R-III.4/B : Il est recommandé de maintenir la tétine propre et de la remplacer régulièrement afin de limiter le risque de contamination de micro-organismes et d'ingestion de parties altérées par l'usure.

• Quels sont les risques et l'impact au niveau du développement oro-facial ?

R-III.5/B : Il est recommandé de ne pas utiliser la tétine au-delà de 36 mois, pour ne pas provoquer d'infraclusion antérieure et pouvoir en espérer une correction partielle ou totale spontanée.

R-III.6/C : Les tétines à bout rond, davantage associées à l'infraclusion antérieure, sont déconseillées.

R-III.7/B : Pour limiter le risque d'occlusion inversée postérieure, il est recommandé d'arrêter l'usage de la tétine avant 18 mois.

R-III.8/A : Une consultation orthodontique est indiquée dès l'apparition de l'occlusion inversée postérieure.

R-III.9/AE : Chez l'enfant ressentant un besoin de succion persistant, il est recommandé de privilégier une tétine (avec un usage encadré et limité dans le temps) plutôt qu'une succion digitale, afin de faciliter le sevrage et de limiter le risque de malocclusions, notamment l'infraclusion antérieure et les malocclusions de classe II d'origine squelettique.

R-III.10/AE : Chez l'enfant présentant une succion digitale persistante et résistante aux mesures d'accompagnement classiques, il est recommandé d'évaluer la présence de difficultés psycho-émotionnelles ou comportementales et, le cas échéant, d'orienter l'enfant vers une consultation spécialisée, notamment en pédopsychiatrie.

R-III.11/B : Afin de favoriser une réversibilité spontanée de l'infraclusion antérieure, la succion non nutritive doit être arrêtée impérativement avant l'âge de trois ans.

R-III.12/B : Pour prévenir les malocclusions, notamment dans la dimension transversale, un sevrage précoce est à privilégier entre un et deux ans.

• Comment accompagner l'enfant dans le sevrage ?

R-IV.1/AE : Une approche de sevrage progressive et positive est à recommander en première intention.

R-IV.2/AE : Un sevrage trop précoce ou brutal de la tétine est déconseillé en raison du risque accru de récurrence, ou de report vers une succion digitale, notamment chez les enfants anxieux ou présentant des facteurs de vulnérabilité.

R-IV.3/AE : En cas d'échec de l'approche comportementale, un dispositif médical incitatif peut être envisagé, avec l'accord de l'enfant et en tenant compte de son contexte psychologique.

• Quelles sont les recommandations de « bon usage » et les modalités d'utilisation de la tétine ?

RV-1/AE : Les professionnels de santé, et notamment les orthodontistes, doivent pouvoir délivrer une information sur l'usage sécuritaire et approprié de la tétine.

• **Bonnes pratiques générales**

RV-2/AE : La bonne attitude pourrait être résumée comme suit, en fonction de l'âge de l'enfant :


Âge	Recommandations
1-12 mois	Tétine admise avec un usage raisonné aux moments des siestes, au coucher, ainsi qu'en situations d'apaisement ou de douleur
12-18 mois	Début du sevrage
18-36 mois	Arrêt progressif. Sevrage à obtenir avant trois ans
> 3 ans	Fortement déconseillé – usage proscrit

RV-3/AE : Il convient de s'abstenir de porter les tétines à sa propre bouche avant de les redonner à l'enfant.

• **Choix de la tétine**






RV-4/AE : Il est recommandé de choisir une tétine :

- en une seule pièce,
- munie d'une téterelle souple,
- d'une collerette d'au moins 3,8 cm de diamètre, afin d'éviter qu'elle ne puisse être entièrement introduite dans la bouche et de prévenir tout risque d'ingestion accidentelle,
- dépourvue de sangle, de cordon ou de toute autre attache pouvant représenter un risque de strangulation.



Bon usage de la tétine

Accompagner l'enfant au bon moment, pour de bons effets, sans risques à long terme
Recommandations de bonne pratique basées sur les données scientifiques (SFODF, mai 2026)

0-1 MOIS	1-12 MOIS	12-18 MOIS	18-36 MOIS	> 3 ANS
INSTALLATION PRUDENCE	TOLERANCE USAGE ENCADRÉ	PHASE CHARNIÈRE DÉBUT DU SEVRAGE	ARRÊT PROGRESSIF USAGE À SUPPRIMER	ARRÊT USAGE PROSCRIT
				
<p>... Pas d'introduction systématique à la naissance</p> <p>... Pas d'introduction systématique immédiate</p> <p>Attendre idéalement 3 à 6 semaines si allaitement (pour éviter la confusion sein-tétine)</p> <p>Exceptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Prématurité Hospitalisation / séparation mère-enfant <p>OBJECTIF</p> <p style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;">Ne pas perturber la mise en place de l'allaitement</p>	<p>✓ Tétine admise</p> <p>Indications principales</p> <ul style="list-style-type: none"> Apaisement Cession de la douleur Endormissement Facteur de réduction du risque de mort inattendue du nourrisson <p>Utilisation limitée aux moments des siestes, au coucher, ainsi qu'aux situations d'apaisement ou de douleur</p> <p>OBJECTIF</p> <p style="background-color: #008080; color: white; padding: 2px;">Favoriser les bénéfices neuro-comportementaux + protection contre la mort inattendue du nourrisson*</p>	<p>➔ Début du sevrage progressif</p> <p>Sevrer en douceur</p> <ul style="list-style-type: none"> Réserver la tétine au coucher Féliciter les efforts Utiliser des rituels (boîte à tétine, Petit Noël, etc. à tétines) <p>Risques qui apparaissent</p> <ul style="list-style-type: none"> Oùtes Dépendance comportementale Début impact oro-facial <p>OBJECTIF</p> <p style="background-color: #FFD700; color: white; padding: 2px;">Éviter les méthodes brusques ou punitives</p>	<p>⊘ L'usage doit devenir exceptionnel</p> <p>Sevrage à obtenir avant 3 ans (impératif)</p> <p>Risques avérés</p> <ul style="list-style-type: none"> Malocclusions (infrusion, occlusion inversée...) Troubles de la déglutition Troubles du langage Dépendance <p>OBJECTIF</p> <p style="background-color: #FF8C00; color: white; padding: 2px;">Éviter l'installation de troubles durables</p>	<p>✗ Tétine fortement déconseillée / à proscrire</p> <p>Risques majeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Malocclusions installées Troubles oro-myo-fonctionnels Perturbation du langage <p>Ancre avec un risque d'aggravation des conséquences</p> <p>OBJECTIF</p> <p style="background-color: #FF4500; color: white; padding: 2px;">Limiter le besoin de traitement orthodontique et de rééducation</p>
<p>Points clés</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUTORISÉ DE LA NAISSANCE À 1 AN après mise en place de l'allaitement</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UN DES FACTEURS PROTECTEURS contre la mort inattendue du nourrisson*</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEVRAGE PROGRESSIF idéalement entre 12 et 18 mois, avant 3 ans</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PRÉVENTION des troubles oro-faciaux et orthodontiques à long terme</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>ACCOMPAGNEMENT bienveillant par les professionnels de santé et les parents</p> </div> </div>				
<p style="text-align: center;">Admise en début de vie, l'utilisation de la tétine peut, au-delà de 3 ans, perturber le développement de l'enfant.</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">* L'effet protecteur de la tétine s'inscrit dans une stratégie globale de prévention. Les mesures majeures restent la position dorsale et un environnement de sommeil sécurisé. La tétine constitue un facteur protecteur complémentaire, et non substitutif.</p>				

Annexe 3

Synthèse à destination des professionnels de santé

(orthodontistes, chirurgiens-dentistes, pédiatres, médecins généralistes, sage-femmes, PMI)

Bon usage de la tétine

Recommandations de bonne pratique de la SFODF 2026

1. Messages clés (à retenir)

- Au cours de la première année de vie, la tétine ne doit pas être proposée de manière systématique.
- Elle présente toutefois des indications spécifiques, notamment pour l'apaisement, la gestion de la douleur et l'endormissement. Elle constitue également un des facteurs de réduction du risque de mort inattendue du nourrisson*.
- L'établissement et le maintien de l'allaitement doivent rester prioritaires.
- Les dysmorphies et dysfonctions associées à son usage sont davantage liées à la durée d'utilisation qu'à la fréquence.
- Il n'existe pas de tétine permettant de prévenir les malocclusions.
- Le sevrage progressif constitue un objectif essentiel, à initier entre 12 et 18 mois et à obtenir idéalement avant 3 ans.

2. Attendus de la tétine (0-12 mois)

- Apaisement et régulation émotionnelle.
- Effet antalgique (gestion de la douleur).
- Aide à l'endormissement.
- Soutien de la succion, notamment chez le prématuré.
- Amélioration de la stabilité neuro-comportementale.
- Constitue l'un des facteurs de réduction du risque de mort inattendue du nourrisson*.

Recommandations

- Après établissement de l'allaitement, l'usage de la tétine ne doit pas être systématiquement déconseillé durant la première année de vie.
- L'introduction est recommandée entre la 3^e et la 6^e semaine, une fois l'allaitement établi (sauf situations particulières : prématurité, séparation mère-enfant).
- Son utilisation doit rester limitée :
 - aux moments de siestes ;
 - au coucher ;
 - aux situations nécessitant un apaisement ou une gestion de la douleur.

* L'effet protecteur de la tétine s'inscrit dans une stratégie globale de prévention. Les mesures majeures restent la position dorsale et un environnement de sommeil sécurisé. La tétine constitue un facteur protecteur complémentaire, et non substitutif.

3. Risques associés à un usage prolongé

Risques généraux

- Otites moyennes aiguës (augmentation après 12 mois).
- Dépendance comportementale.
- Retentissement possible sur le langage si usage diurne prolongé.

Risques oro-faciaux (dépendants de la durée)

- Dimension transversale (prioritaire)
 - Occlusion inversée postérieure.
 - Risque accru dès **18 mois**.
 - Faible potentiel de correction spontanée.
- Dimension verticale
 - Infraclusion antérieure.
 - Souvent **réversible** si arrêt avant **trois ans**.
- Dimension antéro-postérieure
 - Association faible.
 - Plus marquée pour la succion digitale que pour la tétine.

Point clé clinique

Le **risque transversal** est le plus précoce et le plus structurant sur le plan thérapeutique.

4. Choix de la tétine

- Toutes les tétines peuvent exercer un impact sur les structures oro-faciales.
- Les tétines dites « orthodontiques » **ne préviennent pas les malocclusions**.
- Les données disponibles ne permettent pas de recommander un modèle spécifique à visée orthodontique. La forme à embout rond dit « cerise » reste déconseillée.

Recommandation

Il n'existe pas de preuve suffisante pour recommander l'utilisation d'une tétine dite « orthodontique » dans la prévention des malocclusions.

5. Sevrage : stratégie recommandée En première intention

- Approche progressive et positive.
- Limitation aux temps de sommeil.
- Renforcement positif, rituels symboliques.
- Implication de l'enfant.

R-IV.1/AE : Une approche de sevrage progressive et positive est à recommander en première intention.

Point de vigilance

- Sevrage trop précoce ou brutal → risque de récurrence ou succion digitale.
- Vigilance accrue chez les enfants :
 - anxieux ;
 - prématurés ;
 - présentant des troubles ORL récidivants.

En cas d'échec

- Dispositifs incitatifs possibles.
- Évaluation psycho-affective.
- Prise en charge pluridisciplinaire si nécessaire.

6. Repères pratiques par âge

Âge	Recommandation
0-12 mois	Tétine admise
12-18 mois	Début du sevrage
18-36 mois	Arrêt progressif
> 3 ans	Fortement déconseillé – usage proscrit

Annexe 4 Synthèse à destination des parents

Bon usage de la tétine Recommandations de bonne pratique de la SFODF 2026

La tétine : bien l'utiliser pour protéger la santé de votre enfant

La tétine : amie ou ennemie ?

La tétine peut être utile chez le nourrisson :

- elle apaise ;
- aide à l'endormissement ;
- est l'un des facteurs participant à **réduire le risque de mort inattendue du nourrisson*** pendant la première année.

Jusqu'à quel âge peut-on l'utiliser ?

- Avant un an : la tétine est possible, pendant les moments de sieste, au coucher, ainsi qu'en situations d'apaisement ou de douleur. Elle ne doit pas être proposée systématiquement.
- Après un an : il est conseillé de commencer à réduire progressivement son utilisation.
- **Après trois ans** : la tétine est fortement déconseillée.

Pourquoi faut-il arrêter la tétine à trois ans ?

Une utilisation prolongée peut :

- Modifier la position des dents ;
- Entraîner une adaptation concomitante du palais ;
- Générer des perturbations occlusales ;
- Favoriser des troubles de la mâchoire ;
- Induire l'apparition de dysfonctions oro-faciales.

Plus l'arrêt est précoce, plus le retour à la normale se fait naturellement.

Comment aider son enfant à arrêter ?

- Aller doucement.
- Réserver la tétine au coucher.
- Féliciter les efforts.
- Utiliser des rituels (boîte à tétine, Père Noël, arbre à tétines).
- Proposer un doudou à la place.

Évitez les méthodes brusques ou punitives.

Quelle tétine choisir ?

- Il n'existe **pas de tétine « idéale » pour les dents**, la forme à embout rond dit « cerise » étant déconseillée.
- Les tétines dites « orthodontiques » ne protègent pas des problèmes dentaires.
- Le facteur le plus important n'est pas la forme de la tétine, mais **la durée de son utilisation**.

* L'effet protecteur de la tétine s'inscrit dans une stratégie globale de prévention. Les mesures majeures restent la position dorsale et un environnement de sommeil sécurisé. La tétine constitue un facteur protecteur complémentaire, et non substitutif.

Règles simples de sécurité

- Ne jamais tremper la tétine dans une substance sucrée (sucre, miel...).
- La nettoyer régulièrement, sans jamais la porter à votre bouche.
- La remplacer dès qu'elle présente des signes d'usure.
- Ne pas l'attacher avec un cordon autour du cou (risque de strangulation).

En résumé

La tétine peut être une aide au début de la vie.

Elle doit être utilisée avec modération et discernement.

L'objectif est **un arrêt progressif le plus tôt possible**, idéalement **avant l'âge de 3 ans**, afin de favoriser le développement bucco-dentaire de votre enfant le plus harmonieux possible.

Directeur de la publication

Président de la SFODF

Michel Le Gall

Chargée de projet

Laurence Lupi

Comité de pilotage

Carole Charavet

Michel Le Gall

Groupe de travail

Sarah Chauty

Philippe Amat

Yves Soyer

Claudia Tulei

Directrice éditoriale

Karine Sifany (01 40 53 91 48)

edit-sfodf@sfodf.org

© SFODF, 2026

Tous droits de traduction, d'adaptation et de production pour tous procédés réservés pour tous pays. Il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copies (loi du 1^{er} juillet 1992).

SFODF • 15, rue du Louvre,
Bât. 2, Rez-de-chaussée
75001 Paris, France • www.sfodf.org

ISSN : 1966-5202
e-ISSN : 1954-3395
Dépôt légal : à parution

Éditeur

JLE

30A rue Berthollet

94110 Arcueil, France

Tél. : 01 46 73 06 60

contact@jle.com

www.jle.com

Président Directeur Général

Gilles Cahn

Secrétaire de rédaction

Isabelle Rouxel (07 63 58 96 22)

isabelle.rouxel@jle.com

Marketing

Arnaud Cobo (07 63 59 03 35)

arnaud.cobo@jle.com

Partenariats et publicité

Directrices de clientèle :

Noëlle Croizat (07 63 59 03 68)

noelle.croizat@jle.com

Claire Vasset (07 63 58 96 19)

claire.vasset@jle.com

Chef de publicité :

David Laifer (07 63 59 03 94)

david.laifer@jle.com



John Libbey Eurotext

Préresse

Cairn.info

Paris

Impression

Corlet Imprimeur SA,

ZI route de Vire

14110 Condé-en-Normandie,

France • N° 26040079



Origine du papier :
Allemagne. Taux de fibres
recyclées : 0 %
Eutrophisation : 0,01 kg/T