



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

**Effets de l'ostéopathie structurelle sur les troubles de la succion du nourrisson : une revue de littérature. Mise en perspective avec les connaissances des parents.**

**RENNETEAU  
Thibault**

**Promotion 17  
Année 2021-2025**



---

Bretagne Ostéopathie SARL.  
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient • 35000 RENNES • Tél. : 02 99 36 81 93 • Fax : 02 99 38 47 65  
[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com) • [contact@bretagne-osteopathie.com](mailto:contact@bretagne-osteopathie.com)  
CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07  
Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).





## Remerciements :

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser ma profonde gratitude envers ma tutrice de mémoire, madame DUVAL Hélène, pour son soutien tout au long de ce projet. Sa patience, sa persévérance, ses conseils avisés et son expertise m'ont permis d'avancer de façon intelligente et de produire un travail structuré, à l'image de cette école. Merci pour ta précieuse contribution à la réussite de ce travail.

A ma femme et mes deux filles, pour leur soutien, leur encouragement et leur patience. Elles ont su être présentes et compréhensives pendant ces longs moments de recherche, d'écriture et parfois de stress.

A mes collègues de promotion qui ont su à travers leurs attitudes et leurs conseils m'aider à la réalisation de ce travail d'étude et de recherche\* (TER). Je suis profondément reconnaissant de faire partie de cette promotion 17 qui montre une vraie solidarité.

# SOMMAIRE

**EFFETS DE L'OSTEOPATHIE STRUCTURELLE SUR LES TROUBLES DE LA SUCCION DU NOURRISSON : UNE REVUE DE LITTERATURE. MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES CONNAISSANCES DES PARENTS**..... - 1 -

**REMERCIEMENTS**..... - 2 -

**I – INTRODUCTION**..... - 8 à 11 -

I. 1. Contexte et justification de l'étude ..... - 8 à 9 -

I. 2. Constats ..... - 9 à 11 -

**II – CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL**..... - 12 à 31 -

II. 1. La succion..... - 12 à 21 -

II. 1. A. Anatomie de la cavité naso-buccale ..... - 12 à 19 -

II. 1. B. Physiologie de la succion ..... - 19 à 21 -

II. 2. Le besoin de succion..... - 21 à 24 -

II. 2. A. Les types de succion..... - 22 à 24 -

II. 3. Les troubles de la succion ..... - 24 à 31 -

II. 3. A. Définition et étiologies des troubles de la succion ..... - 24 à 25 -

II. 3. B. Spécificité des freins restrictifs buccaux ..... - 26 à 27 -

II. 3. C. Modèle de l'IFSOR par rapport aux troubles de la succion..... - 28 à 31 -

**III – PROBLEMATIQUES DE RECHERCHES ET HYPOTHESES** ..... - 32 à 33 -

III 1. Problématiques ..... - 32 -

III 2. Hypothèses ..... - 33 -

III 3. Objectifs ..... - 33 -

**IV – MATERIEL ET METHODES**..... - 34 à 39 -

IV 1. Stratégie de recherche bibliographique..... - 34 -

IV 2. Bases de données interrogées ..... - 34 -

IV 3. Construction des équations de recherche ..... - 35 à 37 -

IV 4. Diagramme de flux..... - 38 à 39 -

**V – RESULTATS** ..... - 40 à 58 -

V 1. Résultats de la revue de littérature ..... - 40 à 46 -

V. 1. A. Organisation numérique de l'échantillon ..... - 40 à 41 -

V. 1. B. Organisation temporelle de l'étude ..... - 41 à 43 -

V. 1. C. Contenu des prises en charges .....	- 43 à 46 -
V 2. Résultats du questionnaire par section .....	- 47 à 58 -
V. 2. A. Environnement familial .....	- 47 à 49 -
V. 2. B. Après avoir accouché, à l'hôpital .....	- 50 à 52 -
V. 2. C. Après être rentrée à la maison .....	- 53 à 57 -
V. 2. D. Évaluation des connaissances .....	- 57 à 58 -
<b>VI – DISCUSSION .....</b>	<b>- 59 à 68 -</b>
VI 1. Limites des études sélectionnées .....	- 59 à 60 -
VI 2. Les enseignements des traitements manuels sélectionnés.....	- 61 à 63 -
VI 3. Les préceptes issus du questionnaire .....	- 63 à 65 -
VI 4. Mise en perspective avec le modèle de l'IFSOR .....	- 65 à 66 -
VI 5. Projection professionnelle .....	- 66 à 68 -
VI. 5. A. Envers les autres professionnels .....	- 67 -
VI. 5. B. Envers la patientèle .....	- 68 -
<b>VII – CONCLUSION.....</b>	<b>- 68 à 69 -</b>
<b>VIII – BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>- 70 à 74 -</b>
<b>IX – ANNEXES .....</b>	<b>- 75 à 93 -</b>
IX 1. Descriptif des articles retenus pour la revue de littérature .....	- 76 à 78 -
IX 2. Questionnaire à destination des parents .....	- 79 à 89 -
IX 3. Liste des différents biais possibles dans cette revue de littérature .....	- 90 -
IX 4. Analyse des risques de biais des articles retenus pour la revue de littérature .....	- 91 -
IX 5. Lettre de prises de contacts pour réseau professionnel .....	- 92 -
IX 6. Dépliant informatif à disposition des patients du cabinet .....	- 93 -
<b>X – RESUME .....</b>	<b>- 94 -</b>

## Liste des abréviations

La première apparition d'une abréviation apparaît entre parenthèse avec une \*.

ABREVIATIONS		SIGNIFICATIONS
01	IFSOR	Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes
02	TER	Travail d'Étude et de Recherche
03	HAS	Haute Autorité de Santé
04	INSERM	Institut National et de Recherche Médicale
05	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
06	LTR	Lésion Tissulaire Réversible
07	IBCLC	Consultants en Lactation Certifiés par le Conseil International
08	MIBAQ	Musculoskeletal Infant Breastfeeding Assessment Questionnaire
09	ECR	Essais Contrôlés Randomisés
10	ATM	Articulation Temporo-Mandibulaire
11	MRP	Mouvement Respiratoire Primaire

## Liste des figures

FIGURES	TITRES	PAGE
01	Ostéologie de la cavité naso-buccale en plan sagittal (Netter)	13
02	Voies aéro-digestives supérieures en plan sagittal (Netter)	14
03	Myologie de la langue (Lacôte)	15
04	Couloir dentaire selon M. Château	16
05	Myologie de la face antérieure du cou (Netter)	17
06	Innervation de la bouche et du pharynx (Netter)	19
07	Le cycle de la succion chez le nourrisson (1/2)	20
08	Tétine classique	23
09	Tétine Mam	23
10	Illustration du Machouyou	24
11	Machouyou en bouche	24

FIGURES	TITRES	PAGE
12	Classification des freins de langue antérieur et postérieur selon Zaghi	27
13	Le modèle de tenségrité	29
14	La tenségrité appliquée au crâne	29
15	Liste des équations de recherche et résultats obtenus	37
16	Diagramme de flux	38
17	Organisation numérique de l'échantillon	41
18	Durée de l'étude	42
19	Nombre et fréquence des séances	43
20	Nombre et qualité des intervenants	44
21	Techniques manuelles utilisées	45
22	Moyens d'évaluations cités	46
23	Nombre d'enfants	48
24	Nombre d'enfant(s) avec des troubles de la succion	49
25	Sensibilisation des parents	50
26	Examen des freins de bouche	51
27	Type de geste chirurgical	51
28	Consultation avec un IBCLC	52
29	Consultation précoce en ostéopathie	52
30	Les difficultés d'allaitement au sein	53
31	Les difficultés de nutrition au biberon	54
32	La succion non-nutritive	55
33	La sensibilisation du pédiatre	56
34	Consultation en ostéopathie	56
35	Âge de la première consultation en ostéopathie	57
36	Les fonctions en lien avec la succion	58
37	Cercle professionnel sollicité	67



## Liste des tableaux

TABLEAUX	TITRES	PAGE
1	Le cycle de la succion chez le nourrisson (2/2)	20
2	Les étiologies des troubles de la succion	25
3	La méthode PICO	32
4	Liste des articles retenus	39



## Considérations éthiques

Les considérations éthiques sont nombreuses et indispensables pour la réalisation de ce mémoire. Cette notion peut se définir comme une « justification des comportements des individus dans la société ». Il a été établi un lien entre les notions d'éthique, de morale et de déontologie qui sont souvent confondues (1).

Voici les principales considérations éthiques de cette étude :

- L'utilisation de ce mémoire est uniquement dans un but scientifique et par conséquent sa lecture est interdite en-dehors d'un cadre médical ou paramédical.
- Il n'y a pas de conflits d'intérêts dans ce mémoire. En effet, l'objectif n'est pas de promouvoir ou de diffamer une marque de tétine par exemple. Par conséquent, aucune forme de publicité, pour les sociétés qui commercialisent ces types d'appareils n'est suggérée.

# I – INTRODUCTION

---

## I. 1. Contexte et justification de l'étude

Le parcours scolaire d'un étudiant en ostéopathie n'est pas de tout repos. Outre le côté humain, non négligeable, de partager une aventure commune qui s'apparente parfois à une véritable bataille contre soi-même, ce parcours est ponctué d'évènements déterminants. On peut alors citer les examens théoriques, les évaluations pratiques et évidemment le travail d'étude et de recherche.

La tâche n'est pas aisée de choisir, de façon pertinente et stratégique d'un point de vue professionnel le sujet de mémoire. J'avais pour objectif d'effectuer un travail qui fasse réellement avancer l'ostéopathie. Pas évident, me direz-vous à l'échelle d'un simple étudiant. C'est donc un éventail d'idées qui me sont venues à l'esprit, me rendant perplexe. Après plusieurs semaines, mois de recherches, je demeurais dans l'impasse.

La réalité du quotidien d'un couple avec deux enfants en bas âge m'a alors rattrapé. En effet, ma première fille, Emma âgée de 5 ans (à ce moment-là) ne semblait pas pouvoir se passer de sa tétine malgré nos demandes répétées. Les moments calmes, les éventuelles siestes et surtout les nuits sont les moments les plus propices à l'utilisation de la tétine pour elle. Ma femme et moi, nous nous retrouvons alors décontenancés face à cet outil devenu indispensable pour elle. Malheureusement, ce même schéma semblait se reproduire avec ma seconde fille, Romy, âgée de 2 ans à l'époque. Elle aussi montrait un besoin important d'avoir sa tétine au quotidien, de façon diurne et nocturne, même en dehors des temps calmes. La question se pose alors si c'est par un réel besoin ou si c'est uniquement un schéma d'imitation de la grande sœur.

Quoi qu'il en soit, il était impossible de faire stopper l'utilisation de la tétine pour les deux enfants. Les nombreuses tentatives ont toujours été vouées à l'échec (envoi des tétines au père Noël, arbre à tétine, boîte stop tétine). De plus, nous gardions dans un coin de notre tête, ces fameuses croyances rendant l'utilisation prolongée de la tétine délétère pour la croissance maxillo-faciale et les fonctions qui en découlent. On pense notamment à la dentition ou à

l'oralité du protagoniste : réel avertissement ou simple convention ? Telle est la question qui se pose à l'heure actuelle. Il ne faut pas, cependant, se fixer uniquement sur l'utilisation de la tétine. Celle-ci reste un élément parmi d'autres pouvant entraîner des troubles de la succion dans les croyances sociétales.

Étant dans le domaine de la santé, kinésithérapeute et futur ostéopathe, impossible de ne pas creuser la question. Voilà comment d'une problématique personnelle, j'ai lancé mon processus de recherche de ce mémoire de fin d'étude. Les objectifs sont donc doubles : réaliser un travail de recherche sérieux et complet dans le domaine des troubles de la succion afin de répondre au mieux aux besoins de mes patients au cabinet mais également de mes deux filles à la maison.



***Une problématique personnelle de gestion de la tétine chez mes deux filles m'a interrogé sur les méfaits de la tétine et plus globalement des troubles de la succion chez le nourrisson***

## **I. 2. Constats**

Nous sommes forcés de constater que les troubles de la succion, sont méconnus dans notre société et souvent sous-estimés. La première chose qui serait intéressant d'évaluer est à quel moment la succion est évaluée ?

La Haute Autorité de Santé\* (HAS) a publié en 2017 une fiche mémo nommée « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales » (2). Dans cette fiche, la HAS, décrit les éléments que l'équipe médicale doit évaluer en salle de naissance. Évidemment, la priorité est mise sur les éléments vitaux comme la respiration, le cri ou le tonus du nouveau-né. La pesée, la prise de mesure, de pouls ou de température sont préférentiellement différées d'au moins une à deux heures afin de laisser le trio maman-papa-bébé profiter du peau à peau. Il est recommandé, d'encourager, dans ces premiers moments de vie, la mise au sein de l'enfant si les parents ont fait le choix de ce type d'alimentation. Cette

première mise au sein constitue donc, en soi, le premier examen des qualités de la succion de l'enfant. On évalue ainsi donc directement le côté fonctionnel de la succion.

Catherine Cantin et Francine Letendre dans leur ouvrage « Examen clinique du nouveau-né » publié en 2015, décrivent les éléments indispensables qu'il faut évaluer dans les premiers jours de l'enfant (3). Elles s'appuient sur une forte expérience dans le milieu hospitalier au Québec. A l'intérieur de cet ouvrage, elles ont créé un fil rouge d'examens qu'elles nomment « Aide-mémoire pour la continuité de soins et de services à la mère et au nouveau-né ». Concernant le domaine de la succion, elles créent une traçabilité au niveau des types d'allaitement, de la présence ou non de régurgitations, de vomissements, de l'utilisation d'une tétine ou encore de la constatation d'un besoin de stimulation. En prenant du recul, on s'aperçoit que la succion est donc uniquement évaluée de façon fonctionnelle. Nous sommes au cœur des théories comportementalistes où l'on évalue par la méthode essai-erreur. On met l'enfant au sein de sa mère et on introspecte les résultats. L'interprétation de ceux-ci et la modification des comportements qui vont en découler, pour parvenir au but, s'apparentent alors à une forme d'apprentissage. Il n'y a donc pas d'examen systématique structurel des éléments constituant la cavité naso-buccale à la naissance.

Il est également intéressant d'objectiver les relations de la maman avec l'allaitement. Dans ce cadre, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale\* (INSERM) a diffusé lors de sa 6<sup>ème</sup> « enquête nationale périnatale » en 2021, un questionnaire auprès de 13 000 femmes ayant accouché et souhaitant allaiter (4). Il en ressort plusieurs éléments clés. 64,8% des femmes souhaitaient un allaitement exclusif avant la naissance de l'enfant alors que finalement seulement 56,3% ont pu le mettre en place. À 2 mois, ce taux chute à 34,4%. Il y a donc 21,9% des femmes qui n'allaitent plus à 60 jours de vie. Parmi les femmes ayant arrêté l'allaitement, 27% ont stoppé durant la première semaine de vie de l'enfant, 30% entre 8 et 21 jours, 32% entre 22 et 45 jours et enfin 11,9% au-delà de 45 jours. On s'aperçoit donc que 89% des femmes qui stoppent l'allaitement, le font dans les 45 jours post-accouchement. La conservation de l'allaitement jusqu'aux deux mois de vie du nourrisson semble donc être un objectif déterminant à atteindre pour la pérennisation de l'alimentation au sein. En parallèle, l'Organisation Mondiale de la Santé\* (OMS), préconise l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, puis en complément d'une alimentation diversifiée jusqu'aux 2 ans de l'enfant (5).

Force est de constater qu'il y a un écart entre les préconisations de l'OMS et la réalité de terrain évaluée par l'INSERM. Il paraît donc déterminant d'identifier les facteurs qui peuvent interférer voire stopper l'allaitement des nourrissons. Dans une thèse de 2021, Ambre Veyry a souligné 3 principaux éléments venant justifier l'arrêt de l'allaitement exclusif pour les patientes suivies au Centre Hospitalier Universitaire sud de la Réunion : reprise du travail (17%), insuffisance de lait (11,5%) et enfin la fatigue (10,7%) (6). Les deux derniers éléments pourraient être en lien avec des troubles de la succion du nourrisson. Peut-on réellement attribuer la responsabilité uniquement à la maman ? L'insuffisance de lait existe-t-elle vraiment ? Comme le souligne Monsieur Terramorsi Jean-François, il est déterminant de conserver une part d'intelligence afin de savoir changer de point de vue si nécessaire (7). Il ne faut pas oublier que l'allaitement est un duo, un échange entre le sein de la mère et la bouche de l'enfant. Il serait donc tout aussi justifié de s'intéresser à la qualité de déformabilité et d'élasticité de la zone naso-bucale de l'enfant.

Donc la question semble en réalité être prise dans le mauvais sens, puisque de façon empirique, les mamans culpabilisent dans le cas d'échec de l'allaitement, alors que nous pouvons également émettre l'hypothèse que la dystructure de la zone naso-buccale du bébé peut engendrer à court ou moyen terme l'échec de l'allaitement.



***Les différentes recommandations montrent que le bilan du nourrisson concerne principalement le côté fonctionnel de la succion. L'aspect structurel n'est que très peu ou pas investigué.***

## II – CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

---

### II. 1. La succion

#### II. 1. A. Anatomie de la cavité naso-buccale et de l'os hyoïde

La cavité naso-buccale va jouer un rôle déterminant dans la croissance du nourrisson via la nutrition, la respiration, la déglutition et le développement de l'oralité (8). Nous décrirons donc la zone du nez, de la bouche, du pharynx et du larynx. Notre intention sera particulière sur les parties osseuses que sont l'os maxillaire, le palatin, la mandibule et l'os hyoïde. Nous n'oublierons pas les parties molles que sont les lèvres, la langue, les muscles buccaux et péribuccaux pour terminer par l'innervation correspondante.

##### II. 1. A. a. La cavité nasale

Le nez est formé par plusieurs os : le sphénoïde, le palatin, le maxillaire, le vomer, l'éthmoïde, le frontal, l'os nasal, les cornets nasaux et le cartilage septal (9). Le nez n'est pas simplement la partie externe constituant un élément clé de la face. Il joue un rôle dans l'entrée et la sortie de l'air vers les poumons. Le nez doit donc filtrer, réchauffer et humidifier l'air qui rentre afin de protéger l'axe pulmonaire via le larynx, le pharynx et la trachée (10). C'est un rôle clé dans la dynamique ventilatoire. Il ne faut pas oublier sa fonction dans l'olfaction. Il joue également un rôle dans la phonation via la trompe auditive d'Eustache (11).

Une respiration nasale est optimale pour le nourrisson. Cela va avoir pour effet de conditionner l'air mais également de participer à l'expansion du maxillaire, à une pneumatisation des cavités de la face, à la croissance des sinus maxillaires, à l'expansion transversale de la face et enfin à la thermorégulation cérébrale de l'enfant (12).

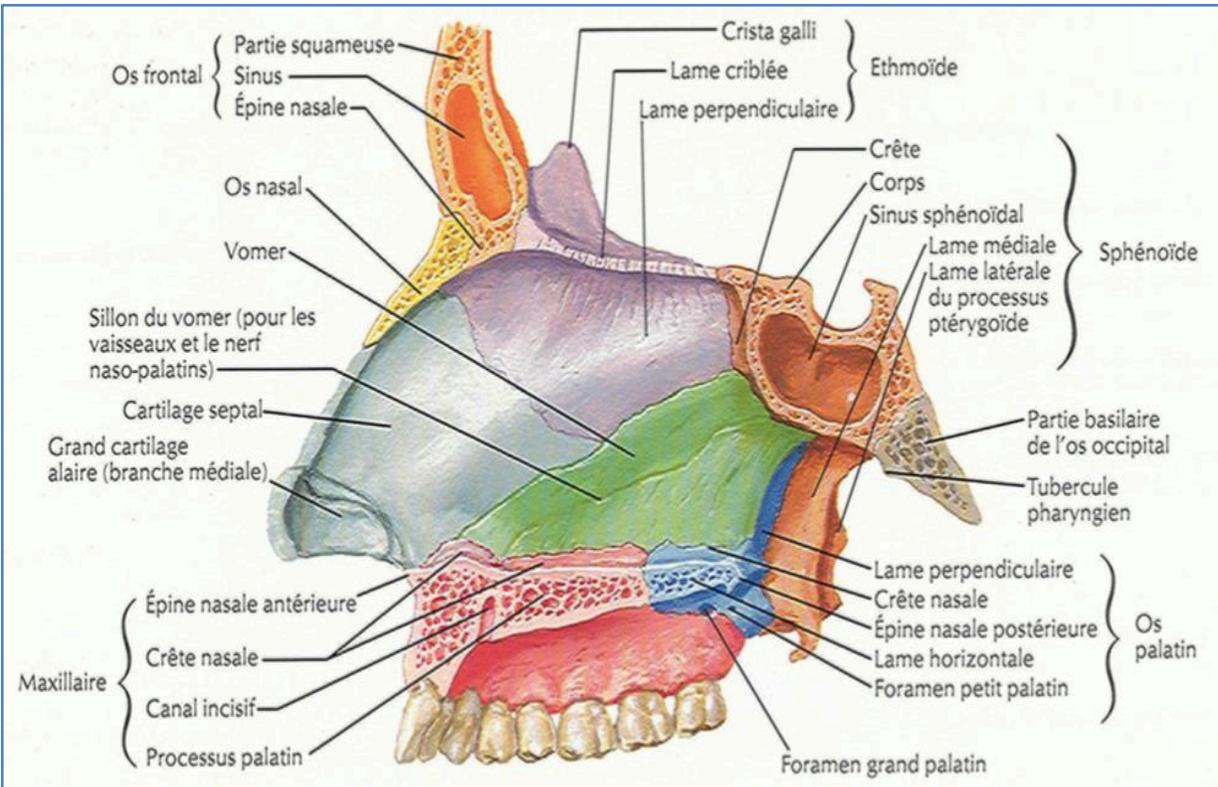


Figure 01 - Ostéologie de la cavité naso-buccale en plan sagittal (Netter)



***L'utilisation de la cavité nasale pour le nourrisson doit être optimisée.***

## II. 1. A. b. La cavité buccale

La bouche est une cavité formée par plusieurs os : les deux maxillaires, la mandibule et les deux palatins. La cavité buccale a plusieurs rôles : c'est l'entrée du système digestif, rendant la nutrition possible via la mastication (9,10). Ensuite, la bouche participe, comme le nez, à la respiration, seulement il n'y a pas de filtration. Son rôle respiratoire est donc étroitement lié à celui du nez qui doit être libre. Une respiration buccale est rare pour le nourrisson vu le temps qu'il passe au sein ou au biberon (12).

Enfin, elle participe à la communication via la phonation, elle fait caisse de résonance aux cordes vocales. Les lèvres, la langue et la mâchoire doivent donc être souples, déformables et non contraintes. Il ne faut pas oublier l'os hyoïde qui doit être libre, déformable et qui est un véritable élément de fixation pour les muscles sous buccaux qui s'y rattachent (13).

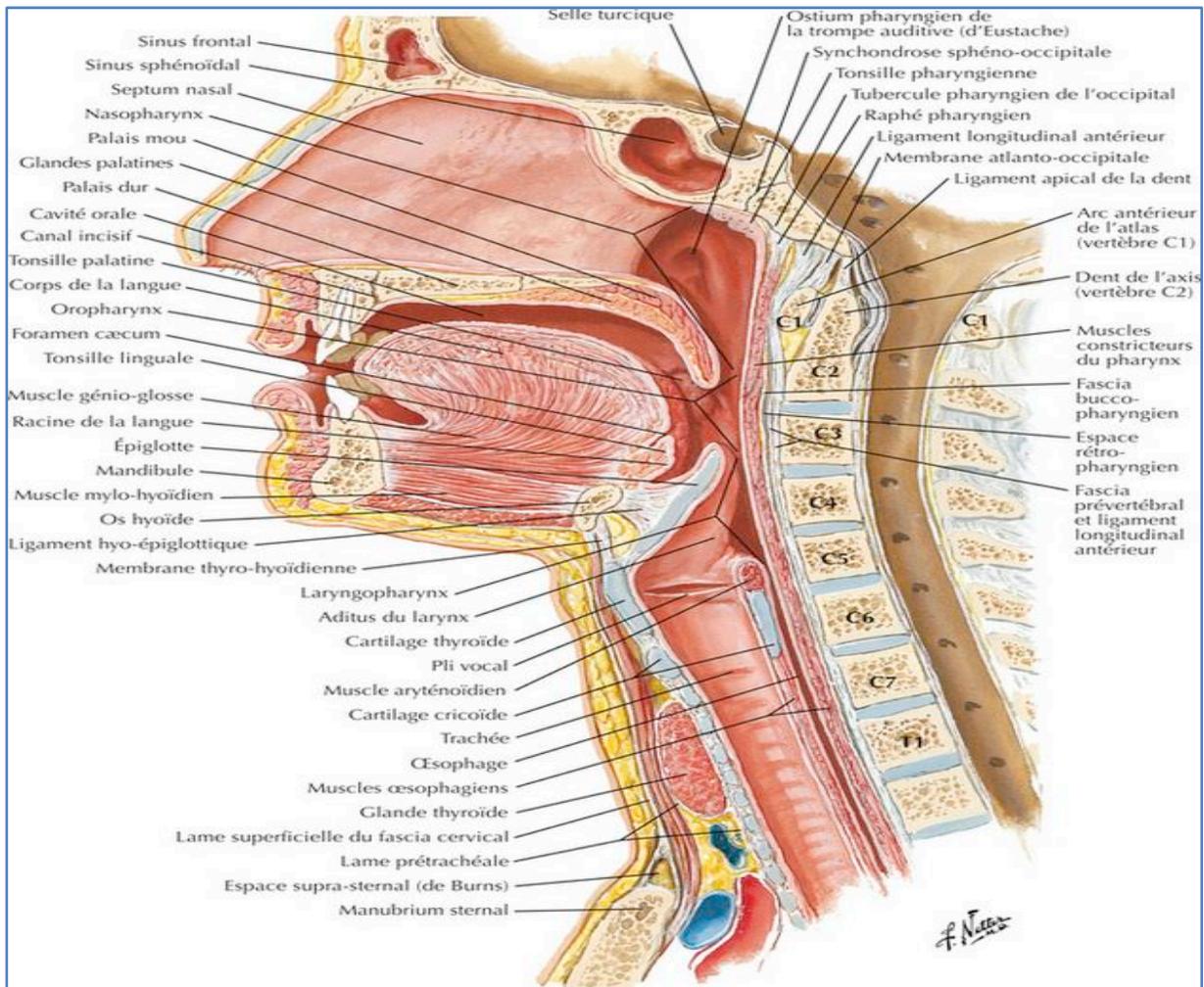


Figure 02 – Voies aéro-digestives supérieures en plan sagittal (Netter)

La langue est l'organe qui occupe le plus de place dans la cavité buccale. C'est un organe musculaire strié ovalaire. Son activité évolue en fonction de l'âge, de la maturation du système nerveux central et de son environnement (14).

Pour le nourrisson, la langue a une position de repos très avancée et étalée puis, avec l'arrivée des dents lactéales, celle-ci se recule pour ne pas contacter les dents et se rassemble

sur elle-même en se tonifiant. La base se stabilise et la pointe se positionne au palais, c'est sa position de repos de référence, quand la bouche est fermée, on dit que la « princesse est dans son palais ». Une position optimale de la langue va libérer le carrefour aéro-digestif et permettre la respiration nasale (13).

Sur sa partie antérieure, le corps est mobile alors que sa partie postérieure, la base est fixe. Elle intervient dans la mastication, le goût, la déglutition, la propulsion des aliments vers l'arrière et la phonation. Il est donc indispensable qu'elle soit active, mobile et tonique. Sa musculature est composée de 17 muscles : 8 muscles paires et un muscle impair longitudinal supérieur (15).

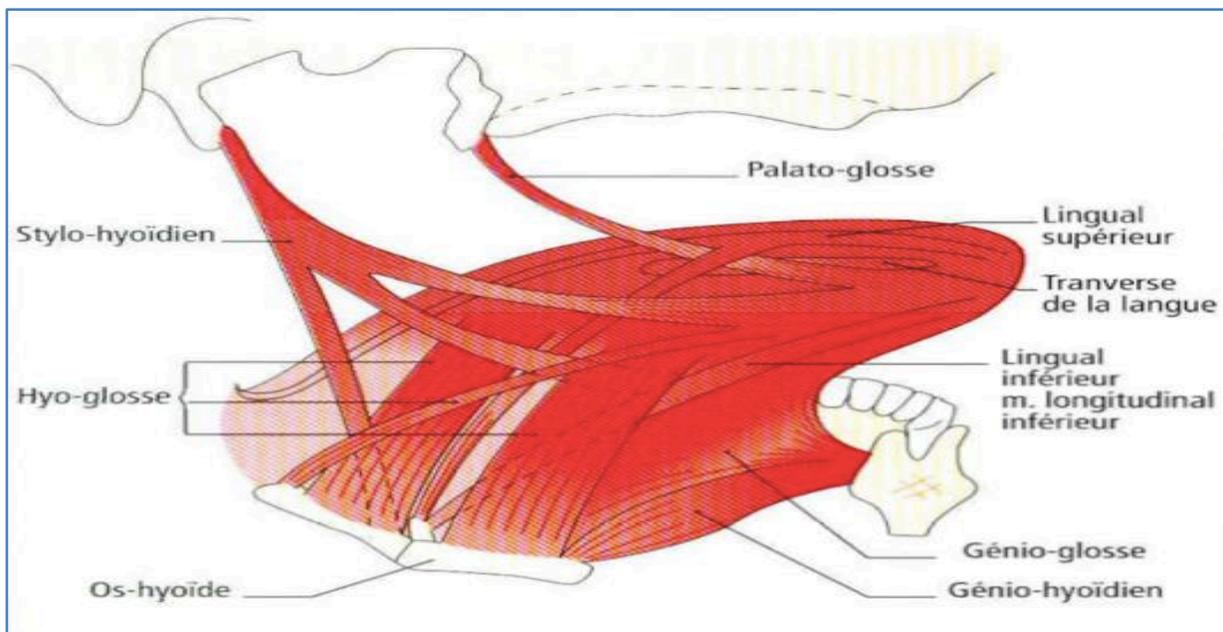


Figure 03 – Myologie de la langue (Lacôte)

La langue exerce une pression permanente au niveau de la symphyse palatine. Ceci associée aux 2400 mouvements de déglutitions quotidiennes favorisent l'expansion transversale des maxillaires supérieurs et des palatins. Le nourrisson a une déglutition primaire qui évolue, au début il tète pour avoir une succion-propulsion. A partir de la diversification, les consistances changent, pour demander une dextérité linguale différente. En effet, cela réclame une dissociation des mouvements de la base de la langue par rapport à l'apex. La déglutition primaire va stimuler entre autre la croissance mandibulaire (13) (16).

Les lèvres recouvrent les dents incisives et permettent la fermeture complète de la bouche de façon hermétique. Elles sont au nombre de deux : supérieure et inférieure. Leur implication dans l'allaitement est donc essentielle. Sur chaque lèvre, il existe un frein labial qui est une lame de tissu conjonctif fibreux reliant la lèvre aux gencives supérieures ou inférieures. Nous développerons dans un prochain chapitre, l'éventuelle implication de ces freins sur le mécanisme de succion. Les lèvres doivent rester immobiles pendant la phase de déglutition. Elles participent également à la prononciation de plusieurs phonèmes comme M, B et P (17).

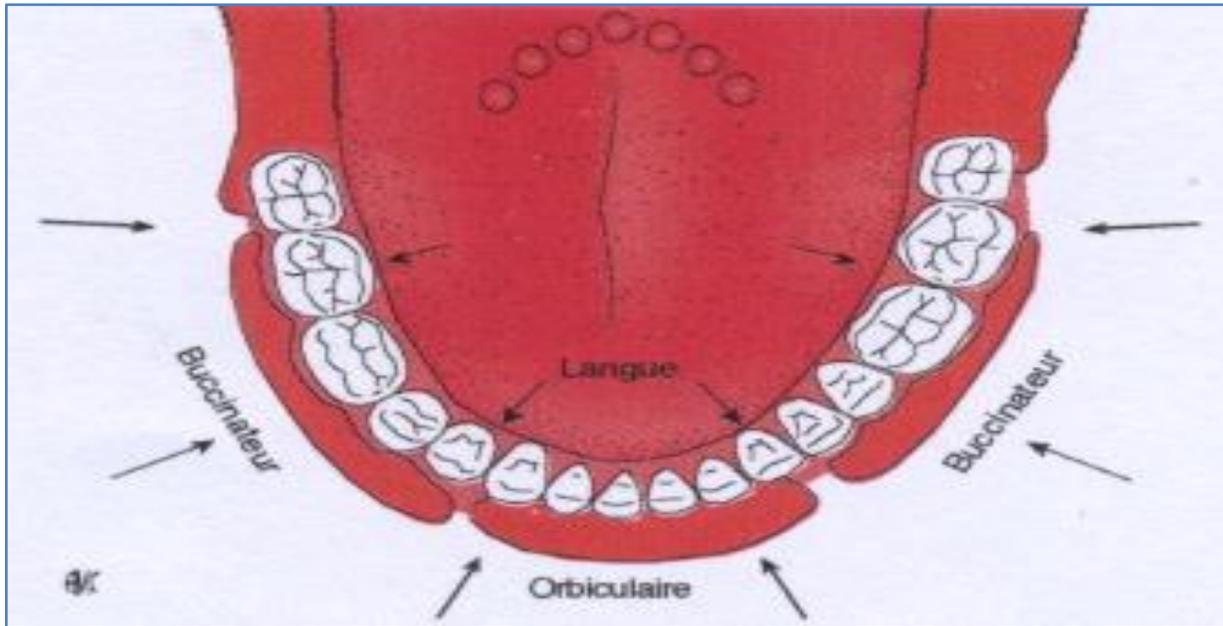


Figure 04 – Couloir dentaire selon M. Château

Il ne faut pas oublier que d'après les travaux de Monsieur Château, et son fameux couloir dentaire, la pression qui s'exerce sur les dents doit être nulle entre les tensions intrabuccales de la langue et extrabuccales des muscles, lèvres et joues (18). Les dents se présenteront alors comme des témoins de la gestion de cette équation. L'utilisation de la tétine ou du pouce va majorer l'appui interne pouvant alors entraîner des béances ou malocclusions. Il faut garder cette notion en tête dans la gestion des troubles de la succion (19).



***La position de langue au repos doit être au palais sans appui derrière les dents.  
Les lèvres doivent fermer de façon hermétique la bouche sans effort.***

## II. 1. A. c. L'os hyoïde

L'os hyoïde est un os situé dans la partie antérieure du cou, en forme de fer à cheval. Il est un point d'attache à de nombreux muscles. Il se distingue deux catégories de muscles : les supra-hyoïdiens et les infra-hyoïdiens (9,10). On peut citer dans la première, les muscles hyoglosse, génioglosse, stylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens, mylo-hyoïdiens ou encore le muscle digastrique. Pour les muscles infra-hyoïdiens, nous avons notamment les muscles thyro-hoïdiens, sterno-hyoïdiens et omo-hyoïdiens.

L'ensemble de ces muscles doit être libre, pour l'optimisation des capacités de déglutition, de phonation et respiration. C'est donc un élément indispensable à vérifier dans le cadre du traitement des troubles de la succion. L'ensemble de la cavité bucco-nasale, ainsi que les tissus mous comme la langue et les lèvres constituent les éléments indispensables à la bonne succion du nourrisson (20).

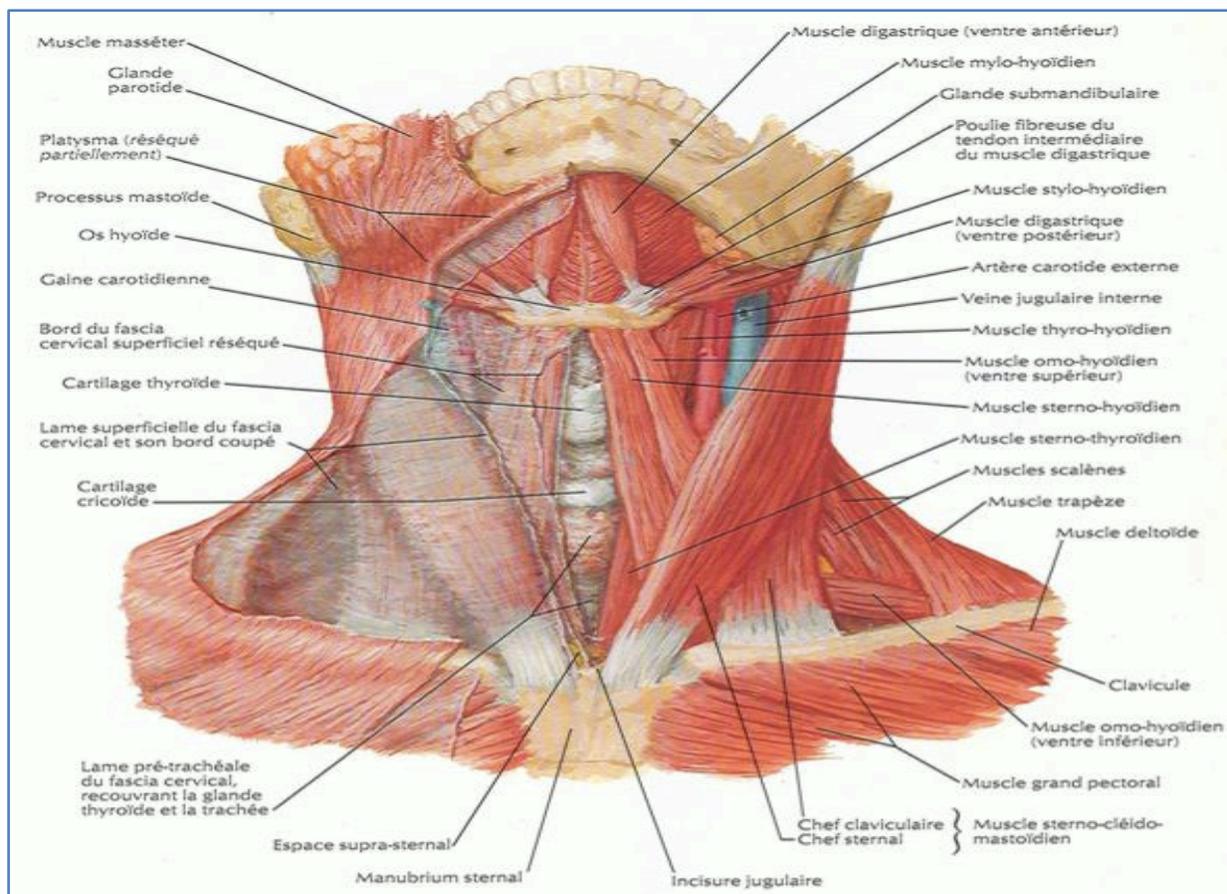


Figure 05 – Myologie de la face antérieure du cou (Netter)



***L'os hyoïde est un véritable lien entre la mandibule et le thorax. Il constitue ainsi un point d'attache à de nombreux muscles du plancher buccal. Sa liberté est un élément clé de la succion.***

## II. 1. A. d. Liens neurologiques

Le nourrisson dispose de réflexes innés mais il y a également une maturation du système nerveux central et périphérique modifiant ses capacités (9), (20). On dénombre 5 paires de nerfs crâniens qui interviennent dans la succion. Nous les décrivons dans l'ordre :

- Nerf trijumeau (V) : nerf mixte qui intervient notamment sur la mastication via le V3.
- Nerf facial (VII) : nerf mixte responsable des mouvements de la mimique.
- Nerfs glosso-pharyngien (IX) et vague (X) : nerfs mixtes qui interviennent dans la déglutition et la fonction respiratoire.
- Nerf hypoglosse (XII) : nerf moteur qui intervient sur la motricité linguale.

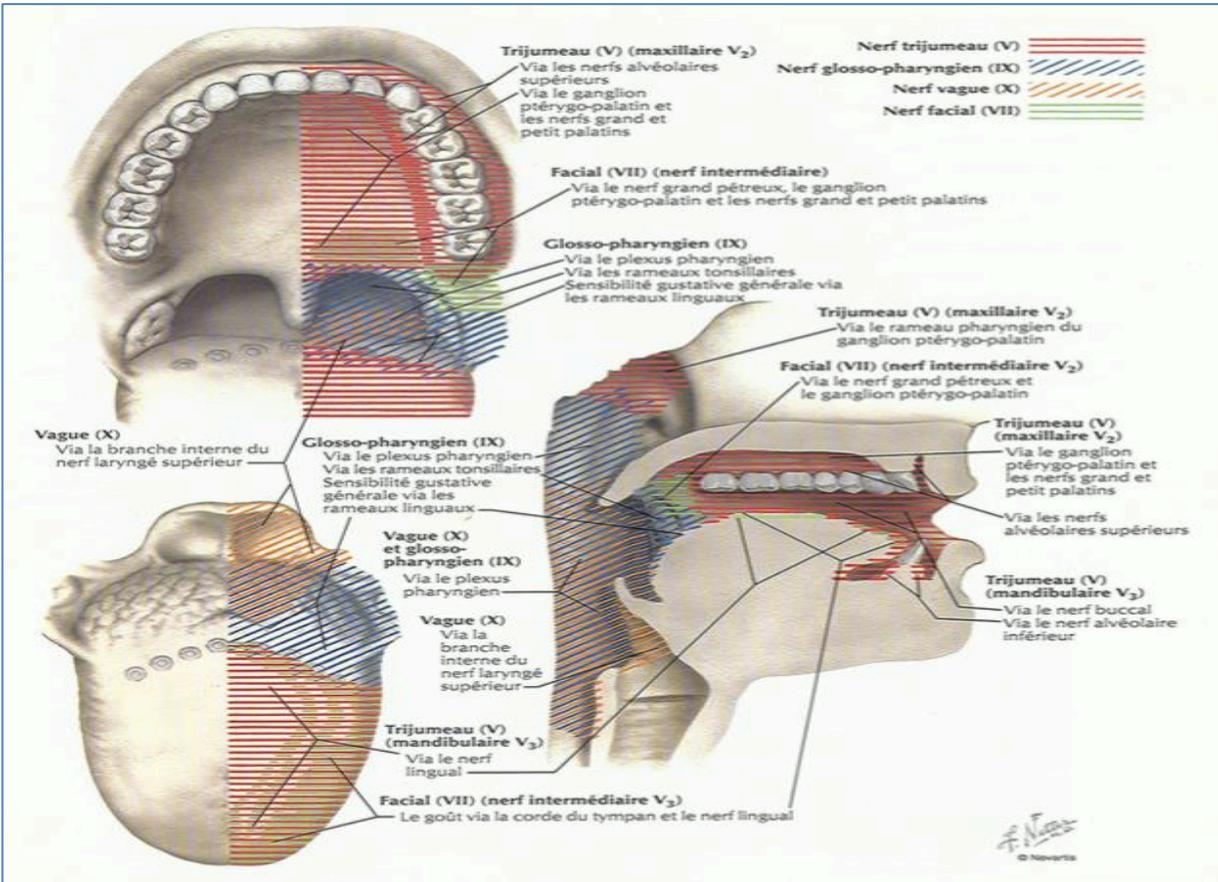


Figure 06 – Innervation de la bouche et du pharynx (Netter)



***La succion physiologique chez le nourrisson dépend de 5 paires de nerfs crâniens périphériques et évidemment du système pyramidal central.***

## II. 1. B. Physiologie de la succion

Le mécanisme de succion est automatisé jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Il n'y a pas encore de contrôle cérébral. Il fait partie de ses réflexes archaïques qui doivent disparaître durant la croissance de l'enfant. Il s'est développé durant la phase utérine, à partir de la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse (20). À la naissance, la respiration est coordonnée aux capacités de déglutition-succion de l'enfant. Bébé est donc obligé de respirer par le nez quand il tète. La

prolongation de l'allaitement va donc avoir pour conséquence d'améliorer ses capacités ventilatoires (21), (22).

La succion du nourrisson est un jeu d'alternance de pression. La bouche de l'enfant doit donc être totalement hermétique pour créer une dépression négative pour faire sortir le lait du téton de la maman. Quand on parle de succion, il faut bien avoir conscience, que nous parlons d'un véritable cycle qui va se répéter tout au long du repas. C'est un enchainement de 5 étapes clés, décrites ci-dessous (23).

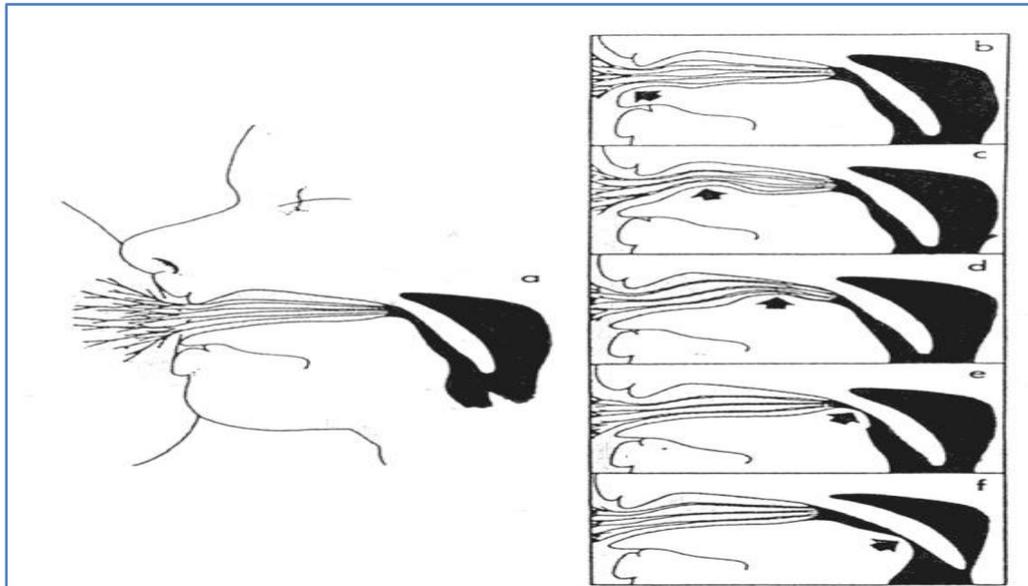


Figure 07 – Le cycle de la succion chez le nourrisson (1/2)

Étapes	Descriptions	Illustrations
1	Le palais mou est détendu, nasopharynx ouvert, racine de la langue en position de repos, en forme de coupe autour de la forme du mamelon	a et b
2	Resserrement de la mâchoire inférieure pour serrer la base du mamelon	c
3	Compression par la langue contre le palais vers la postériorité	d
4	Lait est poussé vers l'oropharynx	e
5	Retour de la langue à la position initiale, écoulement du lait dans le pharynx	f

Tableau 1 – Le cycle de la succion chez le nourrisson (2/2)

Il est intéressant de comparer la position de la langue dans les deux situations suivantes : succion au sein et succion au biberon. Ces deux contextes sont totalement différents pour la mécanique buccale et notamment la langue de l'enfant. Il est également important de noter que la vitesse de débit du lait est plus rapide au biberon. L'enfant est alors immédiatement submergé par le lait. Il se protège alors en remontant la partie postérieure de la langue. Autre élément important, la bouche n'a pas besoin d'être hermétique puisqu'il ne d'agit pas d'une cavité sous dépression. Plusieurs conséquences à cela : une sous-sollicitation de la musculature buccale et notamment de la langue, un risque accru d'ingérer de l'air pouvant entraîner coliques ou reflux gastro-œsophagiens, une baisse du développement crânien (20), (24).



***La succion physiologique se définit comme un cycle de 5 phases avec une succession de pression – dépression pour faire couler et acheminer le lait. La langue joue un rôle déterminant dans ce sens. Une succion au sein est plus stimulante et développe la musculature buccale nécessaire au bébé.***

## **II. 2. Le besoin de succion**

La naissance est un moment fort en émotion pour les deux parties : la maman et le bébé. Outre le côté traumatique, il ne faut pas oublier que c'est également le début de l'autonomie pour bébé, qui doit apprendre à gérer la succion, la déglutition, la ventilation et sa nutrition. Il fait donc appel à des mécanismes reflexes, qui sont censés être matures à la naissance comme le réflexe de succion, de Moro ou encore des points cardinaux (24), (25).

Le réflexe de succion apparaît donc quand le bébé est encore dans le ventre de sa mère. Il n'est pas rare de voir des bébés prendre leur pouce au cours d'une échographie. Il apparaît autour de la 10<sup>ème</sup> semaine de vie intra-utérine et disparaît vers 3 à 4 mois post-partum.

## II. 2. A. Les types de succion

Il existe deux types de succion : la succion nutritive et la succion non-nutritive.

### II. 2. A. a. La succion nutritive

La succion nutritive est un mécanisme réflexe chez les nourrissons qui consiste à se nourrir de lait. C'est donc un mécanisme vital pour l'enfant qui lui permet de recevoir les nutriments nécessaires à sa croissance (26). Le rythme est plutôt lent et régulier. Cette nutrition peut être exclusivement au sein, au biberon ou alors mixte. Nous avons déjà développé ce type de succion précédemment dans un comparatif nutrition au sein et au biberon (27).

### II. 2. A. b. La succion non-nutritive

Ce type de succion est le même mouvement que décrit précédemment mais il n'y a pas d'ingestion de lait. La succion non-nutritive a un rôle psychologique, puisqu'elle permet d'apaiser, de réconforter le nourrisson (28). Elle joue également un rôle anti-douleur via un mécanisme d'autorégulation. Enfin, cela peut permettre au tout petit de trouver son sommeil. Cette succion n'impose pas une déglutition et de fermeture laryngée. Les cycles sont plus rapides que pour la tété nutritive (8), (29).

#### ✓ Le pouce

Le pouce a l'avantage d'être toujours présent, facilement accessible pour le bébé. Cependant, il y a un fort risque d'utilisation prolongée du pouce. Il y a un consensus pour que les enfants arrêtent le pouce au maximum entre 2 et 3 ans (29). Cela peut entraîner des effets négatifs, s'ils persistent, sur la formation de la dentition, sur le développement ostéologique de la mâchoire, sur l'oralité, sur les risques d'infections puisque le pouce est souvent porteur de nombreux germes, sur la dynamique sociale de l'enfant et sa stigmatisation (19). La principale conséquence du pouce est la malocclusion avec une langue qui pousse vers l'avant. Un mauvais contrôle lingual qui pousse l'enfant au zézaiement sur les phonèmes Z, S, J ou encore CH. On peut noter également un affaiblissement des muscles de la bouche (12).

✓ La tétine

La tétine existe sous différentes formes, tailles, matériaux, degrés de souplesse et vitesses de débit. Sur le marché, deux types de tétines se distinguent : les tétines classiques et les tétines dites physiologiques. Un schéma explicatif des différentes parties d'une tétine est disponible en annexes (30–32).

- Tétine classique

La téterelle ainsi que la collerette sont rondes. La collerette est également convexe pour épouser les lèvres de l'enfant. La téterelle est plus épaisse qu'une tétine physiologique.

- Tétine physiologique

Cette tétine tend à répondre parfaitement à l'anatomie de l'environnement. La collerette est aussi convexe et laisse une échancrure au niveau supérieur pour le nez. Encore une fois, ceci a pour espoir d'optimiser la respiration nasale. On peut citer les tétines MAM par exemple (33).



Figure 08 – La tétine classique



Figure 09 – La tétine MAM®

## ✓ Le machouyou

Le machouyou peut être une alternative à la tétine, à partir de 2 ans, de façon transitoire uniquement. La langue se place au palais, la déglutition est physiologique, les dents ne sont pas poussées vers l'avant et les molaires ne créent pas un appui excessif. L'appui des dents est parfaitement réparti (34).

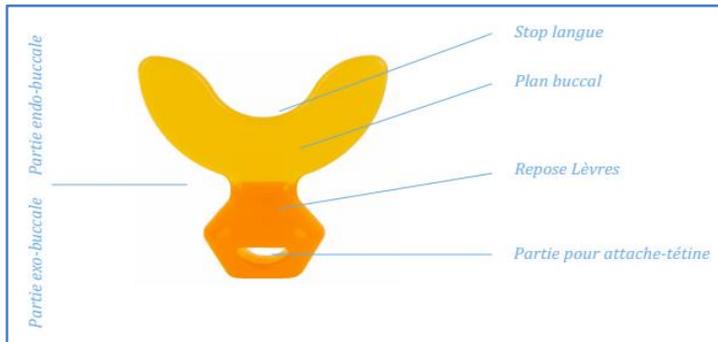


Figure 10 – Illustration du machouyou

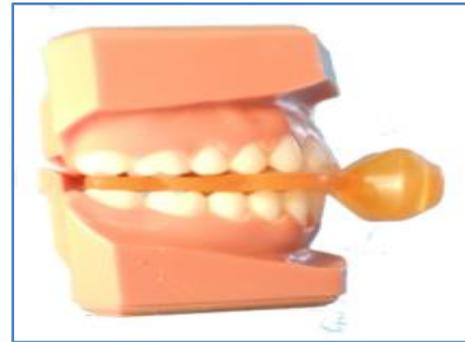


Figure 11 – Machouyou en bouche

On note donc une multitude d'objets pouvant servir à l'enfant pour compenser son besoin de succion. Ces habitudes peuvent continuer chez l'adulte, sous formes de para-fonctions comme des tics de mordillement des lèvres ou des joues, de mâchouiller son stylo, de se ronger les ongles ou encore de serrer ou grincer des dents la nuit (bruxisme) (30).



***La tétine est l'objet le plus souvent utilisé dans la succion non-nutritive. Elle constitue un frein au développement normal et installe des para-fonctions qui peuvent devenir chroniques. Les tétines physiologiques tendent à réduire ces effets mais une éradication pure et simple reste la meilleure solution.***

## II. 3. Les troubles de la succion

### II. 3. A. Définition et étiologies des troubles de la succion

On définit les troubles de la succion comme une altération du réflexe de succion qui doit être automatique chez les nourrissons. On parle d'un réflexe mature ou non. Cela aura pour conséquence une dysfonction possible de l'alimentation, de la croissance faciale, de la maturation de la déglutition et de la phonation.

Nous pouvons citer plusieurs étiologies possibles qui augmentent le risque de développement de troubles de la succion (19), (21), (22):

<p style="text-align: center;"><b><u>ETIOLOGIES ANATOMIQUES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freins restrictifs buccaux dont l'ankyloglossie</li> <li>- Rétrognatisme</li> <li>- Fentes labiales</li> <li>- Malformations congénitales</li> <li>- Kystes de la base de la langue</li> <li>- Abscès de la luette</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>ETIOLOGIES FONCTIONNELLES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incoordination succion / déglutition / respiration</li> <li>- Hypertonie / hypotonie</li> <li>- Insuffisance vélaire</li> <li>- Reflux Gastro-Cœsophagien</li> <li>- Hypersensibilité / hyposensibilité</li> <li>- Prématurité</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>ETIOLOGIES NEUROLOGIQUES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrome de Pierre Robin</li> <li>- Troubles neurologiques centraux ou périphériques</li> <li>- Origines génétiques</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>AUTRES ETIOLOGIES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensions myo-faciales</li> <li>- LTR au niveau des os du crâne</li> <li>- LTR cervicales</li> <li>- LTR membranes de tensions réciproques</li> <li>- Soutien postural insuffisant</li> </ul>

Tableau 2 – Les étiologies des troubles de la succion

En tant qu'ostéopathe structurel, nous privilégierons évidemment les étiologies réversibles comme les LTR crâniennes, cervicales, les freins, l'ankyloglossie ou encore les tensions myo-faciales (7).



***Une multitude d'étiologies sont possibles, seuls les troubles réversibles sont accessibles pour le modèle mécanique de l'IFSOR.***

## **II. 3. B. Spécificité des freins restrictifs buccaux**

Les freins restrictifs buccaux sont des éléments physiologiques qui doivent disparaître par un processus dégénératif. Parfois, ces éléments perdurent. On parle également d'un frenulum. Ils touchent trois zones que sont la langue, les joues et les lèvres. On dénombre deux freins de langue (frein lingual antérieur et postérieur), deux freins de lèvre (frein labial supérieur et inférieur) et quatre freins de joue (freins vestibulaires) (35), (9).

Durant les deux dernières décennies, les freins ont été plus investigués et diagnostiqués. Joyce O'Shea et ses collaborateurs dans une revue de littérature de 2017, parlent d'un frein de langue présent pour 4 à 11% des nouveaux-nés (36). En extrapolant, cela représente environ 67 000 bébés pouvant présenter un frein de langue en France en 2023. Depuis 2014, le Brésil impose un examen systématique des freins avant la sortie de la maternité. Les parents sont également informés des éventuels risques liés à la succion, afin de ne pas stopper brutalement l'allaitement (37).

Le frein de langue est l'élément le plus souvent cité dans le cadre de troubles de la succion (38). Il fait le lien entre la partie inférieure de la langue et le plancher buccal (9). Si celui-ci est trop court ou pas assez déformable, alors il peut interférer dans le mécanisme physiologique de succion. Attention, un frein peut être court mais suffisamment souple et déformable pour ne pas être un obstacle. Il est donc impératif d'évaluer à la fois sa longueur mais également sa souplesse (39). Le chirurgien ORL Zaghi Soroush, a beaucoup travaillé sur la respiration et le lien avec les freins de langue. Il a mis en place, avec ses équipes, des classifications pour les freins de langue (40), (41).

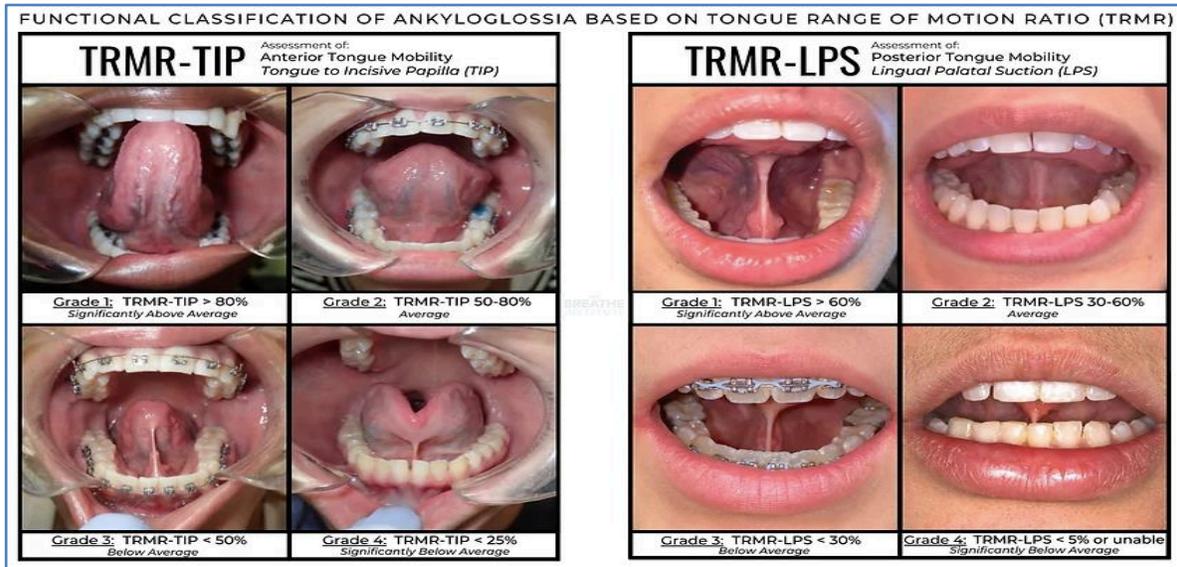


Figure 12 – Classification des freins de langue antérieure et postérieure selon Zaghi

La mode a été de couper, peut être par excès, ces freins restrictifs buccaux. On distingue trois actes chirurgicaux : la frénotomie qui est le fait de couper le frein, la frénectomie où l'on retire physiquement le tissu conjonctif, et enfin la frénuloplastie où l'on fait de multiples incisions et sutures (42). Après ces actes, il est impératif de travailler ce tissu et d'éviter tout phénomène d'installation de fibrose qui pourrait rendre l'acte caduque (39). C'est cette seconde partie de rééducation, pourtant indispensable, qui est souvent délaissée. Charge aux ostéopathes de diffuser le message pour le bien des nourrissons.



***Les freins restrictifs buccaux et plus particulièrement l'ankyloglossie doivent être diagnostiqués le plus tôt possible. Si nécessaire, un geste chirurgical et un accompagnement rééducatif est préconisé.***

## **II. 3. C. Modèle de l'IFSOR par rapport aux troubles de la succion**

### **II. 3. C. a. Modèle général**

L'ostéopathie se définit comme une approche manuelle et intellectuelle qui vise à diagnostiquer et traiter les dysfonctionnements du corps humain, qu'ils soient structurels ou fonctionnels. A l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes, nous mettons la priorité sur la structure, on parle alors d'ostéopathie structurelle. Ce modèle a été conceptualisé et publié par monsieur Terramorsi Jean-François dans son livre « Ostéopathie structurelle, lésion structurée, concepts structurants » (7).

L'un des grands principes de ce modèle est le suivant : « la structure gouverne la fonction et la fonction entretient la structure ». Il faut en déduire que toute problématique de structure, que l'on peut nommer une dys-structure peut engendrer une conséquence sur la fonction, une dys-fonction. La problématique est alors de savoir identifier la bonne structure qui est en lésion, en effet « ce n'est pas en questionnant les présents que l'on connaît les absents ». Autrement dit, ce n'est pas en utilisant ce qui marche encore que l'on répare ce qui ne marche plus. Le concept structurel trouve alors tout son intérêt par rapport à un modèle fonctionnel qui tend à compenser plutôt que de régler le problème.

L'ostéopathie structurelle est ancrée sur l'amélioration des qualités d'élasticité, de souplesse et de déformabilité du tissu noble, le tissu conjonctif via la vascularisation. Celui-ci peut être en lésion, c'est à dire en Lésion Tissulaire Réversible\* (LTR). Ce changement d'état du tissu conjonctif est réversible et auto-entretenu dans le temps. Nous ne prendrons pas en compte le domaine de l'irréversible, c'est à dire ce qui est mal construit, usé ou cassé. Il existe trois caractéristiques définissant une LTR, ceux-ci étant obligatoirement présents : « gros, dur et sensible quand on y touche ». La lésion n'est donc pas corrélée à une position articulaire mais plutôt à une densité. La position articulaire n'est pas un critère. On a donc un côté sécuritaire qui est indispensable durant les soins. Un tissu conjonctif en lésion doit donc être traité dans les trois plans de l'espace. De plus, ce tissu est en lien avec son environnement plus ou moins proche via trois variables dites de régulations : mécanique, vasculaire et neurologique. Dans notre modèle, nous pourrions travailler sur les trois variables, mais

uniquement via une action mécanique. Nous ne travaillerons donc pas directement sur le nerf ou l'artère. La manipulation entrainerait alors un effet réflexe qui ferait augmenter la vascularisation locale (7), (43).

Cette densité est elle-même incluse dans un modèle de tenségrité appliqué au monde du vivant. Cette vision, aussi appliquée dans le monde de l'architecture, associe deux types d'éléments : des forces de compressions et de tensions. Ces deux éléments devant être à l'équilibre. On parle d'un système « dans un état d'autocontrainte stable ». Le corps va donc s'adapter et s'organiser de façon différente en fonction des LTR présentes. On retrouve également cette tenségrité au niveau du crâne et de la face du nourrisson. On cherche à stimuler sa déformabilité (43), (44).



Figure 13 – Le modèle de tenségrité

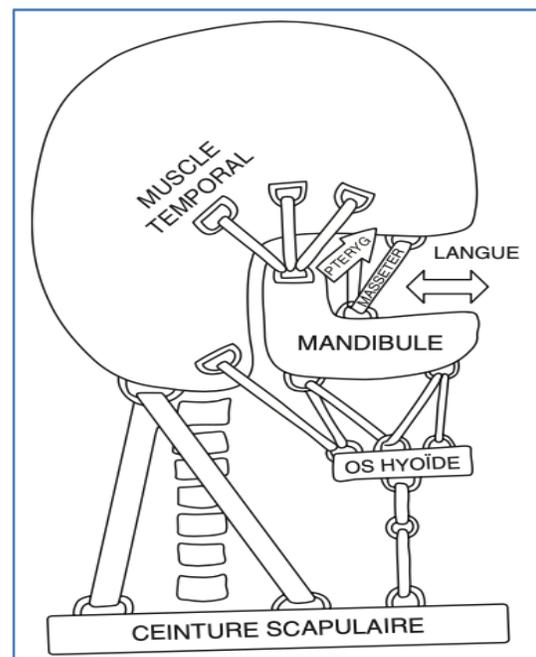


Figure 14 – La tenségrité appliquée au crâne

On remarque la configuration proche entre les deux illustrations avec des interactions entre tous les éléments composant la structure crâne. Cela rappelle l'image de l'icosaèdre qui va se déformer pour absorber la contrainte.

## II. 3. C. b. Modèle appliqué aux troubles de la succion

On peut très bien appliquer ces principes au niveau du crâne et plus particulièrement au niveau de la fonction de succion du nourrisson.

Il ne faut pas oublier que ce modèle considère la lésion muette, c'est à dire qu'elle s'exprime uniquement si on l'interroge par un test de résistance (7). Ceci est évidemment valable pour la région du crâne et encore plus chez le nourrisson qui ne va pas exprimer directement et clairement ses plaintes. Il n'est donc pas aisé de repérer une LTR. L'enfant va répondre au principe général de l'équilibre lui permettant de s'adapter. Cependant, si l'enfant perd cette capacité d'adaptation, alors la lésion sera opérante et pourra générer des symptômes. On se rapproche ainsi au maximum du PVA, c'est à dire le potentiel vital actualisé. Celui-ci correspond au potentiel génétique au moment de la conception, auquel on impute le phénomène de vieillissement et les lésions qui sont dans le domaine de l'irréversible. Chez le jeune enfant, nous sommes, à fortiori, très proche du potentiel vital originel.

Si nous reprenons le fait que nous ne sommes pas à la recherche d'une position articulaire mais plutôt d'une densité, nous pouvons retranscrire cela au niveau du crâne. Prenons l'exemple de l'articulation de la symphyse sphéno-basilaire. Il n'est pas nécessaire de connaître la position exacte de l'articulation mais plutôt d'évaluer les contraintes qu'elle ne parvient plus à gérer. Nous pouvons citer en exemple lésion intra-osseuse, une suture, une membrane de tension réciproque, une cervicale etc... Le système crâne est composé de 4 éléments : d'un point de vue mécanique des os du crâne, des membranes, fascias, vertèbres, d'un point de vue neurologique des nerfs crâniens, d'un point de vue vasculaire du système artériel et veineux et enfin au niveau neuro-vasculaire des liens ortho et parasymphatiques. Les possibilités sont donc nombreuses et demandent une réelle enquête conjonctive qui va guider le praticien. La notion de cohérence vient aussi s'ajouter à cette recherche, puisque la recherche de LTR doit se faire selon un raisonnement logique allant du local au général. Ainsi, une lésion retrouvée au niveau du 5<sup>ème</sup> métatarsien de l'enfant ne doit pas être interprétée comme en lien avec ses troubles de la succion (43).

Une LTR va créer un point fixe qui va remanier la cinétique globale de la zone. La structure va fonctionner autour de ce nouveau point de fixité. Dans le système crâne précédemment décrit, nous allons avoir une réorganisation afin de tendre vers l'équilibre. Cela pourra donc perturber les différentes fonctions comme la respiration, la déglutition, la phonation ou encore la mastication. Globalement, toute LTR retrouvée dans la zone péri-buccale, au niveau cervical, au niveau des os du crâne ou des freins restrictifs buccaux peuvent interférer sur la capacité de succion du nourrisson (43).



***Le modèle structurel va s'intéresser uniquement à la structure en LTR, va la faire changer d'état pour qu'automatiquement cela modifie la fonction. Le dogme de l'IFSOR est donc de travailler la structure de la cavité buccale et ses liens mécaniques, vasculaires ou neurologiques afin d'optimiser la fonction de succion. Nous ne travaillons donc pas directement sur la fonction.***

# III – PROBLEMATIQUES DE RECHERCHES ET HYPOTHESES

---

## III 1. Problématiques

Ce TER suivra la méthode PICO, ce qui permettra d'avoir des questions de recherches précises et structurées. PICO est un acronyme reprenant la population, l'intervention, la comparaison et enfin l'outcome c'est à dire les résultats (45).

PICO	Critères d'inclusion
P : Population	Nourrisson (0 à 1 an) présentant des troubles de la succion
I : Intervention	Traitement ostéopathique
C : Comparaison	Absence de traitement ostéopathique
O : Outcomes (résultats)	Diminution des troubles de la succion Améliorer la qualité de succion

Tableau 3 – Méthode PICO

### Problématique principale :

A l'aide de cette méthode PICO, on peut déduire la question de recherche suivante : quelle est l'efficacité d'un traitement ostéopathique structurel chez un nourrisson présentant des troubles de la succion ?

### Problématiques secondaires :

A fortiori, deux sous problématiques apparaissent : est-ce qu'une consultation précoce chez l'ostéopathe permettrait de limiter les troubles de la succion ? Quelles sont les informations acquises par les parents dans ce domaine ?

Ce TER sera donc riche et permettra de mettre en lumière les troubles de la succion chez le nourrisson sous plusieurs angles.

## **III 2. Hypothèses**

Nous pouvons émettre des hypothèses qui seront validées ou réfutées.

### Hypothèse principale :

L'ostéopathie a un effet positif qui tend à limiter ou stopper les perturbations mécaniques.

### Hypothèses secondaires :

Les deux hypothèses secondaires sont les suivantes : une prise en charge précoce de l'ostéopathe optimise les résultats et limite les para-fonctions. De plus, les parents méconnaissent les troubles de la succion et ne sont pas informés par le corps médical de ses possibles conséquences.

## **III 3. Objectifs**

Ce TER tend à évaluer plusieurs éléments mais également à apporter une plus-value à ma pratique professionnelle quotidienne.

### Objectif principal :

Le principal intérêt de cette étude demeure l'évaluation des effets de l'ostéopathie sur les troubles de la succion à travers la littérature scientifique.

### Objectifs secondaires :

De plus, cette étude permettra d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge précoce en ostéopathie structurée sur les troubles de la succion. La mise en place d'un questionnaire permettra d'évaluer les connaissances des parents concernant les troubles de la succion.

### Objectifs tertiaires :

Enfin, ce travail aura pour but de développer un réseau, de patientèles et de professionnels, afin d'asseoir ma place dans le bassin Saumurois.

## **IV – MATERIEL ET METHODES**

---

Cette quatrième partie va décrire l'ensemble des éléments et des caractéristiques permettant la construction de cette revue de littérature.

### **IV 1. Stratégie de recherche bibliographique**

Cette revue systématique a été réalisée en suivant les lignes directrices PRISMA qui est la norme de réalisation de ce type d'écrit. Ce procédé a pour but d'améliorer la qualité des publications en mettant l'accent sur la transparence et l'exhaustivité de la méthodologie utilisée par les auteurs (46).

La construction de cette revue est donc une étude rétrospective utilisant des critères d'inclusions et d'exclusions afin d'affiner les résultats. Nous incluons au maximum les travaux contrôlés randomisés. Ils doivent porter sur les différents aspects liés à la succion. Cette revue de littérature constitue donc une photographie à un instant T de l'art scientifique concernant les troubles de la succion et sa prise en charge ostéopathique. Si la recherche n'est pas assez étoffée, nous pourrions alors dans un second temps, élargir les critères de recherches.

### **IV 2. Bases de données interrogées**

Il n'y a pas eu de recherches manuelles, seulement des recherches automatisées. Quatre bases de données ont été interrogées : Medline pubmed\*, ScienceDirect\* et CENTRAL\* Cochrane Database. The Journal of Pediatrics a également été interrogé mais n'a pas montré de résultats probants donc n'a pas été inclus dans ce mémoire. La recherche a été restreinte aux articles publiés sur les 5 dernières années, donc entre 2020 et 2025. Par manque de réponses, les restrictions temporelles ont été levées. Il n'y a pas de restrictions de langues. Selon le nombre de réponses, les revues de littératures sont privilégiées.

## IV 3. Construction des équations de recherche

Il a été construit 03 équations de recherche. Les réponses sont présentées sous forme de graphiques dans la figure 15. Ce travail de recherche bibliographique s'est inspiré de la méthode de travail allant du plus large au plus précis. En effet, il a d'abord été investigué la thématique de la succion, puis la succion non-nutritive et enfin la prise en charge ostéopathique de ces mêmes troubles.

### IVI. 3. A. Équations pour la base de données Medline Pubmed\*

- Équation 1 : La succion du nourrisson

Mot Mesh « sucking » dans le « Titre » de l'article et mot Mesh « infant » dans le « Sujet majeur meSH » de l'article. Utilisation de l'opérateur booléen « ET ». Article de moins de 5 ans.

**(sucking[Title]) and infant[MeSH Major Topic] : 25 résultats**

- Équation 2 : La succion non-nutritive

Mot Mesh « non-nutritive sucking » dans le « Titre » de l'article. Article de moins de 5 ans.

**non-nutritive sucking[Title] : 23 résultats**

- Équation 3 : L'ostéopathie et la succion

Mot Mesh « osteopathy » dans le « Titre » de l'article ou le mot Mesh « chiropractic » dans le « Titre » de l'article et mot « sucking ». Articles depuis 2000. Le choix a été fait d'utiliser une équation assez large afin de ne pas passer à côté d'articles qui pourraient être intéressants. Le temps d'analyse a été rallongé mais ça été fait de façon consciente et stratégique.

**((osteopathic[Major Topic]) or (chiropractic[Major Topic])) and (sucking [Major Topic]or breast feeding[Major Topic]) : 72 résultats**

#### IV. 3. B. Équations pour la base de données SciencesDirect\*

- Équation 1 : La succion du nourrisson

Mots clés « infant » et « sucking » dans la recherche des articles. Article de moins de 5 ans.  
Revue de littérature uniquement.

**« nutritive sucking and (child or baby) » : 38 résultats**

- Équation 2 : La succion non-nutritive

Mots clés « non nutritive sucking » dans la recherche des articles. Article de moins de 5 ans.  
Revue de littérature uniquement.

**« non nutritive sucking and (child or baby) » : 36 résultats**

- Équation 3 : L'ostéopathie et la succion

Mots clés « osteopathic » et « sucking » dans la recherche des articles. Article de moins de 5 ans.

**« sucking behavior and osteopathy » : 49 résultats**

#### IV. 3. C. Équations pour la base de données CENTRAL Cochrane Database\*

- Équation 1 : La succion du nourrisson

Mots clés « sucking reflex » dans la recherche des articles. Article de moins de 5 ans.

**"sucking reflex" : 15 résultats**

- Équation 2 : La succion non-nutritive

Mots clés « non nutritive sucking » dans la recherche des articles. Pas de limitation d'années.  
Revue de littérature uniquement.

**"non-nutritive sucking" : 8 résultats**

- Équation 3 : L'ostéopathie et la succion

Mots clés « osteopathic » et « sucking » dans la recherche des articles. Pas de limitation d'années.

**« ostéopathia and sucking » : 0 résultat**

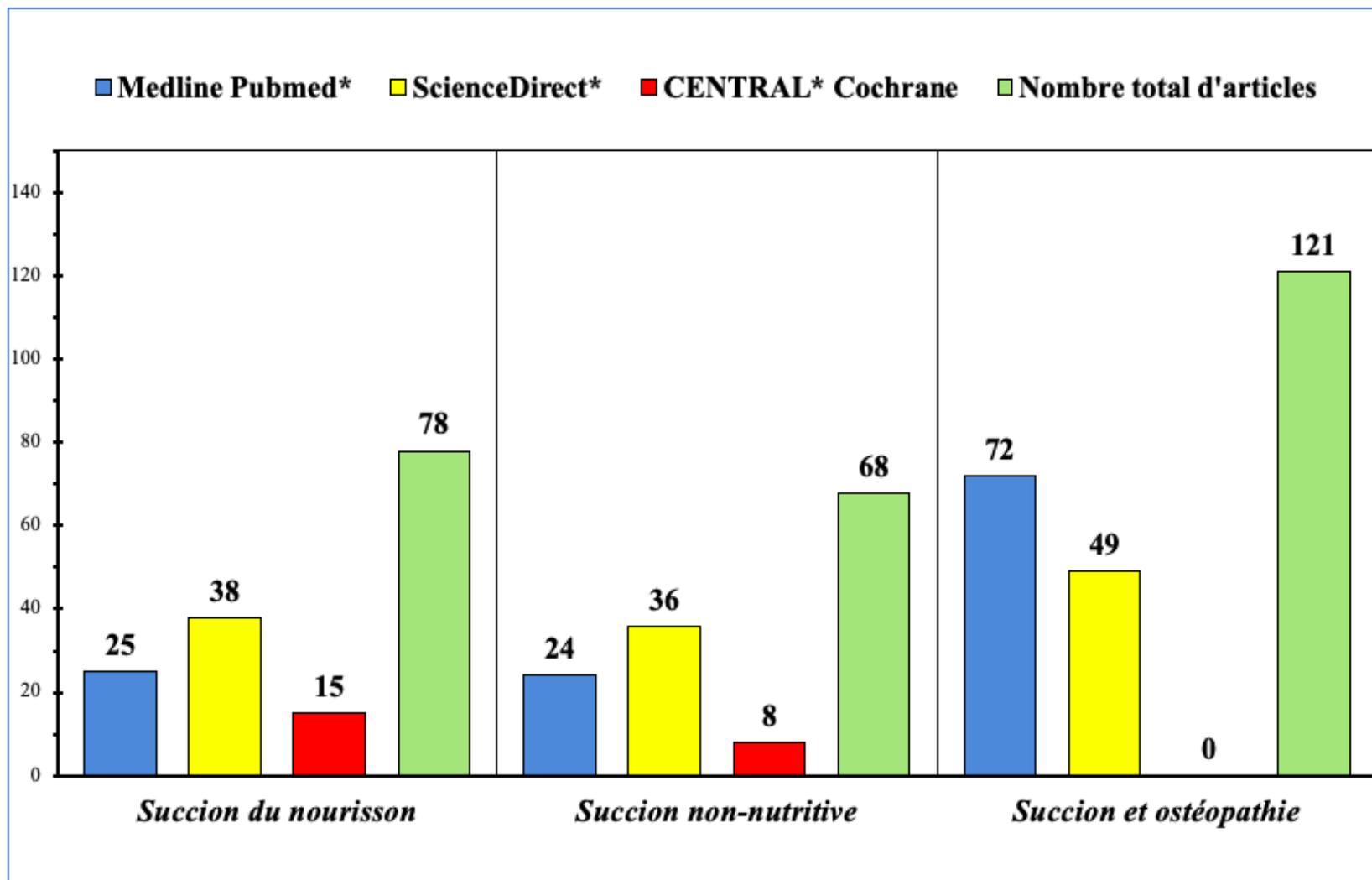


Figure 15 – Liste des équations de recherche et résultats obtenus

## IV 4. Diagramme de flux

A partir des articles trouvés avec les différentes équations de recherches, un diagramme de flux de processus est construit pour la thématique « succion et ostéopathie ». C'est donc une représentation graphique rendant plus lisible l'ensemble du processus d'écrémage des articles trouvés. Pour que ce soit plus visuel, la forme purement verticale a été modifiée.

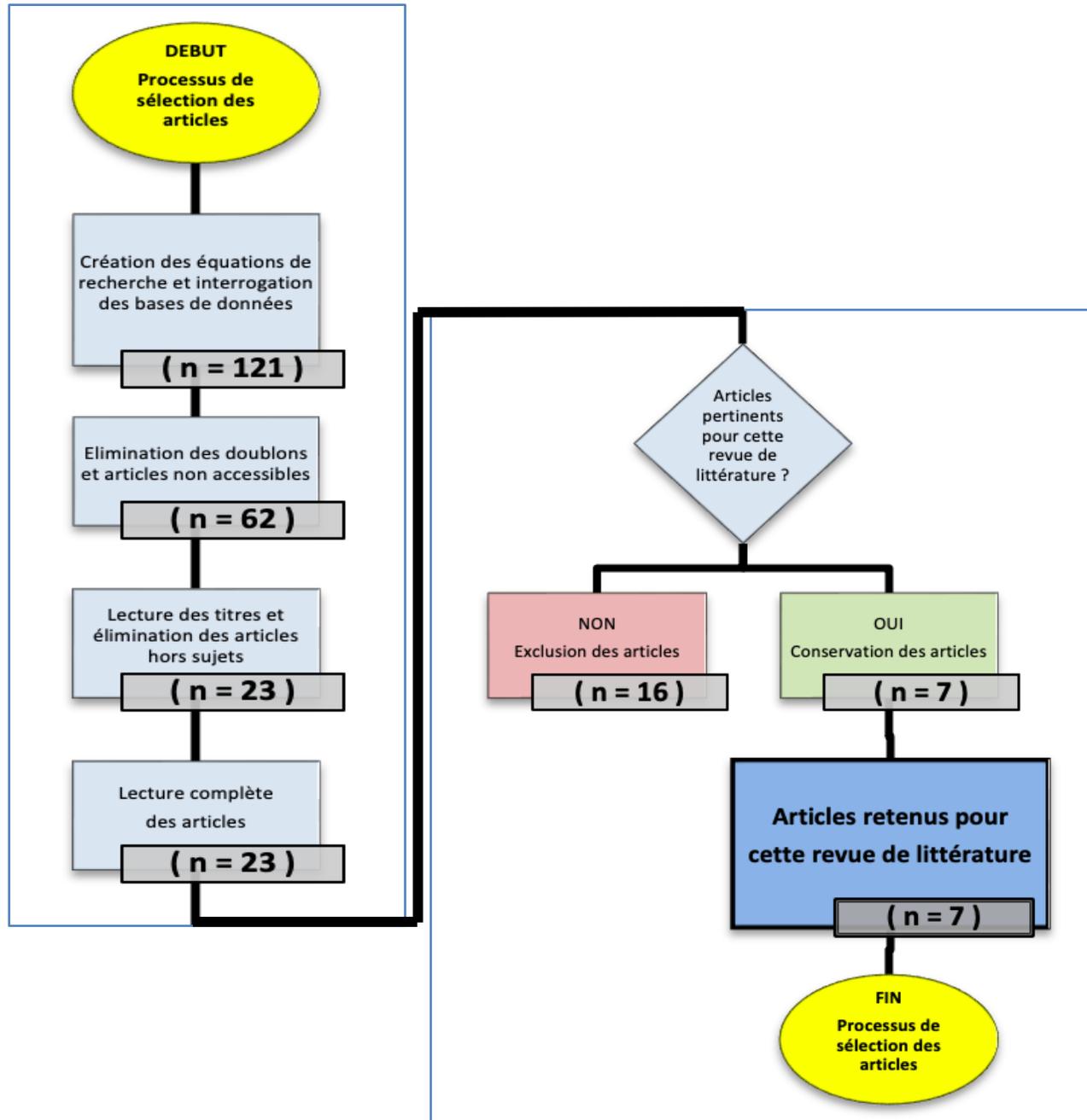


Figure 16 – Le diagramme de flux

Liste des articles retenus pour la revue de littérature : Succion et ostéopathie

<b>N°</b>	<b>Année de publication</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Titre de l'article</b>
<b><u>1</u></b>	2024	Parodi et al.,	<b>The efficacy of early osteopathic therapy in restoring proper sucking in breastfed infants: preliminary findings from a pilot study</b>
<b><u>2</u></b>	2022	Harell et al.,	<b>Manual therapy by chiropractors for infants with musculoskeletal-related suboptimal infant breastfeeding: a pilot study</b>
<b><u>3</u></b>	2019	Herzhaft-Le Roy et al.,	<b>Évaluation de l'efficacité d'un traitement ostéopathique chez les nourrissons atteints de troubles biomécaniques de l'allaitement</b>
<b><u>4</u></b>	2016	Quraishy K. et al.,	<b>Feeding in the NICU : a perspective from a craniosacral therapist</b>
<b><u>5</u></b>	2011	Holleman et al.,	<b>Chiropractic management of breast-feeding difficulties: a case report</b>
<b><u>6</u></b>	2011	Lund et al.,	<b>Osteopathic manipulative treatment for the treatment of hospitalized premature infants with nipple feeding dysfunction</b>
<b><u>7</u></b>	2009	Miller et al.,	<b>Contribution of chiropractic therapy to resolving suboptimal breastfeeding: a case series of 114 infants</b>

Tableau 4 – Liste des articles retenus

## V – RESULTATS

---

Les résultats seront présentés par thématique pour plus de lisibilité. Ainsi, les caractéristiques des échantillons, les organisations temporelles, les contenus ou encore les moyens d'évaluations seront présentés et comparés.

### V 1. Résultats de la revue de littérature

#### V. 1. A. Organisation numérique de l'échantillon

L'échantillon sélectionné pour chaque étude peut se définir en deux points : sa taille et sa répartition en un ou plusieurs groupes comme le montre la figure 17.

##### V. 1. A. a. Taille de l'échantillon

Le nombre total de patients sélectionnés est variable. La taille de l'échantillon varie d'un seul patient (47), allant jusqu'à 114 pour la dernière étude (48). Il y a une disparité sur l'ensemble des sept études avec en moyenne une inclusion de 46 nourrissons. Une étude est un retour d'expérience d'un professionnel de santé au sein d'une revue pédiatrique, il n'y a donc pas de nombre précis de nourrissons (49).

##### V. 1. A. b. Répartition de l'échantillon

La répartition des patients est variable mais il se dégage deux tendances. Dans les publications récentes, une tendance à créer deux groupes afin de comparer les effets (50,51). A l'inverse, dans les 5 autres publications sélectionnées, nous disposons d'un seul groupe de patients, sans groupe comparatif. La figure 17 présente l'organisation générale de l'échantillon.

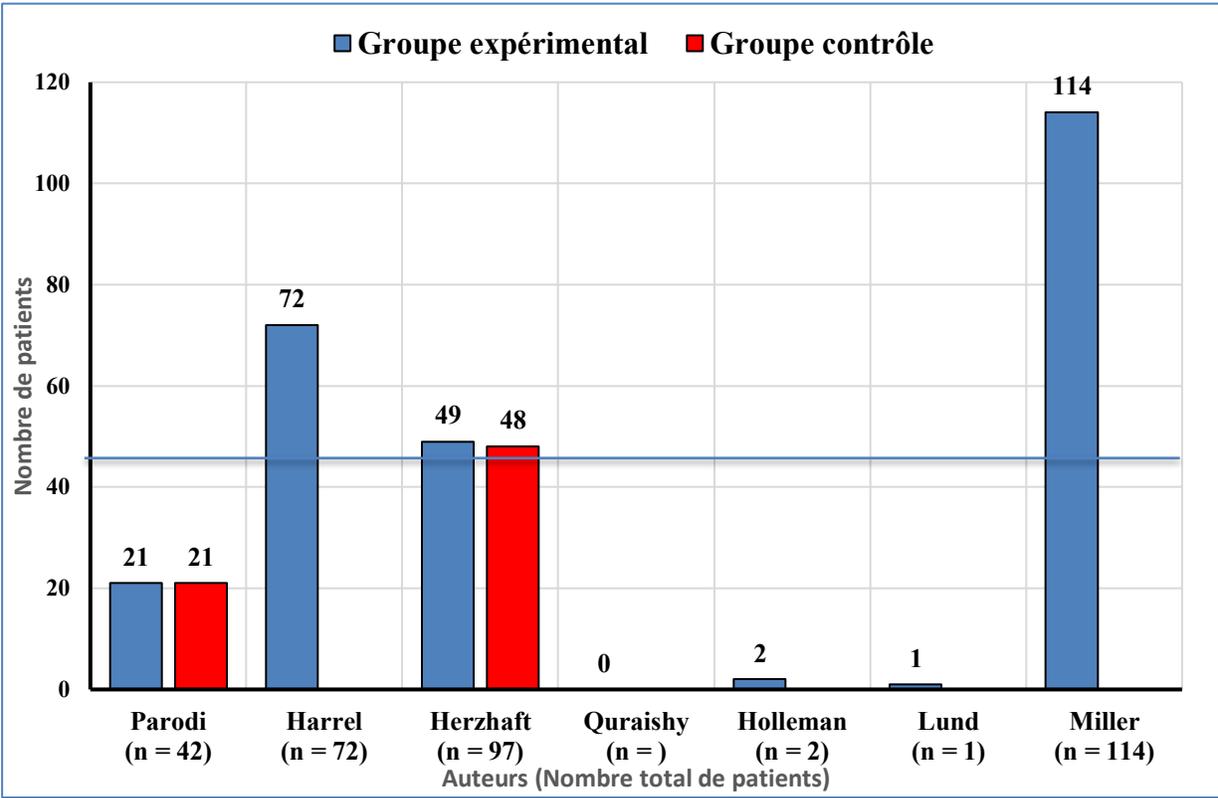


Figure 17 – Organisation numérique de l'échantillon

### V. 1. B. Organisation temporelle de l'étude

#### V. 1. B. a. Durée totale de l'étude

La durée totale des études est variable. Sur les sept travaux scientifiques sélectionnés, trois études relatent une durée de prise en charge de 4 semaines (49–51). Trois études préconisent une durée de 2 semaines (47,48,52). Seule une étude a une durée de prise en charge égale à une semaine (53).

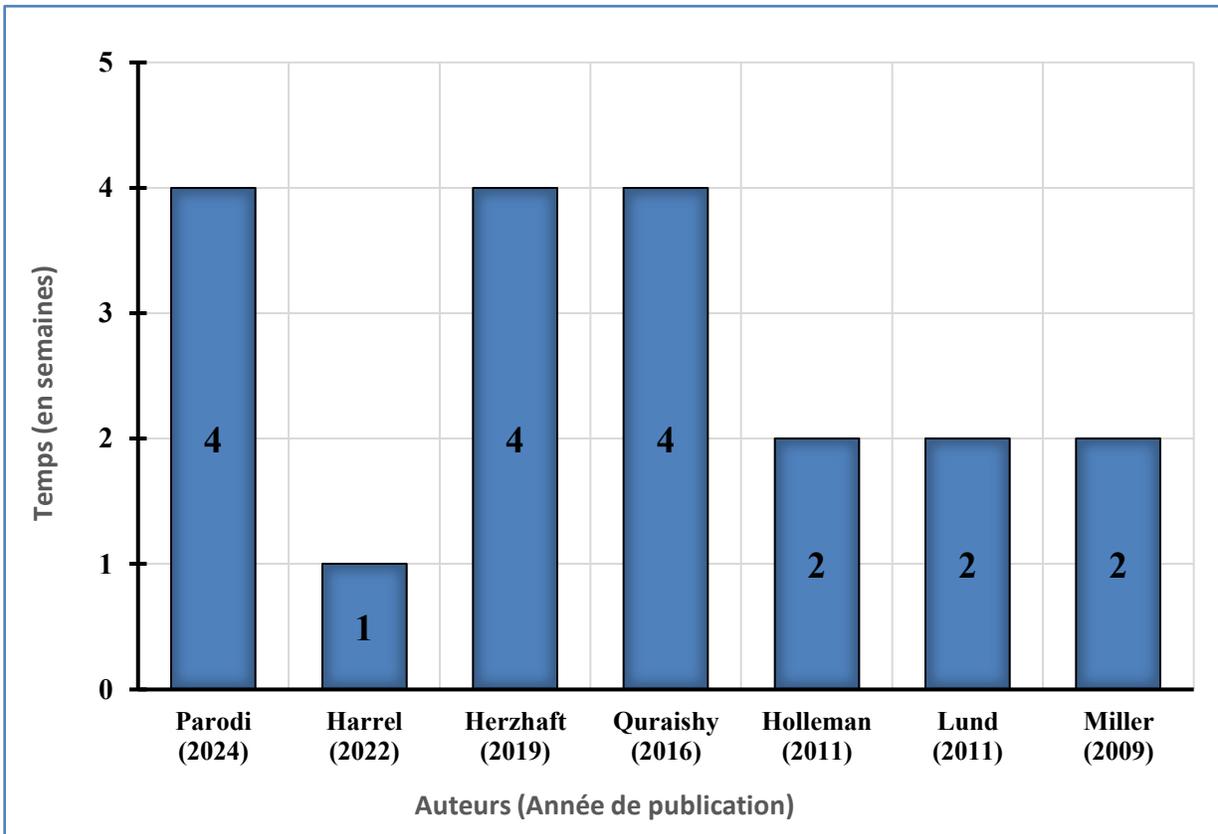


Figure 18 – Durée de l'étude

### V. 1. B. b. Nombre et fréquence des séances

Il est intéressant de notifier le nombre total de séances réalisées dans chaque étude. Ainsi, il sera plus facile de comparer et analyser les résultats. Une seule étude a un nombre de séances supérieur à 4, ils réalisent 8 séances soit 2 par semaine (50). Pour 3 études, ils réalisent 4 séances au cours de l'expérimentation (48,49,51). Si l'on prend l'ensemble des 7 travaux, il y a en moyenne 4 séances d'effectuées. Deux études inclues seulement trois séances (47,52). Seule une étude préconise seulement 2 séances (53).

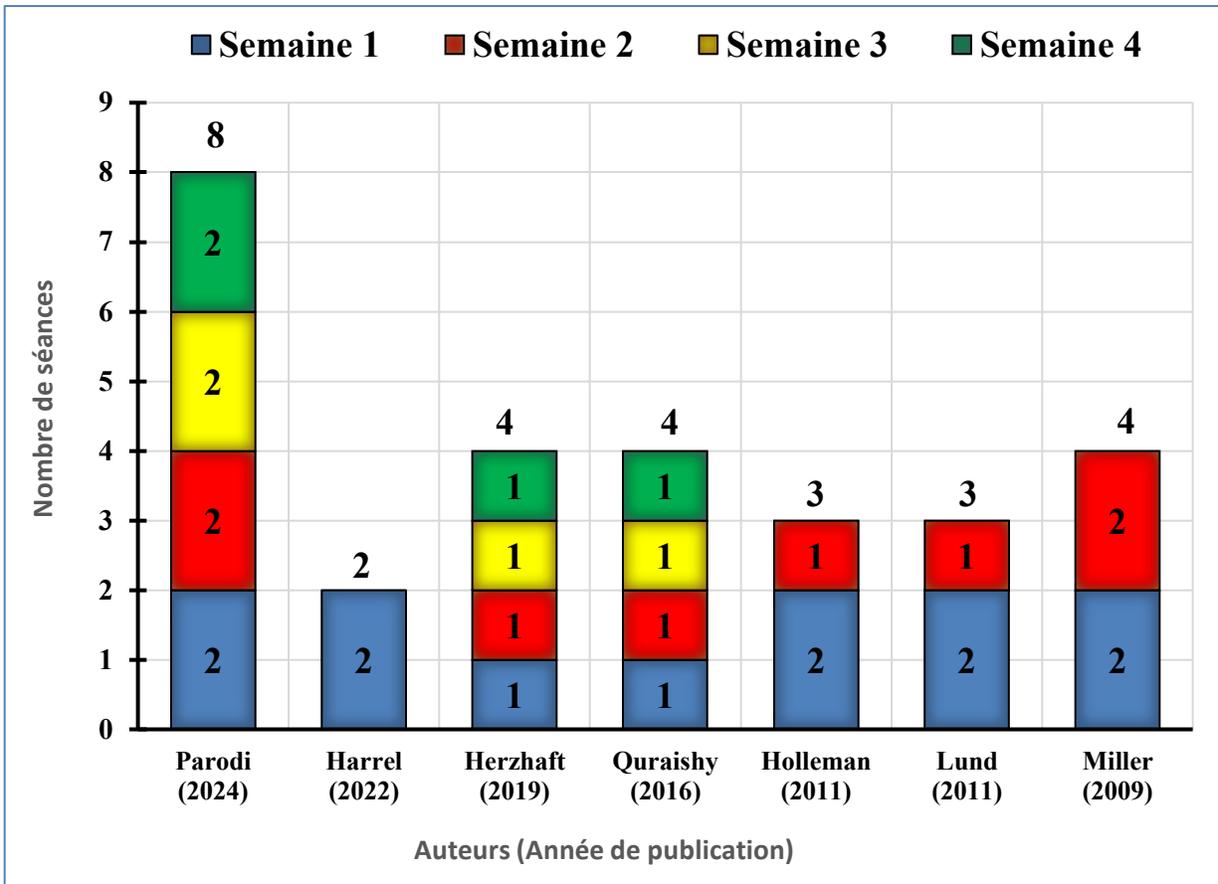


Figure 19 – Nombre et fréquence des séances

## V. 1. C. Contenu des prises en charges

### V. 1. C. a. Intervenants

L'objectif de ce paragraphe est de manifester l'ensemble des professionnels qui interviennent dans la prise en charge. Trois professions sont citées dans ces écrits : les thérapeutes manuels (ostéopathe ou chiropracteur), les Consultants en Lactation Certifiés par le Conseil International\* (IBCLC) et le médecin spécialiste des freins de langue. Les résultats sont présentés dans le graphique suivant.

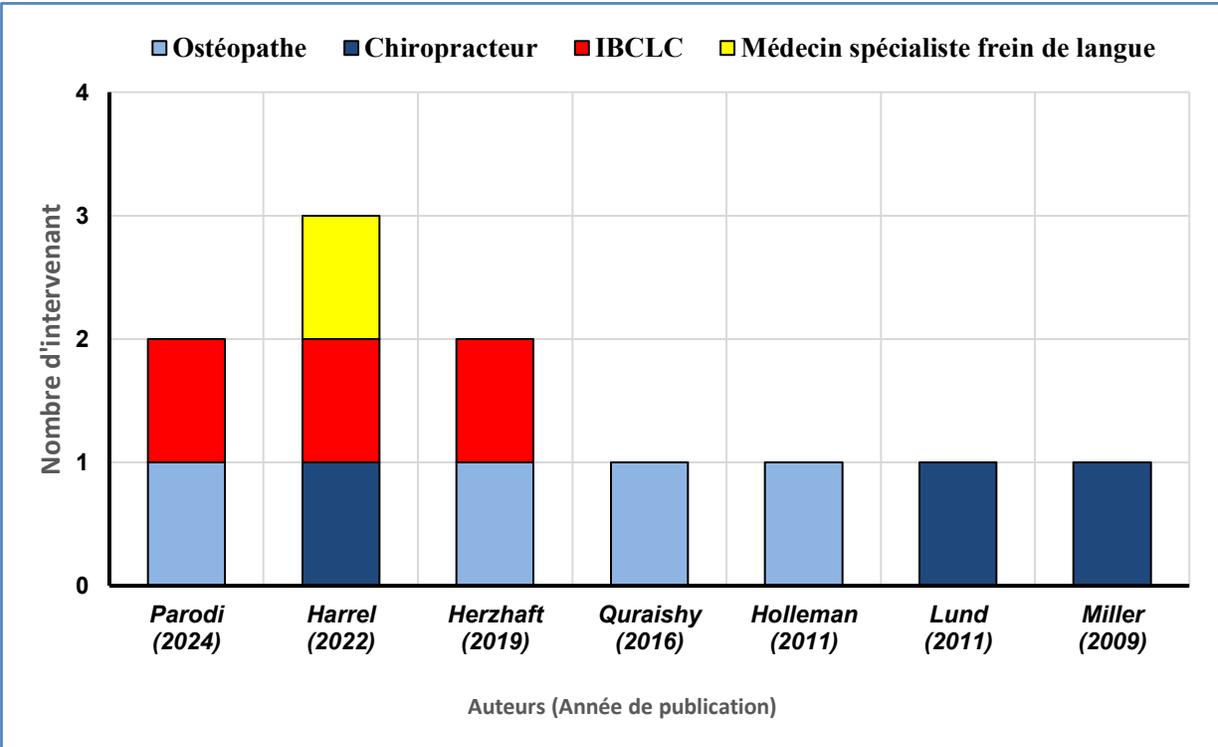


Figure 20 – Nombre et qualité des intervenants

Sur les sept études sélectionnées, quatre ne proposent qu'un abord de thérapie manuelle (47–49,52). Les trois études les plus récentes, ajoutent une consultation avec un IBCLC (50,51,53). Seule une étude intègre une visite auprès d'un médecin spécialiste des freins de bouche qui va poser un diagnostic et éventuellement proposer un traitement chirurgical (53). Sur 7 études, trois sont conduites par des chiropracteurs (47,48,53), les autres sont confiées à des ostéopathes.

## V. 1. C. b. Techniques manuelles utilisées

Tout l'intérêt de ce type de revue de littérature est de notifier les techniques ostéopathiques qui ont été utilisées dans les différents écrits. Deux grands courants sont ici représentés : l'ostéopathie et la chiropractie. L'objectif est d'apprécier les techniques qui sont le plus souvent citées dans les sept travaux scientifiques. Nous réalisons le graphique suivant pour présenter les résultats.

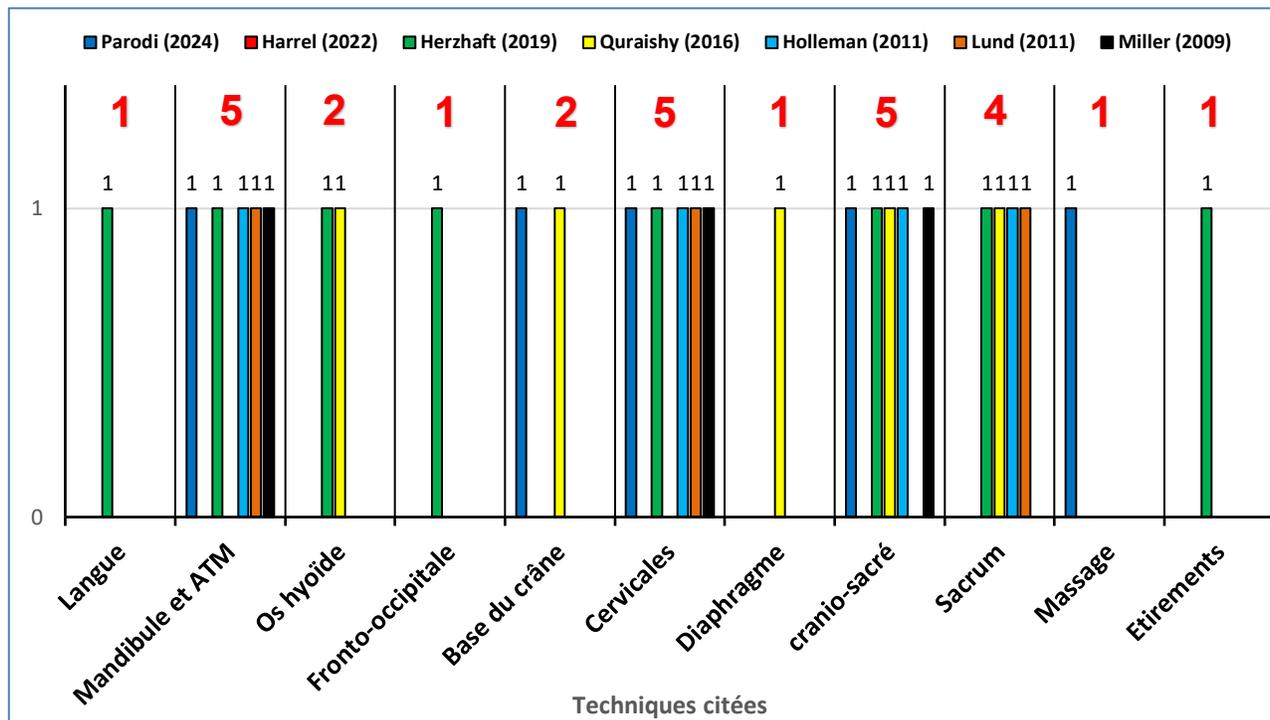


Figure 21 – Techniques manuelles utilisées

Nous constatons que plusieurs techniques sont très souvent citées, par exemple les techniques propres de l'articulation temporo-mandibulaire (5 fois sur 7 articles), tout comme les techniques articulaires cervicales (5 fois aussi). On peut également citer les techniques dites cranio-sacrés (5) et de sacrum (4). A l'inverse, certaines techniques ne sont évoquées qu'une seule fois comme les techniques de langue, crânienne comme la fronto-occipitale, diaphragme, de massage ou d'étirements (51).

## V. 1. C. c. Moyens d'évaluations

L'ensemble des moyens d'évaluations a été recensé. Au total, il y a 07 questionnaires ou tests permettant d'objectiver les effets des séances de thérapies manuelles.

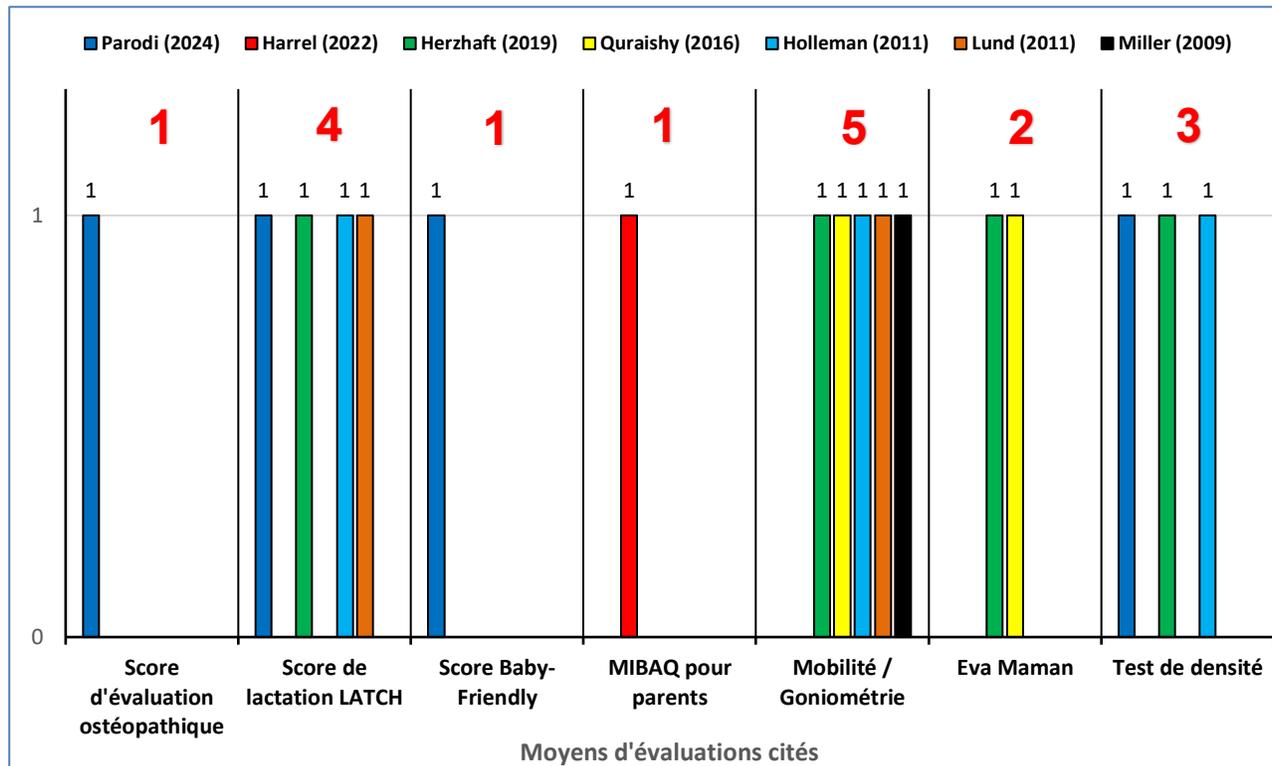


Figure 22 – Moyens d'évaluations cités

D'après les articles scientifiques, la mobilité est l'élément qui est le plus souvent utilisé comme moyen d'évaluation (5 fois sur 7). Ensuite le score de lactation est cité 4 fois. Les tests de densité, éléments clés de l'évaluation ostéopathique à l'IFSO de RENNES ne sont valorisés que 03 fois. Certains auteurs semblent avoir construit leur propre système d'évaluation avec un score d'évaluation ostéopathique ou encore le Musculoskeletal Infant Breastfeeding Assessment Questionnaire\* (MIBAQ) à destination des parents (50,53). Pour ce dernier, ce n'est donc pas le chiropracteur qui évalue les effets de ces séances mais les parents via un questionnaire.



***L'ensemble des résultats montre une disparité et un manque de cohérence dans les études, que ce soit au niveau de l'organisation, du contenu ou des moyens d'évaluations.***

## **V 2. Résultats du questionnaire par section**

En complément des informations récoltées avec cette revue de littérature, il semblait intéressant de tenter d'évaluer le rapport des parents aux troubles de la succion et leurs connaissances dans ce domaine spécifique. Pour cela, nous avons établi un questionnaire qui demeure non validé mais qui a pour vocation d'apporter des informations complémentaires permettant d'établir des pistes de réflexions. Il pourra par la suite, faire l'objet à lui seul, d'un TER. Le questionnaire est disponible dans les annexes. Au total, nous avons récolté 107 réponses.

Ce questionnaire est divisé en quatre sections, une première phase concernant l'environnement familial, une seconde concernant les premiers jours de vie de l'enfant et l'environnement médical auquel il est soumis. La troisième phase décrit le retour à la maison et les habitudes de bébé dans son alimentation, sa succion non-nutritive, son sommeil et son rapport au monde médical. Enfin, la dernière partie est destinée à évaluer les connaissances propres des parents dans les troubles de la succion. Pour cela, on privilégie les questions ouvertes afin de ne pas influencer leurs réponses.

Dans le but de pouvoir analyser les réponses obtenues, il paraissait évident de connaître le contexte socio-familial, donc nous démarrons le questionnaire par des informations comme la profession des parents, l'âge ou le nombre des enfants. En effet, on peut supposer par exemple qu'une maman travaillant en service pédiatrique n'aura pas les mêmes connaissances, dans le domaine des troubles de la succion, qu'un individu travaillant dans un aéroport. Cela reste des suppositions, mais il faudra en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

### **V. 2. A. Environnement familial**

L'objectif de cette partie est de découvrir la sphère familiale et surtout ses influences par le nombre, l'âge des enfants et les professions des parents. On exclura les réponses où les enfants ont plus de 5 ans et où les parents sont des paramédicaux ou médicaux. On demande également si les parents ont déjà été sensibilisés aux troubles de la succion pour

estimer tout de suite leur rapport à cette problématique. Ces premières questions permettront d'exclure une partie des réponses afin d'avoir une interprétation la plus objective possible. En intégrant des critères d'exclusions, nous retombons à 56 réponses.

### V. 2. A. a. Nombre d'enfants

Le graphique suivant expose les résultats de la question demandant le nombre d'enfants.

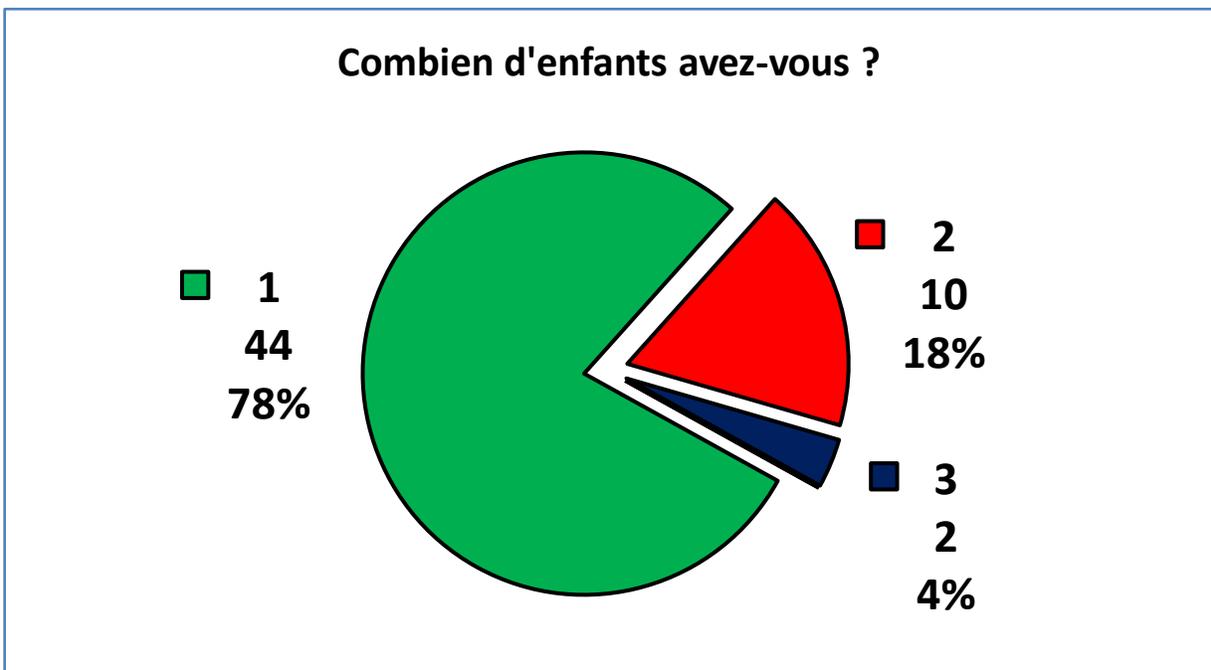


Figure 23 – Nombre d'enfants

Les résultats montrent que dans 78% des réponses, le foyer n'est composé que d'un seul enfant. Pour 18% des réponses, il y a deux enfants dans la famille. L'expérience parentale est donc unique et limitée pour 44 familles sur 56 interrogées.

### V. 2. A. b. Âge de l'enfant

L'objectif est d'évaluer l'âge des enfants et d'exclure toutes les réponses où les enfants ont plus de 5 ans. Cela permettrait d'avoir un constat plutôt récent sur le système de santé français. Je suppose que les habitudes des services de soins et des familles il y a 10 ou 15 ans ont déjà évolué. Nous avons éliminé 29 réponses avec la limite d'âge.

## V. 2. A. c. Professions des parents

L'objectif est de cibler et d'exclure les professions qui pourraient apporter un bagage d'informations aux parents. Nous retirons les professions médicales et paramédicales, 22 réponses ont pu être éliminées.

## V. 2. A. d. Nombre d'enfants avec des troubles de la succion

L'objectif de cette question est d'estimer la perception des parents envers cette problématique. Cependant, des enfants peuvent avoir présenté des troubles de la succion n'ayant pas été perçus comme tels par les parents. Le fait donc de croiser les informations de cette question avec la description des difficultés d'allaitement (en section 4) va permettre d'évaluer cette notion de jugement des parents.



Figure 24 – Nombre d'enfant(s) avec des troubles de la succion

Pour 79% des réponses, aucun enfant n'a présenté de troubles de la succion. Seulement 12% déclarent avoir rencontré ce problème.

## V. 2. B. Après avoir accouché, à l'hôpital

Cette partie concerne les premiers jours de vie de l'enfant jusqu'au retour à la maison. Nous excluons les enfants qui ne sont pas nés à l'hôpital ou clinique. Nous étudions les interactions avec le monde médical et les examens qui ont été réalisés.

### V. 2. B. a. Sensibilisation des parents aux risques de développer des troubles de la succion

L'objectif est d'évaluer si les parents ont été sensibilisés dans les premiers jours de vie des potentiels risques de troubles de la succion pour leur enfant. Il apparaît que pour 82% des réponses, il n'y a pas eu de sensibilisation du corps médical.

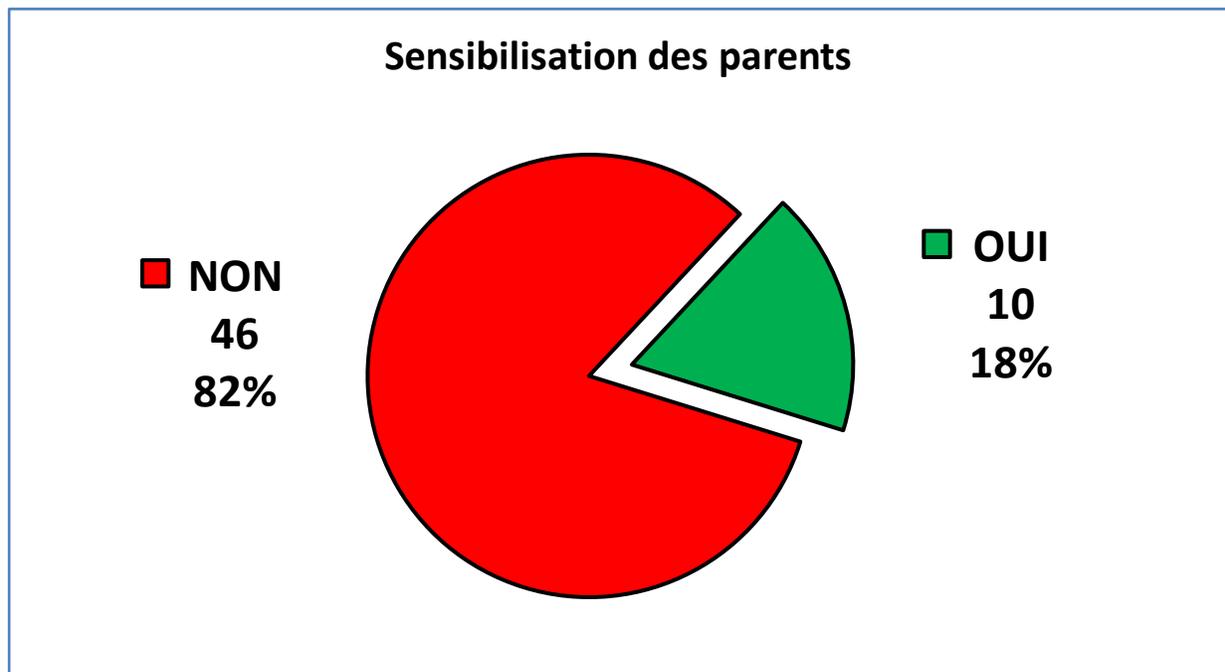


Figure 25 – Sensibilisation des parents

## V. 2. B. b. Examen des freins de bouche

Pour 68% des réponses, il n'y a pas eu d'examen des freins de bouche. Dans les cas positifs, pour 82% il n'y a pas eu de geste chirurgical. A noter que parmi les dix gestes réalisés, un seul a été fait avec un entretien du tissu conjonctif par la suite.

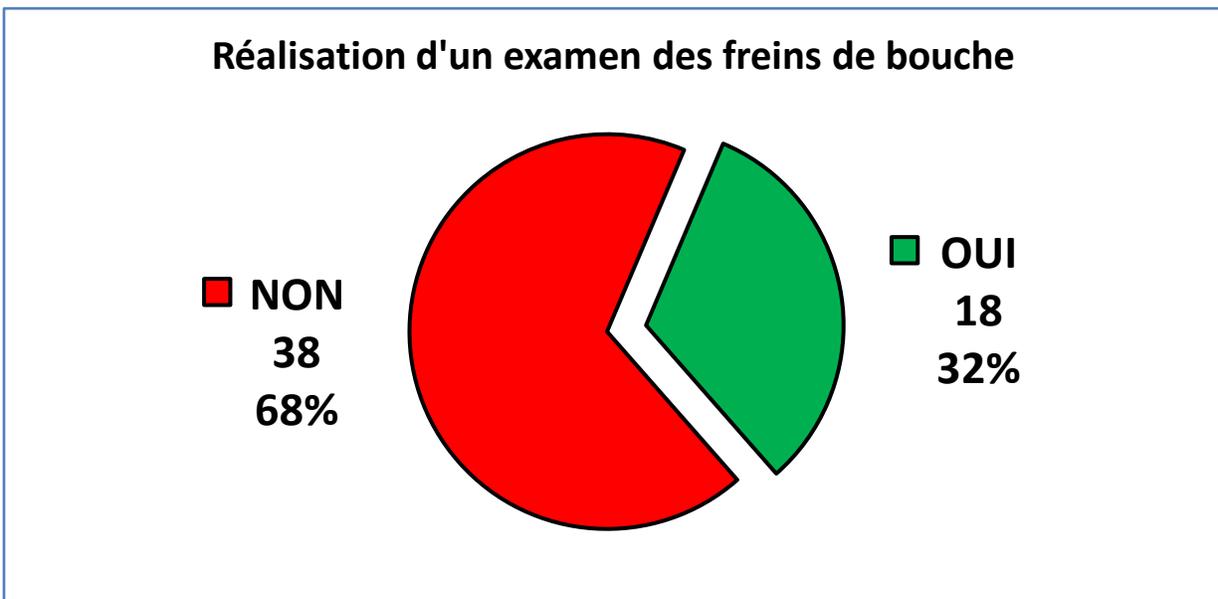


Figure 26 – Examen des freins de bouche

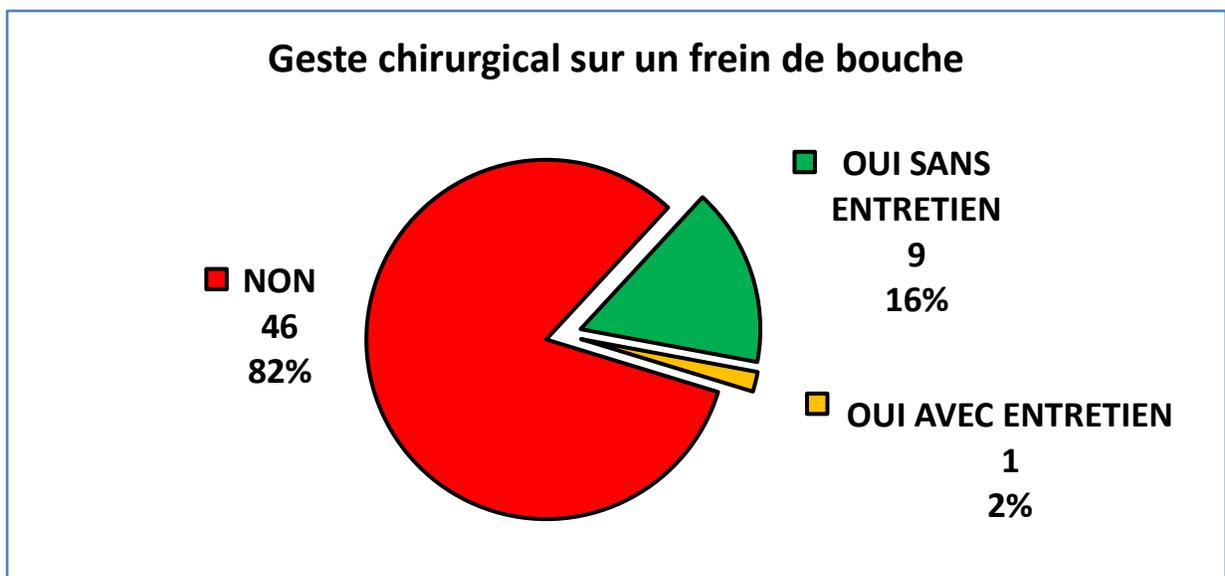


Figure 27 – Type de geste chirurgical

### V. 2. B. c. Consultant en lactation

Les résultats montrent que 70% des interrogés n'ont pas bénéficié d'une consultation avec un IBCLC. 14% ont seulement été sensibilisés à leur approche.

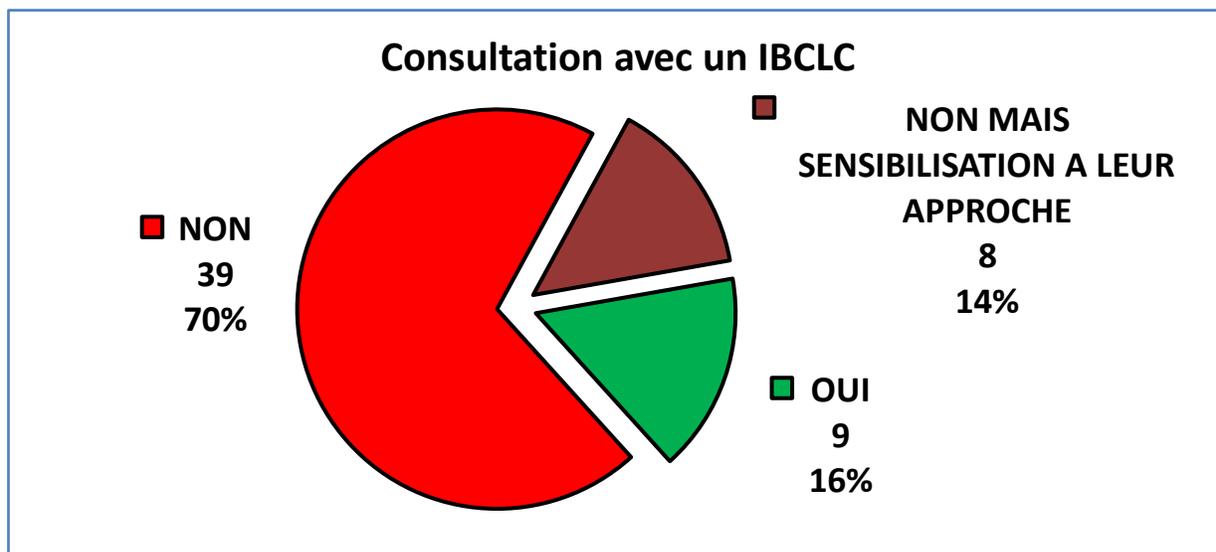


Figure 28 – Consultation avec un IBCLC

### V. 2. B. d. Sensibilisation à l'ostéopathie précoce

Pour 70% des réponses, il n'y a pas eu de sensibilisation de la part du corps médical.

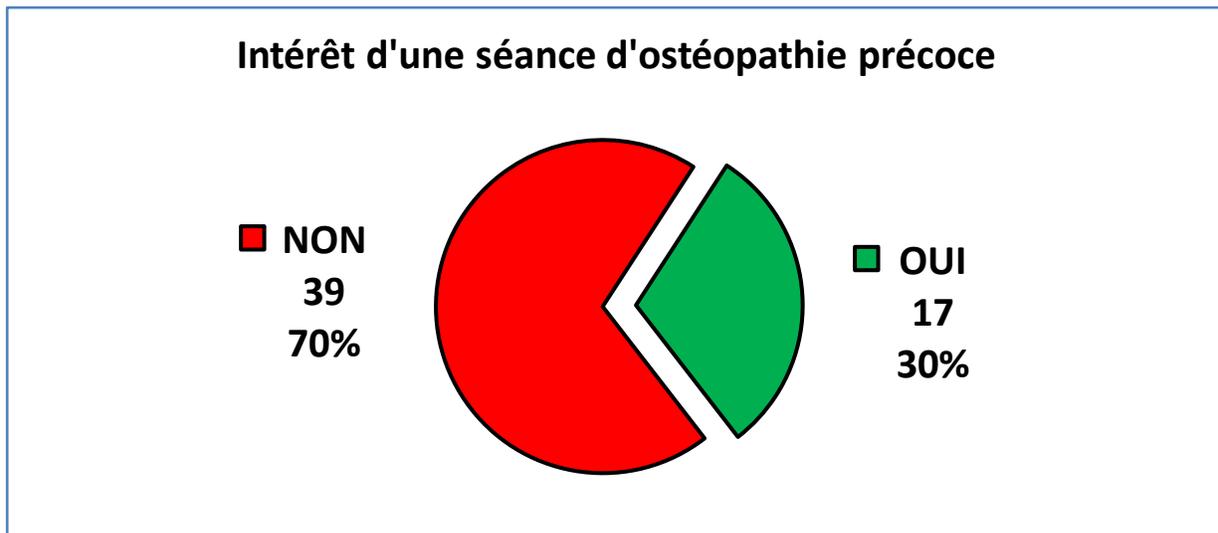


Figure 29 – Consultation précoce en ostéopathie

## V. 2. C. Après être rentré à la maison

Cette section permet de connaître les habitudes du bébé une fois rentré à la maison. Nous évaluerons par exemple la qualité des prises au sein ou la succion non-nutritive.

### V. 2. C. a. Difficultés d'allaitement au sein

L'objectif est de cibler les difficultés citées par les parents lors de l'allaitement de leur enfant. La première chose qui ressort est l'absence de problèmes, soit par réalité, soit par mauvaise évaluation (24 réponses sur 155 au total). La douleur pour la maman arrive en second, suivi de la présence de reflux. L'ensemble de ces éléments sont des signes cliniques de troubles de la succion. Plusieurs réponses étaient possibles.

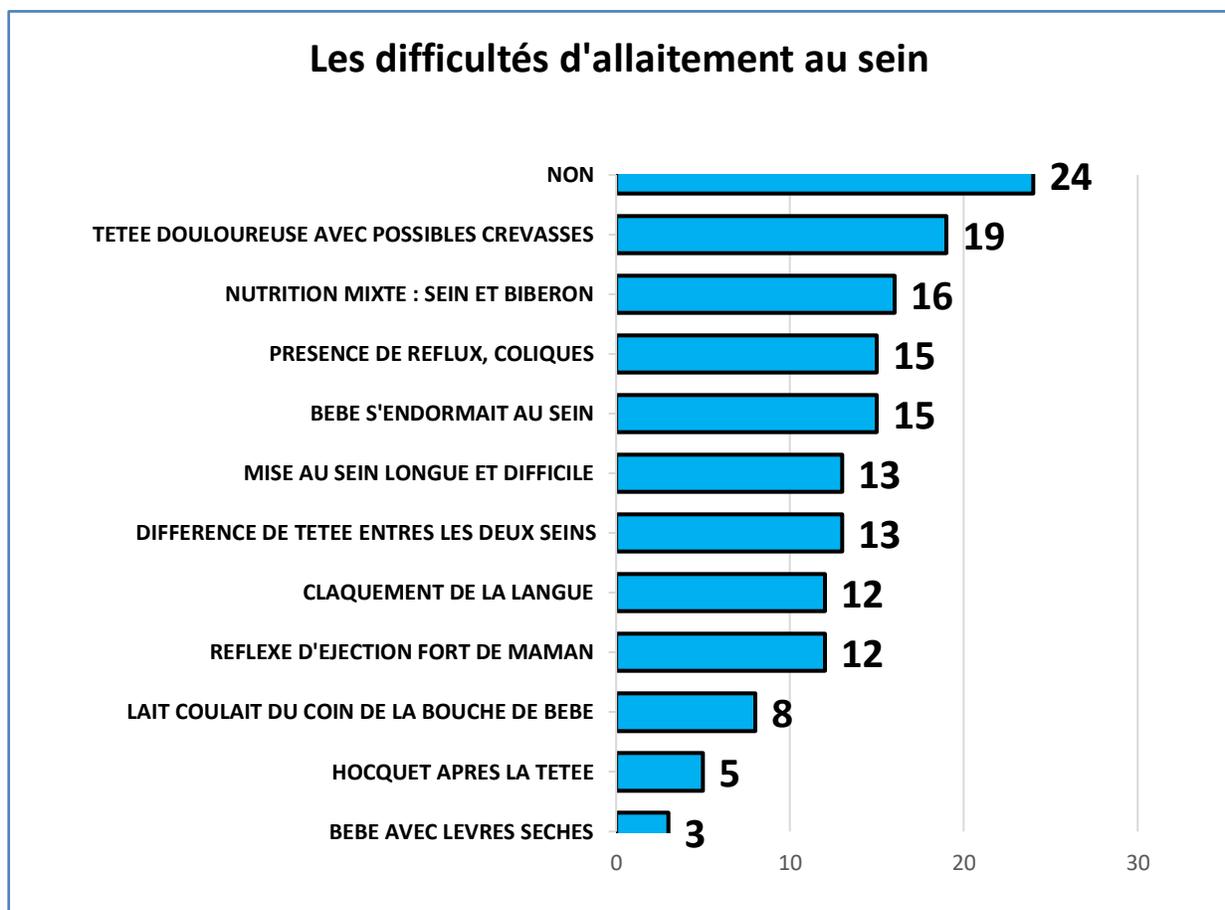


Figure 30 – Les difficultés d'allaitement au sein

## V. 2. C. b. Difficultés d'allaitement au biberon

L'objectif est d'évaluer les difficultés rencontrées par les parents dans la nutrition au biberon. Une nouvelle fois, l'absence de difficultés ressort en premier (27 réponses sur 148 au total). Des caractéristiques comme le fort débit du biberon, sa verticalisation ou le hoquet sont souvent cités par les parents. Plusieurs réponses étaient possibles.

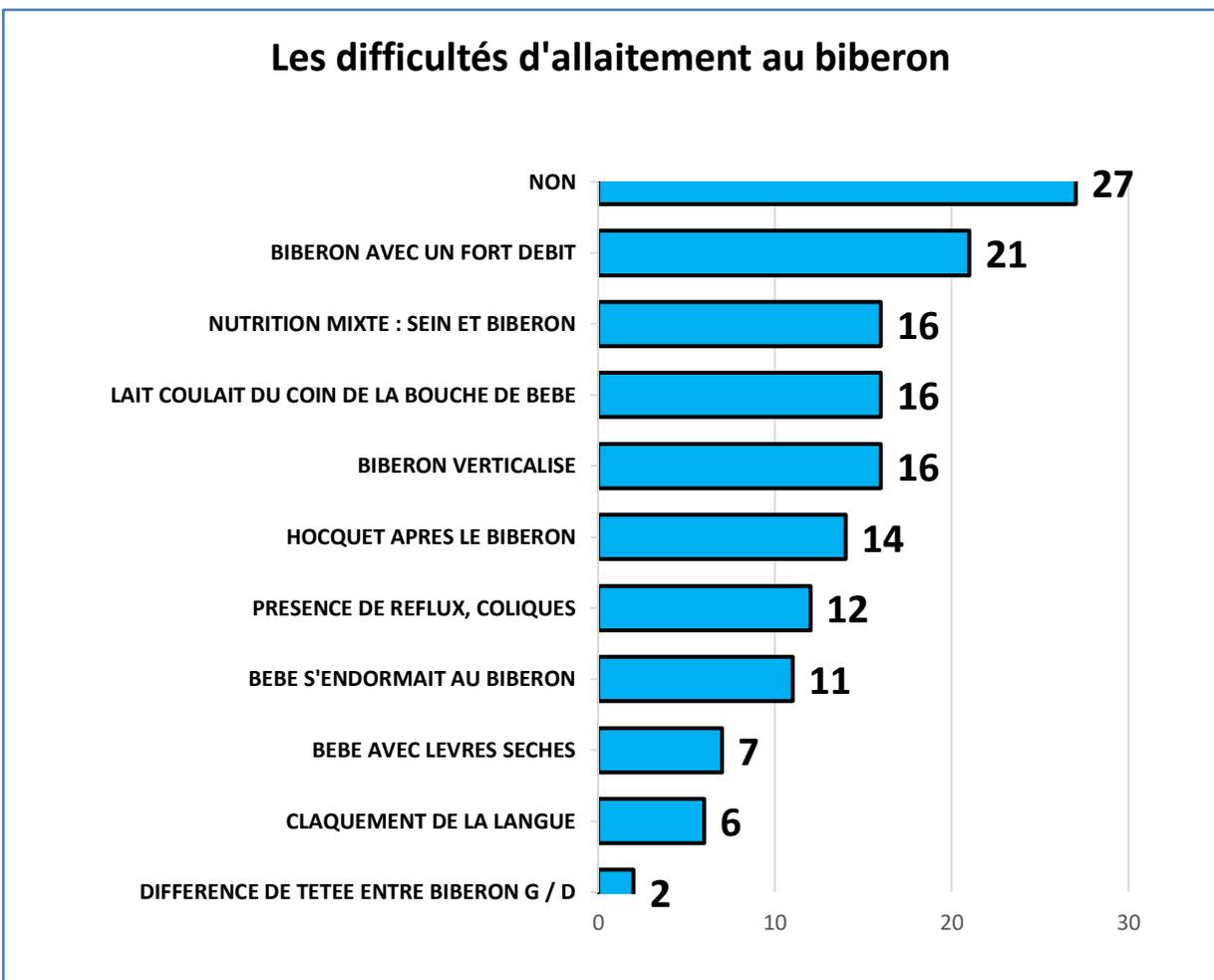


Figure 31 – Les difficultés de nutrition au biberon

## V. 2. C. c. Sucction non-nutritive

Comme développé dans les parties précédentes, il existe plusieurs types de sucction non-nutritive. Les réponses des parents montrent que la tétine classique reste celle qui est la plus utilisée à hauteur de 24 réponses sur 56. La tétine « MAM » est quasi au même niveau que l'absence de sucction non-nutritive (10 et 9).

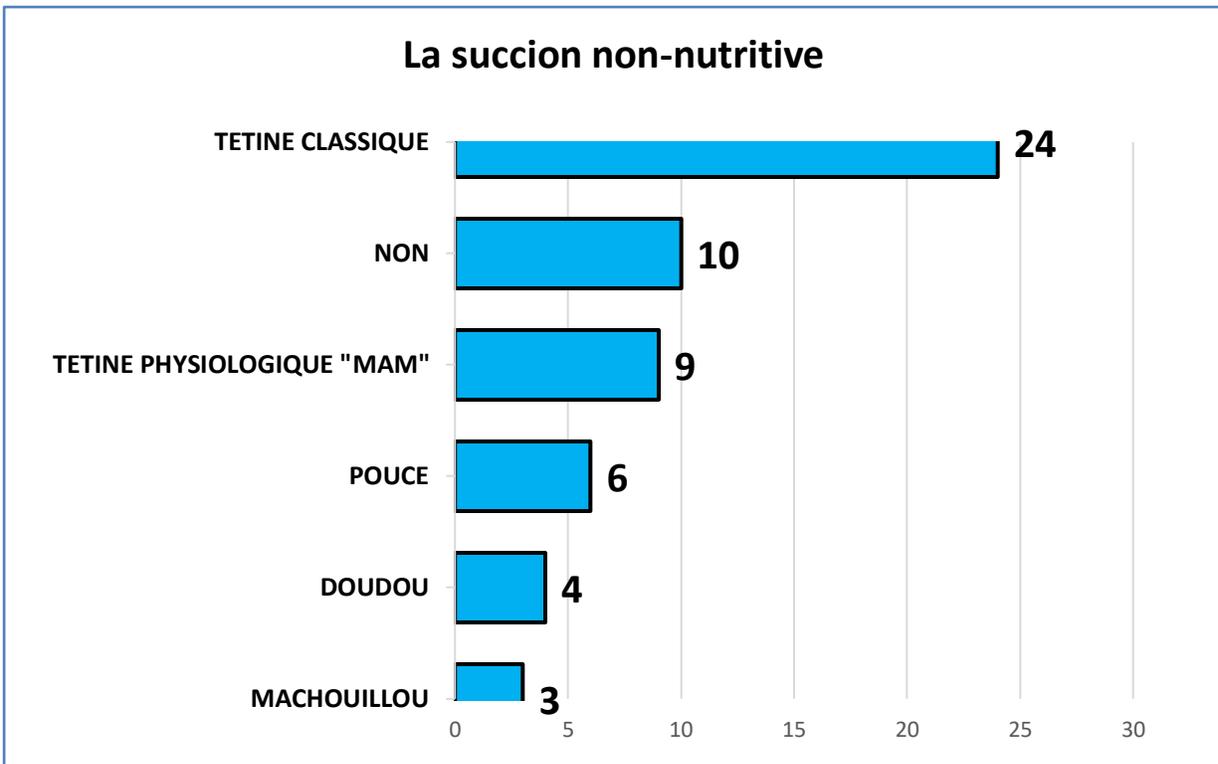


Figure 32 – La sucction non-nutritive

## V. 2. C. d. Sensibilisation du pédiatre

L'objectif est d'apprécier l'éventuelle sensibilisation aux troubles de la sucction de la part du pédiatre. Ce dernier est la figure médicale spécialisée dans le suivi de la croissance des enfants et donc des nourrissons. Par conséquent, il constitue un élément clé dans la santé publique. La réponse « non » ressort massivement à hauteur de 88%.

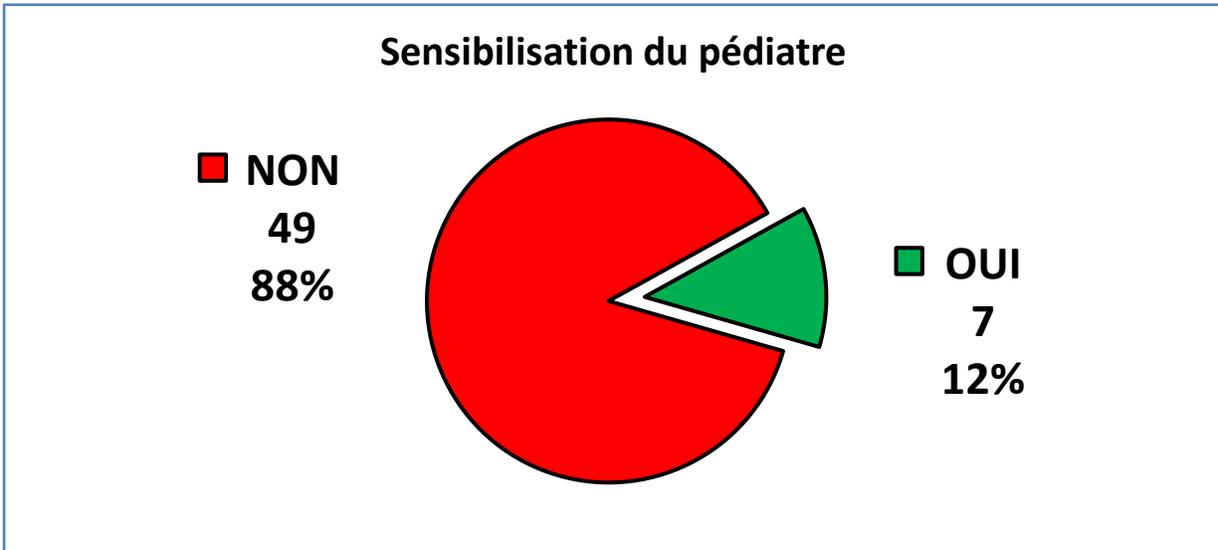


Figure 33 – Sensibilisation du pédiatre

#### V. 2. C. e. Séance d'ostéopathie

Cette question va permettre d'évaluer si les parents ont amené leur enfant en consultation. On a vu précédemment que seulement 30% des parents avaient été sensibilisés à cette démarche. Les résultats montrent que 54% des enfants ont bénéficié d'une séance d'ostéopathie soit un peu plus d'un sur deux.

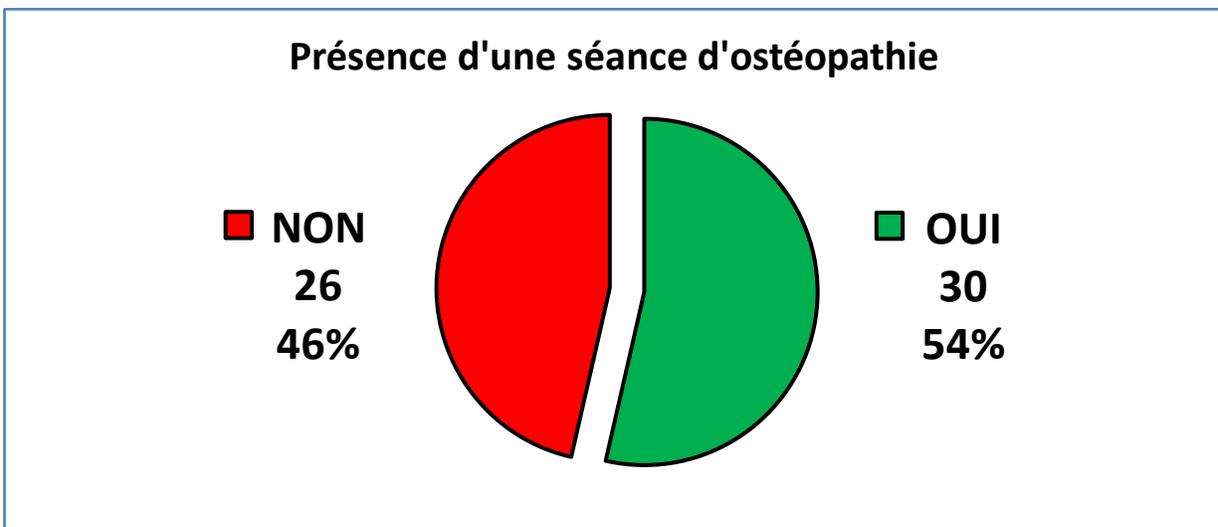


Figure 34 – Consultation en ostéopathie

L'âge de la première consultation est également intéressant à connaître. Dans 51% des cas, les parents attendent entre 1 et 3 mois. La seconde période la plus souvent citée est entre 3 et 6 mois (26%).

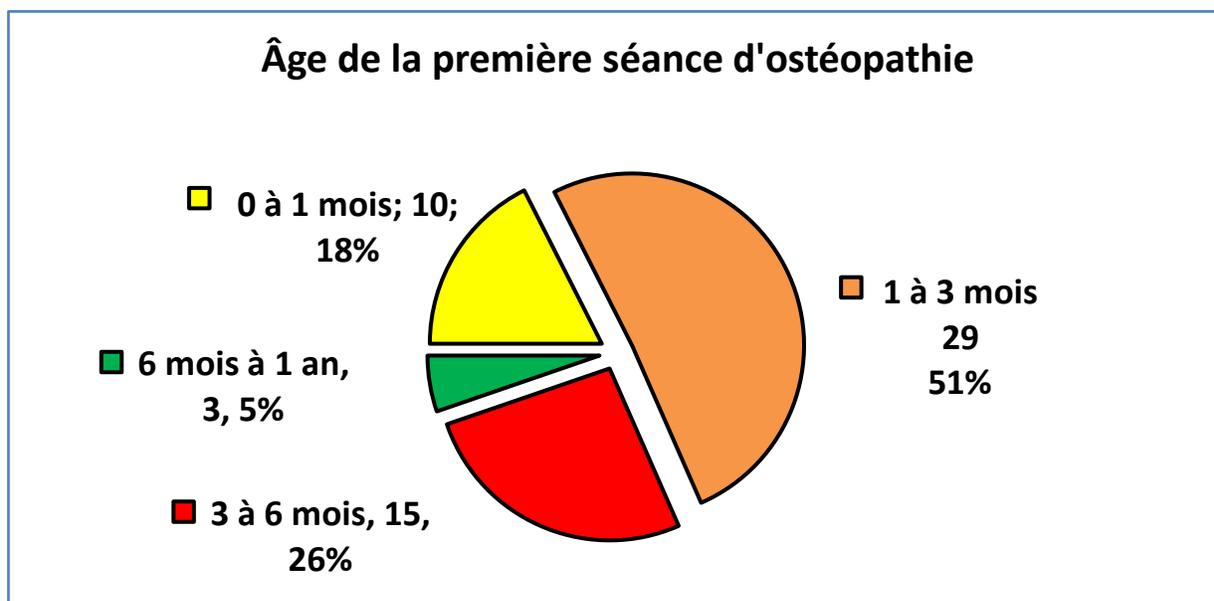


Figure 35 – Âge de la première consultation en ostéopathie

## V. 2. D. Évaluation des connaissances

Cette section tend à évaluer les connaissances propres des parents. Pour cela, nous utilisons des questions ouvertes laissant les intéressés exposer librement leurs pensées. Il n'y a donc pas d'influence par des propositions.

### V. 2. D. a. Question ouverte sur les troubles de la succion

À la vue des 56 réponses, il se dégage deux principaux éléments qui viennent à répétitions, nous pouvons ainsi citer : « difficultés à téter » et « difficultés pour l'alimentation ». Il y a donc le côté nutritionnel qui est mis en avant mais également l'aspect rassurant et calmant de la succion.

## V. 2. D. b. Question ouverte sur l'utilisation de la tétine

Cette fois, trois mots ou expressions ressortent couramment dans les mots des répondants : « reconforter l'enfant », « difficultés à s'en séparer », « déformation ». Nous avons ainsi les trois principales connotations à propos de la tétine, on sait que l'utilisation prolongée peut être nocive mais on l'utilise, par défaut d'autre chose, pour apaiser bébé.

## V. 2. D. c. Les effets des troubles de la succion

La dernière question permet d'évaluer les conséquences perçues par les parents dans le cadre de troubles de la succion. Le placement dentaire ainsi que la mastication sont les éléments les plus cités. A l'inverse, la croissance des os du crâne et la prévention des pathologies ORL ne sont que très peu citées pourtant ils sont bien en lien avec cette thématique. Plusieurs réponses étaient possibles.

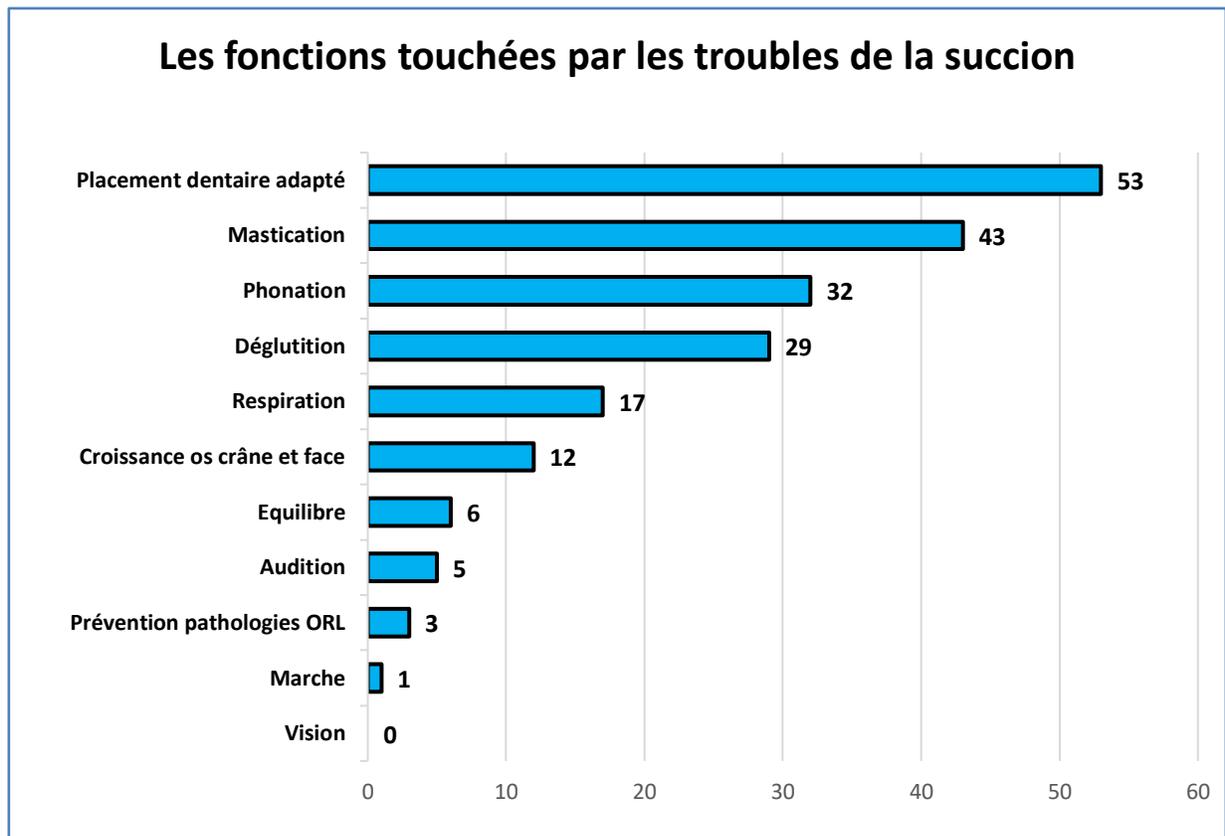


Figure 36 – Les fonctions en lien avec la succion

## VI – DISCUSSION

---

### VI 1. Limites des études sélectionnées

#### VI. 1. A. Sélection des articles

Pour établir cette revue de littérature, il a été défini un certain nombre de critères afin de cibler et d'optimiser les études. En respectant cette forme de contrat, nous n'aurions que deux articles (50,53). On est forcé de constater, dans un premier temps, le vide scientifique dans ce domaine spécifique de la prise en charge manuelle des troubles de la succion. En utilisant le terme « manuel » nous regroupons l'ostéopathie et la chiropractie qui sont les deux pratiques qui apparaissent dans la littérature. La chiropractie s'intéressant de façon historique uniquement à la colonne vertébrale, nous pouvons alors nous poser la question de sa légitimité dans cette problématique. Les liens entre la sphère naso-bucale, les cervicales et les dorsales hautes sont bien établis mais ne sont pas uniques. Il y a une multitude d'autres éléments à travailler.

Il avait été défini que les articles devaient être de moins de 5 ans, nous avons étendu ce choix à 15 ans. Nous avons donc pris la décision d'assouplir les critères d'exclusion afin d'avoir un échantillon plus large. Nous avons ainsi pu sélectionner sept articles. Évidemment, l'assouplissement des critères de sélection constitue un biais à la qualité du travail développé mais demeure indispensable à la réalisation de ce TER. L'article le plus récent est de 2024 (50), par opposition le plus ancien est de 2009 (48).

D'autre part, il est préférable de sélectionner au maximum des études construites sur le modèle d'essais contrôlés randomisés\* (ECR) car ils sont considérés comme étant les plus efficaces pour évaluer les effets d'un protocole (54). Une nouvelle fois, si nous avons conservé ce critère nous n'aurions que deux articles (50,51). Il a donc été décidé, encore, d'élargir les critères à tous les types d'études scientifiques, comme les études quantitatives interventionnelles, les études quantitatives descriptives ou les études qualitatives. Il a été ainsi intégré une étude descriptive de cohorte, et des études de cas (47,48,48,49). Nous avons donc

tout à fait conscience d'avoir affaibli la valeur scientifique des études sélectionnées.

## **VI. 1. B. Analyse des biais**

Avant de pouvoir interpréter les résultats précédemment développés, il est indispensable d'identifier les éventuels biais. Par définition, un biais est une erreur systématique non aléatoire, qui induit une orientation de la vérité (55), (56). Adrien Pallot dans son ouvrage intitulé « Evidence Based Practice » définit une multitude de concepts comme les biais d'allocation, de recrutement ou encore d'attrition (54). Le tableau IX.3 reprend et analyse l'ensemble des biais possibles est disponible en annexe.

Après analyse des biais, nous pouvons tenter de déterminer un grade et niveau de preuve de l'article, élément clé de l'interprétation des résultats. Cela permet d'évaluer la puissance des résultats mesurés et de chercher une cohérence. Ces niveaux vont de 1 (très fiable) à 5 (le moins fiable). Cela dépend de plusieurs éléments dont le schéma de l'étude, l'inclusion des patients, la taille de l'échantillon, la cohérence des évaluations etc... Les grades se fondent sur ces niveaux de preuve et sont classifiés de la lettre « A » qui est une étude considérée comme forte à la lettre « C » qui tend à être le niveau de crédit le plus faible. Une publication sur les niveaux de preuve et grades précise cependant, que la gradation des recommandations dépend de deux éléments : le niveau de preuve mais aussi de l'interprétation des experts. Ce dernier point, étant un biais lui-même (56)...

Avec le tableau IX.4 figurant en annexe, nous allons pouvoir analyser la qualité des études sélectionnées. Il ressort deux études de grade A, soit la meilleur qualité au niveau de la méthodologie scientifique (50,51). Un seul article est de grade B (53), pour quatre articles de grade C, soit la plus mauvaise confiance (47,48,48,49). Évidemment, nous allons privilégier les trois travaux les plus validés pour l'interprétation des résultats. Les quatre derniers étant, à la fois plus anciens et des études de cas, ont moins de poids et de crédibilité.

## **VI 2. Les enseignements des traitements manuels sélectionnés**

Les sept études sélectionnées montrent des résultats qui tendent à croire que la thérapie manuelle pour les troubles de la succion est efficace. En effet, l'ensemble des travaux montre une amélioration (significative ou non) de la qualité de succion de l'enfant. La place de l'ostéopathie et plus largement de la thérapie manuelle dans cette problématique semble déjà justifiée.

Les trois études avec les plus hauts grades présentent des effectifs de patients allant de 42 à 97. Pour les deux études contrôlées randomisées, l'échantillon est répartie en deux groupes afin de comparer les effets thérapeutiques (50,51). Les échantillons paraissent faibles mais permettent d'établir des tendances qu'il sera indispensable de recroiser sur d'autres travaux avant de généraliser les résultats.

Niveau fréquence et durée de prise en charge sur ces deux études, ils proposent une prise en charge de 4 semaines à raison d'une à deux séances par semaine. La rééducation est donc intense sur l'espace d'un mois, les premiers prenant les enfants à partir de 3 semaines, les autres 6 (50,51). Il y a donc une légère disparité niveau délai de prise en charge mais cela reste précoce. Les travaux présentant une cohorte descriptive inclus des enfants allaitant de moins de 3 mois (53). L'efficacité semble être optimisée avec la rapidité de prise en charge, la fenêtre de 0 à 2 mois paraissant être la plus adaptée.

Une prise en charge conjointe est mise en avant dans les études avec le plus haut niveau de preuve. Les deux travaux de grade A proposent deux approches : ostéopathe et consultant en lactation (50,51). La seconde étude qui est de grade B fait intervenir un chiropracteur, un consultant IBCLC et un médecin spécialiste des freins (53). Les études de meilleure qualité font donc intervenir plusieurs intervenants, rendant la prise en charge pluridisciplinaire. Cet aspect collaboratif, qui est de plus en plus mis en avant dans la prise en charge holistique des patients, semble être à privilégier. Ceci est d'ailleurs en accord avec les recommandations de la Société Française de Pédiatrie depuis le « Ségur de la santé » de 2020 prônant le développement des réunions de concertations pluridisciplinaires médico-

psycho-sociales en pédiatrie. Celles-ci ont pour but d'apporter l'expertise, l'évaluation et l'orientation des différents acteurs œuvrant autour de l'enfant (57).

Sur l'ensemble des sept études sélectionnées, on note une multitude de techniques utilisées par les thérapeutes. Malheureusement il n'y a que trop rarement un descriptif précis du contenu de la séance. Il se dégage pourtant une tendance sur l'ensemble des opérateurs : les termes de « travail crânio-sacré », le « travail cervical » et le « travail de l'Articulation Temporo-Mandibulaire\* (ATM) et de la mandibule » sont les plus cités. On peut donc dans un premier temps affirmer que la prime est faite au travail articulaire, privilégiant le travail vertébral cervical et de l'articulation temporo-mandibulaire par rapport au travail des tissus mous ou de la langue par exemple. Le côté historique des chiropracteurs pourrait alors influencer les résultats dans ce sens puisque 03 études sur 07 sont instruisées par ces professionnels (47,48,53). Dans un second temps, il paraît important de clarifier cette notion de travail crânio-sacré qui apparaît souvent dans les publications. C'est une notion qui peut être abordée par plusieurs approches : le mouvement respiratoire primaire\* (MRP) cher à monsieur Sutherland (58), les chaînes physiologiques comme Busquet (59), les chaînes fonctionnelles (flexion, d'extension, rotation, inclinaison) ou encore les liens anatomiques du système neurologique (9,10). Le problème est donc que nous ne savons pas quelle est la vision exacte du thérapeute, rendant difficile, l'analyse de la prise en charge. Enfin et comme souligné précédemment, des éléments qui paraissent pourtant indispensables ne sont que très peu cités comme le travail de la base du crâne, de l'os hyoïde, de la langue ou du massage des tissus mous péri-buccaux.

On s'aperçoit également que toutes les études ne recensent pas les mêmes moyens d'évaluation pour objectiver les effets des thérapeutiques. Ce qui est le plus mis en avant est l'objectivation du gain d'amplitude et du score de LATCH pour l'allaitement. On sait que si l'on a un point de vue plutôt fonctionnel, alors le gain goniométrique sera un objectif et donc un moyen d'évaluation. A l'inverse, l'ostéopathe structurel se contentera de tests de densité qui arrivent en troisième position avec 03 citations sur 07. Le score de LATCH qui est un test fonctionnel de mise au sein permet donc d'évaluer une problématique structurelle. Les tests de densité semblent donc être sous-utilisés pour cette problématique si on a une approche structurelle.



***L'interprétation des résultats semble montrer une amélioration des symptômes si la prise en charge est précoce et pluridisciplinaire. Il demeure une prédominance d'intention sur le travail articulaire et l'évaluation fonctionnelle dans le cadre du traitement des troubles de la succion.***

### **VI 3. Les préceptes issus du questionnaire**

Le questionnaire a été conçu pour tenter d'évaluer plusieurs aspects entourant le concept de succion : la prise en charge du personnel hospitalier à la naissance, les habitudes de l'enfant une fois retourné à la maison ou encore les connaissances des parents dans ce domaine spécifique. Il se dégage des informations intéressantes qu'il sera indispensable de croiser avec les données de la littérature précédemment décrites.

L'accouchement est une période de grand bouleversement que ce soit sur le plan physique, biologique, psychologique et émotionnel pour les trois parties : maman, papa et bébé. Le corps médical va donc devoir gérer ces changements brutaux pour ces trois êtres. Évidemment, la priorité est la bonne santé de l'enfant, en salle d'accouchement les examens sont donc tournés vers les signes vitaux, l'évaluation du tonus, le poids ou encore la mesure (60). Plus tard, un nouvel examen est réalisé par le pédiatre pour vérifier d'autres éléments comme les tests de réflexe ou encore l'examen des freins de bouche. Pourtant, seulement 32% confirment qu'un examen des freins a été réalisé à la maternité. Comment expliquer ce ratio faible ? Soit l'examen a bel et bien été réalisé mais les parents ne l'ont pas vu, ou il a été omis. De plus, seuls 2% des gestes chirurgicaux ont été suivis d'un entretien ce qui est la méthodologie recommandée. Dans le même sens, on constate un manque de sensibilisation sur les risques de survenue de troubles de la succion pour 82% des interrogés, pourtant l'allaitement qu'il soit au sein ou au biberon est au cœur des préoccupations puisque vital pour l'enfant. Pour valider la sortie, le corps médical insiste sur le fait que bébé doit avoir repris du poids, ce qui sous-entend un allaitement permettant la bonne croissance de l'enfant. C'est donc un élément clé à ne pas négliger. L'HAS préconise d'examiner les capacités de succion de l'enfant seulement en cas d'échec des tétées (61). Il y a donc une incohérence entre la finalité indispensable de prendre du poids et les moyens mis en place pour vérifier cette

capacité.

Dans le même sens, seulement 70% des répondants affirment avoir eu une consultation avec un IBCLC. Encore une fois deux schémas sont possibles : soit parce que les parents estimaient ne pas en avoir besoin ou par méconnaissance. Dans ce sens, seulement 14% ont exprimé avoir été sensibilisés à cette approche. Cela reste donc une pratique marginale, trop peu répandue dans notre société. Pour 88% des parents, le pédiatre ne les a pas sensibilisés aux possibles troubles de la succion.

L'ostéopathie est elle aussi, peu mise en avant dans les premiers jours de vie de l'enfant. Uniquement 30% des parents ont été sensibilisés et ont réalisé une consultation d'ostéopathie. La littérature a montré que plus la consultation est précoce, meilleurs sont les effets avec une priorité entre 0 et 2 mois. Pourtant, le questionnaire montre que seulement 18% des consultations ont eu lieu entre 0 et 1 mois, et 51% entre 1 et 3 mois. Il y a donc un désir de consulter un ostéopathe cependant la première intention n'est pas d'y aller dans le premier mois de vie de l'enfant. Cela sera tout le travail des professionnels de l'ostéopathie, sensibiliser à l'intérêt d'une consultation la plus précoce possible.

Par ces trois exemples, on s'aperçoit que le travail en équipe pluridisciplinaire n'est alors pas promu, ce qui est en désunion avec les résultats de la littérature scientifique précédemment cités. Il ne faut pas oublier que ces deux intervenants sont aussi là pour être des lanceurs d'alerte, en complément des professionnels médicaux.

Une fois rentrés à la maison les parents se retrouvent en tête à tête avec leur enfant, en quête d'apprentissage d'un nouvel équilibre. L'expérience est un élément à prendre en compte puisque 78% des répondants n'ont qu'un seul enfant, donc n'ont potentiellement été exposé qu'une fois à une problématique de succion. Évidemment, plus il y a d'enfants, plus ce risque augmente. Il apparaît que pour 79% des parents, aucun enfant n'a été touché par des troubles de la succion. Deux solutions possibles : ils n'ont réellement pas été touché ou alors ils n'en n'ont tout simplement pas eu conscience. Pour essayer d'établir la vérité nous allons croiser cette information avec la description des habitudes d'allaitement pouvant montrer des signes caractéristiques de troubles de la succion. Dans 80% des réponses, que ce soit au sein ou au biberon, il y a au moins un signe pouvant faire penser à une problématique de succion.

Nous pouvons ainsi citer les crevasses pour la maman, le claquement de la langue, un biberon avec un débit élevé ou encore une fermeture labiale incomplète. Il semblerait donc qu'il y a, une nouvelle fois, une incohérence entre l'objectivation des signes cliniques des troubles de la succion et le ressenti des parents.

La représentation des troubles de la succion est double pour les parents : à la fois un besoin vital de s'alimenter et en même temps une compensation de ce besoin de succion. La tétine classique est l'élément de succion non-nutritive, qui est le plus souvent cité par les parents (43%). Elle reste l'élément le plus répandu, pour son côté réconfortant mais son côté nocif est tout aussi connu. Les termes « difficultés à s'en séparer » et « déformations » font partis des trois expressions les plus souvent citées tout comme « réconforter ». Il y a donc, cette fois, une réalité sur les vertus et défauts de la succion non-nutritive que représente la tétine classique. Malheureusement, la tétine physiologique MAM n'est pas assez représentée, pourtant, elle tend à être la moins nocive pour la langue ou le palais.



***A la vue de l'ensemble des données issues du questionnaire et de la littérature, on s'aperçoit qu'il y a des incohérences entre les recommandations et la réalité de terrain.***

## **VI 4. Mise en perspective avec le modèle de l'IFSOR**

Le modèle de l'ostéopathie structurale et plus particulièrement celui de l'IFSOR est basé sur certains préceptes qui ont été développés précédemment. En épluchant les données de la littérature avec ces 07 articles, nous nous apercevons qu'il y a des points communs et des discordances.

Tout d'abord on s'aperçoit que la place de l'articulaire est généralisée dans la littérature. On rappelle qu'historiquement les chiropracteurs s'intéressent en priorité à la colonne vertébrale. L'école met en avant le concept du particulier au général, recherchant d'abord les lésions locales puis en élargissant. Dans le cadre de troubles de la succion, il est indispensable d'objectiver les tensions buccales puis de s'éloigner jusqu'aux cervicales, dorsales hautes. La

littérature montre un schéma plutôt inverse, en omettant le travail tissulaire buccal, le travail de la langue ou de l'engagement de l'occiput.

Le travail crano-sacré, très souvent cité dans la littérature, est également utilisé dans le modèle de l'IFSOR. Il n'y a pas d'utilisation du mouvement respiratoire primaire mais le travail spécifique entre le crâne et le sacrum est enseigné. On le retrouve également sous la forme de tests fonctionnels des différentes chaînes physiologiques chez le nourrisson comme la flexion, l'extension, les inclinaisons ou les rotations.

Nous avons pu voir que les moyens d'évaluation sont le plus souvent fonctionnels via le test direct de mise au sein, via le score de LATCH ou via l'évaluation de l'amplitude articulaire. Le test de densité demeure le gold standard du modèle de l'IFSOR, il permet de valider ou non la réussite des manipulations effectuées. En effet, la modification du tissu conjonctif en LTR, en lien avec les symptômes est l'objectif du thérapeute. Un feedback à postériori de la séance permettra d'évaluer l'amélioration des symptômes ou non.

Il existe donc une multitude d'éléments dans la littérature scientifique ne reflétant pas avec exactitude le modèle de l'IFSOR.



***Le modèle de l'IFSOR ne correspond pas, en tout point, à ce qui est effectué dans la littérature scientifique puisque l'école tend à développer un schéma de réflexion claire, codifié et reproductible qui n'apparaît pas dans les écrits sélectionnés.***

## **VI 5. Projection professionnelle**

L'objectif de ce mémoire est également de pouvoir profiter des travaux pour s'implanter sur le territoire local. En effet, ce mémoire peut être considéré comme une forme d'expertise pouvant alors attirer des professionnels intervenants dans ce thématique des troubles de la succion chez le nourrisson. De plus, cela pourrait interpeler et attirer des parents en quête de réponses pour leur problématique d'allaitement, de nutrition ou par simple besoin d'évaluation.

Dans tous les cas, cela aura pour conséquence de faire connaître le cabinet et de participer à son développement.

## VI. 5. A. Envers les autres professionnels

L'élaboration de ce mémoire nous a permis d'avoir une réelle plus-value sur notre réseau professionnel. En effet, il a été tenté de développer le cercle de professionnels qui peuvent interagir avec nos patients communs. L'idée est de s'entourer de personnes compétentes dans leurs domaines, qui sont de véritables acteurs et qui vont permettre de gagner en qualité de prise en charge. Cela aura également pour but d'asseoir la légitimité du cabinet auprès des collaborateurs et des patients.

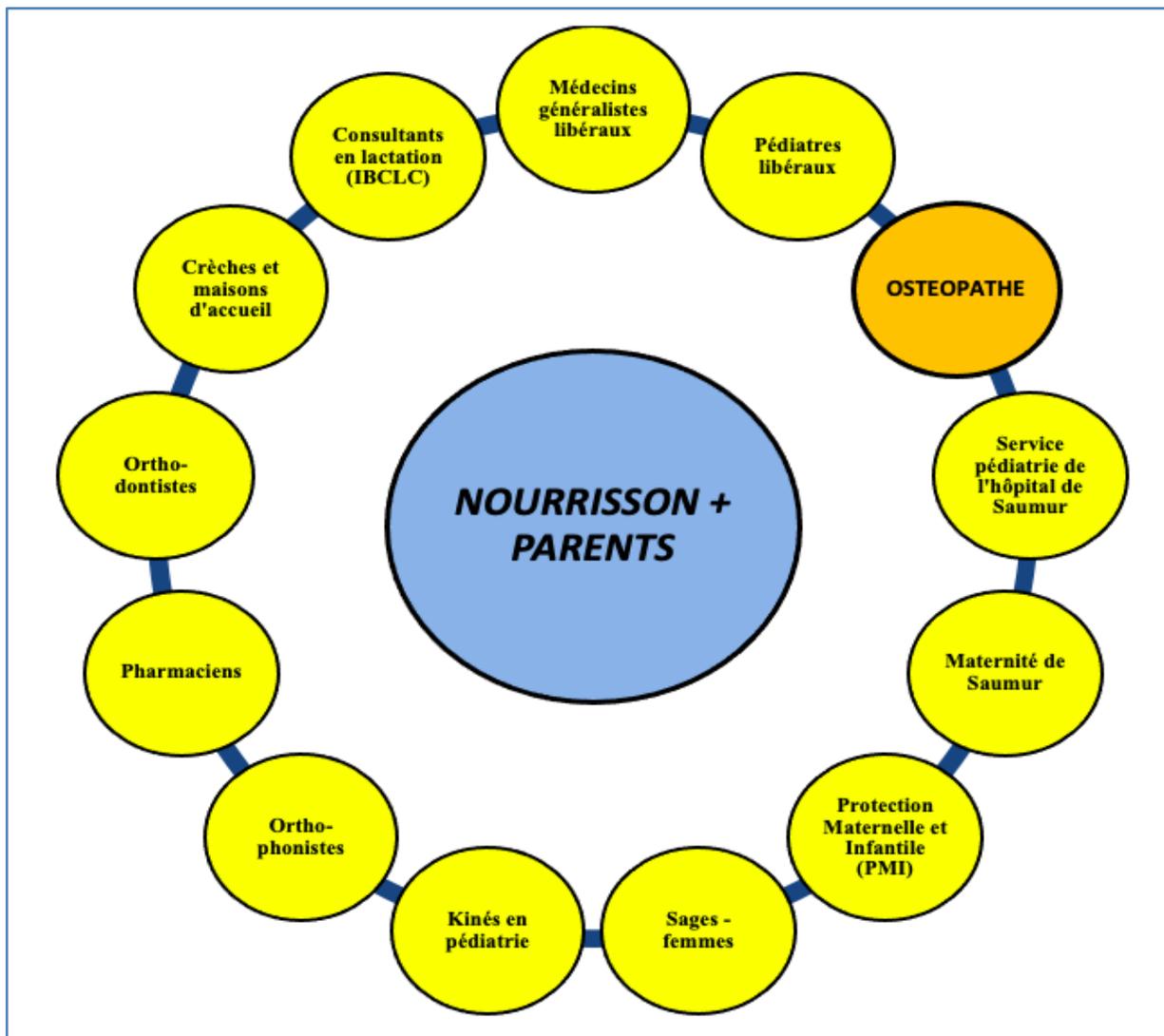


Figure 37 – Cercle professionnel sollicité

## **VI. 5. B. Envers la patientèle**

La diffusion du questionnaire a été réalisée via deux principaux moyens. Le premier moyen de diffusion est l'utilisation du logiciel Doctolib regroupant l'ensemble des adresses mails des patients ayant fréquenté le cabinet. Il a donc été aisé de diffuser le questionnaire, aux anciens et actuels patients du cabinet, représentant alors plus de 650 personnes. Le second moyen est une diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux. Cela représente environ 200 personnes. Toute cette diffusion a permis d'obtenir des réponses mais également de sensibiliser la population locale aux compétences du cabinet. C'est donc une forme de publicité qui participera au développement à court, moyen et long terme.

## **VII – CONCLUSION**

---

L'établissement de ce présent TER a demandé beaucoup de temps et d'implication. Ce travail n'est pas vain puisqu'il permet d'améliorer les connaissances et donc compétences dans la prise en charge des troubles de la succion et de son environnement.

L'objectif principal était de mesurer l'impact de l'ostéopathie sur les troubles de la succion. La revue de littérature a montré que ces effets sont positifs. De plus, la précocité de la prise en charge reste déterminante pour optimiser les résultats et limiter les schémas de dysfonctions fixés par une ou plusieurs « dystructures ». Le travail collaboratif en pluridisciplinarité est également souligné par la littérature rendant la création d'un réseau professionnel quasi indispensable pour ce type de prise en charge.

Le questionnaire créé et diffusé a montré que la place des parents est déterminante mais demande à être renforcée par une vraie sensibilisation de l'équipe médicale (équipe hospitalière, pédiatre). L'adage célèbre, de Confucius « vous ne trouverez jamais ce que vous ne cherchez pas » trouve alors tout son sens. Les parents ne sont pas informés des potentielles conséquences que représentent les troubles de la succion et n'y sont donc pas attentifs. Ils sont des lanceurs d'alerte et doivent pleinement jouer ce rôle, mais pour cela ils doivent avoir toutes les cartes en mains et visiblement ce n'est pas le cas actuellement. Charge

alors aux professionnels, intervenants auprès de ce public, de compléter ce vide. L'ostéopathie, actuellement bousculée, peut alors aller dans ce sens et justifier sa place dans l'arsenal thérapeutique moderne.

## VIII – BIBLIOGRAPHIE

---

1. Masson E. EM-Consulte. [cité 21 févr 2025]. Morale, éthique et déontologie en kinésithérapie, tentatives de définition. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/137224/morale-ethique-et-deontologie-en-kinesitherapie-te>
2. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)
3. L'examen clinique du nouveau-né - broché - Catherine Cantin, Francine Letendre, Marie-Josée Martel, Isabelle Milette - Achat Livre | fnac [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.fnac.com/a7400113/Catherine-Cantin-L-examen-clinique-du-nouveau-ne>
4. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
5. Une nouvelle étude de l'OMS préconise de mettre fin au marketing agressif des substituts du lait maternel qui décourage l'allaitement maternel [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/23-02-2022-new-who-research-urges-an-end-to-aggressive-formula-milk-marketing-that-discourages-breastfeeding>
6. Veyry A. Taux d'allaitement maternel et facteurs de risque prédictifs d'échec au CHU Sud Réunion en 2021. 8 juin 2022;41.
7. Fiche du livre Ostéopathie structurée : Lésion structurée ; Concepts structurants - Aux éditions éoliennes [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.editionseoliennes.fr/livre-19-osteopathie-structurelle-lesion-structuree-concepts-structurants>
8. Khan EB, Bibi A, Hunny, Mottani DA, Kumar S. Relationship of early weaning and non-nutritive sucking habits with facial development. J Pak Med Assoc. juin 2022;72(6):1118-22.
9. Atlas Netter d'anatomie humaine | Livre + Compl. | 9782294773693 [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/atlas-netter-danatomie-humaine-9782294773693.html>
10. Librairie Sauramps Médical [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Kamina Anatomie Tome 2 : Anatomie Clinique de Kamina Tome 2 - Anatomie Clinique Tome 2, Tête, Cou, Dos de Pierre Kamina. Disponible sur: [https://www.livres-medicaux.com/etudiants-medecine/8189-anatomie-clinique-tome-2-tete-cou-dos-4-edition.html?srsLtd=AfmBOoojd0FR\\_DyWOvE-DnOt5n7P8A2zbnkz-7MDIQ57fYcb5WtS1wura](https://www.livres-medicaux.com/etudiants-medecine/8189-anatomie-clinique-tome-2-tete-cou-dos-4-edition.html?srsLtd=AfmBOoojd0FR_DyWOvE-DnOt5n7P8A2zbnkz-7MDIQ57fYcb5WtS1wura)
11. Lu C, Wang S, Li S, Liu R, Liu Q. Effectiveness of Non-Nutritive Sucking on Sucking Performance in Preterm Infants: A Systematic Review. Phys Occup Ther Pediatr. 20 janv 2025;1-24.

12. Zhao S, Jiang H, Miao Y, Liu W, Li Y, Zhang Y, et al. Effects of implementing non-nutritive sucking on oral feeding progression and outcomes in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024;19(4):e0302267.
13. Campanha SMA, Martinelli RL de C, Palhares DB. Position of lips and tongue in rest in newborns with and without ankyloglossia. *Codas*. 2021;33(6):e20200069.
14. A B, M C, A R, G F, D DR, S F, et al. Tongue stretching: technique and clinical proposal. *Journal of complementary & integrative medicine* [Internet]. 8 sept 2021 [cité 21 févr 2025];19(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34364317/>
15. Evaluation clinique de la fonction musculaire 8ème édition - broché - M. Lacote, A.-M. Chevalier - Achat Livre | fnac [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.fnac.com/a6956219/M-Lacote-Evaluation-clinique-de-la-fonction-musculaire>
16. Iwanaga J, Takeuchi N, Oskouian RJ, Tubbs RS, Iwanaga J, Takeuchi N, et al. Clinical Anatomy of the Frenulum of the Oral Vestibule. *Cureus* [Internet]. 29 juin 2017 [cité 21 févr 2025];9(6). Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/7966-clinical-anatomy-of-the-frenulum-of-the-oral-vestibule>
17. Babai A, Irving M. Orofacial Clefts: Genetics of Cleft Lip and Palate. *Genes (Basel)*. 9 août 2023;14(8):1603.
18. Module - Annexe [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://archives.uness.fr/sites/unsof/media/o1306/de-6-a-12-ans/html/annexe-12.html>
19. Adriano LZ, Derech CD, Massignan C, Flores-Mir C, Porporatti AL, Canto GDL, et al. Anterior open bite self-correction after cessation of non-nutritive sucking habits: a systematic review. *Eur J Orthod*. 31 mai 2023;45(3):235-43.
20. Viswanathan S, Jadcherla S. Feeding and Swallowing Difficulties in Neonates: Developmental Physiology and Pathophysiology. *Clin Perinatol*. juin 2020;47(2):223-41.
21. Gulati IK, Sultana Z, Jadcherla SR. Approach to Feeding Difficulties in Neonates and Infants: A Comprehensive Overview. *Clin Perinatol*. juin 2020;47(2):265-76.
22. Développement de la déglutition et de l'alimentation : de la période prénatale à la première année de vie - PubMed [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18646020/>
23. Allaitement au sein maternel - allaiter au lait maternel - nourrissons au sein [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <http://allaite.online.fr/allaiter/nourrisson.htm>
24. Elad D, Kozlovsky P, Blum O, Laine AF, Po MJ, Botzer E, et al. Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 8 avr 2014;111(14):5230-5.
25. Prévalence de l'ankyloglossie chez les enfants de moins d'un an : revue systématique et méta-analyse - PubMed [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33188284/>

26. Shandley S, Capilouto G, Tamilia E, Riley DM, Johnson YR, Papadelis C. Abnormal Nutritive Sucking as an Indicator of Neonatal Brain Injury. *Front Pediatr.* 2020;8:599633.
27. Rosay L. Traitements du trouble de la succion chez le nourrisson allaité, dans une prise en charge pluridisciplinaire.
28. Li L, Liu L, Chen F, Huang L. Clinical effects of oral motor intervention combined with non-nutritive sucking on oral feeding in preterm infants with dysphagia. *J Pediatr (Rio J).* 13 mai 2022;98(6):635-40.
29. Sadoun C, Templier L, Alloul L, Rossi C, Renovales ID, Sanchez IN, et al. Effects of non-nutritive sucking habits on malocclusions: a systematic review. *J Clin Pediatr Dent.* mars 2024;48(2):4-18.
30. 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.* 1 oct 2024;46(5):cjae024.
31. Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, Bosch C, Verna C. The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Prog Orthod.* déc 2018;19(1):8.
32. 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.* sept 2022;181(9):3421-8.
33. MAM Baby [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Sucettes et accessoires nourrissons 0 à 16 mois - MAM. Disponible sur: <https://www.mambaby.com/fr/produits-boutique/sucettes/>
34. Machouyou [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Machouyou, dispositifs bucco-dentaires médicaux enfant et adulte. Disponible sur: <https://machouyou.com/>
35. RODRIGUE D. Freins restrictifs buccaux et plagiocéphalie.
36. O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 11 mars 2017;3(3):CD011065.
37. Bouddou S. Diagnostic et prise en charge des freins restrictifs buccaux chez le nourrisson: une approche pluridisciplinaire.
38. Freinotomie pour frein de langue chez le nouveau-né - PubMed [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284020/>
39. osteopathie-continue [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Hélène DUVAL. Disponible sur: <http://www.osteopathie-continue.com/accueil/stage-helene-duval/>
40. Baxter R, Merkel-Walsh R, Lahey L, Knutsen C, Zaghi S. The buccal frenum: Trends in diagnosis and indications for treatment of buccal-ties among 466 healthcare professionals. *J Oral Rehabil.* févr 2024;51(2):369-79.
41. Zaghi S, Shamtoob S, Peterson C, Christianson L, Valcu-Pinkerton S, Peeran Z, et al. Assessment of posterior tongue mobility using lingual-palatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia. *J Oral Rehabil.* juin 2021;48(6):692-700.

42. The Breathe Institute [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Publications. Disponible sur: <https://thebreatheinstitute.com/publications/>
43. Boudehen G. Ostéopathie crânienne structurale: La tenségrité appliquée aux bilans, aux techniques gestuelles et aux concepts. Vannes: SULLY; 2011. 218 p.
44. Protocole de soins ostéopathiques du bébé et de l'enfant Editions Sully [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.editions-sully.com/1-164-protocole,de,soins,osteopathiques,du,bebe,et,de,l,enfant.html>
45. 5.3. La question de recherche (méthode PICO) – MG TFE [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://mgtfe.be/guide-de-redaction/5-recherche-bibliographique/5-3-la-question-de-recherche-methode-pico/>
46. Mateo S. Procédure pour conduire avec succès une revue de littérature selon la méthode PRISMA. Kinésithérapie, la Revue. 1 oct 2020;20(226):29-37.
47. Lund GC, Edwards G, Medlin B, Keller D, Beck B, Carreiro JE. Osteopathic Manipulative Treatment for the Treatment of Hospitalized Premature Infants With Nipple Feeding Dysfunction. Journal of Osteopathic Medicine. 1 janv 2011;111(1):44-8.
48. Miller JE, Miller L, Sulesund AK, Yevtushenko A. Contribution of Chiropractic Therapy to Resolving Suboptimal Breastfeeding: A Case Series of 114 Infants. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. oct 2009;32(8):670-4.
49. Quraishy K. Feeding in the NICU: A Perspective from a Craniosacral Therapist. Neonatal Network. 2016;35(2):105-7.
50. Parodi A, Ruffa R, De Felice V, Sartini M, Cristina ML, Martino B, et al. The Efficacy of Early Osteopathic Therapy in Restoring Proper Sucking in Breastfed Infants: Preliminary Findings from a Pilot Study. Healthcare. 8 mai 2024;12(10):961.
51. Herzhaft-Le Roy J, Xhignesse M, Gaboury I. Assessment of the Efficacy of An Osteopathic Treatment in Infants with Biomechanical Impairments to Suckling. JoVE. 5 févr 2019;(144):58740.
52. Holleman AC, Nee J, Knaap SFC. Chiropractic management of breast-feeding difficulties: a case report. Journal of Chiropractic Medicine. sept 2011;10(3):199-203.
53. Harrell D, Hawk C, Malone BK, Vallone S, Young J. Manual therapy by chiropractors for infants with musculoskeletal-related suboptimal infant breastfeeding: a pilot study. 2022;21(2).
54. Pallot A. Evidence Based Practice en rééducation: Démarche pour une pratique raisonnée. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019. 424 p.
55. LEPCAM [Internet]. [cité 22 févr 2025]. Critique les résultats d'une étude. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/critique/>
56. etat\_des\_lieux\_niveau\_preuve\_gradation.

57. A D, A D. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 22 févr 2025]. La Sécurité de la santé : 50 jours de concertation. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/la-segur-de-la-sante-50-jours-de-concertation>
58. Historique de l'ostéopathie crânienne [Internet]. SFO Société Française d'Ostéopathie. [cité 22 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.sf-osteopathie.fr/historique-de-losteopathie-cranienne/>
59. Librairie Sauramps Médical [Internet]. [cité 22 févr 2025]. livres ostéopathie, les chaînes physiologiques tome V de léopold busquet 9782353990139. Disponible sur: [https://www.livres-medicaux.com/medecine-manuelle-osteopathie/5148-les-chaines-physiologiques-traitement-du-crane-tome-v.html?srsId=AfmBOopG0Mbsoz2EOzmuXCvTb\\_F1vh69ezjB8kZFq4gFWd0d3aHKC9P3](https://www.livres-medicaux.com/medecine-manuelle-osteopathie/5148-les-chaines-physiologiques-traitement-du-crane-tome-v.html?srsId=AfmBOopG0Mbsoz2EOzmuXCvTb_F1vh69ezjB8kZFq4gFWd0d3aHKC9P3)
60. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820763/fr/accueil-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820763/fr/accueil-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance)
61. doc.chem.al\_22-11-07.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al\\_22-11-07.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf)

## **IX – ANNEXES**

---

<b>IX 1. Descriptif des articles retenus pour la revue de littérature .....</b>	<b>- 76 à 78 -</b>
<b>IX 2. Questionnaire à destination des parents .....</b>	<b>- 79 à 89 -</b>
<b>IX 3. Liste des différents biais possibles dans cette revue de littérature .....</b>	<b>- 90 -</b>
<b>IX 4. Analyse des risques de biais des articles retenus pour la revue littérature .....</b>	<b>- 91 -</b>
<b>IX 5. Lettre de prise de contacts pour réseau professionnel .....</b>	<b>- 92 -</b>
<b>IX 6. Dépliant informatif à disposition des patients du cabinet.....</b>	<b>- 93 -</b>

## ANNEXE IX. 1 : Descriptif des articles retenus pour la revue de littérature : succion et ostéopathie

Numéro de l'article		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	
Nom de l'article		The efficacy of early osteopathic therapy in ...	Manual therapy by chiropractors for infant...	Évaluation de l'efficacité d'un traitement ....	
Auteurs et année de publication		Parodi A et al., 2024	Harell D et al., 2022	Herzhaft-Le Roy J et al., 2019	
Forme d'article		Essai contrôlé randomisé simple aveugle	Étude de cohorte descriptive	Essai contrôlé randomisé simple aveugle	
Échantillon		Population	Nourrissons avec troubles succion	Nourrisson avec troubles succion	
		Répartition	42 nouveau-nés : répartition en 2 groupes	72 nourrissons	97 nouveau-nés : répartition en 2 groupes
		C. inclusion	Allaitement altéré, âge sup à 3 semaines, score de succion inférieur ou égal à 6 évalué par IBCLC. Né entre janvier 2021 et 2023 en Italie	Enfants de moins de 3 mois allaitant,	Âgé de moins de 6 semaines,
		C. non-inclusion	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
		C. exclusion	Né avant 37 semaines, ayant bénéficié soins néonatal, malformations faciales,	Non renseigné	Non renseigné
Intervention 1	Groupe 1 (G1)	Intervenant(s)	Standard par IBCLC : 21 n-nés	72 participants	Consultations IBCLC : 48
		Fréquence	4 semaines, 8 séances	1 semaine de TTT avec en moyenne 2 séances	1 / semaine, 30 minutes, 4 semaines
		Contenu	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
Intervention 2	Groupe 2 (G2)	Intervenant(s)	Standard IBCLC+ traitement ostéopathique : 21n-nés	Chiropracteurs expérimentés sur 6 cabinets différents aux Etats-Unis et au Canada + consultante en lactation + frein de langue diagnostiqué et traité	Consultations IBCLC + ostéopathie : 49
		Fréquence	1 séance par semaine pdt 4 premières semaines de vie de l'enfant	2 mois	3 jours / semaine, 30 minutes
		Contenu	Massage, tissus conjonctif, étirements doux, non invasives, alignement crânien et vertébral	Aucunes informations	Rotation cervicale, région pelvienne, crâne, cervicale, hyoïde, mâchoire, langue, fronto-occipitale, harmonisation corporelle globale
Évaluations		Score d'évaluation ostéopathique, score lactation LATCH, score Baby-Friendly : T1, T2, T3, test densité	Parents qui répondent au questionnaire avant et après : MIBAQ (Musculoskeletal Infant Breastfeeding Questionnaire)	Test densité (rotation cervicale, région pelvienne, crâne, cervicale, hyoïde, mâchoire, langue, fronto-occipitale) goniomètre, LATCH, EVA maman, 4 fois sur 10 jours	
Aveugle	Praticien	Un autre ostéopathe a évalué les enfants à T1 pour les répartir	Non	Non	
	Patient	Non	Non	Parents ne savent pas	
Résultats	Intervention 1	Amélioration des scores mais pas significatives	Amélioration significative du MIBAQ,	Non renseigné	
	Intervention 2	Amélioration significative score succion et score ostéopathique	Non	Amélioration de rotation de tête,	
Conclusions et perspectives		Premier groupe suivi par IBCLC donc améliore quand même. Ostéo améliore encore mieux.	Amélioration significative des résultats du questionnaire	Diminution du risque d'arrêt de l'allaitement, zone des lésions ostéopathique divulguée +++, Lésions surtout occipital, temporal, sutures, sacrum.	

Numéro de l'article		<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	
Nom de l'article		Feeding in the NICU : a perspective from a ...	Chiropractic management of breast-feeding ...	Osteopathic manipulative treatment for the ...	
Auteurs et année de publication		Quraishy et al., 2016	Holleman et al., 2011	Lund et al., 2011	
Forme d'article		Point de vue de l'auteur dans une revue pédiatrique	Etude de cas	Etude de cas	
Échantillon		Population	Nourrissons de l'unité de soins intensifs néonatalité	2 jumelles	Un enfant de 8 jours avec problèmes d'allaitement
		Répartition	Non renseigné	Non	Pas de répartition possible
		C. inclusion	Troubles de la succion	/	Allaitement au sein devenu impossible après 5 jours
		C. non-inclusion	Non renseigné	/	Non
		C. exclusion	Non renseigné	/	Non
Intervention 1	Groupe 1 (G1)	Intervenant(s)	Médecin ostéopathe	Ostéopathe	Médecin chiropracteur
		Fréquence	1 séance par semaine pdt 4 semaines	3 TTT sur 14 jours	3 TTT sur 14 jours
		Contenu	Pression inhibition, tissus mous, libération myofasciale, os hyoïde, diaphragme, sacrum, base du crâne	Méthode cranio-sacrée : légères pressions tactiles Léger toucher sur sacrum pour traiter la mâchoire. Traitement à distance +++ et local par des points	C1, ATM, coccyx, légères pressions ciblées,
Intervention 2	Groupe 2 (G2)	Intervenant(s)	/	/	/
		Fréquence	/	/	/
		Contenu	/	/	/
Évaluations		Tests de mobilité du corps entier, EVA maman	Mobilité cervicale, gléno-humérales, sacrum, ATM, crâne, palais, fronto-sphénoïdal, pariétaux, occipitaux, LATCH, tests densité	Quantité de lait bu et mobilité	
Aveugle	Praticien	Non	Non	Non	
	Patient	Non	Non	Non	
Résultats	Intervention 1	Amélioration de l'allaitement	En 3 semaines : Passage 16 à 91% pour jumelle A En 3 semaines : Passage 37 à 82 % pour jumelle B	Amélioration nette des symptômes puis allaitement devenu normal	
	Intervention 2	/	/	/	
Conclusions et perspectives		Manque de recul et objectivité. Elle expose ses habitudes de travail.	Syndrome cranio-sacré, Amélioration notable de la succion : rotations cervicales ok,	Amélioration de l'allaitement pour l'enfant.	

Numéro de l'article		Z	
Nom de l'article		Contribution of chiropractic therapy to ...	
Auteurs et année de publication		Miller J et al., 2009	
Forme d'article		Série de 114 cas cliniques	
Échantillon		Population	Nourrissons avec troubles de la succion
		Répartition	Non
		C. inclusion	Troubles de l'allaitement, enfant de moins de 12 semaines, orienté par un médecin
		C. non-inclusion	/
Intervention 1	Groupe 1 (G1)	Intervenant(s)	Chiropracteur
		Fréquence	En moyenne 4 séances (1 à 9) sur 2 semaines
		Contenu	Mobilité des cervicales postérieures (88%) et ATM (35%),
Intervention 2	Groupe 2 (G2)	Intervenant(s)	/
		Fréquence	/
Évaluations		Échelle numérique d'amélioration par la maman et une discussion avec les parents	
Aveugle	Praticien	Non	
	Patient	Non	
Résultats	Intervention 1	Amélioration globale des capacités d'allaitement exclusif	
	Intervention 2	/	
Conclusions et perspectives		Lien avec l'utilisation des ventouses et problèmes d'allaitement. Chiropracteur inclus dans professionnels de santé en Angleterre. Pas de suivi à 6 mois comme le préconise l'OMS Amélioration dans 78% des cas.	

## ANNEXE IX. 2 : Questionnaire à destination des parents

Section 1 sur 5

# PERCEPTION DES PARENTS DANS LA GESTION DES TROUBLES DE LA SUCCION DE LEUR(S) ENFANT(S)

**B** **I** U  

Ceci est un questionnaire qui est fait pour évaluer vos connaissances à propos des troubles de la succion chez le nourrisson. Le but est de faire un état des lieux sur les informations données aux parents après l'accouchement. Merci pour votre participation.

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de l'élaboration d'un travail de fin d'études intitulé : "**Effets de l'ostéopathie structurale sur les troubles de la succion du nourrisson : une revue de littérature.**"

*RENNETEAU Thibault*  
*Etudiant en 4ème année d'ostéopathie à l'IFSO de RENNES (35000)*  
*Masseur-kinésithérapeute à SAUMUR (49400)*

---

Adresse e-mail \*

Adresse e-mail valide

Ce formulaire collecte les adresses e-mail. [Modifier les paramètres](#)

### **INFORMATIONS SUR L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL**



Le but est de connaître l'environnement de votre foyer et ainsi mieux comprendre vos réponses.

Combien d'enfants avez-vous ? \*

1

2

3

4

5

Quel(s) âge(s) a votre enfant ou vos enfants ? \*

Réponse courte

.....



Quelle est votre profession et celle de votre conjoint(e) ? \*

Réponse courte  
.....

Avez-vous déjà été sensibilisé aux troubles de la succion pour votre enfant ? \*

OUI

NON

Combien de vos enfants ont eu des troubles de la succion ? \*

1. 0

2. 1

3. 2

4. 3

5. 4

6. 5



### APRES AVOIR ACCOUCHE, A L'HOPITAL



Le but est de faire une analyse sur les interactions médicales de votre enfant pendant ses premiers jours de vie. Nous ciblons uniquement la période d'hospitalisation post-accouchement. Le retour à la maison n'est pas inclus. Si vous avez plusieurs enfants, répondez aux questions suivantes en privilégiant l'enfant qui pourrait être le plus concerné par cette thématique. Merci à vous.

Est-ce que le corps médical, vous a informé de la possibilité pour votre enfant, d'avoir des troubles de la succion ? \*

- OUI
- NON

Est-ce que le corps médical, a pratiqué un examen des freins de bouche sur votre enfant ? \*

- OUI
- NON



Est-ce que le corps médical, a réalisé un geste chirurgical sur un éventuel frein de bouche pour \*  
votre enfant ? Si oui, merci de préciser quel geste dans Autre. Si vous avez bénéficié d'un  
entretien de la zone après le geste chirurgical merci de le notifier également.

- NON
- OUI
- J'AI BENEFCIE D'UN ENTRETIEN DE LA ZONE APRES LE GESTE CHIRURGICAL
- Autre...

⋮

Est-ce qu'un(e) consultant(e) en lactation vous a aidé pour la mise au sein ou au biberon de \*  
votre enfant ? Si oui, précisez le nombre de consultations dans Autre.

- NON
- OUI
- JE N'AI PAS EU DE CONSULTATION MAIS J'AI ETE SENSIBILISE A LEUR APPROCHE
- Autre...



Est-ce que le corps médical vous a sensibilisé de l'intérêt de faire une consultation ostéopathique précoce pour votre enfant ? \*

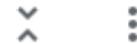
OUI

NON



Rubrique 4 sur 5

### ***APRES ETRE RENTREE A LA MAISON, AVEC VOTRE ENFANT***



Le but est de connaître les habitudes quotidiennes de votre enfant. Nous ciblons la période de retour à la maison.



Avez-vous eu des difficultés avec l'allaitement de votre enfant au sein ? Si oui, lesquelles ? \*  
Répondez non si vous avez utilisé uniquement le biberon.

- NON
- MISE AU SEIN LONGUE ET DIFFICILE
- TETEE DOULOUREUSE AVEC POSSIBLES CREVASSES POUR MAMAN
- BEBE S'ENDORMAIT AU SEIN
- DIFFERENCE DE TETEE NETTE ENTRE LE SEIN GAUCHE ET DROIT
- LAIT COULAIT DU COIN DE LA BOUCHE DE BEBE
- REFLEXE D'EJECTION FORT DE MAMAN
- HOCQUET APRES LA TETEE
- PRESENCE DE REFLUX, COLIQUES
- BEBE AVEC LES LEVRES SECHES
- CLAQUEMENT DE LA LANGUE
- NUTRITION MIXTE : SEIN ET BIBERON





Avez-vous eu des difficultés avec la nutrition de votre enfant au biberon ? Si oui, lesquelles ? \*

Répondez non si vous avez fait un allaitement exclusif.

- NON
- LAIT COULAIT DU COIN DE LA BOUCHE DE BEBE
- BEBE S'ENDORMAIT AU BIBERON
- HOCQUET APRES LE BIBERON
- DIFFERENCE DE TETEE NETTE ENTRE PRISE DU BIBERON MAIN GAUCHE ET MAIN DROITE
- BIBERON AVEC UN FORT DEBIT
- BIBERON VERTICALISE
- PRESENCE DE REFLUX, COLIQUES
- BEBE AVEC LES LEVRES SECHES
- CLAQUEMENT DE LA LANGUE
- NUTRITION MIXTE : SEIN ET BIBERON





Est-ce que votre enfant tète un des éléments suivants ? \*

- NON
- TETINE CLASSIQUE
- TETINE PHYSIOLOGIQUE "MAM"
- POUCE
- DOUDOU
- MACHOUILLOU



Avez-vous réalisé une séance d'ostéopathie ? Si oui, précisez l'âge de l'enfant et décrivez, du \*  
mieux que vous pouvez, le contenu de la séance dans la section Autre.

- NON
- OUI
- Autre...

Rubrique 5 sur 5

### EVALUATION DE VOS CONNAISSANCES

Le but est d'estimer vos connaissances sur les troubles de la succion.

Qu'est-ce que les troubles de la succion pour vous ? \*

Réponse longue

Que pensez-vous de l'utilisation de la tétine ? \*

Réponse longue

Est-ce que des troubles de la succion peuvent entraver les fonctions suivantes ? Si vous pensez que oui, alors merci de cocher la case.

- Respiration
- Vision
- Phonation
- Déglutition
- Croissance des os du crâne et de la face
- Audition
- Prévention des pathologies ORL
- Equilibre
- Optimisation des capacités de marche
- Placement dentaire adapté
- Mastication

### ***FIN DU QUESTIONNAIRE***

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces différentes questions. Si ce questionnaire a éveillé votre curiosité, ne pas hésiter à poser vos questions à l'adresse mail indiquée. J'y répondrais avec plaisir. Cordialement.

### ANNEXE IX. 3 : Liste des différents biais possibles dans cette revue de littérature

Nom du biais	Mécanisme(s)	Conséquence(s)	Prévention
<u>Biais d'allocation</u>	Non-respect des procédures adéquates de répartition aléatoire. Non-respect de l'aveuglement des séquences de randomisation.	Non-comparabilité des groupes constitués au départ. Estimation erronée d'une relation de causalité.	Élaborer une séquence de randomisation correcte. Ne pas utiliser de méthodes de quasi-randomisation.
<u>Biais de recrutement</u>	Procédure de collecte des données des sujets est plus susceptible d'inclure une sous-population plutôt qu'une autre.	Représentation erronée des proportions des différentes catégories de sujets au sein d'un échantillon.	Utiliser les mêmes moyens diagnostiques de dépistage pour tous les sujets. Mettre en aveugle les personnes responsables des moyens diagnostiques.
<u>Biais d'attrition</u>	Des sujets sortent de l'essai au cours du temps.	Ces sorties peuvent modifier les caractéristiques des groupes initialement réparties de manière homogène.	Diminuer les sorties au maximum. Ne pas dépasser les 20% ce qui représente un fort risque de biais.
<u>Biais de report</u>	Présence de ce biais dans les études en cross-over L'effet de la présence exposition persiste après l'arrêt de son administration et pendant qu'une deuxième exposition est administrée	L'effet de la première condition se rajoute à celle de la seconde.	Aménager une période de lavage entre les deux expositions.
<u>Biais de détection</u>	Différences entre les groupes dans la manière dont les critères de jugement sont évalués et/ou collectés.	Altération de l'estimation de la taille de l'effet.	Utiliser des tests performants. Randomiser les sujets dans les groupes.
<u>Biais de participation</u>	Les caractéristiques des sujets volontaires à faire partie d'une étude peuvent être différentes de celles des sujets qui ne sont pas volontaires.	Différence entre les caractéristiques de l'échantillon et les caractéristiques de la population cible.	Utiliser des techniques pour augmenter le nombre de volontaires.
<u>Biais de sélection</u>	Les caractéristiques de l'échantillon ne sont pas les mêmes que celles de la population cible. L'échantillon est dit non représentatif.	La généralisation des résultats est caduque et doit être discutée.	Identifier clairement la population cible et la population source afin de détecter toute différence de caractéristiques. Sélectionner les sujets de manière aléatoire
<u>Biais de performance</u>	Application différente des conditions selon les groupes par les thérapeutes. Les effets contextuels et les croyances des thérapeutes, sujets, évaluateurs induisent des différences autres que celles étudiées.	Sur ou sous-estimation de l'hypothétique relation causale et de son intensité.	Mettre en aveugle les thérapeutes, les sujets et les évaluateurs. Utiliser un groupe placebo pour évaluer l'effet propre d'une condition.

## ANNEXE IX.4 : Analyse des risques de biais des articles retenus pour la revue de littérature

Articles	Biais d'allocation	Biais de recrutement	Biais d'attrition	Biais de report	Biais de détection	Biais de participation	Biais de sélection	Biais de performance	GRADES	NIVEAUX DE PREUVES
<i>Parodi et al., (2024)</i>	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	A	1
<i>Harrall et al., (2022)</i>	Orange	Vert	Orange	Vert	Orange	Vert	Orange	Orange	B	2
<i>Herzafit et al., (2019)</i>	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	A	1
<i>Quraishy et al., (2016)</i>	Rouge	Rouge	Orange	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	C	4
<i>Holleman et al., (2011)</i>	Rouge	Vert	Orange	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	C	4
<i>Lund et al., (2011)</i>	Rouge	Rouge	Orange	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	C	4
<i>Miller et al., (2009)</i>	Rouge	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert	Rouge	Rouge	C	3

	Risques nuls à faibles
	Risques modérés
	Risques importants à certains

## **ANNEXE IX.5 : Lettre de prise de contacts pour réseau professionnel**

**RENNETEAU Thibault**

Fait le 04 janvier 2025 à Saumur (49)

Masseur-kinésithérapeute

5 quai Comte Lair – 49400 SAUMUR

Mail : [thibault.renneteau@pro.mssante.fr](mailto:thibault.renneteau@pro.mssante.fr)

Objet : Prise de contacts pour travail pluridisciplinaire

Madame, Monsieur

Je me permets de vous adresser la présente lettre pour exprimer mon souhait d'intégrer votre cercle professionnel dédié au suivi des nourrissons et du post-partum. En tant que kinésithérapeute et bientôt ostéopathe (en juin 2025), j'ai orienté depuis plusieurs mois ma pratique vers la prise en charge pédiatrique, en particulier dans les problématiques d'allaitement, de plagiocéphalie, de coliques ou encore de reflux.

Ma formation en ostéopathie, complétée par des spécialisations en pédiatrie (avec DUVAL Hélène exerçant en cabinet pédiatrique à Angers et directrice de l'école d'ostéopathie de Rennes) m'a permis d'acquérir une compétence que je souhaite mettre au service de cette approche thérapeutique. Malheureusement, peu de professionnels sont formés dans ce domaine.

Je réalise actuellement mon mémoire de fin de formation sur les troubles de la succion. Je réalise ainsi une revue de littérature des derniers articles scientifiques alliant thérapie manuelle et troubles de la succion. Les derniers écrits montrent un réel impact positif sur la respiration, déglutition, succion, phonation ou encore la mastication. Les articles soulignent également l'intérêt de travailler en pluridisciplinarité, c'est dans ce sens que je vous sollicite. J'ai également intégré un questionnaire qui semble montrer un manque d'information sur les troubles de la succion par les parents par le corps médical et paramédical. C'est donc un axe de progression que nous devons améliorer.

Intégrer un cercle professionnel me semble être une occasion idéale pour échanger des savoirs et des expériences, afin d'enrichir ma pratique et de contribuer, à mon tour, à l'évolution des soins pédiatriques au sein d'un réseau de professionnels passionnés et engagés sur le Saumurois. Je serais ravi de pouvoir discuter plus amplement de ma démarche et de la manière dont je pourrais apporter ma contribution à vos projets. Je vous remercie par avance pour l'attention portée à ma demande et reste à votre disposition pour convenir d'un éventuel entretien à votre convenance. Je pourrais, si vous souhaitez, vous faire parvenir mon travail de fin de formation d'ostéopathie afin de vous partager l'état des travaux récents.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées. Cordialement.

RENNETEAU Thibault



## CABINET D'OSTEOPATHIE RENNETEAU

# LES TROUBLES DE LA SUCCION CHEZ LE NOURRISSON

<b><u>SIGNES CLINIQUES</u></b>	<b><u>FACTEURS AGGRAVANTS</u></b>	<b><u>CONSEQUENCES POSSIBLES</u></b>
<p><i>Langue basse</i> <i>Claquement de langue</i> <i>Hoquet, reflux</i> <i>Tétées douloureuses</i> <i>Fuite de lait</i> <i>Endormissement à la tétée</i></p>	<p><i>La tétine ou le pouce</i> <i>Les freins de bouche</i> <i>Les tensions musculaires faciales</i></p>	<p><i>Difficulté à l'allaitement</i> <i>Respiration buccale</i> <i>Croissance ogivale du palais</i> <i>Difficulté d'élocution</i> <i>Orthodontie</i></p>

**COMPRENDRE  
DETECTER  
AGIR**



**PARLEZ-EN A  
VOTRE  
THERAPEUTE**

*Liste non exhaustive*

**RENNETEAU THIBAULT**

📍 5 quai Comte Lair 49400 SAUMUR

@ rdvrenneteau@hotmail.com

🌐 www.doctolib.fr



## X – RESUME

---

Les troubles de la succion représentent une problématique courante chez le nourrisson. Malheureusement, ils ne sont pas toujours investigués et donc traités. Ils peuvent alors entraîner des difficultés d'alimentation, de déglutition ou encore de croissance oro-faciale. C'est dans ce cadre que l'ostéopathie structurale peut intervenir et devenir une approche complémentaire dans l'arène thérapeutique pédiatrique.

Ce travail questionne le rôle de l'ostéopathie et plus largement de la thérapie manuelle dans la prise en charge des troubles de la succion chez le nourrisson. Dans un premier temps, nous poserons les bases anatomiques et physiologiques de la succion et feront le lien avec le modèle de l'IFSOR. Une revue de littérature tentera ensuite de décrire et évaluer les différentes approches publiées. Nous pourrons ainsi en tirer des éléments clés comme la durée des séances, le contenu, la taille de l'échantillon ou encore leur efficacité.

Par la suite, un questionnaire diffusé auprès d'une centaine de personne permettra d'évaluer les connaissances ainsi que l'information des parents dans ce domaine des troubles de la succion. L'objectif est de faire un état des lieux sur leurs différentes expériences et de mettre des mots sur leur représentation de la succion. Évidemment, nous mettrons en perspective les résultats des deux travaux : la revue de littérature d'une part et le questionnaire d'autre part.

En conclusion, ce travail souligne l'importance d'un repérage et d'une prise en charge ostéopathique précoce dans les troubles de la succion. Il encourage le développement d'un véritable réseau pédiatrique. Charge à l'ostéopathe de prendre le temps de contacter les professionnels spécialisés afin de développer et asseoir son cercle professionnel.