

Les recommandations sur l'usage des sucettes



English on page 515

Les sucettes, communément appelées sucs, sont enracinées dans l'histoire tout autant que dans la controverse. Des sucettes d'argile, d'argent, de perle ou de corail et des tétines de sucre ont déjà été décrites, certaines remontant à plusieurs milliers d'années (1,2). L'usage de la sucette demeure généralisé dans la culture actuelle, et selon un essai canadien récent, jusqu'à 84 % des nourrissons en utilisent une au moins de temps à autre (3).

Les sucettes ont été impliquées dans le sevrage précoce (4-11), un accroissement de la fréquence des otites moyennes (12-16) et des troubles dentaires (17-19). Selon d'autres croyances courantes, la sucette entraverait le développement du langage et les habitudes normales de sommeil. Cependant, il existe un faisceau croissant de recherches sur la sucette et sur son effet protecteur éventuel sur la mort subite du nourrisson (MSN) (20-24). La sucette s'associe à des bénéfices clairs dans le cadre d'interventions douloureuses, d'autoréconfort et de succion non nutritive chez le nourrisson à terme ou prématuré (25-27).

Le présent énoncé permet d'examiner les données probantes disponibles pour fournir des recommandations sur l'usage des sucettes chez les nourrissons à terme et les enfants en santé. Une rubrique spéciale porte sur le prématuré. Une analyse bibliographique systématique a été effectuée dans les bases de données Medline et Cochrane Library et s'est limitée aux articles publiés en anglais. Une recherche manuelle des citations tirées de ces références a également été exécutée.

LES SUCETTES ET L'ALLAITEMENT

Selon l'étape neuf de *L'initiative des hôpitaux amis des bébés : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et de l'Organisation mondiale de la santé, il faut « Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette » (28). Ce conseil est largement disséminé, à la fois par les professionnels de la santé et les profanes. Il est étayé par plusieurs études par observation qui révèlent une solide association entre l'usage de la sucette et un sevrage précoce (4-11). De nombreux

spécialistes de l'allaitement préviennent que l'usage de la sucette peut contribuer à une « confusion avec le sein » ou à la préférence de la sucette, surtout si la sucette est proposée rapidement, avant que l'allaitement soit bien établi.

Une récente étude aléatoire et contrôlée effectuée à Montréal, au Québec, par Kramer et coll., a permis de comparer deux groupes de paires mère-enfant et de les suivre pendant trois mois après l'accouchement (3). Les deux groupes ont reçu des conseils faisant la promotion de l'allaitement et ont proposé des moyens de calmer un bébé difficile. De plus, on a conseillé au groupe expérimental d'éviter la sucette. Les chercheurs ont observé une différence significative dans la non-utilisation de la sucette (38,6 % par rapport à 16,0 %) mais aucune différence dans le taux de sevrage avant trois mois (18,9 % par rapport à 18,3 %). Toutefois, dans le cadre des analyses d'observation, l'usage de la sucette était fortement associé au sevrage précoce. Les chercheurs ont conclu que l'usage de la sucette peut constituer un marqueur de troubles d'allaitement ou d'une diminution de la motivation à allaiter plutôt qu'une véritable cause de sevrage précoce.

Une autre étude a consisté à assigner, de manière aléatoire, des nouveau-nés en santé au strict respect des directives du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et de l'Organisation mondiale de la santé et un autre groupe à des soins traditionnels (29). Les deux groupes ont été activement encouragés à allaiter. Les chercheurs n'ont découvert aucune différence significative dans la fréquence ou la durée de l'allaitement pendant les six premiers mois de vie, malgré un taux élevé d'usage de la sucette au sein des deux groupes (69 % à 76 %).

La Ligue La Leche International recommande de ne jamais utiliser la sucette pour remplacer le sein ou le réconfort de la mère. Cependant, elle précise que la sucette peut aider la mère allaitante si elle est utilisée de manière judicieuse, pendant de courtes périodes et dans des situations limitées (30).

L'usage de la sucette peut être un facteur discernable de sevrage précoce. Cependant, étant donné les nombreuses

variables confusionnelles et les nombreux biais possibles dans l'étude du comportement humain, la nature de cause à effet exacte de ce facteur demeure imprécise.

LES SUCETTES ET L'OTITE MOYENNE

Étant donné le fardeau élevé de maladies reliées à l'otite moyenne, il serait pratique d'imputer cette maladie au moins partiellement à l'usage de la sucette, un facteur de risque contrôlable même s'il est controversé. Si la sucette est responsable du sevrage précoce (voir plus haut) et si l'allaitement protège de l'otite moyenne (12,31,32), on peut avancer que la sucette contribue à l'otite moyenne. On postule que les sucettes sont des vecteurs passifs à l'infectiosité élevée, même si, d'après une étude récente au cours de laquelle on avait effectué une culture sur 40 sucettes récemment utilisées, seulement 52,5 % d'entre elles contenaient des microorganismes, ce qui signifie que, curieusement, l'autre moitié des sucettes n'était pas contaminée. Les streptocoques alpha-hémolytiques étaient les plus courants. Les cultures des principaux pathogènes responsables de l'otite moyenne étaient négatives (33).

La succion de la sucette peut entraver le fonctionnement de la trompe d'Eustache en en modifiant la perméabilité et l'équilibre de la pression entre le nasopharynx et l'oreille moyenne. Dans une étude, la succion de la sucette s'est observée auprès de 40 % des 601 enfants atteints d'otite moyenne chronique à qui on avait dû implanter des tubes de tympanotomie à Toronto, en Ontario (34).

Selon un groupe de recherche de la Finlande, dans le cadre d'une étude prospective d'enfants en service de garde (13) et d'une méta-analyse des facteurs de risque d'otite moyenne (12), l'usage de la sucette est un facteur de risque considérable d'otite moyenne aiguë. L'étude la plus récente de ce groupe portait sur l'effet des conseils aux parents sur l'usage de la sucette et l'occurrence ultérieure d'otite moyenne chez ces enfants (14). Le groupe d'intervention a reçu de l'information sur les aspects négatifs de la sucette. Il est intéressant de constater qu'à la fin de l'étude, plus d'enfants utilisaient encore la sucette au sein de ce groupe que dans le groupe témoin (68 % par rapport à 66,5 %). Cependant, moins d'enfants du groupe d'intervention l'utilisaient constamment, et l'occurrence d'otite moyenne aiguë diminuait de 29 % au sein de ce groupe. Ces résultats laissent supposer que la restriction de l'usage de la sucette aux moments où l'enfant s'endort réduit l'occurrence d'otite moyenne aiguë. D'après ses travaux antérieurs, le groupe avance également que l'usage de la sucette devrait être restreint aux dix premiers mois de vie, lorsque le besoin de succion est le plus fort et que le risque d'otite moyenne aiguë est faible.

Une enquête récente auprès de parents d'enfants de 12 mois ou moins a également permis d'établir que le risque d'otite moyenne était deux fois plus élevé chez les utilisateurs de sucette (15). Cette étude était limitée par une définition aléatoire de l'usage de la sucette, établi à plus de cinq heures par jour, et par la fiabilité des comptes rendus des parents. Une étude similaire fondée sur des questionnaires

remis aux parents de nourrissons au cours de leur première année de vie a établi une occurrence plus élevée d'otite moyenne chez les utilisateurs de sucette (RR 1,20) (16).

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

LES SUCETTES ET LA DENTITION

La carie dentaire, la malocclusion et la récession gingivale sont des problèmes couramment cités relativement aux sucettes. La plupart des études indiquent que ces problèmes n'existent que dans le cas d'un usage prolongé (après l'âge de cinq ans) ou inadéquat (sucette plongée dans une solution sucrée) (17).

Une étude récente a démontré des différences significatives de l'arcade dentaire et des caractéristiques d'occlusion des utilisateurs de 24 mois et de 36 mois par rapport à ceux qui avaient arrêté de l'utiliser avant 12 mois (18). Une autre étude a traité d'enfants de deux à cinq ans et a également permis d'établir une augmentation significative du surplomb (supérieure à 4 mm), de la béance et de l'occlusion croisée postérieure chez les utilisateurs de la sucette. Plus le nombre de mois d'usage était élevé, plus le lien avec la béance et l'occlusion croisée était probant (19).

Tant l'Association dentaire canadienne (ADC) que l'*American Dental Association* (ADA) ont diffusé des publications similaires sur le bon usage des sucettes (35,36). L'ADC recommande les sucettes aux dépens de la succion du pouce parce qu'il est plus facile pour les parents de contrôler les habitudes de succion. Ils déconseillent d'enduire la sucette de sucre, de miel ou de sirop de maïs en raison du risque de promouvoir la carie. Ils affirment que l'habitude de succion doit être enrayée avant l'apparition des dents permanentes. L'ADA conseille également aux parents qui décident de recourir à la sucette d'utiliser une sucette propre non sucrée. Ils affirment que même si l'usage prolongé de la sucette peut endommager les dents, il est plus facile de sevrer l'enfant de son habitude de succion d'une sucette que de son pouce.

LES SUCETTES ET LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Quatre équipes de recherche ont publié des études démontrant un lien entre l'usage de la sucette et la réduction du risque de MSN. Les meilleures données probantes proviennent d'études cas-témoins qui portaient sur la position du sommeil et l'environnement de sommeil des nourrissons, y compris l'usage de la sucette, accompagnées d'entrevues avec les parents ou de questionnaires aux parents. Aucune étude ne révèle d'augmentation du risque.

Les Néo-Zélandais Mitchell et coll. (20) ont comparé 485 décès imputables à la MSN à 1 800 nourrissons témoins. Ils ont observé que l'usage de la sucette était beaucoup moins élevé chez les nourrissons décédés que chez les nourrissons témoins (RR 0,44, 95 % IC 0,26 à 0,73). Ils

ont fait cette observation avant même le début de la campagne néo-zélandaise *National Cot Death Prevention Campaign* en 1992.

En Norvège, Arnestad et coll. (21) ont examiné 121 décès par MSN et ont découvert que seulement 10 % « utilisaient toujours » une sucette par rapport à 24 % des sujets témoins. Ils ont conclu que le recours à la sucette pourrait constituer un facteur favorable dans la prévention de la MSN.

En 1998, aux Pays-Bas, L'Hoir et coll. (22) ont déclaré que 12 % des cas utilisaient une sucette, par rapport à 48 % des sujets témoins (RR 0,19). Ils ont conclu que les sucettes devraient être recommandées, du moins pour les bébés nourris au biberon.

Fleming et coll. (23), du Royaume-Uni, ont entrepris une étude cas-témoins de trois ans dans le cadre de l'étude *Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy* menée auprès de la population générale. Ils n'ont découvert aucune différence entre les cas et les sujets témoins pour ce qui est de l'usage systématique des sucettes. Toutefois, moins de nourrissons décédés de la MSN s'étaient servi d'une sucette lors de leur dernier sommeil que de sujets témoins pour leur sommeil de référence (RR 0,62, 95 % IC 0,46 à 0,83). Cette constatation a donné lieu à la suggestion selon laquelle seuls les bébés qui utilisent régulièrement une sucette mais qui ne le font pas pour leur dernier sommeil sont plus vulnérables à la MSN.

La *Chicago Infant Mortality Study* (24) a porté sur l'environnement de sommeil dans 260 cas de MSN au sein d'une population urbaine à prédominance noire pour contribuer à en réduire l'incidence au sein de ce groupe très vulnérable. Les chercheurs ont découvert que l'usage de la sucette réduisait considérablement le risque de MSN au sein de son échantillon de population (RR 0,3) (24).

Il existe de nombreuses théories sur le pouvoir protecteur de la sucette dans l'environnement du sommeil. Ces théories sont également intéressantes pour les personnes qui spéculent sur le mécanisme exact de la MSN (37), car son incidence a chuté de manière remarquable après la campagne *Dodo sur le dos* menée au Canada et après des campagnes similaires à l'étranger. Une étude récente laisse supposer que les sucettes réduisent le seuil d'éveil auditif (38). Les sucettes pourraient représenter un obstacle mécanique au fait de rouler sur le ventre. La succion de la sucette maintient la langue en avant et la perméabilité des voies respiratoires supérieures. Un nourrisson réconforté par une sucette ne bouge peut-être pas aussi souvent pendant son sommeil, ce qui limite le risque qu'il soit recouvert de couvertures. D'autres postulent que les sucettes réduiraient le reflux gastro-œsophagien et l'apnée qui s'ensuit. On avance également que l'usage de la sucette pourrait favoriser une légère rétention du CO₂ et accroître la pulsion respiratoire.

D'après les données précédentes, il semble exister une association entre l'usage de la sucette et la réduction du risque de MSN. La physiopathologie de la MSN, sur laquelle la sucette pourrait exercer un effet positif, demeure nébuleuse. Pour l'instant, on ne peut faire de recommanda-

tions sur l'usage de la sucette pour réduire le risque de MSN. Cependant, les données sont suffisantes pour que les pédiatres et les autres professionnels de la santé réfléchissent avant de déconseiller systématiquement l'usage de la sucette.

LES SUCETTES ET L'INFECTION

Les sucettes sont souvent colonisées par des microorganismes. La question à se poser, c'est si cette colonisation provoque une infection significative d'un point de vue clinique. Dans le cadre d'une étude, on a effectué des cultures chez 95 enfants en santé de un à 24 mois afin de déceler des levures, et on a assuré le suivi de ces enfants (39). Aucun n'a développé de candidose orale, mais les bébés qui utilisaient une sucette étaient près de deux fois plus susceptibles d'être colonisés par des espèces de candidose que les sujets témoins (52 % par rapport à 28 %, $P < 0,02$). Les cultures des sucettes étaient également positives au *Candida albicans* dans 22 % des sucettes de silicone et 75 % des sucettes de latex. Les auteurs indiquent que la surface plus lisse de la silicone contribuait à ce résultat.

Tel qu'il est précisé ci-dessus, Brook et coll. (33) ont fait des cultures de sucettes récemment utilisées et ont découvert que seulement 21 sur 40 étaient positives. Il s'agissait surtout d'organismes Gram positifs. Cinq sucettes étaient positives à la *C. albicans* et aucune ne l'était à l'*Haemophilus influenzae*, au *Moraxella catarrhalis* ou au *Streptococcus pneumoniae*. Les chercheurs spéculent sur l'activité inhibitrice du matériau de la sucette et sur la survie de la flore orale sur les sucettes mouillées.

L'*Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood* est une étude démographique menée au Royaume-Uni auprès de plus de 10 000 nourrissons (40). Ce groupe d'étude s'est intéressé aux infections associées aux sucettes et à la succion des doigts chez des enfants de 15 mois. Les mères ont été invitées à donner un compte rendu de l'état de santé général de leur enfant jusqu'à l'âge de 18 mois. Les chercheurs ont découvert que les enfants qui tétaient leurs doigts étaient plus susceptibles d'avoir souffert d'une infection déclarée (indéfinie) que ceux qui tétaient une sucette, mais que ceux qui tétaient les deux présentaient le risque le plus élevé (RR sucette 1,07, RR doigts 1,18, RR des deux 1,46). La signification clinique et la causalité de ces résultats demeurent inconnues. Des études plus approfondies sont en cours auprès de cette cohorte.

D'après les données probantes précédentes, la sucette peut être considérée comme un vecteur passif, mais sa capacité de provoquer des infections significatives d'un point de vue clinique demeure douteuse. L'entretien et le nettoyage convenables de la sucette limiteront la contamination, ce qui devrait être souligné aux parents.

LES SUCETTES ET L'EFFET ANALGÉSIQUE

Dans son énoncé intitulé « La prévention et la prise en charge de la douleur et du stress chez le nouveau-né », la Société canadienne de pédiatrie désigne le recours aux sucettes comme une simple mesure de réconfort à privilégier

dans le cas d'interventions douloureuses mineures (25). Cette intervention non pharmacologique a également été examinée pour sa capacité analgésique conjointement avec les effets du saccharose oral (26). La plupart des études démontrent un effet analgésique synergique du saccharose ou du glucose oral combiné à la succion non nutritive d'une sucette. Cependant, dans le cadre d'une étude aléatoire sur les effets analgésiques du saccharose, du glucose et des sucettes chez les nourrissons à terme, les sucettes étaient supérieures aux deux solutions sucrées (27). Le recours à la sucette pendant une intervention douloureuse chez les nouveau-nés à terme ou prématurés constitue un ajout simple, non effractif et efficace dans la prise en charge de la douleur.

LA SÉCURITÉ DU PRODUIT

Dans la documentation scientifique, il existe des rapports de cas de pendants accidentelles, d'aspirations et de traumatismes faciaux imputables à des sucettes improvisées. Le *Règlement sur les produits dangereux (sucettes)* de la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada est entré en vigueur en 1974 (41). Il prévoit la conception et la fabrication convenables des sucettes. Il a été modifié en 1996, après plusieurs décès secondaires à l'utilisation de produits rigides, pour préciser que les sucettes doivent être pourvues d'un anneau ou d'une poignée articulé, souple ou flexible, et « que toute boucle de corde ou d'autre matière attachée au produit ne mesure pas plus de 14 pouces » (41). Santé Canada continue de surveiller les sucettes, y compris le taux d'ester de phtalate de diisononyl (DINP), un polychlorure de vinyle (PVC) utilisé pour ramollir les produits de plastique (42). Jusqu'à présent, les sucettes ne sont pas considérées comme un risque de DINP puisqu'une étude globale du marché canadien n'a pas permis d'en déceler la présence dans les sucettes. Les sucettes sur le marché au Canada sont composées de latex ou de silicone. En 1985, Santé Canada a également émis une politique pour déterminer le taux de N-nitrosamines, des carcinogènes émis par le caoutchouc, dans le caoutchouc utilisé pour les tétines de biberon et les sucettes. Cette politique a été révisée en 2002 (43) afin de réglementer le taux de N-nitrosamine à moins de 10 ppb. Le dépliant de Santé Canada intitulé *Votre enfant est-il en sécurité?* contient de l'information à l'intention des parents au sujet de l'innocuité de la sucette (44).

LES SUCETTES ET LE PRÉMATURÉ

La succion des mains et des doigts est un comportement inné qu'on observe tant chez les fœtus que chez le nouveau-né. Cette succion non nutritive est maintenant considérée comme une partie des soins développementaux systématiques du prématuré et est facilitée par l'usage de la sucette (45). La succion non nutritive procure du réconfort, une régulation de l'état et une occasion d'organiser le développement oromoteur. Une prise de poids plus rapide, une incidence plus faible d'entérococolite nécrosante et un congé hospitalier plus rapide sont également attribués à la succion non nutritive pendant l'alimentation nasogastrique (46).

Dans le cadre d'une récente étude méthodique menée à Hamilton, en Ontario, on a analysé 19 études sur la succion non nutritive (47). Cette analyse a été effectuée dans le cadre du *Neonatal Collaborative Review Group* du Centre de collaboration Cochrane, au moyen d'un protocole d'analyse standard. On a découvert que la succion non nutritive réduit de manière significative la durée du séjour hospitalier (de -7,1 jours en moyenne, 95 % IC -12,6 à -1,7). Bien que la succion non nutritive n'ait aucun effet important sur d'autres mesures d'issues comme la prise de poids, l'âge d'alimentation orale complète, l'état comportemental, le rythme cardiaque ou les saturations d'oxygène, aucune issue négative n'y a été associée. Un suivi plus prolongé s'impose pour établir les répercussions complètes de la succion non nutritive sur les prématurés.

RÉSUMÉ

La décision d'utiliser la sucette pour les nourrissons et les enfants demeure controversée et un choix personnel des parents. De nombreux spécialistes conviennent que l'usage de la sucette peut s'associer à l'otite moyenne, à un sevrage précoce et à des troubles dentaires, mais la nature de cette association, de même que la portée des répercussions négatives, demeurent incertaines. L'usage de la sucette pourrait protéger contre la MSN, ce qui a des conséquences considérables. Des recherches plus approfondies s'imposent pour valider cette prétention. Étant donné l'absence de données probantes solides, que ce soit pour ou contre l'usage des sucettes, leur usage sélectif et sûr ne peut être trop souligné à ceux qui décident d'y avoir recours. Les pédiatres et les autres dispensateurs de soins aux enfants doivent conseiller les parents avec vigilance quant à l'usage convenable de la sucette (consulter l'avis du médecin à cet effet) et connaître les données disponibles à jour pour appuyer leurs conseils.

RECOMMANDATIONS

- Des renseignements sur l'usage sûr et convenable des sucettes devraient faire partie des conseils d'ordre préventif dans les soins des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants.
- Tant que des recherches supplémentaires n'auront pas permis d'obtenir des données plus concluantes sur des effets négatifs, les professionnels de la santé devraient convenir que l'usage de la sucette est un choix parental déterminé par les besoins de leur nouveau-né, de leur nourrisson ou de leur enfant.
- L'usage précoce de la sucette devrait signaler aux professionnels de la santé des difficultés possibles d'allaitement (niveau de constatation I, grade A [tableau 1]).
- Les nourrissons et les enfants atteints d'otite moyenne chronique ou récurrente devraient faire un usage restreint de la sucette (niveau de constatation II-2, grade A).

TABLEAU 1

Les nouveaux niveaux de recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs sur des mesures cliniques précises de prévention

Niveau de constatation	Description
I	Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.
II-1	Résultats obtenus dans le cadre d'un essai clinique contrôlé et non randomisé bien conçu.
II-2	Résultats obtenus dans le cadre d'analyses de cohortes ou cas-témoins bien conçues, provenant préférentiellement de plus d'un centre ou d'un groupe de recherche.
II-3	Résultats obtenus par suite de comparaisons entre des moments et des lieux, avec ou sans intervention. Des résultats remarquables d'expériences non contrôlées peuvent également être inclus dans cette catégorie.
III	Opinions exprimées par des sommités respectées d'après leur expérience clinique, des études descriptives ou les rapports de comités de spécialistes.
Grades	
A	On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
B	On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
C	Les données existantes sont conflictuelles et ne permettent pas de faire une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
D	On dispose de données acceptables pour rejeter la mesure clinique de prévention.
E	On dispose de données suffisantes pour rejeter la mesure clinique de prévention.
I	On dispose de données insuffisantes (en quantité ou en qualité) pour appuyer la recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

Le groupe de travail admet que, dans de nombreux cas, des facteurs propres aux patients doivent être pris en compte et discutés, tels que la valeur que le patient accorde à l'action préventive clinique, ses résultats positifs et négatifs éventuels et le contexte ou la situation du patient (médicale et autre). Dans certains cas où les données probantes sont complexes, conflictuelles ou insuffisantes, une discussion plus détaillée peut être nécessaire. Données traduites, tirées de la référence 48

- Les sucettes ne devraient pas être systématiquement découragées, car selon les données probantes actuelles, leur usage semble s'associer à une diminution du risque de mort subite du nourrisson (niveau de constatation II-2, grade A).
- Les sucettes devraient continuer à être utilisées dans les unités de soins intensifs néonataux pour la succion non nutritive et le réconfort du prématuré ou du nourrisson malade (niveau de constatation I, grade A).

REMERCIEMENTS : Les auteurs tiennent à remercier Juanita Carrier de la *Rathbun Library* du *Children's Hospital of Western Ontario*, pour son aide dans l'acquisition d'articles.

RÉFÉRENCES

1. Levin S. Dummies. *S Afr Med J* 1971;45:237-40.
2. Levin S. A history of dummies. *Nursing RSA* 1990;5:17-20.
3. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. *JAMA* 2001;286:322-6.
4. Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;104:e50.
5. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-9.
6. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999;103:E33.
7. Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth* 1997;24:116-20.
8. Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993;341:404-6.
9. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: Cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-53.
10. Ford RP, Mitchell EA, Scragg H, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 1994;30:483-9.
11. Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: A prospective cohort study. *J Paediatr Child Health* 2001;37:58-63.
12. Uhari M, Mantysanri K, Niemelä M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis* 1996;22:1079-83.
13. Niemelä M, Uhari M, Möttönen M. A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. *Pediatrics* 1995;96:884-8.
14. Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: A randomized, controlled trial of parental counselling. *Pediatrics* 2000;106:483-8.
15. Jackson JM, Mourino AP. Pacifier use and otitis media in infants twelve months of age or younger. *Pediatr Dent* 1999;21:255-60.
16. Warren JJ, Levy SM, Kirchner HL, Nowak AJ, Bergus GR. Pacifier use and the occurrence of otitis media in the first year of life. *Pediatr Dent* 2001;23:103-7.
17. Peressini S. Pacifier use and early childhood caries: An evidence-based study of the literature. *J Can Dent Assoc* 2003;69:16-9.
18. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc* 2001;132:1685-93.
19. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Pediatr Dent* 1995;17:437-44.
20. Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RPK, et al. Dummies and the sudden infant death syndrome. *Arch Dis Child* 1993;68:501-4.
21. Arnestad M, Andersen M, Rognum TO. Is the use of dummy or carry-cot of importance for sudden infant death? *Eur J Pediatr* 1997;156:968-70.
22. L'Hoir MP, Engelberts AC, van Well GTJ, et al. Risk and preventive factors for cot death in The Netherlands, a low incidence country. *Eur J Pediatr* 1998;157:681-8.
23. Fleming PJ, Blair PS, Pollard K, et al and the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy/Sudden Unexpected Deaths in

- Infancy Research Team. Pacifier use and sudden infant death syndrome: Results from the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy/Sudden Unexpected Deaths in Infancy case control study. *Arch Dis Child* 1999;81:112-6.
24. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: The Chicago Infant Mortality study. *Pediatrics* 2003;111:1207-14.
 25. Société canadienne de pédiatrie, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né et American Academy of Pediatrics, comité d'étude du fœtus et du nouveau-né, section d'anesthésiologie et section de chirurgie. La prévention et la prise en charge de la douleur et du stress chez le nouveau-né. *Paediatr Child Health* 2000;5:39-47.
 26. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1 2003. Oxford: Update Software.
 27. Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Olivier-Martin M. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. *BMJ* 1999;319:1393-7.
 28. Organisation mondiale de la santé. Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF Genève : Organisation mondiale de la santé, 1989.
 29. Schubiger G, Schwarz U, Tonz O for The Neonatal Study Group. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: Does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *Eur J Pediatr* 1997;156:874-7.
 30. La Leche League International. About the Pacifier. In: *The Womanly Art of Breastfeeding*, 6th edition. New York: Plume (The Penguin Group) Publishing, 1997:73-4.
 31. Duffy LC, Faden H, Wasielewski R, Wolf J, Krystofik D. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. *Pediatrics* 1997;100:E7.
 32. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993;91:867-72.
 33. Brook I, Gober AE. Bacterial colonization of pacifiers of infants with acute otitis media. *J Laryngol Otol* 1997;111:614-5.
 34. Ford-Jones EL, Friedberg J, McGeer A, et al. Microbiologic findings and risk factors for antimicrobial resistance at myringotomy for tympanostomy tube placement—a prospective study of 601 children in Toronto. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;66:227-42.
 35. Association dentaire canadienne. *The ABC's of Caring for Your Child's Teeth*. Ottawa: Association dentaire canadienne, 1999:4.
 36. American Dental Association. *Your Child's Teeth*. Chicago: American Dental Association, 2002:6.
 37. Kahn A, Sawaguchi T, Sawaguchi A, et al. Sudden infant deaths: From epidemiology to physiology. *Forensic Sci Int* 2002;130(Suppl):S8-20.
 38. Franco P, Scaillet S, Wermenbol V, Valente F, Groswasser J, Kahn A. The influence of a pacifier on infants' arousals from sleep. *J Pediatr* 2000;136:775-9.
 39. Sio JO, Minwalla FK, George R, Booth I. Oral candida: Is dummy carriage the culprit? *Arch Dis Child* 1987;62:406-20.
 40. North Stone K, Fleming P, Golding J, the ALSPAC Study Team. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. *Early Hum Dev* 2000;60:137-48.
 41. Santé Canada. Règlements sur les produits dangereux (sucettes). C.R.C. chapitre 930. 1974:1102.
 42. Santé Canada. Mises en garde/Avis – Produits en vinyle souple (PVC) pour les très jeunes enfants. Novembre 1998. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/1998/medecins.html (version à jour le 5 septembre 2003).
 43. Santé Canada. Product Safety Reference Manual Book 5. Laboratory Policies and Procedures C24-1. Mars 2002. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cps/pdf/laboratory/c-24.pdf> (version à jour le 5 septembre 2003).
 44. Santé Canada. Votre enfant est-il en sécurité? 2002:9. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/spc/jouets.htm> (version à jour le 4 septembre 2003).
 45. Field T. Stimulation of preterm infants. *Pediatr Rev* 2003;24:4-11.
 46. Field T, Ignatoff E, Stringer S, et al. Nonnutritive sucking during tube feedings: effects on preterm neonates in an intensive care unit. *Pediatrics* 1982 Sep;70:381-4.
 47. Pinelli J, Symington A. How rewarding can a pacifier be? A systematic review of nonnutritive sucking in preterm infants. *Neonatal Network* 2000;19:41-8.
 48. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003;169:207-8.

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE (2002-2003)

Membres : Docteurs Cecilia Baxter, Edmonton (Alberta); William James, Ottawa (Ontario); Denis Leduc (président), Montréal (Québec); Cheryl Mutch, Burnaby (Colombie-Britannique); Michelle Ponti, Sudbury (Ontario); Linda Spiegelblatt (représentante au conseil, 2001-2003), Montréal (Québec); Sandra Woods, Val-d'Or (Québec) (2000-2003); David Wong (représentant au conseil), Summerside (Île-du-Prince-Édouard)

Représentant : Docteur Somesh Barghava, Ottawa (Ontario) (section de la médecine communautaire de la SCP)

Conseiller : Docteur Moshe Ipp, Toronto (Ontario)

Auteure principale : Docteur Michelle Ponti, Sudbury (Ontario)

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes.