

TÊTER OU MORDRE, FAUT-IL CHOISIR ?

Danielle Ginisty

ERES | « Spirale »

2002/3 n° 23 | pages 25 à 30

ISSN 1278-4699

ISBN 2749200326

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-spirale-2002-3-page-25.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Téter ou mordre, faut-il choisir ?

Téter, mordre : ontogenèse du liquide au pâteux

La tétée du sein ou du biberon est précédée de la tétée anténatale qui débute au quatrième mois de la vie du fœtus. Il s'agit d'une séquence innée correspondant à une organisation sensorimotrice automatique du tronc cérébral qui est la première séquence aussi complexe à être mise en place. Le liquide amniotique est ainsi tété, puis dégluti.

Après la naissance, le nourrisson va peu à peu améliorer en force et rapidité les mécanismes de succion et leur synchronisation avec la déglutition et la respiration. Le geste mandibulaire reste identique avec des mouvements de bielle antéro-postérieurs parallèles à ceux de la langue. L'action des muscles labiaux et jugaux est primordiale, en association avec la langue pour faire sortir le lait par pression sur le mamelon ou la tétine, puis l'aspirer et le faire parvenir jusqu'au pharynx, lieu du réflexe de déglutition. On associe donc dans le terme « déglutition de type primaire » l'ensemble des gestes oraux de la tétée.

La succion du pouce, d'un doigt ou d'une tétine y est très fréquemment associée, mais n'est pas du tout généralisée chez les nourrissons, car la pose d'une tétine est fonction du milieu familial.

Certains nourrissons refusent d'ailleurs la tétine proposée par les parents et parfois « imposée » quand l'enfant pleure, pour le réduire au silence. À un enfant nourri au sein, la mère ne propose jamais la tétine.

Il s'agit d'une succion non nutritive, fondamentalement différente de celle du sein ou du biberon, et d'ailleurs certains enfants ont un bavage entretenu par la tétine ou le pouce. Certaines traditions familiales suggèrent de faire tremper la tétine dans du miel ou de la confiture pour calmer l'enfant. Nous en connaissons les effets néfastes. Par contre, chez les enfants malades chroniques ayant de grandes difficultés alimentaires, on peut constater la prise permanente d'un biberon dans un but nutritif ou d'hydratation, souvent à prédominance sucré. La valeur symbolique est différente car il s'agit d'une succion alimentaire. Les conséquences sur le développement de polycaries sont identiques.

L'utilisation de la cuillère pour une prise d'aliments fluides, puis épaissis, va peu à peu permettre de diversifier l'alimentation jusque-là exclusivement lactée.

Du pâteux au croquant L'éruption des dents de lait : un moment crucial

L'apparition des premières dents, en général des incisives (au nom bien signifiant), marque le début du développement de nouvelles praxies orales alimentaires. La première dentition débute dans les douze premiers mois de vie du nourrisson avec des extrêmes néonataux ou repoussés jusqu'à plus de dix-huit mois. En cas de dent néonatale, la gêne à la tétée du sein est immédiate du fait de la morsure douloureuse pour la mère, sauf en cas de mobilité dentaire. L'extraction de ces dents immatures est donc salvatrice. Les éruptions dentaires sont précédées d'épisodes inflammatoires gingivaux douloureux qui sont d'intérêt familial et même social : l'éruption de la première dent est guetée comme signe précurseur du sevrage, et le signal de l'arrêt de la lactation de sa mère. Le sevrage était historiquement le moment clé du déclenchement de ces nouvelles praxies alimen-

taires. Un proverbe dit : « Pain d'homme et lait de femme fait venir les enfants forts ¹. »

Le pain et parfois le sucre ont remplacé les hochets de bois, le bâton de réglisse, le morceau de pomme, les racines de pivoine donnés à mordiller et censés aider l'éruption des dents lactéales.

Ces objets étaient portés en collier pour que l'enfant ne les perde pas et puisse ensuite s'en servir seul.

Le premier geste nouveau est une morsure bien avant une réelle mastication. Au départ, le geste mandibulaire est donc purement vertical pour inciser, couper sans trituration réelle. La langue recule immédiatement par réflexe nociceptif. Les aliments mous continuent à être pressés avec la langue contre le palais dans le geste habituel de tétée. La notion de morceau plus ou moins gros mis à la bouche par l'enfant avec sa main va permettre de développer ensuite la trituration de morceaux plus résistants par une action couplée des muscles masticateurs avec une excursion mandibulaire latérale. La cinétique devient hélicoïdale. Le développement des praxies de mastication est lent puisqu'il se fait jusqu'au cours de la deuxième dentition.

L'éruption des dents de raison : la fin de la première enfance

L'éruption des premières molaires définitives est primordiale car les quatre molaires sont de taille très supérieure à celle des molaires temporaires. Elles s'associent aux molaires lactéales, vingt-quatre dents étant alors en place. La deuxième dentition se fait très progressivement, de 5 ans et demi à 13 ans, les troisièmes molaires étant plus tardives. La durée d'éruption d'une dent est variable, et un délai important peut exister entre le moment où la dent lactéale tombe ou est extraite et le moment où la dent a totalement fait son éruption. Pendant toute cette période, l'interposition linguale est quasi systématique ; on peut donc considérer que c'est seulement après l'éruption de toutes les dents définitives, vers 12 ou 13 ans, selon chaque enfant, que l'acquisition d'une déglutition dite « adulte » peut être obtenue de façon stable.

1. F. Loux, *L'ogre et la dent*, Berger-Levrault, 1981.

La langue perd alors son rôle prédominant. La partie antérieure ne s'interpose plus entre les arcades. L'expérience douloureuse des morsures linguales accidentelles à l'alimentation est probablement formatrice de ce point de vue. Les praxies alimentaires de mastication ont peu à peu gagné en force. Les arcades dentaires restent en contact du fait d'une contraction des muscles masticateurs sans interposition linguale. Aucune contraction des peuciers n'est plus visible. Telles sont les caractéristiques d'une déglutition de type II dite « adulte ». L'âge de passage d'une déglutition primaire à cette déglutition adulte est variable d'un enfant à l'autre au cours de la deuxième dentition. Il n'est cependant pas rare qu'un adolescent en denture adulte complète ait encore une déglutition de type primaire.

La tétine et ses effets

Celle-ci est nommée « tototte », « tutte », « tututte », « tutine » ou « titine ». La succion d'une tétine, comme celle d'un doigt, est associée non pas à un retard de développement de la mastication en elle-même, mais à un « parasitage » par des mouvements linguaux antéro-postérieurs avec l'interposition linguale lors des déglutitions, qui sont alors bien sûr de type I. Quant à l'effet de la prise de tétine sur la croissance des maxillaires et la morphologie des arcades, il n'est pas différent selon que la tétine est dite « physiologique » ou non. Seuls comptent, comme pour les doigts, le temps de succion et la façon dont la tétine est posée. Certains enfants la mordent plus qu'ils ne la têtent. L'utilisation est en général toujours à prédominance nocturne. En cas de succion quasi permanente, on observe une béance, c'est-à-dire une absence de contact entre les secteurs antérieurs des arcades au niveau incisif. Cette anomalie varie spontanément parallèlement à la diminution du temps de succion de la tétine. La disparition de toute béance en denture lactéale est possible si l'enfant a abandonné définitivement sa tototte. L'arrêt de la succion de la tototte se fait en général avec l'entrée à l'école maternelle, le corps enseignant exigeant souvent que l'enfant l'enlève de sa bouche à l'école, puis demandant qu'elle ne soit plus apportée. Parfois, les parents imposent l'arrêt, éventuellement chez le nourrisson, ce que nous déconseillons. Des parents ont ainsi décrit leur recherche d'une pharmacie de

garde en pleine nuit pour trouver une tétine identique à celle qu'ils avaient jetée à la poubelle quelques heures plus tôt devant les pleurs inconsolables de leur enfant.

De nombreux enfants, à la suppression autoritaire de la tototte, prennent leur pouce, qu'ils têtent alors souvent de façon bien plus « acharnée », voire têtent leur langue.

Téter ou mordre, seul l'enfant peut trancher

Tout appareillage endo-buccal va troubler la succion d'un doigt comme d'une tétine. C'est pourquoi de nombreux appareils « anti-pouce » ont été mis au point au siècle dernier, dont certains très nociceptifs, comme les « pique-langue » encore utilisés récemment, et d'autres aux noms poétiques : « grille anti-langue », « piège à langue » ou « guide-langue ». Sans aller jusque-là, de nombreux orthodontistes interfèrent dans la vie de l'enfant pour obtenir l'arrêt de la succion en plaçant un appareil, comportant le plus souvent une plaque palatine. Notre expérience est totalement (« tototalement ! ») opposée à une intervention de ce type, et ce quel que soit l'âge de l'enfant. La pose d'un appareil va déclencher divers comportements allant du refus de mettre la plaque palatine à sa perte à l'école, à sa mise à la poubelle ou à des bris à répétition. Dans d'autres cas, l'enfant porte l'appareillage le jour mais l'enlève pour dormir en suçant toujours son pouce ou sa tétine. L'arrêt peut parfois se faire parce que l'enfant était prêt à arrêter..., mais parfois l'enfant se contraint d'arrêter et l'on voit ses performances scolaires ou son sommeil être perturbés, une énurésie apparaître. C'est pourquoi il nous paraît prématuré de parler d'arrêt de succion, de tototte ou de pouce avant 7-8 ans. Le praticien doit par contre fournir des explications techniques : effet de la tétine sur la croissance des maxillaires, intérêt d'envisager un arrêt de traitement pour diminuer la durée du traitement orthodontique futur qui, dans la majorité des cas, n'est jamais une urgence. Nous faisons appel aux psychologues qui peuvent accompagner l'enfant dans cette démarche et l'aider dans cette étape maturante ; dans certains cas, l'entretien avec le psychologue conduit à surseoir à toute demande d'arrêt de succion du pouce ou de la tétine. Le traitement orthodontique ne commence que si l'arrêt de la succion est possible ; son efficacité est alors complète.

De même, le travail dit de « rééducation de la déglutition », terme employé pour la prise en charge par la Sécurité sociale, est réalisé par des kinésithérapeutes ou des orthophonistes en même temps qu'un travail sur l'articulation phonétique. Il correspond à une prise de conscience des mouvements linguaux lors de la déglutition du bol alimentaire comme de la salive et donc d'une éducation psychomotrice. Les enfants sont généralement peu intéressés par ce travail, surtout si on le leur propose trop précocement. Cette prise de conscience doit au mieux accompagner le traitement orthodontique, donc être postérieure également à l'arrêt de la succion.

Les techniques orthodontiques se sont développées grâce aux progrès des soins dentaires et à une conservation jusque chez l'adulte âgé du potentiel de mastication. Curieusement, simultanément, la texture alimentaire devient plus tendre, les aliments résistants étant péjorativement considérés.

Les sucres d'orge ont évolué et de nombreuses sucreries sont sucées ou triturées, comme le chewing-gum. Le modèle américain, proposé dans de nombreux films aux adolescents, correspond à une oralité alimentaire pervertie de plus en plus quasi permanente. Affaire à suivre...