



MEMOIRE

Présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT de CAPACITE en ORTHOPHONIE

**DIFFICULTÉS DE SUCCION CHEZ LE BÉBÉ
ALLAITÉ ET ÂGÉ DE 0 À 6 MOIS :
État des lieux des connaissances des professionnels, de la
réorientation des patients et du travail en pluridisciplinarité**

Présenté et soutenu publiquement

par

Louise NICOL

2 juin 2023

Jury :

- Directrice : Mme Clémantine TRINQUESSE, Orthophoniste
- Rapporteurs : Mme Tiphaine AUMONT, Orthophoniste
Mme Allison RICAUD, Orthophoniste
- Examineur : Véronique DARMANGEAT, Consultante en lactation certifiée IBCLC

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Clémantine Trinquesse d'avoir accepté d'encadrer ce sujet de mémoire qui me tenait tant à cœur. Merci pour tes conseils et tes mots toujours valorisants.

Je remercie également Allison Ricaud, Tiphaine Aumont et Véronique Darmangeat d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'évaluer mon travail.

Un grand merci à tous les professionnels qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire, qui l'ont diffusé et qui m'ont encouragée.

J'adresse mes remerciements aux enseignants du DFUO ainsi qu'à mes maîtres de stage pour leur investissement pendant mes études. Merci particulièrement à Madame Moritz, notre responsable pédagogique, pour son soutien et sa bienveillance à notre égard.

Merci à toutes les personnes avec qui je me suis engagée au sein d'associations étudiantes à Montpellier. Ces expériences ont été très enrichissantes et m'ont permis de m'épanouir en parallèle de mes études.

Merci à mes copines de prépa, Aurélie, Emmanuelle, Victoria, Laetitia, et mes deux Mathilde. Merci pour cette entraide qui nous a permis d'accéder aux études dont on rêvait !

Merci à mes copines de foyer, Guillemette, Yasmine, Lisa, Kristie et Candice. Quelle chance j'ai eu d'avoir partagé ces 2 années avec vous dans ce « yef du love ».

Merci à ma lignée, ainsi qu'à Morgane et Alice, pour ces moments partagés et le soutien que vous m'avez toujours apporté.

Merci à mes chatons, Chacha, Nounouck et Juju, pour cette si belle amitié que nous avons su entretenir tout au long de ces études. J'ai hâte de voir ce que la suite nous réserve !

Merci à ma famille, en particulier à mes parents, pour votre soutien inconditionnel tout au long de mes études, pour votre écoute et votre confiance sans faille dans tout ce que j'entreprends.

Enfin, merci à Thomas, pour ta patience, ton soutien et ton amour à chaque instant.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée, Louise NICOL, étudiante en cinquième année d'orthophonie au DUO de Montpellier, déclare être pleinement consciente que le plagiat d'un document ou d'une partie d'un document publié sur toutes les formes existantes de support, y compris sur Internet, constitue une violation des droits d'auteur, ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer explicitement, à chaque fois que j'en fais usage, toutes les sources que j'ai utilisées pour ce mémoire.

Fait à Montpellier le 26 avril 2023,

Louise NICOL

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke, representing the name Louise Nicol.

RÉSUMÉ

Les difficultés de succion chez les bébés allaités sont courantes lors des premières semaines de vie du bébé, et peuvent être dues à une pluralité de causes ayant pour conséquence un inconfort lors des tétées et/ou un mauvais transfert de lait entre le sein de la mère et la sphère oro-pharyngée du bébé. Le manque de soutien et les informations imprécises fournies par les professionnels contribuent au sevrage précoce des nourrissons, mettant la France en décalage avec les recommandations de l'OMS en matière d'allaitement maternel. Il est donc crucial que les professionnels soient correctement formés pour diagnostiquer, traiter et orienter les patients vers les professionnels les plus adaptés.

Ce mémoire a pour objectif d'établir un état des lieux, dans le cadre des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois, des connaissances des professionnels français, de la réorientation des patients et du travail en pluridisciplinarité.

Les 448 professionnels interrogés ont exprimé leur sentiment de ne pas être suffisamment formés, ni sur cette thématique, ni sur les professionnels pouvant intervenir dans le diagnostic et la prise en soins de ces difficultés. De plus, les professionnels ont signalé des difficultés à réorienter les patients, et souhaitent davantage travailler en pluridisciplinarité. Ils aspirent à la mise en place de solutions afin d'améliorer leur formation et leur collaboration avec les autres professionnels.

Mots – clés : Difficultés de succion – allaitement – bébé – pluridisciplinarité - oralité – fonctions oro-myo-faciales

ABSTRACT

Breastfeeding infants commonly experience suckling difficulties during the first weeks of life, which can be caused by various factors resulting in discomfort during feedings and/or inadequate milk transfer between the mother's breast and the infant's oropharyngeal region. Insufficient support and imprecise information provided by professionals contribute to premature weaning, which places France out of step with the WHO's recommendations on breastfeeding. Therefore, it is crucial that professionals be adequately trained to diagnose, treat, and refer patients to the most appropriate specialists.

The aim of this thesis is to conduct an assessment of French professionals' knowledge of breastfeeding infants aged 0-6 months who experience suckling difficulties, patient referral, and multidisciplinary collaboration.

The 448 surveyed professionals expressed feeling insufficiently trained on this topic, as well as on the specialists who can intervene in diagnosing and treating these difficulties. Additionally, professionals reported difficulties in referring patients and expressed a desire to work more closely with other specialists. They aspire to the implementation of solutions to improve their training and collaboration with other professionals.

Keywords: Suckling difficulties - breastfeeding - infant - multidisciplinary collaboration - oro-myofacial functions

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CADRE THÉORIQUE	3
I/ LA SUCCION AU SEIN DU BEBE AGE DE 0 A 6 MOIS	4
1. <i>Les aspects neuroanatomiques de l'espace oropharyngé du bébé.....</i>	4
2. <i>Les réflexes oraux</i>	7
3. <i>La notion d'oralité.....</i>	10
4. <i>L'anatomie et physiologie du sein de la mère.....</i>	12
5. <i>Le mécanisme de succion au sein</i>	15
6. <i>Les grilles d'évaluation de la succion</i>	16
II) LES DIFFICULTES DE SUCCION LORS DE L'ALLAITEMENT	16
1. <i>Les manifestations de difficultés de succion</i>	17
2. <i>Les causes des difficultés de succion.....</i>	18
III / L'INTERET D'UN TRAVAIL EN PLURIDISCIPLINAIRE AUTOUR DU DIAGNOSTIC ET DE LA PRISE EN SOINS DES DIFFICULTES DE SUCCION AFIN DE SOUTENIR LES MERES DANS LEUR PROJET D'ALLAITEMENT MATERNEL	29
1. <i>L'allaitement maternel</i>	29
2. <i>Les professionnels intervenant dans le diagnostic et la prise en soins</i>	30
3. <i>Le diagnostic et la prise en soins des difficultés d'allaitement</i>	37
4. <i>L'intérêt d'un travail pluridisciplinaire par le développement de réseaux de professionnels.....</i>	37
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	43
I/ LA POPULATION D'ÉTUDE.....	44
1. <i>Les critères d'inclusion</i>	44
2. <i>Le critère d'exclusion</i>	44
II/ L'OUTIL	45
1. <i>Le choix du questionnaire</i>	45
2. <i>La distribution du questionnaire</i>	45
3. <i>L'élaboration du questionnaire.....</i>	46
4. <i>La structure du questionnaire.....</i>	46
III/ LE TRAITEMENT DES DONNÉES.....	48
RÉSULTATS	49
I/ PRÉSENTATION DE LA POPULATION D'ÉTUDE	50
II/ HYPOTHÈSE GÉNÉRALE.....	53
1. <i>Hypothèse opérationnelle n°1</i>	53
2. <i>Hypothèse opérationnelle n°2</i>	66
II / HYPOTHÈSE SECONDAIRE	74
1. <i>Hypothèse opérationnelle n°3</i>	74
2. <i>Hypothèse opérationnelle n°4</i>	79
DISCUSSION	83
I/ INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	84
1. <i>Hypothèse générale</i>	84

2. Hypothèse secondaire.....	93
II/ LIMITES DE L'ÉTUDE.....	98
1. Limites liées au questionnaire.....	98
2. Limites liées à la population d'étude	99
3. Limite liée au sujet.....	99
III/ PERSPECTIVES.....	100
CONCLUSION	101
BIBLIOGRAPHIE.....	103
ANNEXES	121

INTRODUCTION

Les difficultés de succion chez les bébés allaités sont courantes lors des premières semaines de vie du bébé (Wagner et al., 2013). Elles sont dues à différentes anomalies anatomiques ou fonctionnelles, et ont pour conséquence un inconfort lors des tétées et/ou un mauvais transfert de lait entre le sein de la mère et la sphère oro-pharyngée du bébé (Gremmo-Féger, 2021).

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie du bébé, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans avec une alimentation diversifiée complémentaire. La France est pourtant l'un des pays européens où le taux d'allaitement est le plus bas, mais aussi l'un des pays où les mères, qui choisissent d'allaiter, le font le moins longtemps (Salavane et al., 2014; Turck et al., 2013). Plusieurs raisons contribuent à un sevrage précoce de l'allaitement dont notamment le manque de soutien de la part des professionnels (ANAES, 2002) ainsi que le manque de cohérence et l'imprécision des informations données (Salavane et al., 2014; Turck et al., 2013).

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux grâce à l'aide d'un questionnaire, des connaissances des professionnels français, de la réorientation des patients et du travail en pluridisciplinarité, dans le cadre des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois.

Dans un premier temps, nous développerons les aspects théoriques sur l'oralité et le mécanisme de succion au sein du bébé allaité, sur les causes et manifestations de difficultés de succion et sur l'intérêt d'un travail en réseau autour de cette prise en soins. Puis, nous détaillerons les hypothèses de notre étude et la méthodologie mise en œuvre pour y répondre. Nous présenterons ensuite les résultats obtenus et les comparerons avec les données de la littérature. Enfin, nous exposerons les limites et perspectives de cette étude.

CADRE THÉORIQUE

I/ LA SUCCION AU SEIN DU BEBE AGE DE 0 A 6 MOIS

La sphère orale est au cœur du développement de l'oralité verbale et alimentaire chez les bébés. Elle est pourvue d'une anatomie complexe, et est notamment régie par des réflexes oraux lui permettant de s'alimenter lors des premières semaines de vie. Par la sphère orale, le bébé va pouvoir aussi éprouver du plaisir, vivre ses premiers attachements, explorer et agir sur son environnement par toutes ses expérimentations (Thibault, 2012).

1. Les aspects neuroanatomiques de l'espace oropharyngé du bébé

Une alimentation efficace et sûre nécessite une capacité de succion efficace, mais également une coordination de la respiration avec la succion et la déglutition, ce qui implique que l'interaction des lèvres, de la mâchoire, de la langue, du palais, du pharynx, du larynx et de l'œsophage soit fonctionnelle (A. J. Miller, 1982).

Les différentes structures anatomiques mettent en jeu des capacités motrices et praxiques sollicitant un grand nombre de muscles qui, d'un point de vue fonctionnel, doivent être parfaitement coordonnés (Senez & MARTINET, 2015).

1.1. Les structures anatomiques

1.1.1. Les lèvres

Les lèvres occupent l'extrémité antérieure de la cavité orale. L'extérieur des lèvres est recouvert de peau et l'intérieur est recouvert d'une membrane muqueuse. Entre ces couches externes et internes se trouvent des tissus musculaires, adipeux et glandulaires. L'angle (ou le coin) des lèvres se nomme la commissure labiale. Les lèvres sont reliées à la gencive par les freins de lèvres inférieur et supérieur (Mcfarland, 2009).

1.1.2. La mâchoire

La mâchoire est un ensemble formé par le maxillaire inférieur, aussi appelé mandibule, et par le maxillaire supérieur. Elle sert de base aux mouvements de la langue, des lèvres et des joues (Alliot-Licht & Thivichon-Prince, 2019).

1.1.3. Les joues

Les joues délimitent au niveau latéral l'intérieur de la cavité buccale. Elles sont reliées aux gencives par les freins de joue (Alliot-Licht & Thivichon-Prince, 2019). Chez le bébé, les joues sont constituées de boules de Bichat dont la fonction est de permettre la succion et d'améliorer les capacités des muscles buccinateurs et masticateurs (Tostevin & Ellis, 1995).

1.1.4. La langue

La langue est un organe musculaire et muqueux formé de la langue mobile et de la base de langue. Elle reçoit des innervations motrices, sensibles et sensorielles (Alliot-Licht & Thivichon-Prince, 2019). Elle est constamment en position horizontale dans la cavité buccale avec l'apex se trouvant entre les crêtes gingivales, souvent même entre les lèvres (Thibault, 2017).

1.1.5. Le plancher buccal

Le plancher buccal est une région sublinguale où la langue repose. Ils sont tous deux reliés par le frein de la langue. Il constitue la limite inférieure de la cavité orale (Alliot-Licht & Thivichon-Prince, 2019).

1.1.6. Les gencives

Les gencives sont des muqueuses qui recouvrent la base des dents au niveau du maxillaire et de la mandibule (Alliot-Licht & Thivichon-Prince, 2019). Elles sont reliées aux lèvres et aux joues par des freins.

1.1.7. Le palais

Le palais délimite la partie supérieure de cavité buccale en la séparant de la cavité nasale. Il est composé dans sa région antérieure du palais dur, ossifié, et dans sa région postérieure du palais mou ou voile du palais, non ossifié, mobile et composé de tissu conjonctif, de fibres musculaires et d'une muqueuse (Mcfarland, 2009).

Le voile du palais comprend dans sa partie postérieure la luette, suspendue à l'entrée du pharynx (Mcfarland, 2009). Le voile du nourrisson est plus lourd et épais que celui de l'adulte et en s'apposant sur l'épiglotte, il forme ainsi une barrière empêchant la respiration buccale au cours de l'alimentation (Farges & Robin, 2019).

1.1.8. Le pharynx

Le pharynx est un tube souple d'une douzaine de centimètres de longueur. Il se prolonge en bas par l'oesophage. Il est constitué de muqueuses, de muscles (les constricteurs du pharynx) et de fibres. Le pharynx est composé du rhinopharynx, de l'oropharynx et de l'hypopharynx. Il permet de faire communiquer l'arrière des fosses nasales, l'arrière de la bouche avec le haut du larynx et de l'oesophage (Calais-Germain & Germain, 2013).

1.3. L'innervation oro-faciale

L'innervation de la sphère oro-faciale est assurée par cinq principales paires de nerfs crâniens : le nerf trijumeau (V), le nerf facial (VII), le nerf glosso-pharyngien (IX), le nerf vague (X) et le nerf hypoglosse (XII) (Mcfarland, 2009).

1.4. Les muscles oro-faciaux

La mobilisation de la sphère oro-faciale est permise par l'action de nombreux muscles tels que l'orbiculaire des lèvres, le muscle buccinateur, le petit et le grand zygomatique, le muscle élévateur de la lèvre supérieur, les muscles masticateurs (les temporaux, les masséters, les muscles ptérygoïdiens), et les muscles du plancher de la bouche (les muscles génio-hyoïdien, génio-glosse, mylo-hyoïdien, stylo-glosse et stylo-hyoïdien) (Calais-Germain & Germain, 2013).

2. Les réflexes oraux

Les réflexes sont des actes moteurs involontaires déclenchés par des stimulations (Richardson, 2018). Durant la vie intra-utérine, de nombreux réflexes oraux se mettent en place dans le but de permettre au bébé de survivre et de se nourrir dès sa naissance (Bonnet, s. d.). La plupart de ces réflexes seront amenés à s'inhiber par le processus de maturation neurologique (Gosselin & Amiel-Tison, 2007) et à travers les expériences sensori-motrices quotidiennes et répétitives du bébé (Senez, 2002).

2.1. Les réflexes de succion et de déglutition

A la naissance, les réflexes de succion et de déglutition sont matures. Toutefois, le nouveau-né doit s'adapter à trois modifications physiologiques radicales que sont la coordination succion - déglutition avec la ventilation, l'arrêt des apports nutritionnels continus par le sang maternel et la mise en route de sa motricité et de sa fonction digestive.

2.1.1. Le réflexe de succion

Le réflexe de succion apparaît autour de la 10ème semaine de vie intra utérine. Il est déclenché par la stimulation des récepteurs tactiles péribuccaux, accompagnée d'afférences

sensorielles gustatives, olfactives et hormonales (Abadie, 2004). Il se déclenche par exemple quand le mamelon est introduit en bouche.

La maturation neurologique et l'entraînement à la succion vont permettre d'inhiber les réflexes oraux primaires ; la succion passe donc d'un réflexe à un mouvement volontaire vers les 3 mois du nourrisson (Senez, 2002). Il existe deux types de succion, la succion non nutritive et la succion nutritive. La succion non nutritive n'implique pas de déglutition et de fermeture laryngée. Elle est faite de trains de succion de rythme plus rapide que ceux de la succion nutritive. Elle apparaît dès la 27-28ème semaine d'âge gestationnel (Abadie, 2022). Elle permet de moduler la douleur et le stress et d'améliorer la qualité de la succion nutritive (Bruwier et al., 2014). Quant à la succion nutritive, elle impose une coordination de la déglutition et de la ventilation qui n'apparaît que vers la 33-34ème semaine de vie intra utérine, pour atteindre son profil mature dans les premières semaines de vie postnatale (Abadie, 2022). La succion précède et permet le développement de la déglutition.

2.1.2 Le réflexe de déglutition

Le réflexe de déglutition apparaît entre la 12ème et la 15ème semaine in utero. Durant la vie fœtale, le fœtus va sucer ses doigts, ses orteils et déglutir du liquide amniotique, permettant ainsi une succion-déglutition optimale et opérationnelle à la naissance (Couly, 2010). La succion-déglutition intra-utérine du liquide amniotique va d'ailleurs contribuer à la reconnaissance du lait maternel (Schaal, 2010).

2.2. Les réflexes oraux d'orientation ou de recherche

Les réflexes oraux du bébé sont destinés à rechercher la source nourricière lui permettant de s'alimenter. Ces réflexes sont davantage observables lors des périodes préprandiales et prandiales (Brecheteau, 2015).

2.2.1. Le réflexe de Hooker

Le réflexe de Hooker se déclenche lorsque le bébé passe sa main sur sa bouche. Cette dernière va alors s'ouvrir et laisser sortir la langue afin qu'elle rencontre la main (Hooker, 1952). C'est par ce premier réflexe que les mouvements de succion vont se déclencher (Brecheteau, 2015).

2.2.2. Le réflexe de fuissement

Le réflexe de fuissement correspond à l'orientation de la tête du bébé du côté de la joue stimulée par frottement. Ce réflexe est suivi d'un mouvement de happement des lèvres et correspond à un automatisme de recherche du mamelon (Senez & MARTINET, 2015).

2.2.3. Le réflexe des points cardinaux

Le réflexe des points cardinaux est précédé du réflexe de fuissement. Lorsqu'on stimule les coins de la bouche du nouveau-né, ce dernier tourne la tête en direction du stimulus et ouvre la bouche de façon à prendre le mamelon. Sa langue s'abaisse pour recevoir le sein (Wolf & Glass, 1992).

2.3. Les autres réflexes oraux

2.3.1. Le réflexe nauséeux

Le réflexe nauséeux est un réflexe de protection. A la naissance, ce réflexe est très antérieur au niveau de la langue afin de protéger les voies digestives du nouveau-né. En effet, l'organisme du bébé n'accepte que le lait (Chevalier & Garcia, 2012). Ainsi, le réflexe se déclenche lorsque le système gustatif détecte une substance trop différente en texture, en goût ou en température du lait maternel (Bonnet, s. d.).

2.3.2. Le réflexe de morsure ou réflexe antagoniste d'ouverture et de fermeture de la bouche

Le réflexe de morsure correspond à la fermeture buccale lorsqu'on essaye d'ouvrir la bouche du bébé et inversement (Senez, 2002). Il doit disparaître autour de l'âge de 5 mois (Bleeckx, 2001).

2.3.3. Le réflexe de toux

Le réflexe de toux permet de protéger les voies respiratoires lors de fausses routes. Ce réflexe n'est pas inhibé par la maturation neurologique et persiste donc tout au long de la vie (Bonnet, s. d.).

3. La notion d'oralité

L'oralité se définit comme l'ensemble des fonctions orales, c'est-à-dire dévolues à la bouche, à savoir : l'alimentation (suction-déglutition, mastication), la respiration, la gustation et la communication (cri, babillage, langage)" (Abadie, 2004). Par le développement de son oralité grâce notamment à toutes ses explorations, le bébé va pouvoir éprouver du plaisir, vivre ses premiers attachements, explorer et agir sur son environnement (Thibault, 2012).

3.1. Le plaisir et l'oralité

"La bouche est le premier lieu du plaisir" (Thibault, 2017). Il est nécessaire que les expériences du bébé autour de son oralité soient sources de plaisir. Une oralité tournée autour du plaisir est primordiale pour que l'allaitement se passe au mieux.

3.2. L'attachement et l'oralité

Le bébé est à la recherche d'une proximité physique avec sa mère et utilise pour cela, outre les pleurs et les babillages, la succion (Rochat, 1991). C'est en effet, par la sphère orale et plus précisément lors des temps d'alimentation que se noue entre la mère et le bébé les premières interactions (Daniel Marcelli & David Cohen, 2012). La stabilité affective ainsi créée permet des attachements "sécures" qui sont primordiaux pour le bon déroulement de l'allaitement maternel.

3.3. La posture et l'oralité

La posture du corps et l'ouverture ou la fermeture buccale sont anatomiquement liées. En effet, la flexion du corps, notamment la flexion de la nuque, entraîne la fermeture de la bouche. Inversement, l'extension du corps amène l'ouverture de la bouche. Ainsi, cette posture symétrique du schéma d'enroulement du bébé lui permet de se rassembler sur lui-même et d'avoir un accès privilégié à son espace oral (Bullinger, 2015).

La posture est aussi liée aux informations sensorielles. Au cours d'une tétée, les informations sensorielles qui peuvent être vestibulaires (bercement), tactiles (sein contre la joue), olfactives (odeur du lait), sonores (voix de la mère), visuelles (mamelon et visage) et proprioceptives (portage), permettent au tonus du bébé de se réguler.

Chez le bébé, il existe 2 systèmes sensoriels dont le système "archaïque", qui traite des aspects qualitatifs des stimulations comme celles de la texture (agréable/désagréable) et de la température (chaud/froid). Ce système va permettre au bébé de mettre en tension et d'orienter son corps selon des réponses tonico-émotionnelles (Bullinger, 2004).

Le contexte sensoriel et le positionnement de l'enfant vont ainsi influencer le bon déroulement de prise alimentaire.

4. L'anatomie et physiologie du sein de la mère

“L’allaitement est la continuité biologique de la grossesse et de l’accouchement” (Mazurier & Christol, 2010).

4.1. L'anatomie et la physiologie externe du sein

Le mamelon peut être de longueur et de forme variable. Son élasticité lui permet de s’étirer de deux à trois fois sa longueur dans la bouche du bébé, permettant ainsi au mamelon d’approcher la jonction entre le palais dur et le palais mou du bébé (Mazurier & Christol, 2010).

L'aréole, plus pigmentée, est de taille variable. La vision des nourrissons étant très immature, ces derniers sont attirés par les contrastes colorés à moins de 30 cm de leur visage. L'aréole sert donc de repère visuel au bébé pour la prise du sein (Thirion, 2004). Au cours de la tétée, l’enfant en prend la plus grande partie possible dans sa bouche (Mazurier & Christol, 2010).

Sur l’aréole se trouvent des glandes sudoripares, quelques glandes sébacées, des follicules pileux et des tubercules (glandes de Montgomery ou tubercules de Morgagni). Ces tubercules, au nombre variable de quelques-uns à une trentaine, sécrètent une substance lubrifiante et antiseptique (Mazurier & Christol, 2010).

Les différentes sécrétions du sein lactant sont un signal olfactif fort pour le bébé, dont l’odorat est particulièrement développé. Le nouveau-né peut retrouver une continuité olfactive entre le liquide amniotique et le colostrum (Mazurier & Christol, 2010).

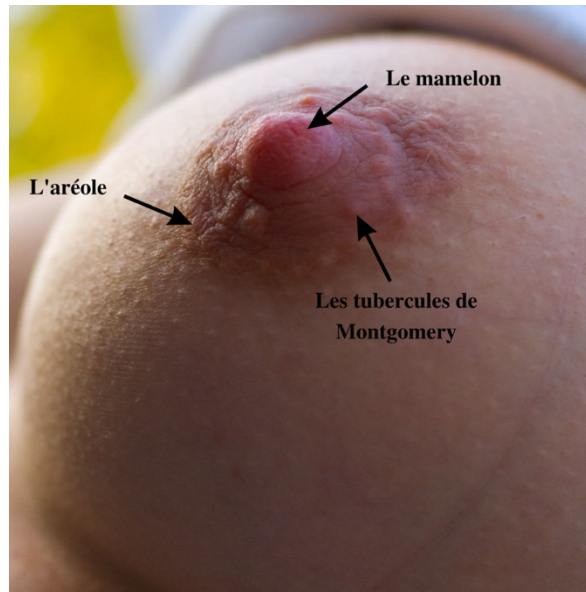


Figure 1 : Anatomie externe du sein d'une femme (Source : photo (Adriaenssen, 2005) ; Légende (Mazurier, 2010))

4.2. L'anatomie et la physiologie interne du sein

Le sein est composé en interne de tissus glandulaires et adipeux, soutenus par des fibres de tissu conjonctif appelées les ligaments de Cooper (Hartmann et al., 1996).

Le tissu glandulaire est composé de 15 à 20 lobes, eux-mêmes composés de lobules, chacun contenant 10 à 100 alvéoles. Les alvéoles, contiennent des cellules sécrétoires ou lactocytes, et sont les sites de synthèse et de stockage du lait. Chaque alvéole est entourée d'un réseau de cellules myoépithéliales ramifiées en étoile (Hartmann et al., 1996).

La stimulation du mamelon déclenche l'éjection du lait en transmettant des impulsions nerveuses à l'hypothalamus, ce qui amène l'hypophyse à libérer de l'ocytocine dans la circulation sanguine. L'ocytocine provoque ainsi la contraction des cellules myoépithéliales entourant les alvéoles, éjectant ainsi le lait dans les canaux galactophores. Ces derniers augmentent de diamètre lors de l'éjection du lait et servent donc au transport du lait (Hartmann et al., 1996).

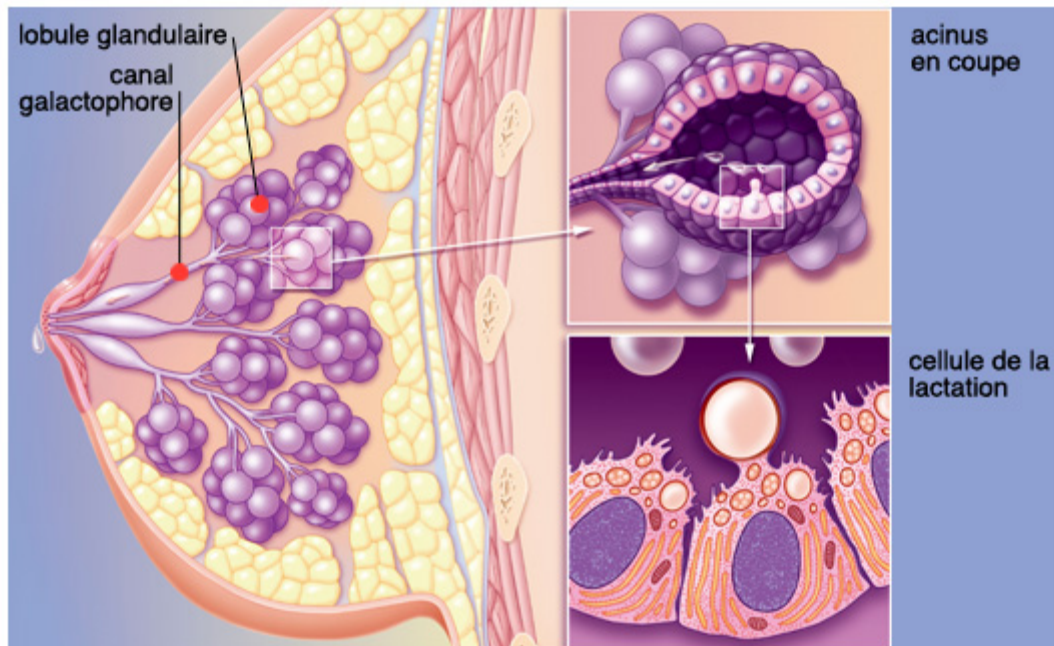


Figure 2 : Anatomie externe du sein d’une femme (Source : InfoCancer)

4.3. Le mythe de l’insuffisance de lait

La perception d’un manque de lait est l’une des premières causes de sevrage précoce (OMS, s. d.). Pourtant, l’insuffisance de lait physiologique est très rare (ANAES, 2002). Une enquête nationale périnatale de 1995 dans les maternités françaises a démontré que 38 % des femmes ayant arrêté d’allaiter avant 9 semaines en invoquant le motif d’une insuffisance de lait (Crost & Kaminski, 1998). Une autre a prouvé que 15 % des mères allaitant exclusivement percevaient une insuffisance de leur production de lait deux à trois semaines après l’accouchement. Dans cette dernière étude, plus des deux tiers des cas d’insuffisance de production lactée étaient liés à une gestion inefficace de l’allaitement au sein plutôt qu’à une pathologie de la mère (Neifert et al., 1990). “La croyance que beaucoup de mères ne sont pas capables de produire assez de lait est profondément enracinée et extrêmement répandue” (Gremmo-Féger, 2016). La plupart des mères sont pourtant en capacité de produire le lait dont l’enfant a besoin à condition que l’enfant tète de façon efficace et qu’il ait accès au sein sans restriction (Gremmo-Féger, 2016). En effet, toutes les

études ont montré que la lactation suit le principe de l'offre et de la demande, et le déterminant le plus important est l'enfant lui-même. La production maternelle de lait dépend de la quantité ingérée par l'enfant (Dewey & Lönnerdal, 1986).

5. Le mécanisme de succion au sein

Lors de l'allaitement au sein, par réflexe au contact du sein sur les lèvres, le bébé ouvre la bouche et capture le mamelon (Bu'Lock et al., 1990). Pour y parvenir, il avance sa mandibule inférieure, ses lèvres et sa langue (Rowan-Legg et al., 2015). Les lèvres se referment autour de l'aréole du sein et l'apex de la langue se place entre la lèvre inférieure, la gencive et le mamelon. Cette position aide à stabiliser le mamelon en bouche et assure l'étanchéité de la cavité buccale (Elad et al., 2014).

Initialement, nous pensions que, lors de la succion au sein, le bébé effectuait des mouvements verticaux avec sa mandibule, et que le mamelon était comprimé lorsque la mandibule se déplaçait vers le haut (Bu'Lock et al., 1990). L'expression du lait était donc associée à un mouvement de compression du mamelon (Gremmo-Féger, 2021). Grâce aux nouvelles techniques d'imagerie, il a été démontré que c'est la création d'une pression négative à l'intérieur de la bouche qui permet le transfert de lait. L'abaissement simultané de la partie postérieure de la langue et la mâchoire ainsi que la fermeture du nasopharynx par le rapprochement du palais mou et du nasopharynx postérieur génèrent une pression négative dans la cavité buccale (Lau, 2016). Cette pression négative intra-orale crée un effet ventouse qui favorise l'expression du lait (Sakalidis & Geddes, 2016).

La langue est placée sous forme de gouttière autour du mamelon (Genna et al., 2021). Cela permet d'entraîner le lait jusqu'à l'arrière de la cavité buccale déclenchant ainsi le réflexe de déglutition. Les voies aériennes se ferment de manière réflexe afin de permettre le passage du lait jusqu'à l'œsophage (Bu'Lock et al., 1990).

Le rythme de succion est rapide en début de tétée afin de stimuler l'éjection de lait (environ 2 suctions par seconde) puis il ralentit quand le lait arrive. Le bébé fait de longues salves régulières et amples entrecoupées de pauses rares et brèves durant lesquelles l'enfant ne lâche pas le sein (Mazurier & Christol, 2010).

6. Les grilles d'évaluation de la succion

Différentes grilles d'évaluation de la succion et de la tétée existent comme la LATCH (Jensen et al., 1994), la IBFAT (Matthews, 1988) ou encore plus récemment la BBAT (Ingram et al., 2015). Elles permettent de mettre en évidence ce que l'on attend lors d'une prise au sein et de la succion de ce dernier.

II) LES DIFFICULTES DE SUCCION LORS DE L'ALLAITEMENT

92 % des mères ont au moins un problème lors de l'allaitement au sein dans les 3 jours suivant l'accouchement. 52 % d'entre elles rencontrent une difficulté à verrouiller le bébé au sein et 44 % d'entre elles font état de douleurs (Wagner et al., 2013).

Une étude a été réalisée en 2018 en Italie sur les difficultés d'allaitement rencontrées par les mères d'enfants nés à terme et en bonne santé au cours des premiers mois suivant l'accouchement et leurs associations avec l'arrêt précoce de l'allaitement (Gianni et al., 2019). Sur un échantillon de 552 mères, 70 % d'entre elles ont éprouvé des difficultés à allaiter au cours des 3 premiers mois. Elles témoignent, notamment lors du premier mois, de fissures aux mamelons, d'une perception de production insuffisante de lait, de douleurs et de fatigue.

La perception maternelle de ne pas avoir une quantité suffisante de lait, le retard de croissance du nourrisson, la mastite et le retour au travail étaient associés à un risque plus élevé d'allaitement non exclusif à trois mois, tandis que l'accouchement par voie basse et le soutien à l'allaitement après la sortie de l'hôpital étaient associés à un risque diminué.

1. Les manifestations de difficultés de succion

Les difficultés de succion du bébé peuvent se manifester tant chez la mère que chez le bébé.

1.1 Chez le nourrisson

Se nourrir demande un effort actif du nourrisson qui implique une coordination précise de la succion, de la déglutition et de la respiration pour être efficace (Giugliano et al., 2016).

Chez le nourrisson, une difficulté de succion peut se manifester par une fatigue rapide et/ou un endormissement, une insatisfaction après la prise alimentaire, une toux, des fausses routes, des apnées, une polypnée, une mauvaise obturation des lèvres autour du mamelon entraînant un écoulement de lait aux commissures des lèvres, une incoordination de la fonction succion-déglutition-respiration, des cloques sur les lèvres, et une faible prise de poids (Dubé, 2020).

1.2 Chez la mère

Chez la mère, les difficultés d'allaitement au sein peuvent se manifester par une douleur et des lésions des mamelons (mamelon crevassé, déformé), un engorgement mammaire, une lymphangite ou mastite ou encore une insuffisance des apports de lait (ANAES, 2002). Il est considéré comme normal que les mamelons soient sensibles et douloureux au cours de la première semaine d'allaitement (Mohammadzadeh et al., 2005). Toutefois, des douleurs intenses ou des lésions importantes et persistantes sont anormales au-delà de la première semaine (Renfrew & Hall, 2008). Ces douleurs et lésions sont avant tout attribuées en grande partie à des facteurs anatomiques qui entraînent une friction anormale entre le mamelon d'une part, et la langue, le palais, les gencives ou les lèvres d'autre part. Cela est dû dans la plupart des cas à un positionnement inadéquat du bébé au sein (Cable et al., 1997).

2. Les causes des difficultés de succion

Les causes de difficultés de succion sont multiples, différentes anomalies anatomiques ou fonctionnelles peuvent avoir un retentissement sur le transfert de lait et/ou sur le confort des tétés (Gremmo-Féger, 2021).

Avant de déterminer toute hypothèse diagnostique, il est nécessaire de procéder à une évaluation rigoureuse des “basiques” de l’allaitement. Plus précisément, il est nécessaire d’observer la mère, d’observer l’enfant, d’observer comment la mère et l’enfant s’ajustent et interagissent au cours de la tétée et la conduite pratique de l’allaitement (Gremmo-Féger, 2021).

Les difficultés de succion peuvent être dues à de multiples causes que nous allons décrire ci-dessous sans pouvoir être exhaustif.

2.1. Les causes anatomiques

2.1.1. L’ankyloglossie ou frein de langue restrictif

Le frein de langue fait partie des freins buccaux qui sont des structures anatomiques dépourvues de fibres musculaires et constituées essentiellement d’un réseau très dense de fibres conjonctives lâches. On retrouve dans la cavité buccale un frein de langue, quatre freins de joue et deux freins de lèvre.

Le frein de langue qui relie le plancher buccal à la surface inférieure de la langue (Laujol & Moie Meurou, 2022). On parle de frein de langue restrictif ou d’ankyloglossie quand le frein restreint le mouvement normal de la langue (Baxter, 2020). Le frein de langue est la conséquence d’une anomalie congénitale liée à un défaut d’apoptose cellulaire entre le plancher buccal et la langue au cours de l’embryogenèse (Suter & Bornstein, 2009).

Un frein de langue court est une cause potentielle de difficultés d’allaitement au sein (Messner et al., 2000). En effet, l’ankyloglossie peut entraîner un mouvement restreint de la langue provoquant une douleur ou un traumatisme du mamelon, une éjection médiocre du lait et

l'incapacité de s'accrocher au sein (Elad et al., 2014; Rowan-Legg et al., 2015). Une évaluation fonctionnelle de la langue est nécessaire pour poser le diagnostic de frein de langue et limiter les interventions chirurgicales aux seuls cas le nécessitant vraiment (Société Française de Pédiatrie et al., 2022). L'échelle d'Hazelbaker, réalisée par le Docteur Hazelbaker est un outil permettant d'évaluer la fonction du frein lingual (Hazelbaker, 2017).

Les autres freins buccaux, c'est-à-dire les freins de lèvre et de joue, ne sont pas reconnus à ce jour comme entraînant des répercussions fonctionnelles (Gremmo-Féger, 2021; Laujol & Moie Meurou, 2022).

2.1.2. La macroglossie

La macroglossie ou hypertrophie linguale se caractérise par l'augmentation du volume de la langue. Elle peut entraîner des troubles fonctionnels qui peuvent gêner la nutrition et la respiration des bébés (Ndiaye et al., 2006). La langue peut pousser le mamelon hors de la bouche. La macroglossie est souvent décrite dans le tableau clinique de certains syndromes tels que la trisomie 21 ou syndrome de Down, et le syndrome de Wiedemann Beckwith (Corre & Tessier, 2019).

2.1.3. La rétrognathie

Un bébé peut naître avec des anomalies des bases squelettiques touchant le sens sagittal de la mandibule (Devauchelle et al., 1996). En effet, on peut retrouver chez des bébés une rétrognathie, qui se traduit par un recul de la mandibule par rapport au maxillaire (Piérart et al., 2015). La rétrognathie est qualifiée de sévère lorsque la lèvre inférieure est complètement recouverte par la lèvre supérieure, modérée lorsqu'elle est partiellement apparente et légère lorsqu'elle est complètement apparente. En cas de rétrognathie, la langue se positionne en arrière, ce qui peut obstruer les voies respiratoires et donc entraver le processus d'allaitement. On retrouve particulièrement cette anomalie chez les bébés porteurs de la séquence de Pierre Robin (Morice et al., 2018).

2.1.4. Les fentes

Les fentes sont des malformations congénitales dues à un défaut de fusion des bourgeons faciaux lors de l'embryogénèse (Khonsari & Catala, 2018). La Classification Internationale des Maladies (CIM 10), distingue 3 groupes de fentes : les fentes labiales, les fentes palatines et les fentes labio-palatines. Elles impactent les compétences de succion et de déglutition des nouveau-nés. Le diagnostic anténatal est presque systématique en cas d'atteinte labio-narinaire car la fente est visible lors des échographies. En revanche, dans le cas des fentes palatines isolées et non associées à une atteinte labio-narinaire, les familles ne bénéficient que très rarement d'un diagnostic anténatal. Les familles ne sont donc pas forcément dirigées rapidement vers un Centre de Compétence Maladies Rares (CCMR) et n'ont pas forcément rapidement les informations pertinentes et cohérentes à la mise en place d'un allaitement de qualité.

Les fentes labiales peuvent constituer une gêne mécanique pour la préhension du mamelon (C. Miller & Madhoun, 2016), mais elles n'impactent pas, à moyen terme, ni la ventilation, ni la succion, ni la déglutition (Reid et al., 2007). A l'inverse, les fentes palatines ont de plus lourdes conséquences sur l'alimentation en entraînant des troubles de la succion, de la déglutition et de la ventilation (Abadie, 2003). En effet, le voile du palais isole la cavité buccale de la cavité nasale et dirige le bol alimentaire vers l'oropharynx (Thibault, 2017). Or, dans le cas d'une fente palatine, le dysfonctionnement de l'occlusion vélo-pharyngée a pour conséquence une communication permanente entre le rhinopharynx et l'oropharynx. La communication bucco-nasale rend impossible la formation d'une pression négative intra-buccale, pourtant nécessaire à la succion (C. Miller & Madhoun, 2016). La succion des nourrissons porteurs d'une fente labio-palatine ou palatine isolée est désorganisée et moins efficace que celle des nouveau-nés sans fente ou présentant une fente labiale isolée. Outre l'incapacité à générer une pression négative, cette désorganisation se traduit par des difficultés à initier la succion, par un nombre de suctions supérieur à celui d'enfants sans fente et par un rapport succion-déglutition plus fréquent (Masarei et al., 2007).

2.1.5. L'absence de bourrelets de succion

Les bourrelets de succion, aussi appelés les boules de Bichat, sont des masses adipeuses situées entre le muscle buccinateur de la joue et le bord inférieur du masséter. Chez le bébé, les boules de Bichat servent à soutenir les joues pendant l'allaitement. En effet, elles permettent de faire résister la pression négative qui s'exerce dans la cavité buccale lors de la succion (Tostevin & Ellis, 1995). Toutefois, chez les bébés de petit poids, c'est-à-dire des bébés nés avec un poids inférieur à 2,5 kg (Milette et al., 2019), ces bourrelets de succion peuvent être absents. Cela entraîne donc chez ces nouveau-nés une faible pression négative intra buccale et ainsi des difficultés de succion (Tostevin & Ellis, 1995).

2.1.6. La laryngomalacie

La laryngomalacie ou larynx mou est une malformation laryngée qui correspond à un affaissement de l'étage supraglottique du larynx à l'inspiration. En effet, la souplesse des tissus supraglottiques peut obstruer partiellement voire totalement les voies aériennes, entraînant des difficultés alimentaires et donc une mauvaise croissance pondérale. La laryngomalacie est responsable d'une respiration bruyante appelée stridor que l'enfant peut présenter par exemple lors de son sommeil et lors des tétées. La laryngomalacie peut être associée à un reflux gastro-oesophagien, et on peut la retrouver chez des bébés présentant un syndrome génétique tel que la trisomie 21, le syndrome CHARGE, la séquence de Pierre Robin ou encore la microdélétion 22Q11 (Fayoux & Couloigner, 2016).

2.2. Les causes fonctionnelles

2.2.1. L'incoordination de la fonction succion - déglutition - respiration

Une coordination adéquate de la succion, déglutition et respiration est la condition requise si l'on veut que l'enfant se nourrisse par voie orale sans épisodes de désaturation, apnée, bradycardie et/ou de fausse route (Lau, 2007).

Le nourrisson déglutit en moyenne deux fois pour une respiration. Les déglutitions peuvent se produire à toutes les phases de la respiration mais elles se produisent majoritairement en fin d'expiration. Si le nourrisson présente une incoordination de la succion - déglutition - respiration, la déglutition va interrompre la respiration. Cette incoordination a pour causes l'immaturité du nourrisson, un problème neurologique ou respiratoire, ou encore un débit de lait trop élevé.

2.2.2. Les perturbations du tonus

2.2.2.1. L'hypotonie

L'hypotonie est caractérisée par une diminution du tonus musculaire dont il existe diverses étiologies (anomalies chromosomiques telles que la trisomie 21 ; anomalies du système nerveux central ou périphérique ; troubles musculaires, métaboliques, endocriniens ou nutritionnel ; hypoxie périnatale ; paralysie cérébrale...) (Bodensteiner, 2008).

Les nourrissons hypotoniques, particulièrement ceux atteints de trisomie 21, ont souvent des difficultés lors de l'allaitement, similaires à celles rencontrées par les nourrissons prématurés (Thomas et al., 2016), qui résultent d'un contrôle anormal ou sous développé des structures oropharyngées, contribuant à une succion non coordonnée et faible et dont la fréquence, la pression et la durée sont affectées (Mizuno & Ueda, 2001).

Il est recommandé que les nourrissons hypotoniques soient allaités. En effet, l'allaitement au sein aide chez les bébés atteints de trisomie 21, à une coordination normale de la bouche et de la langue (Aumonier & Cunningham, 1983) en diminuant ainsi significativement le risque de malocclusion (Peres et al., 2015), et protège des infections des voies respiratoires et des oreilles, infections dont les nourrissons atteints de trisomie 21 sont particulièrement sensibles (Victora et al., 2016). Les mères de bébés atteints de Trisomie 21 ont tendance à déclarer que les problèmes d'alimentation s'améliorent autour de l'âge de 3 à 4 mois mais que malheureusement avant cet âge-là, elles ont rencontré beaucoup de difficultés lors de l'allaitement et déclarent ne pas avoir bénéficié d'un soutien suffisant lors de l'allaitement (Thomas et al., 2016).

2.2.2.2. L'hypertonie

L'hypertonie associée à un schéma d'hyperextension amènent le nourrisson à projeter sa tête et le haut de son corps vers l'arrière, avec ses membres inférieurs tendus (Ploton, 2022). Cette posture peut être une réponse tonico-émotionnelle face aux informations sensorielles négatives perçus par le bébé (Bullinger, 2004). Les informations sensorielles perçues comme négatives par le bébé peuvent entraîner une hypertonie de la bouche et des joues (Goulet, 2019). De plus, ces tensions peuvent aussi limiter considérablement l'ascension laryngée (Senez & MARTINET, 2015).

Une posture hypertonique peut-être due à un reflux gastro-oesophagien (RGO) pathologique. Toutefois, l'inverse peut aussi être vrai. La posture hypertonique du bébé peut provoquer des pressions abdominales et thoraciques favorisant des troubles digestifs dont notamment un RGO (Ploton, 2022; Sandritter, 2003).

Ainsi, l'hypertonie peut altérer la prise alimentaire du bébé au sein.

2.2.2.3. L'insuffisance vélaire

L'insuffisance vélopharyngée est un défaut de tonicité des muscles du voile du palais entraînant des reflux alimentaires par le nez pouvant entraîner des tétées longues et fatigantes pour le nourrisson (Fayoux & Couloigner, 2016).

2.2.3. Le reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien est défini chez le nourrisson par la remontée du contenu gastrique dans l'œsophage. Il est fréquent et normal chez le nourrisson car le sphincter inférieur de l'œsophage est immature à la naissance, l'alimentation du nourrisson est liquide et la position la plus fréquemment proposée au nourrisson est le décubitus dorsal (Gulati & Jadcherla, 2019). Le

RGO est considéré comme pathologique lorsqu'il y a des complications d'ordre général, digestives ou respiratoires (Rosen et al., 2018). Le reflux peut entraîner une hypertonie du bébé avec un schéma d'hyperextension car ce comportement lui permettrait d'allonger son oesophage et ainsi de soulager la pression du sphincter œsophagien inférieur (Ploton, 2022; Sandritter, 2003).

Le RGO peut aussi entraîner une exacerbation du réflexe nauséux et une douleur pouvant altérer l'oralité du nourrisson (Goulet, 2019).

2.2.4. Les perturbations de la sensibilité

Les troubles de la sensibilité ont pour étiologie un problème d'intégration neurosensorielle (Blanchet et al., 2016).

2.2.4.1. L'hypersensibilité sensorielle orale

L'exacerbation de la sensibilité peut entraîner des réponses motrices importantes lorsque la zone péri-buccale ou buccale est stimulée (Senez & MARTINET, 2015), et ainsi entraver le bon déroulement de la tétée. En effet, si la bouche du bébé n'est plus perçue comme une zone de plaisir, elle devient donc une zone défendue. Cette hypersensibilité va déclencher un ou plusieurs systèmes de défense comme un détournement de la tête, des pleurs, une fermeture buccale, une ouverture buccale avec une hypertonie de la langue et de l'intérieur des joues, un réflexe nauséux, des vomissements, etc (Goulet, 2019). On retrouve cette particularité notamment chez des bébés prématurés ayant des antécédents de nutrition entérale (Thibault, 2017) ou chez des bébés souffrant d'un RGO.

Il n'est pas rare qu'une hypersensibilité sensorielle au niveau buccal soit associée à une hypersensibilité à un niveau global (hypersensibilité visuelle, olfactive, auditive, gustative, proprioceptive et vestibulaire) notamment chez les bébés prématurés (André, 2017).

2.2.4.2. L'hyposensibilité sensorielle orale

L'hyposensibilité buccale se définit comme l'absence ou la mauvaise transmission d'informations sensorielles au niveau de la bouche. Cela peut provoquer une absence de réaction motrice lors de l'introduction d'aliments et une absence de réflexe de déglutition (Senez & MARTINET, 2015).

2.2.5. La prématurité

Une naissance à terme se situe normalement entre la 37ème et 42ème semaine d'aménorrhée (SA). La naissance est dite prématurée lorsqu'elle survient avant la 37ème SA. On parle de prématurité extrême lorsque l'accouchement survient avant 28 SA, de grande prématurité lorsqu'il survient entre la 28ème et la 32ème SA et de prématurité moyenne ou tardive entre la 32 et 37ème SA (OMS, 2022). La limite de viabilité est fixée à 22 SA et le poids minimal à 500 g (Haddad, 2017).

L'allaitement au sein peut débuter dès la 28ème SA à condition que le bébé prématuré soit stable au niveau cardio-respiratoire (Montjaux-Régis et al., 2009).

L'alimentation orale n'est pas mature chez les nourrissons prématurés avant la 34ème voire 36ème SA, en partie car la coordination succion - déglutition - respiration n'est pas encore fonctionnelle. En effet, lors des prises alimentaires, la pause respiratoire coïncide avec une déglutition, et les nourrissons présentent donc une désaturation en oxygène (Mizuno & Ueda, 2003). On parle donc de séquence de succion-déglutition "apnéiques" (Renault, 2008).

Le nouveau-né peut avoir des difficultés à prendre le sein en raison de son immaturité, de sa faiblesse musculaire et de son endurance limitée (Meier et al., 2000).

Par ailleurs, la prématurité est une des premières causes de troubles de l'oralité. En raison des éventuelles interventions médicales (intubation, ventilation, administration de médicaments etc),

et de la mise en place d'un mode d'alimentation entérale par sonde (oro ou nasogastrique) ou parentérale, les bébés prématurés peuvent désinvestir la zone bucco pharyngée en raison du vécu douloureux de cette zone (Boyer, 2019). La région orale est l'une des plus sensibles chez le nouveau-né (Charpentier-Demers et al., 2019). Ce mode de nutrition peut développer un trouble de la sensibilité intra et extra-buccale et altérer la motricité buccale et linguale (Thibault, 2017). En effet, la sonde irrite le nez et/ou le pharynx et perturbe le réflexe de succion-déglutition. De plus, le développement des compétences sensori-motrices de la bouche est aussi limité par la privation des stimuli gustatifs, olfactifs, visuels et thermiques (Pfister et al., 2008).

La succion étant plus faible et donc moins efficace, ne permet au bébé prématuré que d'absorber de petites quantités de lait lors de la tété. Selon les compétences du nourrisson prématuré, il peut donc prendre quelques gorgées seulement ou avoir plusieurs allaitements complets par jour. Au fil du temps, les quantités ingérées augmenteront et les compléments par sonde diminueront (Charpentier-Demers et al., 2019).

2.3. Les autres causes

2.3.1. Le mauvais soutien postural

La posture au sein lors de l'allaitement, lorsqu'elle n'est pas adaptée, peut entraîner entre autres des difficultés de succion (Laroche & Le Flem, 2016). La position inadéquate du bébé au sein est d'ailleurs une des causes principales de problèmes d'allaitement (Midwives, 2003). Ces expériences difficiles peuvent conduire à l'arrêt précoce de l'allaitement. En effet, une posture fréquente et répétée du bébé en extension, peut provoquer ou faire persister une plagiocéphalie (Cavalier & Mazurier, 2013), un torticolis, un schéma d'hyperextension ou encore un reflux gastro-œsophagien, qui vont avoir un impact sur l'allaitement, notamment sur la capacité de succion du bébé. La posture en extension va favoriser la compression de certains nerfs comme par exemple le nerf hypoglosse, nerf moteur de la langue et du plancher buccal. La compression de ce nerf peut avoir pour conséquence des tensions au niveau du plancher buccal et un défaut de mobilité de la langue, qui peuvent entraver le bon fonctionnement du mécanisme de succion. Pour prévenir

ces difficultés, il faut donc veiller à ce que le bébé soit bien enroulé et qu'il puisse librement bouger sa tête lors des tétées (Laroche & Le Flem, 2016).

2.3.2. Le réflexe d'éjection fort

On parle de réflexe d'éjection fort (REF) lorsque le lait coule trop rapidement et de façon trop puissante. Ce réflexe peut être surprenant pour le bébé et peut engendrer des difficultés à synchroniser le réflexe de succion déglutition. Cela peut entraîner des fausses routes et de l'aérophagie. Si cette difficulté persiste pour le bébé, ce dernier peut aller jusqu'à refuser le sein afin de mettre fin à cet inconfort (Rigourd et al., 2019).

2.3.3. Le mamelon ombiliqué

Le mamelon ombiliqué se définit par la position sous-aréolaire de tout ou d'une partie du mamelon d'origine principalement congénitale mais elle peut aussi être acquise à la suite d'une inflammation, d'un cancer ou d'une chirurgie mammaire (Cerruto et al., 2018; Nabulsi et al., 2022). Les femmes avec des mamelons ombiliqués ont souvent des difficultés à allaiter en raison d'une prise de sein inadéquate du bébé un défaut de transfert de lait (Dewey et al., 2003).

2.3.4. La péridurale

Lors de l'accouchement et notamment pendant la phase de travail, des produits anesthésiants peuvent être donnés à la mère. Ces derniers passent aussi chez le bébé. Chez certains nouveau-nés, cela pourrait provoquer des difficultés d'éveil et d'énergie pour téter efficacement les premiers jours de vie (Senez & MARTINET, 2015).

Tableau 1 : Description non exhaustive des causes entraînant des difficultés de succion chez le bébé allaité

LES CAUSES ANATOMIQUES	<i>L'ankyloglossie ou frein de langue restrictif</i>
	<i>La macroglossie</i>
	<i>La rétrognathie</i>
	<i>Les fentes</i>
	<i>L'absence de bourrelets de succion</i>
	<i>La laryngomalacie</i>
LES CAUSES FONCTIONNELLES	<i>L'incoordination de la fonction succion - déglutition - respiration</i>
	<i>Les perturbations du tonus (hypotonie, hypertonie, insuffisance vélaire)</i>
	<i>Le reflux gastro-œsophagien</i>
	<i>Les perturbations de la sensibilité (hypersensibilité, hyposensibilité)</i>
	<i>La prématurité</i>
LES AUTRES CAUSES	<i>Le mauvais soutien postural</i>
	<i>Le réflexe d'éjection fort</i>
	<i>Le mamelon ombiliqué</i>
	<i>La péridurale</i>

III / L'INTERET D'UN TRAVAIL EN PLURIDISCIPLINAIRE AUTOUR DU DIAGNOSTIC ET DE LA PRISE EN SOINS DES DIFFICULTES DE SUCCION AFIN DE SOUTENIR LES MERES DANS LEUR PROJET D'ALLAITEMENT MATERNEL

“Le manque de cohérence et l'imprécision des informations données contribuent au sevrage précoce de l'enfant” (International Lactation Consultant Association, 1999).

1. L'allaitement maternel

L'allaitement maternel est l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère. Il peut s'agir d'un allaitement exclusif, l'enfant ne reçoit que le lait de sa mère, soit directement du sein, soit après extraction via le biberon, la sonde ou autre. L'allaitement peut également être mixte lorsqu'il est associé à une autre alimentation (ANAES, 2002).

1.1. Les recommandations de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans avec une alimentation diversifiée complémentaire (OMS, s. d.).

1.2. Les taux d'allaitement en Europe

En France, 73,3 % des femmes souhaitent allaiter avant l'accouchement, et 69,7 % des enfants nés en 2021 étaient allaités au sortir de la maternité dont 53,3 % de façon exclusive, et 13,4 % de façon mixte (*Enquête nationale périnatale 2021*, 2021). La France se place donc loin derrière d'autres pays européens dont les chiffres s'élèvent en 2010 à 95 % pour la Finlande et la Norvège, 90 % pour la Suède et le Danemark et 85 % pour l'Allemagne (Turck et al., 2013). De plus, la part des nourrissons allaités à la naissance en France ne s'élève plus qu'à 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois (Salavane et al., 2014).

1.3. Les bénéfices de l'allaitement maternel

Le choix d'allaiter son bébé appartient à chaque mère. De multiples facteurs influencent ce choix (Maurice et al., 2021), et nombreuses sont les mères à choisir l'allaitement maternel comme mode d'alimentation pour leur bébé face aux nombreux bénéfices qui lui sont attribués. En effet, les bénéfices de l'allaitement tant pour le bébé que pour la mère sont largement reconnus (ANAES, 2002; OMS, s. d.).

2. Les professionnels intervenant dans le diagnostic et la prise en soins

De nombreux professionnels aux compétences spécifiques interviennent dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion tels que les pédiatres, les médecins généralistes, les médecins ORL, les infirmières puéricultrices, les sages-femmes, les consultants en lactation certifiés IBCLC, les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les ostéopathes et les chiropracteurs.

Même si leurs formations sont inégales en ce qui concerne la lactation et la succion au sein, leurs compétences et rôles dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion sont complémentaires.

2.1. Les professionnels médicaux

2.1.1. Les pédiatres

Les pédiatres de ville sont en première ligne face aux difficultés d'alimentation des nourrissons. Dans le cas où les symptômes s'accroissent avec, par exemple, une persistance du refus de la tétée, une installation de conduites d'opposition et une prise de poids insuffisante, les pédiatres peuvent orienter la famille vers des praticiens spécialisés ou dans les cas sévères, demander l'hospitalisation du bébé (Cascales & Olives, 2013).

Dans le cas de difficultés d'allaitement où le frein de langue court est mis en cause grâce aux évaluations fonctionnelles d'un orthophoniste par exemple, le pédiatre de maternité ou de ville peut être amené à réaliser une frénotomie, c'est-à-dire à sectionner le frein à l'aide de ciseaux stériles ou d'un laser sous anesthésie de contact (Corre & Tessier, 2019; Laujol & Moie Meurou, 2022).

Le pédiatre réalise l'évaluation médicale du bébé, en vérifiant les paramètres auxologiques du nourrisson (poids, taille, périmètre crânien, calcul d'un score de risque nutritionnel) et écartent les causes médicales comme par exemple les infections.

Les pédiatres spécialistes de l'hôpital tels que les gastro-pédiatres vont intervenir en fonction de la gravité des symptômes notamment lors d'un retentissement important sur la croissance staturo pondérale dans la mise en place d'une sonde nasogastrique (Cascales & Olives, 2013).

2.1.2. Les médecins généralistes

Les médecins généralistes sont en première ligne dans l'offre de soins ambulatoires. Ils assurent auprès des familles un rôle de prévention, de dépistage, de diagnostic de traitement, et de suivi au niveau médical (surveillance de la croissance staturo pondérale, détection des infections etc). Ils orientent les familles vers les professionnels adaptés en rédigeant des prescriptions et assurent ainsi la coordination des soins. Ils synthétisent ensuite les informations transmises par les différents professionnels à qui ils auront orienté la famille ((*Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2) - Légifrance*, s. d.).

Concernant les freins de langue, le médecin peut lui aussi réaliser une frénotomie par ciseaux ou laser (Laujol & Moie Meurou, 2022).

2.1.3. Les oto-rhino-laryngologistes

L'oto-rhino-laryngologiste est un médecin spécialisé de la sphère ORL c'est-à-dire dans l'anatomie, l'embryologie, le développement et la physiologie du nez, de la gorge et de l'oreille. Il dépiste et prend en soins les pathologies du larynx, des voies aérodigestives, des aires ganglionnaires et cervicales, des chirurgies plastiques, esthétiques et réparatrices cervico-faciales.

Pour l'aider dans la pose de diagnostic, il peut réaliser des explorations fonctionnelles ORL comme la nasofibroscopie (Bebear et al., 2012).

Concernant les freins de langue, l'ORL peut lui aussi réaliser une frénotomie par ciseaux ou laser (Laujol & Moie Meurou, 2022).

2.1.4. Les chirurgiens-dentistes

La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants (*Titre IV : Profession de chirurgien-dentiste (Articles L4141-1 à L4142-7) - Légifrance, s. d.*).

Concernant les freins de langue, le chirurgien-dentiste peut lui aussi réaliser une frénotomie par ciseaux ou laser (Laujol & Moie Meurou, 2022).

2.1.5 Les sages-femmes

Les sages-femmes favorisent, en postpartum, la mise en place de l'allaitement en fonction du rythme du bébé et du choix de la mère. Elles accompagnent l'allaitement et assurent son suivi, en donnant des conseils sur les postures à adopter et en prévenant les complications (crevasses, lymphangites, abcès...) (*Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10) - Légifrance, s. d.*).

A la sortie de la maternité, l'accompagnement des femmes et des nouveau-nés est essentiellement assuré par une sage-femme libérale. Les sages-femmes sont donc un maillon fort de la prise en charge en sortie de maternité

2.2. Les auxiliaires médicaux

2.2.1. Les puéricultrices

Les puéricultrices sont des professionnelles de santé ayant une formation initiale de soins infirmiers ou de maïeutique et qui ont intégré ensuite une école de puériculture. 95 % des puéricultrices ont une formation initiale de soins infirmiers (Onisep, 2023).

Les puéricultrices peuvent exercer en salariat (fonction publique hospitalière, fonction publique territoriale, secteur privé, associatif, etc) ou en libéral (Ledon, 2023).

En maternité, la puéricultrice assure et coordonne les différents aspects de la prise en charge de l'enfant en lien avec le pédiatre, supervise les interventions des auxiliaires de puériculture et dispense les soins éducatifs et techniques (Collombier & Poissonnier, 2021). Concernant plus précisément l'allaitement, les puéricultrices sont formées à l'accompagnement à l'allaitement depuis son démarrage jusqu'au sevrage (Saby, 2023). Elles peuvent proposer des ateliers autour de l'allaitement et des consultations postnatales si l'allaitement s'avère compliqué. Elles donnent des conseils sur les postures à adopter ou encore des moyens permettant de faciliter l'allaitement. Tout comme les sages-femmes, les puéricultrices peuvent par exemple examiner les seins de la mère allaitante (Collombier & Poissonnier, 2021). Depuis février 2022, les puéricultrices peuvent prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement, notamment des tire-laits électriques (Article L4311-1 - Code de la santé publique - Légifrance, 2022).

2.2.2. Les masseurs-kinésithérapeutes

La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles (*Chapitre Ier : Masseurs-kinésithérapeute. (Articles L4321-1 à L4321-22) - Légifrance, s. d., p. 1).*

Dans le cadre d'une suspicion de frein de langue restrictif, le masseur-kinésithérapeute, tout comme l'ostéopathe et le chiropracteur, évalue l'aspect fonctionnel et neuro-musculo-squelettique (Laujol & Moie Meurou, 2022).

Le masseur-kinésithérapeute peut intervenir dans la prise en charge de l’hypertonie avec un schéma d’hyperextension associés à un RGO. Pour cela, il peut travailler sur l’ouverture de la cage thoracique, faire des enroulements, des étirements actifs et autres massages pour relâcher les muscles autour de l’œsophage (Ploton, 2022).

2.2.3. Les orthophonistes

L’orthophoniste prévient, évalue et traite, entre autres, les difficultés ou troubles des fonctions oro-myo-faciales (*referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf*, s. d.) en procédant à un examen anatomique (évaluation de l’anatomie bucco-faciale) et fonctionnel (évaluation des mouvements linguaux : latéraux, d’élévation et de protrusion etc).

L’orthophonie s’intéresse aux altérations de la sphère oro-faciale sur le plan moteur, sensitif et physiologique, ce qui recouvre les dysfonctions linguales, les troubles des modes respiratoires et la dysphagie (*referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf*, s. d.).

La prise en charge en orthophonie des difficultés de succion a pour objectif de faire prendre conscience au nourrisson de la sphère oro-faciale de sa bouche et l’aider à la tonifier à l’aide de jeux bucco-faciaux, de stimuler le réflexe de succion-déglutition et de travailler sur les troubles de la sensibilité bucco-pharyngée (Boyer, 2019).

Dans le cas de difficultés de succion chez le nouveau-né, l’orthophoniste va notamment avoir un rôle dans l’évaluation fonctionnelle des réflexes oraux, de la langue lors d’une suspicion de frein de langue restrictif (Amblard & Abadjian, 2021), et dans l’évaluation et la rééducation de troubles de la sensibilité buccale (Senez & MARTINET, 2015).

2.3. Les professionnels de thérapie manuelle

2.3.1. Les ostéopathes

L'ostéopathie est une méthode thérapeutique utilisant des techniques de manipulations manuelles et externes au niveau vertébrale ou musculaire. Cette pratique n'est pas remboursée par la caisse primaire d'assurance maladie.

L'ostéopathe peut manipuler le crâne, la face et le rachis du nourrisson de moins de 6 mois seulement après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie (Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, s. d.).

L'ostéopathe travaille au niveau mécanique sur les lèvres, les joues, la langue, l'os hyoïde, le rachis cervical haut, la base du crâne, les muscles sus et sous hyoïdiens ainsi que sur l'articulation temporo-mandibulaire (Noton, 2020).

Au niveau neurologique, il travaille sur la liberté des os du crâne afin de permettre aux paires crâniennes qui assurent la commande motrice et sensitive de la fonction succion-déglutition, de retrouver un meilleur fonctionnement (Noton, 2020).

Dans le cadre d'une prise en soins d'un RGO associé à une hypertonie et un schéma d'hyperextension, l'ostéopathe travaille sur l'enroulement et la libération des tensions globales retrouvées pendant l'examen (Ploton, 2022).

Dans le cadre d'une suspicion de frein de langue restrictif, l'ostéopathe, tout comme le masseur-kinésithérapeute et le chiropracteur, évalue l'aspect fonctionnel et neuro-musculo-squelettique (Laujol & Moie Meurou, 2022).

2.3.2. Les chiropracteurs

Dans le cadre d'une prise en soins du RGO associé à une hypertonie et un schéma d'hyperextension, le chiropracteur, comme l'ostéopathe, va travailler sur l'enroulement et la libération des tensions globales retrouvées pendant l'examen (Ploton, 2022).

Dans le cadre d'une suspicion de frein de langue restrictif, le chiropracteur, tout comme le masseur-kinésithérapeute et l'ostéopathe, évalue l'aspect fonctionnel et neuro-musculo-squelettique (Laujol & Moie Meurou, 2022).

Les chiropracteurs détectent des subluxations rachidiennes et extra-rachidiennes impliquant le complexe cervico-cranio-mandibulaire (Alcantara et al., 2015).

Comme l'ostéopathie, la chiropraxie n'est pas remboursée par la caisse d'assurance maladie.

2.4. Les autres professionnels

2.4.1. Les consultantes en lactation certifiées IBCLC

La consultante en lactation certifiée IBCLC est une experte de la lactation humaine et de l'allaitement maternel. Cette profession existe depuis 1985, elle est reconnue par l'HAS et l'OMS (Weiz & Marin, 2021).

La consultante en lactation intervient dans la préparation de l'allaitement, la mise en place de la lactation et dans toutes les étapes de l'allaitement jusqu'au sevrage naturel (Weiz & Marin, 2021). Tout comme la sage-femme et l'infirmière puéricultrice, elle soutient la mère en donnant des conseils sur les postures à adopter ou encore sur les moyens permettant de faciliter le transfert de lait.

Les consultations de lactation ne sont pas prises en charge par la caisse primaire d'assurance maladie (Weiz & Marin, 2021).

3. Le diagnostic et la prise en soins des difficultés d'allaitement

Face à ces causes multiples entraînant des difficultés de succion, un travail en réseau avec une équipe pluridisciplinaire est nécessaire pour soutenir les familles ayant fait le choix de ce mode de nutrition pour leur bébé. En effet, l'expérience des difficultés d'allaitement contribue fortement à l'arrêt précoce de l'allaitement et rend les mères moins susceptibles d'allaiter un futur enfant (Palmér, 2019). Les difficultés d'allaitement se perçoivent souvent dès les premiers jours d'allaitement. Toutefois, le temps d'accompagnement au sein de la maternité est très court car en moyenne le séjour d'une femme ayant accouché par voie basse est de 3 à 4 jours et par césarienne de 4 à 5 jours. Or, si les difficultés d'allaitement persistent en dehors de la maternité, les familles ne sont pas forcément bien soutenues et orientées, et la solution de passer aux préparations commerciales pour nourrissons au biberon peut rapidement survenir. Il a été démontré qu'un soutien à l'allaitement après la sortie de l'hôpital était associé à un risque diminué d'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Cela souligne donc l'importance d'un soutien professionnel continu et adapté à l'allaitement maternel (Gianni et al., 2019; Michel et al., 2007). Toutefois, l'offre d'accompagnement à l'allaitement maternel avant et après la sortie de la maternité est pour l'instant insuffisant pour pallier cela (Collombier & Poissonnier, 2021).

Il est donc nécessaire de sensibiliser davantage les professionnels de santé aux facteurs qui sont associés à l'arrêt précoce de l'allaitement (Sayres & Visentin, 2018).

4. L'intérêt d'un travail pluridisciplinaire par le développement de réseaux de professionnels

Le travail en réseau a pour objectif d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de qualité (Bungener et al., 1999). Cette collaboration professionnelle peut conduire les professionnels à mettre en commun, à partager leurs connaissances, leurs expériences, pour les mettre de façon concomitante au service des patients (D'Amour et al., 1999).

Situé à Paris, le Centre allaitement Véronique Darmangeat est un exemple de pratique pluridisciplinaire. Il réunit une équipe de professionnels comprenant une consultante en lactation, une ostéopathe, une psychologue, un ORL, un médecin généraliste et une orthophoniste, dans le but de prendre en soins les difficultés pouvant survenir pendant l'allaitement (<https://www.allaiteraparis.fr/>).

En travaillant en réseau sur les problématiques de difficultés d'allaitement, et plus particulièrement de difficultés de succion, les professionnels peuvent ainsi orienter leurs patients plus facilement vers d'autres professionnels dont le champ de compétences correspond plus spécifiquement à la cause de la difficulté de succion. De plus, ils peuvent aussi s'informer et demander des avis complémentaires. Une telle pratique implique la mise en commun de compétences spécifiques, le partage de l'information et permet ainsi la coordination des actions à mener (ANAES, 2002).

PROBLÉMATIQUE

Les professionnels ont-ils une formation suffisante pour diagnostiquer et traiter les difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ? Ont-ils une bonne représentation des autres professionnels pouvant être impliqués dans ce type de prise en soins et collaborent-ils avec eux afin d'offrir la meilleure qualité des soins aux patients ?

HYPOTHÈSES

Ce mémoire faisant un état des lieux des connaissances des professionnels, de la réorientation des patients et du travail en pluridisciplinarité, a pour objectif de répondre à l'hypothèse générale et à une hypothèse secondaire ainsi qu'aux hypothèses opérationnelles qui en découlent.

Hypothèse générale : Les compétences des professionnels dans le cadre de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois sont insuffisantes.

- **Hypothèse opérationnelle n°1 :** Nous nous attendons à ce que les professionnels ne soient pas suffisamment formés et ne se sentent pas suffisamment formés sur le mécanisme de succion ainsi que sur les manifestations et causes de difficultés de succion chez le bébé âgé de 0 à 6 mois.
- **Hypothèse opérationnelle n°2 :** Nous nous attendons à ce que les professionnels aient le sentiment que leur champ d'expertise est méconnu et qu'ils éprouvent un manque de connaissances des compétences des autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois.

Hypothèse secondaire : La coordination pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois n'est pas optimale.

- **Hypothèse opérationnelle n°3 :** Nous nous attendons à ce que les professionnels aient des difficultés à réorienter par manque de connaissances sur le champ de compétences des autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois.
- **Hypothèse opérationnelle n°4 :** Nous nous attendons à ce que les professionnels pensent qu'un travail pluridisciplinaire est pertinent dans le cadre du diagnostic et de la prise en soins de difficultés de succion du bébé allaité âgé de 0 à 6 mois et qu'ils souhaitent davantage travailler en pluridisciplinarité.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I/ LA POPULATION D'ÉTUDE

Notre étude cible les professionnels français intervenant dans le diagnostic et la prise en soins des bébés âgés de 0 à 6 mois qui rencontrent des difficultés de succion lors de l'allaitement. Parmi ces professionnels, nous avons inclus les chiropracteurs, les chirurgiens-dentistes, les consultantes en lactation certifiées IBCLC, les infirmières puéricultrices, les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins généralistes, les orthophonistes, les ostéopathes, les oto-rhino-laryngologistes, les pédiatres et les sages-femmes. Nous avons élaboré cette liste en nous appuyant sur les professions les plus souvent mentionnées dans la littérature spécialisée.

1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Exercer en France
- Exercer une des professions suivantes : chiropracteur, chirurgien-dentiste, consultant en lactation certifié IBCLC, infirmière puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, médecin généraliste, orthophoniste, ostéopathe, oto-rhino-laryngologiste, pédiatre et sage-femme.
- Exercer auprès de bébés âgés de 0 à 6 mois présentant des difficultés de succion lors de l'allaitement au sein

2. Le critère d'exclusion

Le critère d'exclusion est le suivant :

- Être titulaire d'un double diplôme (exemple : sage-femme et consultante en lactation).

II/ L'OUTIL

1. Le choix du questionnaire

Nous avons choisi une méthode d'enquête à partir d'un questionnaire (Annexe 1) afin de réaliser notre état des lieux et de vérifier nos hypothèses. Nous avons créé un questionnaire en ligne via la plateforme GoogleForms nous permettant ainsi d'interroger de façon anonyme le plus grand nombre de professionnels possible sans être limité par la distance. Les professionnels ont uniquement besoin d'une connexion Internet pour utiliser cet outil qui permet de collecter les données directement sous la forme d'un tableau Excel, facilitant ainsi leur utilisation.

2. La distribution du questionnaire

Nous avons utilisé une approche de diffusion en ligne pour atteindre un large public de professionnels en France. Pour cela, nous avons envoyé principalement des e-mails à tous les réseaux de périnatalité du territoire français, ainsi qu'aux Ordres, aux syndicats et aux associations des professions concernées. Cependant, seuls quelques-uns d'entre eux ont accepté de diffuser le questionnaire à leurs membres, tandis que d'autres ont refusé en raison d'un grand nombre de demandes similaires émanant d'étudiants. Nous avons également contacté les services pédiatriques et ORL de tous les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et quelques cliniques en France pour diffuser le questionnaire auprès de professionnels salariés. Le questionnaire a également été partagé sur des groupes du réseau social Facebook, réservés aux professionnels exerçant en pédiatrie afin de le rendre plus largement accessible.

Le questionnaire a été mis à disposition des professionnels à partir du début du mois de février jusqu'à la mi-mars 2023. L'auto-administration du questionnaire leur a offert une grande flexibilité dans le temps et la possibilité de le diffuser eux-mêmes à leur réseau professionnel.

3. L'élaboration du questionnaire

Lors de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons pris appui sur nos recherches théoriques. Nous avons rédigé des questions précises et spécifiques afin de pouvoir répondre à nos hypothèses. Pour cela, nous nous sommes inspirés d'un mémoire qui évaluait les connaissances des professionnels sur l'intervention orthophoniste auprès du bébé présentant une ankyloglossie (Alves & Christiaens, 2022).

Nous avons veillé à ce que la durée de l'enquête n'excède pas 5 minutes, et que la formulation des questions soit claire afin de ne pas perdre de participants lors de la passation. De plus, nous avons paramétré certaines questions posées aux participants en fonction de leurs réponses précédentes afin de permettre un gain de temps pour le participant et d'éviter les biais.

Avant la diffusion de l'enquête, nous avons effectué un pré-test auprès d'une dizaine de professionnels "naïfs" correspondant aux critères d'inclusion de l'étude afin que nous nous assurions de l'efficacité de notre questionnaire et que nous ajustions les défauts potentiels (Gérard, 2015). Suite à ce pré-test, nous avons notamment ajouté des choix de réponses et reformulé certaines questions.

4. La structure du questionnaire

4.1. Les questions

Le questionnaire comporte de 20 à 30 questions. Parmi ces 30 questions, 23 questions sont fermées, 5 questions sont mixtes et 2 questions sont ouvertes. Certaines des questions fermées ou mixtes sont à choix unique tandis que d'autres sont à choix multiple.

Les questions fermées permettent de collecter des réponses de façon efficace et simple pour l'analyse des données. Néanmoins, ce format de réponse peut consister en un biais car pour certaines questions il est nécessaire de prendre en compte toutes les modalités possibles afin de dresser une liste exhaustive de réponses (Fenneteau, 2015).

Ainsi, nous avons décidé de proposer quelques questions mixtes. Ces questions mixtes ont le même format qu'une question fermée mais elles possèdent en plus une proposition de réponse "autre : précisez", permettant aux participants d'ajouter une réponse qui leur semble plus pertinente.

Les questions ouvertes permettent de recueillir des réponses en évitant un effet de suggestion. Nous avons toutefois limité ce type de questions car elles sont contraignantes lors de l'analyse des données et chronophages lors de la passation pour les professionnels.

Dans le but d'obtenir des réponses aussi complètes que possible, toutes les questions du questionnaire ont été rendues obligatoires, à l'exception de la dernière question "avez-vous des remarques ?". Cependant, les questions posées aux professionnels ne sont pas toutes les mêmes, en effet certaines questions posées dépendent de leur réponse à la question précédente. Ainsi, différents parcours ont été proposés en fonction des réponses aux items.

4.2. Les groupements thématiques

Le questionnaire débute par une brève présentation de l'étude. Cette introduction a permis aux participants de prendre connaissance du sujet et de l'objectif de l'enquête. De plus, cette introduction fournit une adresse de contact, la durée moyenne de réponses au questionnaire et assure que ces dernières seront anonymes.

Les questions sont réparties en 5 groupements thématiques, construits suivant nos interrogations.

La première partie comporte des **questions signalétiques**, permettant de définir l'identité sociale des professionnels. Elle questionne les professionnels sur leur profession, le type et la région d'exercice (Q1 à Q3).

La seconde partie permet de recueillir des informations sur leur **pratique professionnelle et leur formation** en lien avec les difficultés de succion : prise en charge de bébés présentant une difficulté de succion, type de formations (Q4 à Q5.1)

La troisième partie permet d'évaluer le **sentiment de connaissances et les connaissances des professionnels au sujet du mécanisme de succion**, des manifestations et des causes de difficultés de succion (Q6 à Q14). Les connaissances des professionnels ont été évaluées

notamment par une série de 6 questions dont nous obtenons un score sur 6 que nous appelons Score de Connaissance Générale sur la Succion au Sein (SCGSS), qui est permis par la comptabilisation des réponses correctes aux questions.

La quatrième partie concerne le **sentiment de connaissances concernant le champ de compétences des autres professionnels** pouvant intervenir sur des difficultés de succion, sur la **capacité des professionnels à réorienter vers le ou les professionnels adaptés**, et sur le **sentiment de connaissance de leur champ de compétence par les autres professionnels** (Q15 à Q17.1)

La cinquième et dernière partie interroge les professionnels sur la **pertinence et le souhait de travailler en pluridisciplinarité** dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion, ainsi que leurs souhaits d'action mises en place afin d'améliorer la réorientation et le travail en pluridisciplinarité. Elle les interroge également sur leurs potentielles remarques avec une question ouverte (Q18 à Q20).

III/ LE TRAITEMENT DES DONNÉES

Dans un premier temps, l'analyse des données collectées par notre enquête a impliqué la vérification de chaque réponse pour s'assurer que le répondant correspondait à nos critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous avons ensuite procédé aux analyses descriptives des 30 questions grâce au logiciel Excel. Nous avons notamment utilisé de nombreuses formules afin d'effectuer des calculs ou bien de transformer des données textuelles en données numériques permettant ainsi de faciliter leur analyse.

Concernant les questions ouvertes et les questions mixtes, nous avons traité les données textuelles de celles-ci en identifiant les fréquences d'occurrences de mots-clés ou de groupes nominaux, notamment grâce au logiciel Excel.

Quant aux statistiques inférentielles nous permettant de savoir dans quelles mesures nos résultats obtenus sur notre échantillon apportent une connaissance fiable des caractéristiques de la population d'origine, nous les avons analysées au moyen du logiciel Statistica mis à disposition par l'Université de Montpellier.

RÉSULTATS

A l'issue de la diffusion de notre questionnaire, nous avons obtenu un total de 574 réponses. Nous avons retiré à ce total 126 réponses qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion de notre étude pour obtenir **un score total de 448 réponses**.

Nous allons détailler dans cette partie les résultats obtenus en suivant l'ordre des hypothèses générales établies au préalable.

I/ PRÉSENTATION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

Les caractéristiques des répondants sont présentées dans les graphiques ci-dessous.

En ce qui concerne la profession, les principaux répondants sont les **sages-femmes** avec **26,1 %** (n = 117) des participants. Les moins nombreux sont les **chirurgiens-dentistes** avec **1,8 %** (n = 8) des professionnels interrogés (Figure 3).

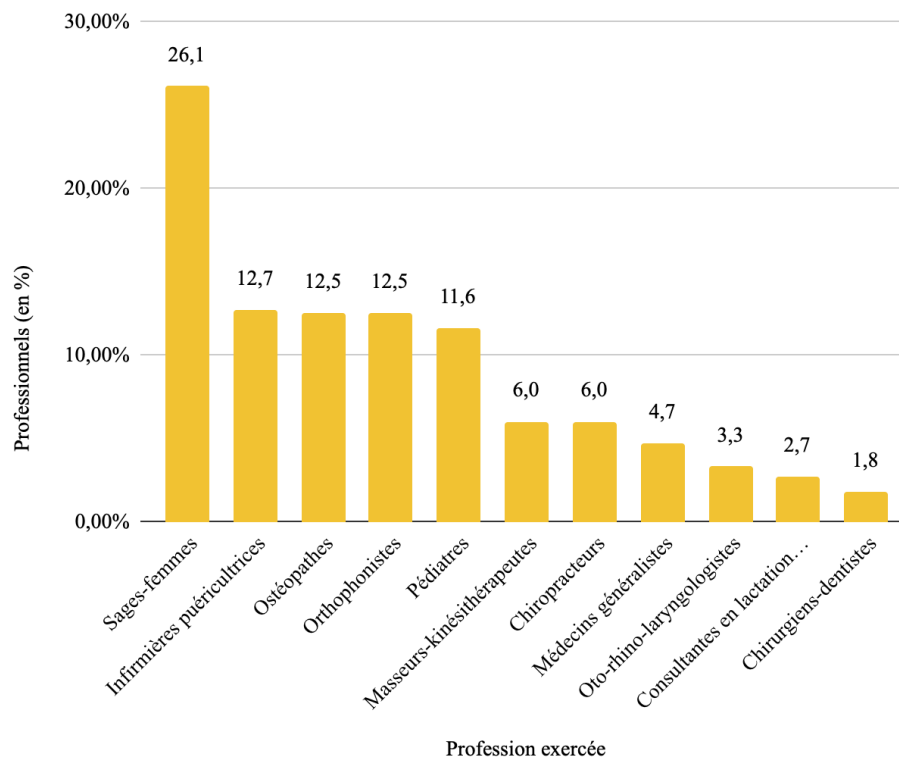


Figure 3 : Répartition (en pourcentages et par ordre décroissant) des participants en fonction de la profession.

Concernant le lieu d'exercice, la région la plus représentée est la région **Ile de France** avec **20,9 %** (n = 94) des professionnels et les régions les moins représentées sont la **Guadeloupe et Mayotte** avec **0 %** de participants (Figure 4).

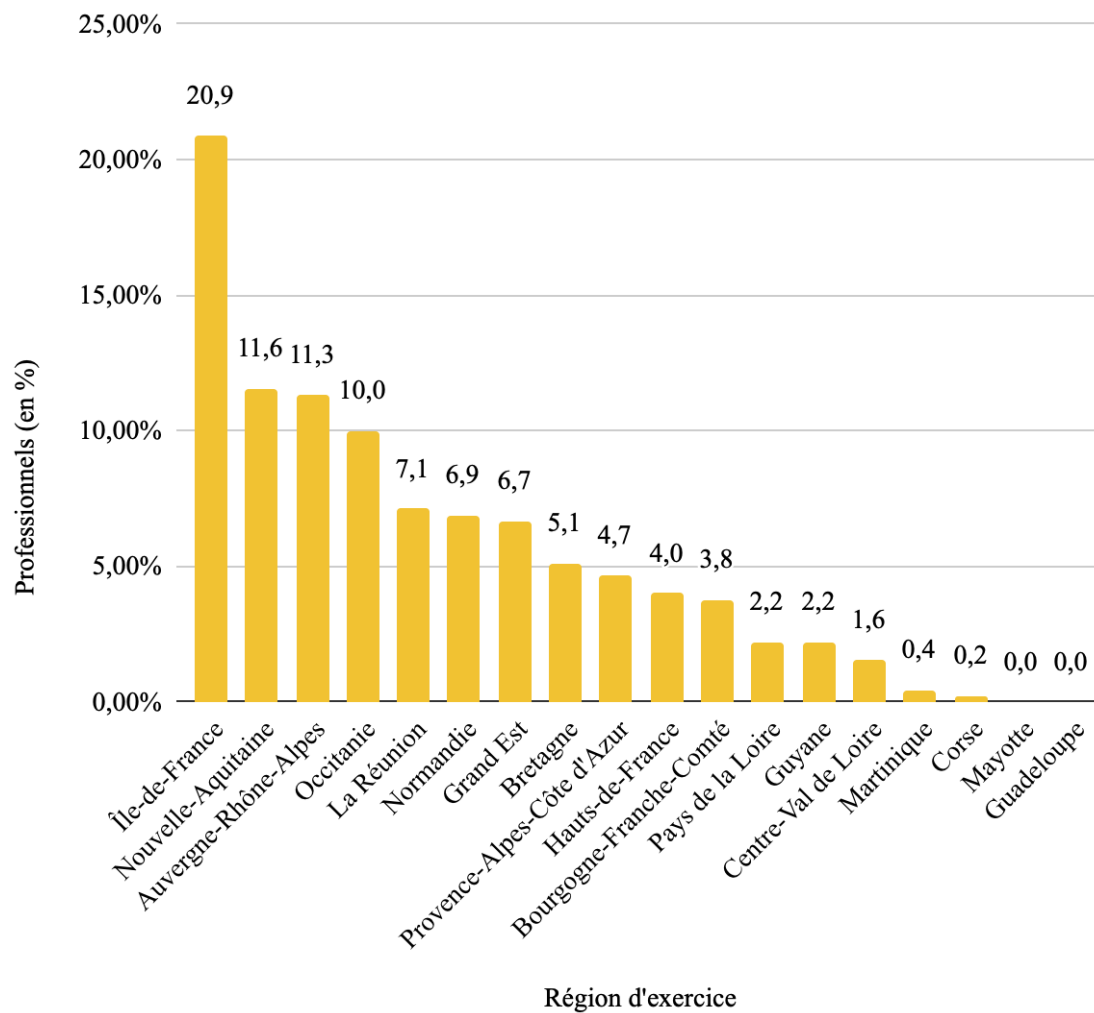


Figure 4 : Répartition (en pourcentages et par ordre décroissant) des professionnels selon leur région d'exercice.

Enfin, concernant le type d'exercice, **51,8 %** (n = 232) des professionnels travaillent en **libéral**, **39,7 %** (n = 178) travaillent en **salariat** et **8,5 %** (n = 38) ont un exercice **mixte** (Figure 5).

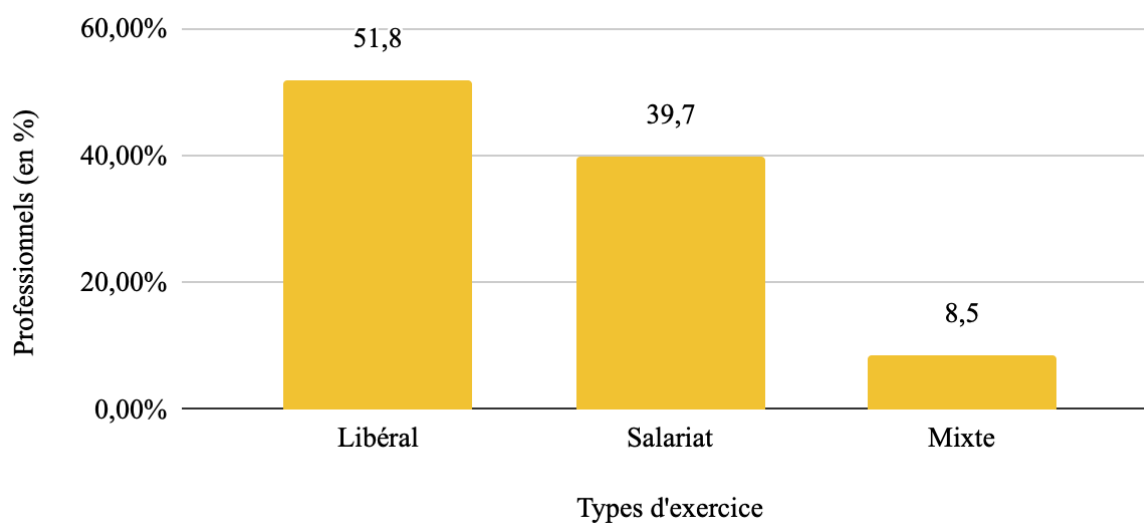


Figure 5 : Répartition (en pourcentages et par ordre décroissant) des professionnels selon leur type d'exercice.

II/ HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

“Les compétences des professionnels dans le cadre de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois sont insuffisantes”.

1. Hypothèse opérationnelle n°1

“Les professionnels ne sont pas suffisamment formés et ne se sentent pas suffisamment formés sur le mécanisme de succion ainsi que sur les manifestations et causes de difficultés de succion chez le bébé âgé de 0 à 6 mois, et cela varie en fonction de la profession”.

- Formation des professionnels sur la succion au sein du bébé allaité

La figure 6 détaille le pourcentage de professionnels ayant répondu “oui” ou “non” à la question 5 “Avez-vous déjà bénéficié d’une formation sur la succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (Formation initiale, formation continue, recherches personnelles...)”.

L’analyse descriptive des résultats permet de montrer que sur les 448 professionnels qui ont répondu à l’étude, **21 % (n = 94) indiquent ne pas avoir bénéficié d’une formation sur la succion du bébé allaité au sein.**

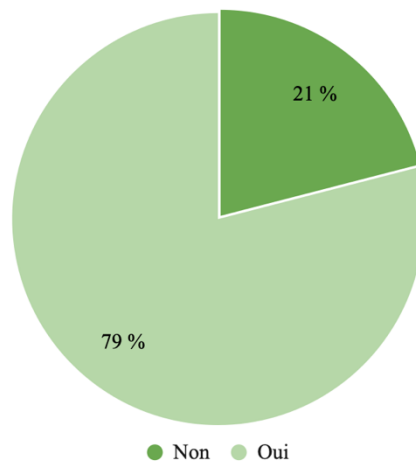


Figure 6 : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Avez-vous déjà bénéficié d’une formation sur la succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (Formation initiale, formation continue, recherches personnelles...)” (Q5).

Nous avons comparé le fait d’être formé à la succion au sein chez le bébé à la profession. L’analyse statistique du test du Khi 2 montre des différences significatives entre les réponses des professionnels ($p < 0,001$) à la question 5. Ces résultats démontrent donc que la formation sur cette thématique varie de façon significative selon la profession. De plus, nous constatons que les professionnels les moins formés sont les chirurgiens-dentistes (50 %, $n = 4$), suivis des médecins généralistes (47,6 %, $n = 10$) et des pédiatres (42,3 %, $n = 22$) (tableau 2).

Tableau 2 : Description de l’absence de formation sur la succion au sein chez le bébé en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant indiqué ne pas être formés à la succion au sein chez le bébé	Significativité
Chirurgiens-dentistes	4 (50 %)	$p < 0,001$
Médecins généralistes	10 (47,6 %)	
Pédiatres	22 (42,3 %)	
Oto-rhino-laryngologistes	5 (33,3 %)	
Sages-femmes	31 (26,5 %)	
Ostéopathes	9 (16,1 %)	
Infirmières puéricultrices	9 (15,79 %)	
Orthophonistes	4 (7,14 %)	
Chiropracteurs	0 (0 %)	
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	0 (0 %)	
Masseurs-kinésithérapeutes	0 (0%)	

- Résultats complémentaires

Les 354 professionnels déclarant avoir bénéficié d'une formation sur la succion du bébé allaité au sein ont été amenés à préciser dans quel cadre ils ont reçu cette formation (Q5.1).

31,9 % (n = 115) des professionnels indiquent avoir été formés en formation initiale, 64,8 % (n = 234) déclarent s'être formés en formation continue et 50,7 % (n = 183) se sont formés par des recherches personnelles (figure 7).

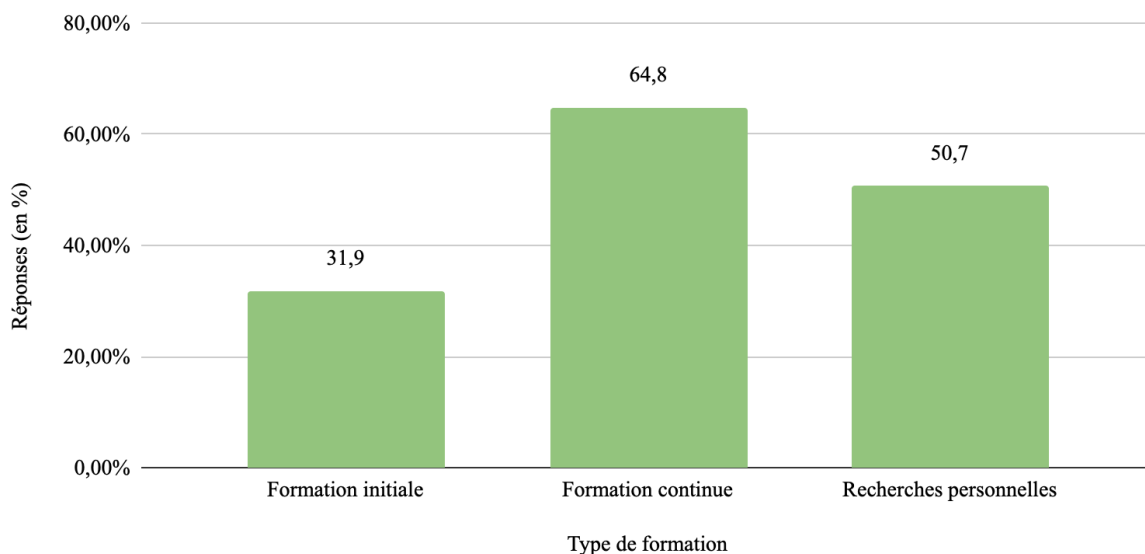


Figure 7 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “ Dans quel cadre a été suivie cette formation ?” (Q5.1).

Nous avons comparé les cadres de formation en fonction de la profession : **l'analyse statistique du test du Khi2 montre des différences significatives entre les réponses des professionnels ($p < 0,001$) à la question 5.1 “ Dans quel cadre a été suivie cette formation ?” (Q5.1).** Les résultats nous permettent donc d'affirmer que la profession a une influence significative sur les types de formation suivis.

En formation initiale, les professionnels les plus formés sont les infirmières puéricultrices (62,5 %, n = 30), tandis que les masseurs-kinésithérapeutes sont les professionnels les moins formés (3,7 %, n = 1) (tableau 3).

Tableau 3 : Description du manque de formation initiale sur la succion au sein chez le bébé en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant indiqué avoir été formés à la succion chez le bébé allaité en formation initiale	Significativité
Infirmières puéricultrices	30 (62,5 %)	p < 0,001
Sages-femmes	45 (52,5 %)	
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	5 (41,7 %)	
Médecins généralistes	4 (36,4 %)	
Chirurgiens-dentistes	1 (25 %)	
Pédiatres	7 (23,3 %)	
Ostéopathes	10 (21,3 %)	
Orthophonistes	8 (15,4 %)	
Chiropracteurs	3 (11,1 %)	
Oto-rhino-laryngologistes	1 (10 %)	
Masseurs-kinésithérapeutes	1 (3,7 %)	

Par ailleurs, les consultantes en lactation certifiées IBCLC sont les professionnels déclarant le plus avoir effectué de la formation continue sur la succion chez le bébé allaité au sein (91,67 %, n= 11), contrairement aux ORL dont seulement 20 % (n = 2) d'entre eux indiquent s'être formés en formation continue (tableau 4).

Tableau 4 : Description de la pratique de formation continue sur la succion au sein chez le bébé allaité en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant indiqué s'être formés à la succion chez le bébé allaité en formation continue	Significativité
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	11 (91,7 %)	p < 0,001
Chiropracteurs	24 (88,9 %)	
Orthophonistes	43 (82,7 %)	
Ostéopathes	35 (74,5 %)	
Masseurs-kinésithérapeutes	18 (66,7 %)	
Sages-femmes	53 (61,6 %)	
Infirmières puéricultrices	26 (54,2 %)	
Pédiatres	16 (53,3 %)	
Chirurgiens-dentistes	2 (50 %)	
Médecins généralistes	4 (36,4 %)	
Oto-rhino-laryngologistes	2 (20 %)	

Enfin, les **ORL avec 80 % de réponses positives (n = 8) sont la profession déclarant le plus effectuer des recherches personnelles** sur la succion au sein chez le bébé allaité **contre 20,9 % (n = 10) des infirmières puéricultrices** (tableau 5).

Tableau 5 : Description de la pratique de recherches personnelles sur la succion au sein chez le bébé allaité en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant indiqué s'être formés à la succion chez le bébé allaité par des recherches personnelles	Significativité
Oto-rhino-laryngologistes	8 (80 %)	p < 0,001
Chirurgiens-dentistes	3 (75 %)	
Orthophonistes	38 (73,1 %)	
Chiropracteurs	19 (70,4 %)	
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	8 (66,7 %)	
Ostéopathes	26 (55,3 %)	
Sages-femmes	42 (48,8 %)	
Pédiatres	14 (46,7 %)	
Masseurs-kinésithérapeutes	12 (44,4 %)	
Médecins généralistes	3 (27,3 %)	
Infirmières puéricultrices	10 (20,9 %)	

- Sentiment de connaissances sur la succion chez le bébé allaité de la part des professionnels

La figure 8 détaille le pourcentage de professionnels ayant répondu “oui” ou “non” à la question 6 : “Pensez-vous être suffisamment formé(e) sur le mécanisme de succion ainsi que sur les causes et manifestations de difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ?”.

L’analyse descriptive des résultats permet de montrer que sur les 448 professionnels, **65,4% (n = 293) d’entre eux déclarent ne pas se sentir suffisamment formé(e) au sujet de la succion chez le bébé allaité.**

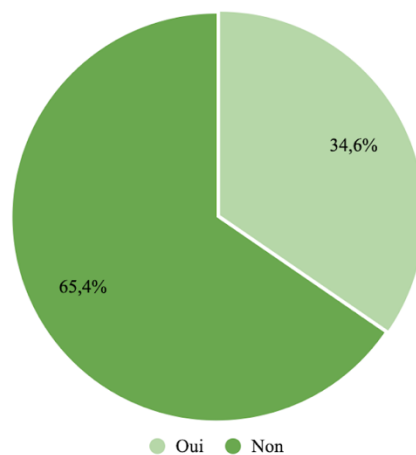


Figure 8 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Pensez-vous être suffisamment formé(e) sur le mécanisme de succion ainsi que sur les causes et manifestations de difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ?” (Q6).

Nous avons comparé le sentiment de manque de formation en fonction de la profession (tableau 5).

L’analyse statistique du **test du Khi2** montre des différences significatives entre les réponses des professionnels ($p < 0,001$) à la question 6, ce qui indique donc que la profession influe de manière significative sur le sentiment de connaissances. Les résultats mettent en évidence que ce sont **les infirmières puéricultrices qui estiment avoir le moins de connaissances** sur le sujet avec **84,2 % (n = 48)** des professionnels qui répondent “non” à la question 6, suivis des **médecins**

généralistes (80,8 %, n = 17) et des sages-femmes (78,6 %, n = 92). En revanche, les **consultantes en lactation certifiées IBCLC sont les professionnels qui considèrent avoir le plus de connaissances**, avec seulement **16,7 % (n = 2)** d'entre elles qui ont répondu "non" à la question 6 (tableau 6).

Tableau 6 : Description du manque de formations sur la succion au sein chez le bébé allaité en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant indiqué ne pas se sentir suffisamment formés à la succion au sein chez le bébé allaité	Significativité
Infirmières puéricultrices	48 (84,2 %)	p < 0,001
Médecins généralistes	17 (80,9 %)	
Sages-femmes	92 (78,6 %)	
Pédiatres	39 (75 %)	
Masseurs-kinésithérapeutes	19 (70,4 %)	
Chirurgiens-dentistes	5 (62,5 %)	
Orthophonistes	28 (50 %)	
Oto-rhino-laryngologistes	7 (46,7 %)	
Ostéopathes	25 (44,6 %)	
Chiropracteurs	11 (40,7 %)	
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	2 (16,7 %)	

- Résultats complémentaires

Pour avoir une idée plus précise des connaissances sur le sujet de la succion chez le bébé allaité pour lesquelles les professionnels se sentent le moins bien formés, nous leur avons demandé “Plus précisément, sur quoi ne vous sentez vous pas suffisamment formé ?” (Mécanisme de succion, manifestations de difficultés de succion, causes de difficultés de succion)” (Q6,1).

Nous constatons que parmi les 293 professionnels déclarant ne pas se sentir suffisamment formés au sujet de la succion chez le bébé allaité, **78,5 % (n = 230) d’entre eux ne se sentent pas suffisamment formés plus particulièrement sur les causes de difficultés de succion** chez le bébé allaité (figure 9).

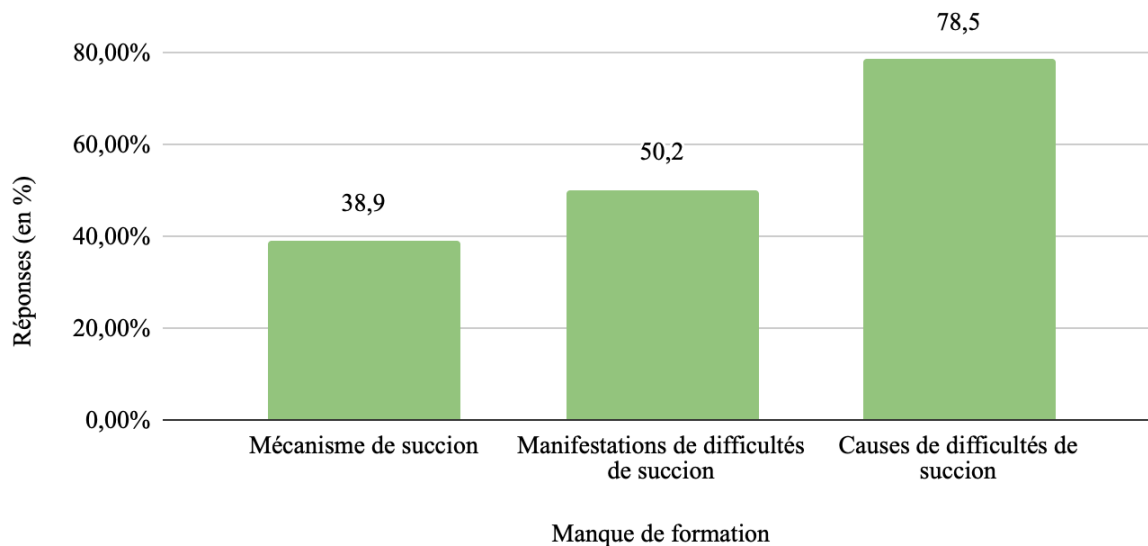


Figure 9 : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Plus précisément, sur quoi ne vous sentez-vous pas suffisamment formé ? (Mécanisme de succion, manifestations de difficultés de succion, causes de difficultés de succion)” (Q6.1).

- Évaluation des connaissances sur la succion chez le bébé allaité en fonction de la profession

Le tableau 6 présente les résultats obtenus au Score de Connaissances Générales sur la Succion au Sein (SCGSS) selon les professions.

L'analyse statistique au **test de Kruskal-Wallis** montre des **différences significatives** ($p < 0,001$) **entre les scores des professionnels**, ce qui signifie que la profession influe de façon significative sur les résultats au SCGSS. **Les consultantes en lactation certifiées IBCLC sont les professionnelles ayant les meilleures connaissances** parmi tous les professionnels de l'étude **en obtenant un score de 5,13 en moyenne, contrairement aux pédiatres, aux ORL et aux médecins généralistes qui obtiennent respectivement un score en moyenne de 3,10, 2,80 et 2,45, les classant comme les professionnels les moins bien formés** (tableau 7 ; annexe 3).

Tableau 7 : Description des résultats obtenus au SCGSS en fonction de la profession, classés par ordre décroissant en fonction de la moyenne et des quartiles.

	Effectif (pourcentages)	Moyenne & quartiles [Q1 ; Q3] au SCGSS	Significativité
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	12 (2.7 %)	5.13 [4,8 ; 6]	$p < 0,001$
Chiropracteurs	27 (6 %)	4.37 [3,5 ; 5,5]	
Masseurs kinésithérapeutes	27 (6 %)	4.15 [3 ; 5]	
Sages-femmes	117 (26.1 %)	4.07 [3 ; 5]	
Orthophonistes	56 (12.5 %)	3.78 [3 ; 5]	
Ostéopathes	56 (12.5 %)	3.8 [2,5 ; 4,5]	
Infirmières puéricultrices	57 (12.7 %)	3.51 [2,5 ; 5]	
Chirurgiens - dentistes	8 (1.8 %)	3.38 [3 ; 4,5]	
Pédiatres	52 (11.6 %)	3.10 [2,5 ; 4]	
Oto-rhino-laryngologistes	15 (3.3 %)	2.80 [2 ; 3,8]	
Médecins généralistes	21 (4.7 %)	2.45 [2 ; 3]	

Nous avons comparé les résultats obtenus par les professionnels au SGSS en fonction des formations réalisées concernant les difficultés de succion au sein du bébé allaité.

L'analyse statistique au test de Mann-Whitney montre **des différences significatives ($p < 0,001$) au SCGSS entre les professionnels ayant été formés et ceux ne l'ayant pas été**, ce qui signifie que la formation influe sur les résultats au SCGSS. Nous pouvons observer que **la moyenne du SCGSS est significativement inférieure chez les professionnels n'ayant pas réalisé de formation, par rapport aux professionnels ayant réalisé au moins une formation** concernant le mécanisme de succion au sein ainsi que sur les causes et manifestations lors de difficultés (tableau 8).

Tableau 8 : Description des résultats obtenus au SCGSS en fonction des formations réalisées, par ordre décroissant en fonction de la moyenne et des quartiles.

	Effectif (pourcentage)	Moyenne & quartiles [Q1 ; Q3] au SCGSS	Significativité
Formation(s) réalisée(s) concernant les difficultés de succion au sein chez le bébé allaité	354 (79,1 %)	3,8 [3 ; 5]	p<0,001
Aucune formation réalisée concernant les difficultés de succion au sein chez le bébé allaité	94 (20,9%)	3,1 [2 ; 5]	

Nous avons ensuite comparé les résultats obtenus par les professionnels au SGSS en fonction du sentiment des professionnels d'être suffisamment formés ou non.

L'analyse statistique au test de Mann-Whitney montre **des différences significatives ($p < 0,001$) au SCGSS entre les professionnels ayant le sentiment de ne pas être suffisamment formés et les professionnels ayant indiqué se sentir suffisamment formés**. Nous pouvons observer que **la moyenne du SCGSS est significativement supérieure chez les professionnels se sentant suffisamment formés** concernant le mécanisme de succion au sein ainsi que sur les causes et manifestations lors de difficultés (tableau 9).

Tableau 9 : Description des résultats obtenus au SCGSS en fonction du sentiment de connaissances concernant le mécanisme de succion ainsi que sur les causes et manifestations de difficultés de succion chez le bébé allaité, par ordre décroissant en fonction de la moyenne et des quartiles.

	Effectif (pourcentage)	Moyenne & quartiles [Q1 ; Q3] au SCGSS	Significativité
Professionnels indiquant se sentir suffisamment formés	155 (34,6 %)	4,2 [3,5 ; 5]	p < 0,001
Professionnels indiquant ne pas se sentir suffisamment formés	293 (65,4 %)	3,5 [2,5 ; 4,5]	

- Représentation des professionnels concernant les difficultés de succion

Afin d'étudier les représentations des professionnels concernant les manifestations de difficultés de succion, nous leur avons demandé "Selon vous, quelles sont les manifestations principales de difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (Mots-clés)" (Q10).

L'analyse des résultats textuels met en évidence **une multitude de manifestations de succion relevées par les professionnels**. Ces derniers citent en majorité **la mauvaise prise de poids du bébé à 53,6 % (n = 240)**, suivie **des pleurs et de l'agitation du bébé (38,6 %, n = 173)** et des **douleurs mammaires (35, 7%, n = 160)** (Tableau 10). Au total, près d'une trentaine de manifestations de difficultés de succion sont énumérées, avec **certaines différences selon les professions** (Annexe 4).

Tableau 10 : Description des principales représentations des professionnels concernant les manifestations de difficultés de succion chez le bébé allaité

Les 5 manifestations de difficultés de succion les plus citées par les professionnels	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant cité ces manifestations
Mauvaise prise de poids du bébé	240 (53,6 %)
Pleurs, agitation, énervement, agacement du bébé	173 (38,6 %)
Douleurs mammaires	160 (35,7 %)
Crevasses chez la mère	135 (30,1 %)
Claquement de langue du bébé / bruits	68 (15,2 %)

Dans le but d'analyser les représentations des professionnels concernant les causes de difficultés de succion, nous leur avons ensuite demandé "Selon vous, quelles sont les causes principales de difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (Mots-clés)" (Q14).

L'analyse des résultats textuels met en avant **une pluralité de causes citées par les professionnels**. Parmi les causes potentielles de difficultés de succion les plus identifiées, nous constatons que **57,1 % (n = 256) des professionnels citent le frein de langue restrictif**, **38,2 % (n = 171) mentionnent le mauvais positionnement du bébé au sein** et **15,6 % (n = 70) évoquent**

la prématurité du bébé (tableau 11). Les professionnels évoquent une trentaine de causes, dont **certaines sont plus ou moins représentées selon les professions** (Annexe 5).

Tableau 11 : Description des principales représentations des professionnels concernant les causes de difficultés de succion chez le bébé allaité

Les 5 causes de difficultés de succion les plus citées par les professionnels	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant cité ces causes
Frein de langue restrictif*	256 (57,1 %)
Mauvais positionnement du bébé au sein	171 (38,2 %)
Prématurité du bébé	70 (15,6 %)
Tensions (musculaires, cervicales...) chez le bébé	69 (15,4 %)
Malformation du mamelon (ombiliqué/invaginé, plat)	47 (10,5 %)

2. Hypothèse opérationnelle n°2

“Nous attendons à ce que les professionnels aient le sentiment que leur champ d’expertise est méconnu et qu’ils éprouvent un manque de connaissances des compétences des autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois”.

- Sentiment de reconnaissance du champ de compétence par les autres professionnels

La figure 10 détaille le pourcentage de professionnels ayant répondu “oui” ou “non” à la question 17 “Selon vous, les autres professionnels cités dans cette étude sont-ils suffisamment

informés sur votre champ de compétences autour des difficultés de succion chez le bébé allaité de 0 à 6 mois ?”.

66,5 % (n = 298) des professionnels estiment que les autres professionnels ne sont pas suffisamment informés de leur champ de compétences.

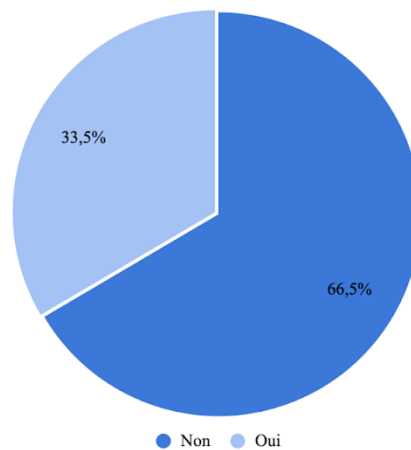


Figure 10 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Selon vous, les autres professionnels cités dans cette étude sont-ils suffisamment informés sur votre champ de compétences autour des difficultés de succion chez le bébé allaité de 0 à 6 mois ?” (Q17).

Nous avons comparé le sentiment de ne pas être assez connu par les autres professionnels en fonction de la profession.

L’analyse statistique du **test du Khi2** montre des **différences significatives entre les réponses des professionnels ($p < 0,002$) à la question 17**, ce qui signifie que le sentiment d’être connu par les autres professionnels varie de façon significative selon la profession exercée. **100 % (n = 12) des consultantes en lactation estiment que leur champ de compétences n’est pas assez connu par les autres professionnels cités dans cette étude** (tableau 12).

Tableau 12 : Description du ressenti des professionnels concernant la connaissance de leur champ de compétences par les autres professionnels cités dans cette étude en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant le sentiment que leur champ de compétences n'est pas suffisamment connu par les autres professionnels cités dans l'étude	Significativité
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	12 (100 %)	p < 0,002
Chiropracteurs	22 (81,4 %)	
Orthophonistes	45 (80,4 %)	
Masseurs - kinésithérapeutes	21 (77,78 %)	
Ostéopathes	42 (75 %)	
Infirmières pécultrices	38 (66,7 %)	
Chirurgiens-dentistes	5 (62,5 %)	
Oto-rhino-laryngologistes	9 (60 %)	
Sages-femmes	70 (59,3 %)	
Médecins généralistes	12 (57,1 %)	
Pédiatres	22 (42,3 %)	

- Sentiment de connaissances du champ de compétences des autres professionnels intervenant dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé.

La figure 11 détaille le pourcentage de professionnels ayant répondu “oui” ou “non” à la question 15 “Pensez-vous être suffisamment informé(e) concernant quels professionnels peuvent

intervenir ainsi que leurs compétences dans le diagnostic et/ou la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ?”.

L’analyse descriptive des résultats permet de montrer que sur les 448 professionnels, **43,5% (n = 195) déclarent ne pas se sentir suffisamment informé(e) concernant quels sont les professionnels qui peuvent intervenir autour du diagnostic et de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité.**

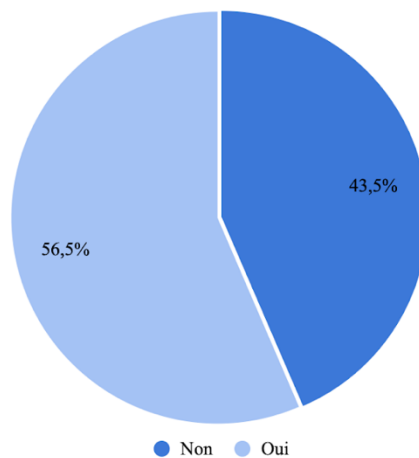


Figure 11 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Pensez-vous être suffisamment informé(e) concernant quels professionnels peuvent intervenir ainsi que leurs compétences dans le diagnostic et/ou la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ?” (Q15).

Nous avons comparé le sentiment de manque de connaissances concernant le champ de compétences des autres professionnels en fonction de la profession.

L’analyse statistique du **test du Khi2** montre des différences significatives entre les réponses des professionnels ($p < 0,001$) à la question 17, ce qui signifie que la profession influe significativement sur cette thématique. Ce sont les médecins généralistes qui se sentent les moins informés avec 66,7 % (n = 14) des professionnels qui répondent “non” à la question (tableau 13).

Tableau 13 : Description du manque de connaissances des champs de compétences des autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages) de professionnels ayant le sentiment de ne pas être suffisamment informés des professionnels pouvant intervenir dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité	Significativité
Médecins généralistes	14 (66,7 %)	p < 0,001
Sages-femmes	64 (54,7 %)	
Infirmières puéricultrices	31 (54,4 %)	
Chirurgiens-dentistes	4 (50 %)	
Oto-rhino-laryngologistes	7 (46,7 %)	
Ostéopathes	25 (44,6 %)	
Pédiatres	22 (42,3 %)	
Orthophonistes	15 (26,8 %)	
Chiropracteur	6 (22,2 %)	
Masseurs-kinésithérapeutes	6 (22,2 %)	
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	1 (8,3 %)	

- Résultats complémentaires

Nous avons demandé aux professionnels ayant le sentiment de ne pas être suffisamment informés des professionnels pouvant intervenir auprès des difficultés de succion chez le bébé allaité, d'indiquer les professions pour lesquelles ils ne sentent pas assez informés. La figure 12 détaille ainsi les réponses de la question 15.1 “Pour quels professionnels avez-vous le sentiment de ne pas être suffisamment informé(e) de leur champ de compétences dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé de 0 à 6 mois ?”.

62,1 % (n = 118) des professionnels (hormis les chirurgiens-dentistes) ont indiqué ne pas être suffisamment informés des compétences autour des difficultés de succion des chirurgiens-dentistes. Ce résultat est suivi de près par les orthophonistes pour lesquels 60,9 % (n = 109) des professionnels déclarent méconnaître leur rôle.

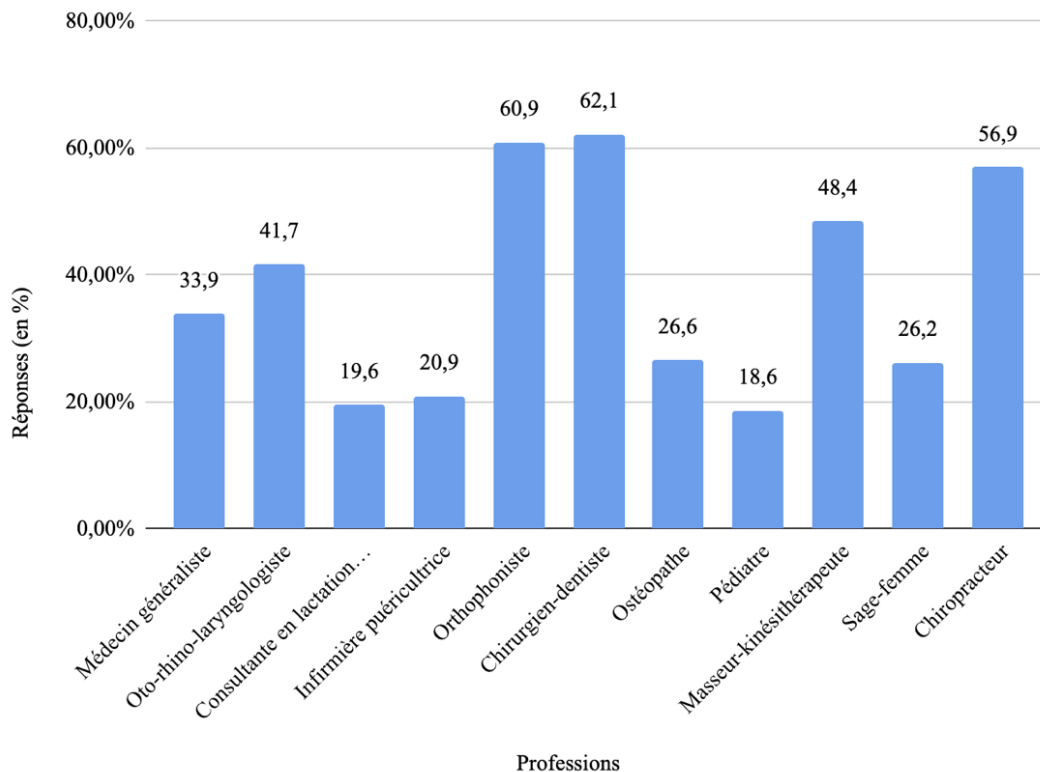


Figure 12 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Pour quels professionnels avez-vous le sentiment de ne pas être suffisamment informé(e) de leur champ de compétences dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé de 0 à 6 mois ?” (Q15.1).

Nous avons ensuite analysé les réponses de la question 15.1 de sorte à pouvoir mettre en évidence les résultats en fonction des professionnels interrogés (Annexe 7).

Tous les professionnels, hormis les consultantes en lactation certifiées IBCLC, ont indiqué méconnaître le rôle du chirurgien-dentiste dans le diagnostic et la prise en soins des bébés présentant des difficultés de succion. **Le champ de compétences des orthophonistes est notamment estimé comme méconnu par les médecins généralistes (71,4 %, n = 10),** les infirmières puéricultrices (67,7 %, n = 21) les sages-femmes (65,6 %, n = 42), les ORL (57,1 %, n = 4), les pédiatres (40,9 %, n = 9) et les chirurgiens-dentistes (50 %, n = 4). **Les consultantes en lactation sont la profession qui estiment connaître le plus les rôles des professionnels** cités dans cette étude, et sont une profession méconnue par les médecins généralistes (50 %, n = 7) et les chirurgiens-dentistes (50 %, n = 2). **Le champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes est peu connu des ORL (71,4 %, n = 5) et des orthophonistes (46,7 %, n = 7). Les chiropracteurs, les ostéopathes et les masseurs-kinésithérapeutes déclarent en majorité méconnaître le rôle de l'ORL,** respectivement à 66,7 % (n = 4), 64 % (n = 16) et 50 % (n = 3).

Nous avons enfin comparé le nombre moyen de professions sélectionnées comme méconnues par les professionnels en fonction de la profession.

L'analyse statistique du **test de Kruskal-Wallis montre des différences significatives entre les réponses des professionnels ($p < 0,001$) à la question 15.1**, ce qui signifie que la profession influe significativement sur le nombre de professions sélectionnées comme étant méconnues. Nous pouvons constater que **ce sont les ORL qui déclarent connaître le moins de professions en sélectionnant en moyenne 5,1 professions parmi les 10 professions proposées** (Tableau 14 ; Annexe 6).

Tableau 14 : Description du nombre moyen de professions sélectionnées comme méconnues par les professionnels en fonction de la profession, classé par ordre décroissant en fonction du pourcentage.

	Effectif (pourcentages)	Moyenne & quartiles [Q1 ; Q3] au vote	Significativité
Oto-rhino-laryngologistes	7 (3,6 %)	5.1 [3,5 ; 7]	p < 0,02
Ostéopathes	25 (12.8 %)	4.3 [3 ; 5]	
Sages-femmes	64 (32.8 %)	4 [3 ; 5]	
Infirmières puéricultrices	31 (15.9 %)	4 [3 ; 5]	
Consultantes en lactation certifiées IBCLC	1 (0.5 %)	4 [4 ; 4]	
Médecins généralistes	14 (7.7 %)	3.9 [3 ; 5]	
Chiropracteurs	6 (3.1 %)	3.7 [2 ; 4]	
Pédiatres	22 (11.3 %)	3.4 [2 ; 4]	
Masseurs- kinésithérapeutes	6 (3.1 %)	3.2 [2,3 ; 4]	
Orthophonistes	15 (7.8 %)	2.5 [1 ; 3]	
Chirurgiens-dentistes	4 (2.1 %)	2 [1 ; 3]	

II / HYPOTHÈSE SECONDAIRE

“La coordination pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois n’est pas optimale”.

1. Hypothèse opérationnelle n°3

“Dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois, les professionnels ont des difficultés à réorienter par manque de connaissances sur le champ de compétences des autres professionnels pouvant intervenir”.

- Pratique de réorientation

La figure 13 détaille le pourcentage de professionnels ayant répondu “oui” ou “non” à la question 16 “Vous arrive-t-il de réorienter la famille vers un autre professionnel dans le cadre d’une difficulté de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ?”.

L’analyse descriptive des résultats permet de montrer que sur les 448 professionnels, **94,6 % (n = 424) indiquent réorienter les familles, dont le bébé présente des difficultés de succion, vers d’autres professionnels** (figure 13).

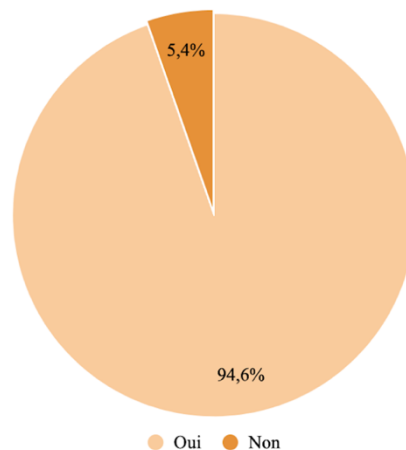


Figure 13 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question : “Vous arrive-t-il de réorienter la famille vers un autre professionnel dans le cadre d’une difficulté de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ?” (Q16).

- Résultats complémentaires

Dans l'intention de connaître davantage les pratiques de réorientation des professionnels, nous leur avons demandé de spécifier les professionnels vers lesquels ils réorientent les familles en répondant à la question 16.1 "Si oui, vers quel(s) professionnel(s) ?".

Les résultats de la question 16.1 indiquent que **les professionnels interrogés réorientent principalement (69,1 %, n = 293) vers les consultantes en lactation certifiées IBCLC**, tandis que **les infirmières puéricultrices sont les moins sollicitées (5,4 %, n = 23)** parmi les 11 professions de l'étude (figure 14).

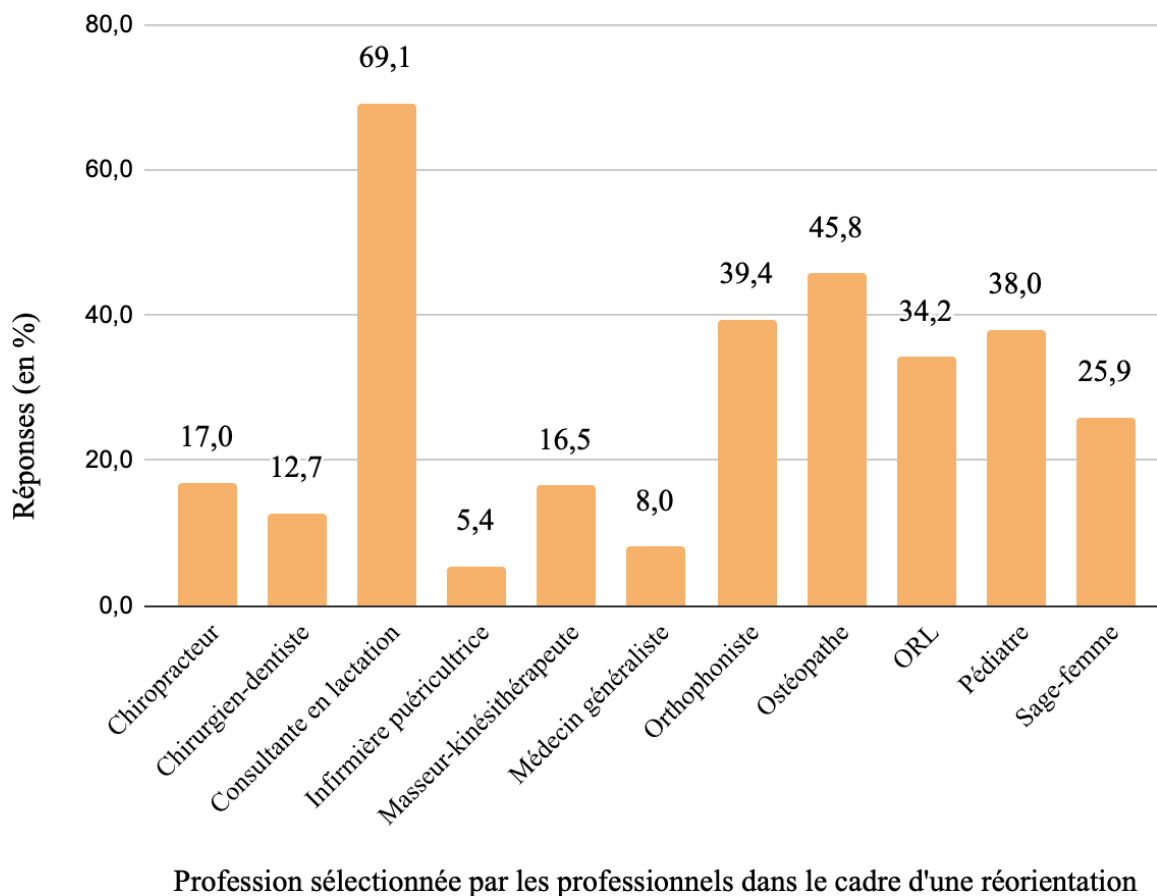


Figure 14 : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question « Si oui, vers quels professionnels ? » (Q16.1).

Nous avons ensuite analysé les réponses de la question 16.1 de sorte à pouvoir mettre en évidence les résultats en fonction des professionnels interrogés (Annexe 8).

Les résultats indiquent que **tous les professionnels, exceptés les chirurgiens-dentistes, réorientent principalement les familles vers une consultante en lactation certifiée IBCLC.** Les chirurgiens-dentistes, en effet, réorientent davantage vers des orthophonistes (62,5 %, n = 5) et des sages-femmes (65,2 %, n = 2). **Les ostéopathes et chiropracteurs se réorientent peu entre eux**, respectivement à 7,4 % (n = 4) et 15,4 % (n = 4). Dans le même ordre d'idées, **les ORL et les chirurgiens-dentistes déclarent ne jamais se réorienter entre eux. Aucun médecin généraliste n'a indiqué réorienter des patients chez des chiropracteurs, des chirurgiens-dentistes**, et très peu ont indiqué réorienter les patients vers des masseurs-kinésithérapeutes (10 %, n = 2) et des infirmières puéricultrices (10 %, n = 2). **Ils réorientent en effet les patients davantage vers des consultantes en lactation certifiées IBCLC (55 %, n = 11) et des ORL (40 %, n = 8).** Les **masseurs-kinésithérapeutes réorientent les patients en majorité vers des orthophonistes (66,7 %, n = 18), tandis que ces derniers déclarent peu réorienter vers des kinésithérapeutes (26,4 %, n = 14).** En effet, **les orthophonistes réorientent en majorité les familles vers les ostéopathes (77,4 %, n = 41), tout comme les sages-femmes (69 %, n = 78).** De nombreux ORL et les orthophonistes indiquent se réorienter mutuellement les patients, respectivement à 70 % (n = 7) et 60,4 % (n = 32). **Les pédiatres réorientent peu vers des professionnels**, tout comme les ORL et les médecins généralistes, **hormis vers les consultantes en lactation (66 %, n = 33) et les orthophonistes (60 %, n = 30).** Pour finir, **les orthophonistes sont la profession qui réoriente le plus des patients vers des confrères (20,8 %, n = 11).**

Afin de connaître les raisons qui ont poussé les professionnels à réorienter les familles, nous avons demandé à la question 16.2 "Si oui, pourquoi ?".

81,6 % (n = 346) des professionnels ont indiqué avoir réorienté la famille car la difficulté nécessitait un diagnostic et une prise en soins pluridisciplinaire, 42,5 % (n = 180) des professionnels ont déclaré que la difficulté ne relevait pas de leur champ de compétences et 34,7 % (n = 147) des professionnels ont signifié qu'ils n'étaient pas parvenus à résoudre le problème même s'il relevait de leur champ de compétences (figure 15).

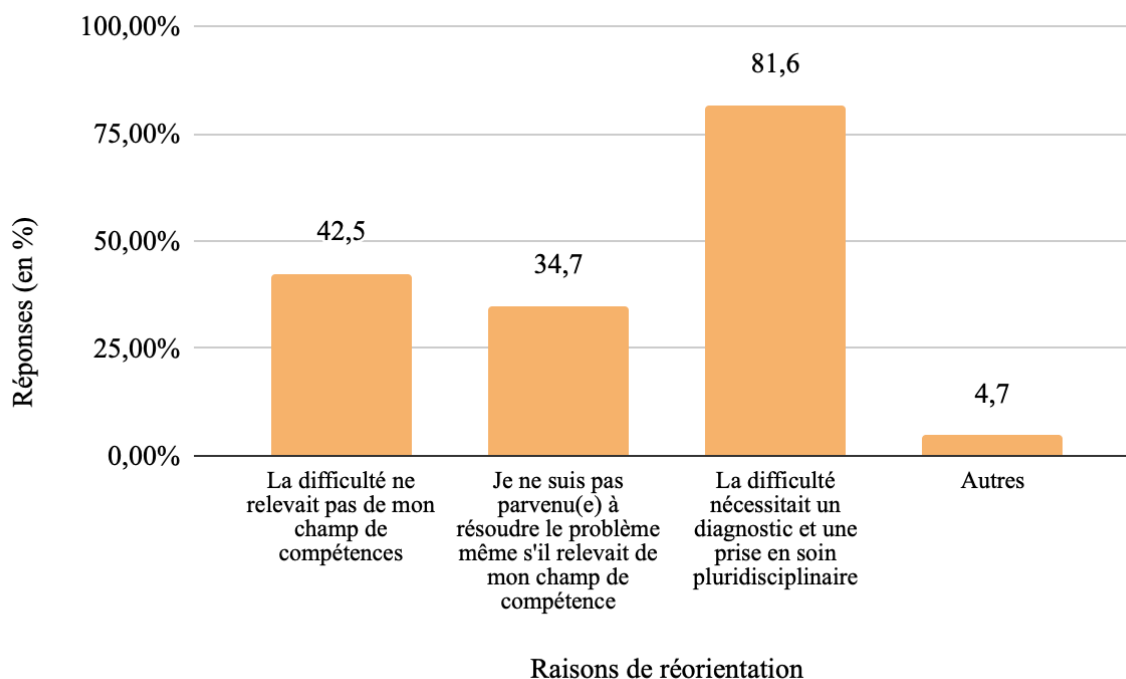


Figure 15 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Si oui, pourquoi ?” (Q16.2).

- Difficultés de réorientation

La figure 16 détaille le pourcentage de professionnels ayant répondu “oui” ou “non” à la question 16.3 “Avez-vous des difficultés à réorienter la famille vers le ou les professionnels adaptés dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ? (Difficulté à savoir vers quel type de professionnel réorienter, difficulté à trouver un professionnel formé dans ce domaine...)”.

L’analyse descriptive des résultats permet de montrer que **sur les 424 professionnels déclarant réorienter les familles, 38 % (n = 161) éprouvent des difficultés à y parvenir** (figure 16).

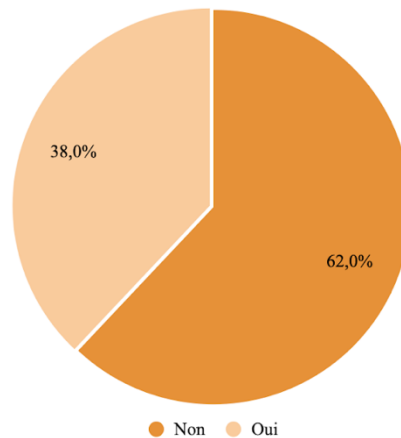


Figure 16 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Avez-vous des difficultés à réorienter la famille vers le ou les professionnels adaptés dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ? (Difficulté à savoir vers quel type de professionnel réorienter, difficulté à trouver un professionnel formé dans ce domaine...)” (Q16.3).

- Résultats complémentaires

Nous avons demandé aux 161 professionnels déclarant avoir des difficultés à réorienter les familles, les raisons de leurs difficultés par la question 16.4 “Pourquoi avez-vous des difficultés à réorienter vers un ou des professionnels (en dehors des professionnels de votre profession) dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois ?”.

66,5 % (n = 107) des professionnels indiquent ne pas avoir autour d’eux un réseau de professionnels formés dans ce domaine, 24,8 % (n = 40) déclarent ne pas savoir vers quel type de professionnel réorienter la famille et enfin, 26,1 % (n = 42) des professionnels accusent une autre raison, dont la très grande majorité d’entre eux évoque le délai d’attente pour avoir un rendez-vous chez certains professionnels (figure 17).

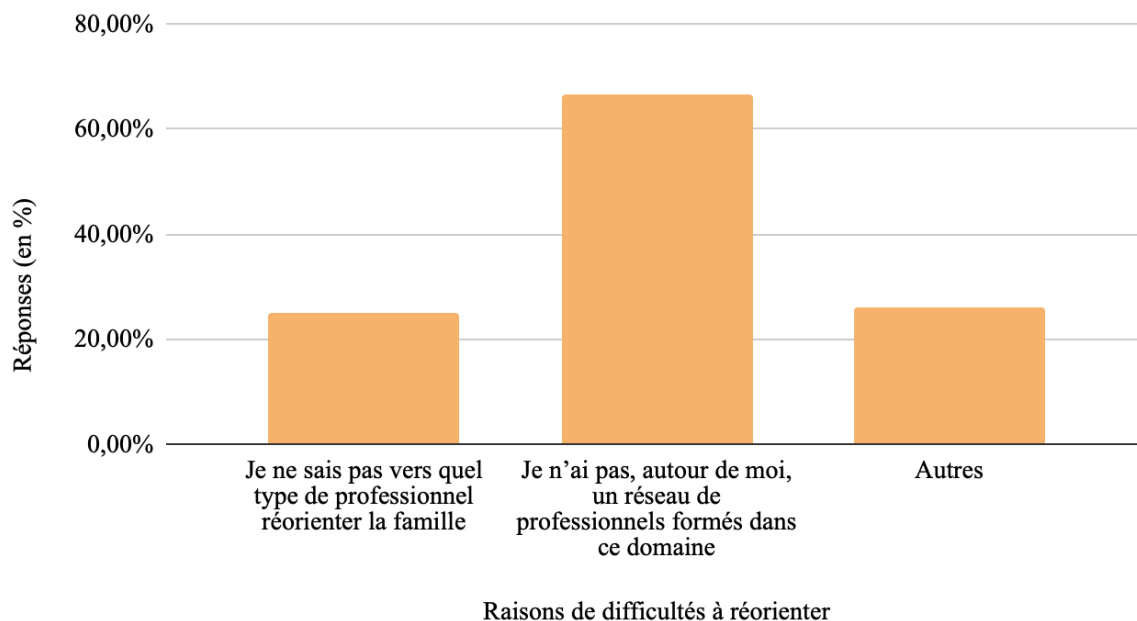


Figure 17 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Pourquoi avez-vous des difficultés à réorienter vers un ou des professionnels (en dehors des professionnels de votre profession) dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois ?” (Q16.4).

2. Hypothèse opérationnelle n°4

“Les professionnels pensent qu’un travail pluridisciplinaire est pertinent dans le cadre du diagnostic et de la prise en soins de difficultés de succion du bébé allaité âgé de 0 à 6 mois et souhaitent davantage travailler en pluridisciplinarité”.

- Pertinence du travail en pluridisciplinarité selon les professionnels

Nous avons demandé aux 448 professionnels à combien évaluent-ils la pertinence de travailler en pluridisciplinarité dans le cadre des difficultés de succion chez le bébé allaité de 0 à 6 mois sur une échelle allant de 1 (pas pertinent) à 5 (très pertinent).

La figure 18 détaille que **75 % (n = 336)** des professionnels évaluent à **5** la pertinence de travailler en pluridisciplinarité.

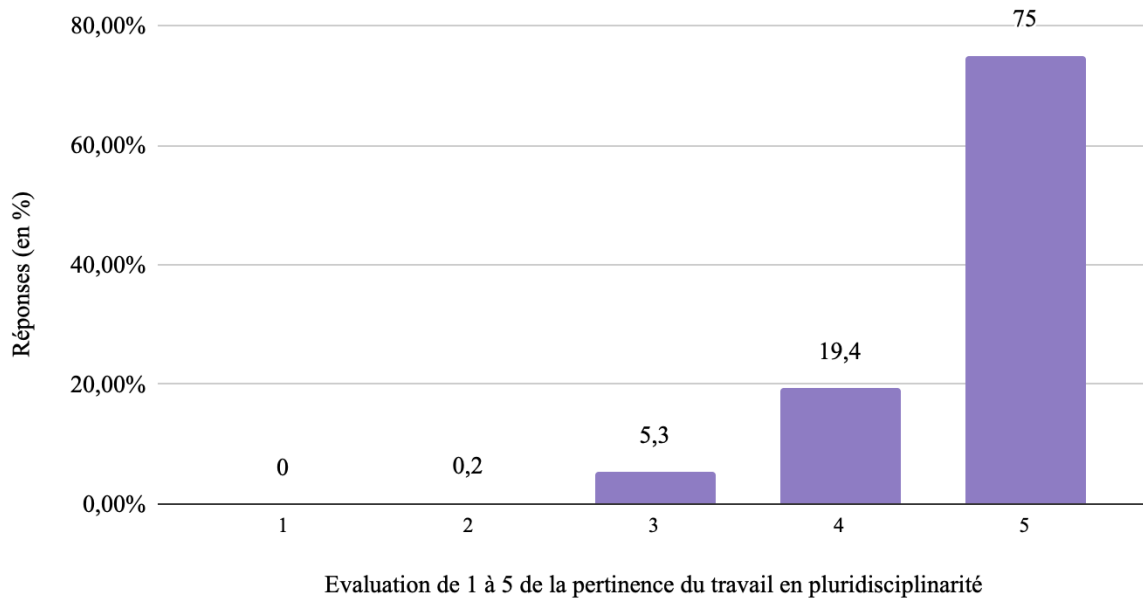


Figure 18 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “À combien évalueriez-vous la pertinence de travailler en pluridisciplinarité dans le cadre des difficultés de succion chez les bébés allaités de 0 à 6 mois ?” (Q18).

- Souhaits des professionnels concernant le travail pluridisciplinaire

La figure 19 détaille le pourcentage de professionnels ayant répondu “oui” ou “non” à la question “Souhaiteriez-vous travailler davantage en pluridisciplinarité dans le cadre du diagnostic et de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité de 0 à 6 mois ?”.

94,2 % (n = 358) des professionnels souhaitent davantage travailler en pluridisciplinarité.

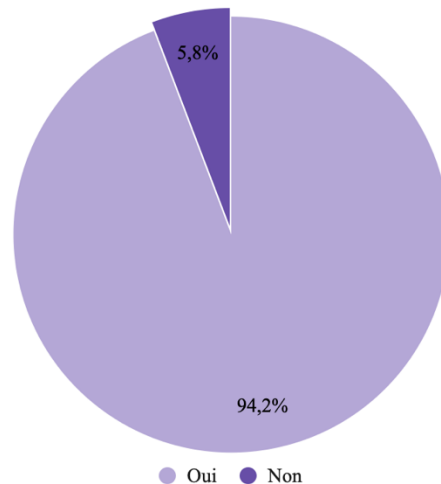
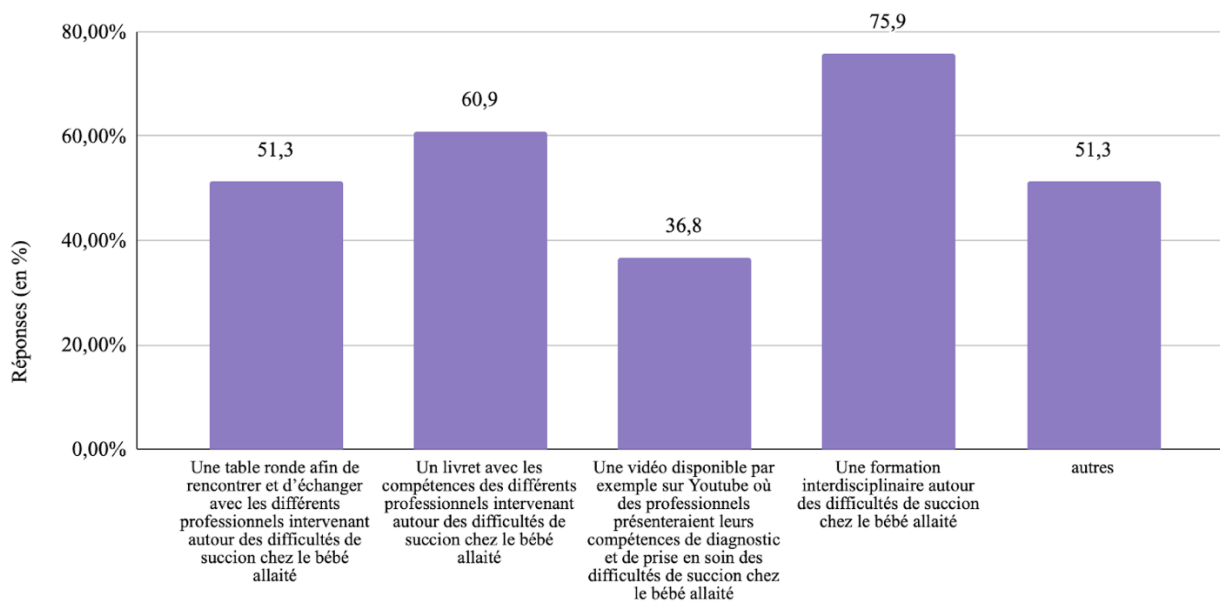


Figure 19 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Souhaiteriez-vous travailler davantage en pluridisciplinarité dans le cadre du diagnostic et de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité de 0 à 6 mois ?” (Q.19).

Nous avons ensuite demandé aux professionnels quelles actions pourraient être mises en place afin de faciliter la réorientation des patients et le travail pluridisciplinaire.

75,9 % (n = 340) des professionnels souhaiteraient participer à une formation interprofessionnelle sur les difficultés de succion chez le bébé allaité. **60,8 % (n = 273) des professionnels souhaiteraient être informés des compétences des autres professionnels par la mise à disposition d’un livret qui recenserait les compétences de chacun** dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés du bébé allaité, et **36,8 % (n = 165) des professionnels souhaiteraient que ces informations soient disponibles grâce à une vidéo** disponible par exemple sur YouTube. **51,3 % (n = 230) des professionnels souhaiteraient participer à une table ronde** afin d’échanger avec les différents professionnels. Enfin, **51,3 % (n = 230) des professionnels souhaiteraient la mise en place d’autres dispositifs, notamment** dans la grande majorité des réponses, **de l’instauration d’un annuaire par région recensant les professionnels formés.**



Actions souhaitées par les professionnels afin d'améliorer la réorientation et le travail en pluridisciplinarité

Figure 20 : Répartition (en pourcentage) des réponses à la question “Quelle(s) action(s) souhaiteriez-vous afin d'améliorer la réorientation et le travail en pluridisciplinarité dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ?” (Q20).

DISCUSSION

Après avoir interprété les résultats de cette étude en lien avec les hypothèses, nous évoquerons les limites et les perspectives de cette dernière.

I/ INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

1. Hypothèse générale

“Les compétences des professionnels dans le cadre de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois sont insuffisantes”.

1.1 Hypothèse opérationnelle n°1

“Les professionnels ne sont pas suffisamment formés et ne se sentent pas suffisamment formés sur le mécanisme de succion ainsi que sur les manifestations et causes de difficultés de succion chez le bébé âgé de 0 à 6 mois, et cela varie en fonction de la profession”.

- Formation sur la succion du bébé allaité des professionnels

Sur les 448 professionnels interrogés, **21 % (n = 94) d’entre eux indiquent ne pas avoir bénéficié de formations sur la succion chez le bébé allaité, dont majoritairement les chirurgiens-dentistes (50 %, n = 4), les médecins généralistes (47,6 %, n = 10) et les pédiatres (42,3 %, n = 22).** Parmi les 79 % (n = 354) professionnels ayant été formés, seulement 31,9 % (n = 115) d’entre eux l’ont été en formation initiale. Les professionnels ont dû recourir à de la formation continue (64,8 %, n = 234) et/ou à des recherches personnelles (50,7 %, n = 183) pour compléter leurs connaissances ou les acquérir. **Cela démontre que les formations initiales pourraient être étoffées et qu’il a été nécessaire pour les professionnels de se tourner vers de la formation continue et des recherches personnelles d’articles au cours de leur carrière afin d’avoir les compétences pour diagnostiquer et prendre en soins ces bébés souffrant de difficultés au niveau de la succion au sein.** Des études réalisées sur deux des professions que nous avons étudiées vont dans le sens de nos résultats. En 2021, Alisson Ancel a mené une étude dans le cadre de sa thèse sur les pratiques des médecins généralistes et pédiatres en matière

d'allaitement. Dans cette étude, les pédiatres témoignaient d'un manque de formation spécifique sur cette thématique ce qui engendrait dans leur pratique un faible soutien aux femmes souhaitant allaiter (Ancel, 2019). Une formation solide des professionnels est nécessaire pour soutenir les mères dans leur choix d'allaiter leur bébé et favoriser le succès de l'allaitement. Une autre étude, cette fois-ci menée en 2019 par Noémie Bocquet et al., a évalué l'efficacité d'une formation ciblée en allaitement maternel auprès de 24 médecins généralistes en France. Les résultats montrent une amélioration significative des connaissances et des pratiques en matière d'allaitement maternel chez les médecins ayant suivi cette formation (Bocquet, 2019).

- Sentiment de connaissances sur la succion chez le bébé allaité de la part des professionnels

Parmi les 448 professionnels ayant été interrogés, **65,4 % (n = 293) d'entre eux ont affirmé ne pas se sentir suffisamment formés** sur le mécanisme et les problématiques de succion chez le bébé allaité. **Les infirmières puéricultrices, les médecins généralistes, les sages-femmes et les pédiatres sont les plus concernés** avec plus de 75 % d'entre eux qui estiment se sentir insuffisamment formés. **Pourtant, ce sont les professionnels situés en première ligne pour les familles.** En effet, les infirmières puéricultrices et les sages-femmes en particulier du secteur hospitalier assurent la mise en place et l'accompagnement de l'allaitement. Les médecins généralistes et les pédiatres quant à eux ont pour rôle notamment de coordonner les soins. Il est important de déterminer la cause sous-jacente des difficultés de succion pour pouvoir proposer une prise en charge adaptée et efficace. Cela peut impliquer une anamnèse de la mère et du bébé avec un examen clinique approfondi, une évaluation de la position d'allaitement, une observation de la succion du bébé et parfois des examens complémentaires. Cette évaluation est nécessaire dans un premier temps, et si les difficultés persistent, le médecin généraliste ou le pédiatre a pour rôle de rediriger la famille vers le spécialiste le plus adapté.

Parmi les professionnels s'estimant insuffisamment formés au sujet de la succion au sein du bébé allaité, 78,5 % (n = 230) d'entre eux déclarent plus précisément ne pas se sentir suffisamment formés sur les causes de difficultés de succion, 50,2 % (n = 147) sur les manifestations de difficultés de succion et 38,9 % (n = 114) sur le mécanisme de succion. Pourtant,

les professionnels ont un rôle crucial à jouer dans le soutien de l'allaitement maternel en fournissant les informations précises et adaptées aux besoins des mères et des bébés. **Le manque de formation des professionnels concernant la résolution des difficultés d'allaitement peut conduire à ce que les professionnels recommandent aux mères de compléter l'allaitement avec des préparations commerciales pour nourrisson**, comme cela a été mis en évidence par des études (Brown, 2015; Hookway et al., 2021). L'ANAES, dans son rapport sur les recommandations liées à l'allaitement maternel, mentionne qu'une croissance qui semblait insuffisante chez les nourrissons allaités en comparaison à ceux nourris au lait de substitution, alors qu'elles ne sont pas comparables, conduit les professionnels de santé à prendre des décisions inadéquates telles que la mise en place de l'alimentation complémentaire ou voire la suppression de l'allaitement maternel. **Or, de nombreuses études ont montré que l'introduction de compléments avec un lait de substitution entraîne un sevrage plus précoce de l'allaitement maternel** à moins que cette indication soit due à une cause médicale comme par exemple le diabète maternel (Blomquist et al., 1994; Branger et al., 1998; Hill et al., 1997).

- Évaluation des connaissances sur la succion chez le bébé allaité en fonction de la profession

Un quiz de 6 questions portant sur le mécanisme de succion, ainsi que sur les manifestations et les causes de difficultés de succion a été proposé aux professionnels, nous permettant ainsi d'obtenir ainsi un Score de Connaissances Générales sur la Succion au Sein (SCGSS) moyen par profession. Les professionnels pouvaient répondre aux questions du quiz en déclarant que l'affirmation était "vraie", "fausse", "vraie, mais je ne suis pas sûre", "fausse mais je ne suis pas sûre" ou "je ne sais pas".

Grâce au test de Mann-Whitney, nous avons pu démontrer des différences significatives ($p < 0,001$) au SCGSS entre les professionnels ayant été formés à la succion chez le bébé ainsi qu'aux causes et manifestations de difficultés, et ceux ne l'ayant pas été. **La moyenne au SCGSS est significativement supérieure chez les professionnels ayant réalisé au moins une formation,**

ce qui nous permet de prouver que les 6 questions que nous avons proposées aux participants de l'étude afin d'évaluer leurs connaissances étaient pertinentes.

Par ailleurs, le test de Mann-Whitney nous a aussi permis de mettre en évidence des différences significatives ($p < 0,001$) au SCGSS entre les professionnels qui se sentent insuffisamment formés et ceux qui estiment être suffisamment formés. **La moyenne du SCGSS est en effet significativement supérieure chez les professionnels se sentant suffisamment formés** concernant le mécanisme de succion au sein ainsi que sur les causes et manifestations lors de difficultés, par rapport aux autres professionnels. **Cela prouve que les professionnels ont une bonne représentation de leur niveau de connaissances sur ce sujet.**

Enfin, le test de Kruskal-Wallis nous a permis de montrer que **le SCGSS varie significativement en fonction de la profession. Les médecins généralistes, les ORL et les pédiatres ont les scores les plus faibles** avec respectivement un score moyen à 2.45, 2.80 et 3.10. La question 9 du questionnaire "Selon vous, l'affirmation "l'expression du lait est associée à un mouvement de compression du mamelon" (Annexe 2.3) a été la question la plus sujette aux disparités de réponses. Seul 39,1 % ($n = 175$) des professionnels ont répondu juste et de façon certaine à cette question, ce qui suggère que peu de professionnels sont bien formés concernant le mécanisme de succion au sein chez le bébé allaité. En effet, initialement les études affirmaient que lors de la succion, le bébé effectuait des mouvements verticaux avec sa mandibule et qu'une compression du mamelon lorsque la mandibule se déplaçait vers le haut permettait l'éjection du lait (Bu'Lock et al., 1990). Or, maintenant grâce aux nouvelles techniques d'imagerie, nous savons que c'est la création d'une pression négative à l'intérieur de la cavité buccale grâce à l'abaissement simultané de la partie postérieure de la langue et de la mâchoire qui permet le transfert de lait (Lau et al., 2000; Sakalidis & Geddes, 2016). **Cette compréhension du mécanisme de succion est primordiale pour le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion du bébé allaité, mais au vu des résultats, plus de 60 % des professionnels n'ont pas de connaissances suffisantes ou n'ont pas de connaissances récentes à ce sujet.**

- Représentation des professionnels concernant les manifestations et les causes de difficultés de succion

Les professionnels ont été amenés à évoquer les manifestations et les causes potentielles de difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois. Ces questions étaient ouvertes afin d'analyser les représentations des professionnels et de ne pas suggérer de réponse.

Concernant les manifestations de difficultés de succion, **les professionnels citent en majorité la mauvaise prise de poids du bébé à 53,6 % (n = 240)**. Cette donnée est cohérente car le poids du bébé est **un paramètre clé surveillé de près par les professionnels** étant donné qu'il renseigne sur l'état de santé et la croissance du bébé. De plus, la stagnation ou le retard de croissance pondérale **peut indiquer entre autres une insuffisance nutritionnelle qui peut s'expliquer par une conduite inappropriée de l'allaitement** (tétées inefficaces et peu nombreuses) (ANAES, 2002).

Plus d'un tiers des professionnels mentionnent les douleurs mammaires et évoquent les crevasses comme manifestations de difficultés de succion. Ces **manifestations sont** en effet **souvent rapportées aux professionnels de santé par les mères présentant des difficultés d'allaitement** (Gianni et al., 2019). Ces douleurs et lésions sont avant tout attribuées en grande partie à **des facteurs anatomiques qui entraînent une friction anormale** entre le mamelon d'une part, et la langue, le palais, les gencives ou les lèvres d'autre part. **Cela est dû dans la plupart des cas à un positionnement inadéquat du bébé au sein** (Cable et al., 1997). Les chirurgiens-dentistes sont les seuls professionnels à ne pas citer parmi la majorité d'entre eux ces deux manifestations.

Seulement 3,1 % (n = 14) des professionnels citent les joues creusées comme étant une manifestation de difficultés de succion. Ils sont pourtant 69 % (n = 309) à déclarer que l'affirmation à la question 11 "au cours de la tétée, les joues qui se creusent à l'aspiration sont le signe d'une bonne succion" est fausse, dont 54 % (n = 242) de façon certaine (Annexe 2.4). Nous aurions donc pu nous attendre à davantage d'évocations concernant cette manifestation de difficultés. Toutefois, comme nous l'avons abordé précédemment, peu de professionnels semblent correctement formés au mécanisme de succion, et cela pourrait expliquer pourquoi certaines difficultés de succion sont peu évoquées. **Si les professionnels ne comprennent pas les**

mécanismes sous-jacents de la succion, ils risquent de ne pas être en mesure d'identifier et/ou de comprendre les signes de difficultés, et donc de ne pas les mentionner de façon spontanée. En tout cas, nous constatons que ce sont les consultantes en lactation certifiées IBCLC qui évoquent en majorité parmi tous les professionnels cette manifestation (8,3 %, n = 1), tout en sachant que c'est la profession qui a obtenu la meilleure moyenne au SGCSS.

Concernant les causes de difficultés de succion, les professionnels citent en majorité (57,1 %, n = 256) le frein de langue restrictif. Ce résultat est cohérent avec la littérature, qui fait état d'un engouement autour du frein de langue restrictif, tout en constatant d'ailleurs des connaissances fragiles chez les professionnels à ce sujet (Gremmo-Féger, 2021).

Le mauvais positionnement du bébé au sein arrive en 2ème position en étant cité par 38,2 % (n = 171) des professionnels. Ce chiffre paraît assez faible au vu de ce que dit la littérature à ce sujet. Une posture du bébé inadaptée au sein lors de l'allaitement peut en effet entraîner des difficultés de succion (Laroche & Le Flem, 2016). C'est d'ailleurs **une des principales causes de difficultés d'allaitement** (Midwives, 2003). Le rapport de l'HAS sur les bonnes pratiques de l'allaitement maternel, soutient que les professionnels doivent vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion (ANAES, 2002). Le Docteur Gremmo-Féger souligne l'importance d'une évaluation minutieuse du bébé et de sa mère pour déterminer la cause des difficultés de succion, et s'assurer que la mère a reçu les conseils adéquats sur les postures lors de l'allaitement. Une étude menée en Iran en 2020 a montré qu'un soutien avec des conseils sur les bonnes positions d'allaitement auprès des mères dont les bébés présentaient des difficultés de succion leur a permis de surmonter les difficultés rencontrées et de prolonger la durée de l'allaitement. L'étude souligne qu'il est important d'évaluer la position du bébé au sein avant de chercher des causes anatomiques comme le frein de langue restrictif, ou encore des causes neurologiques (Ranjbar et al., 2020). **Les pédiatres sont d'ailleurs les seuls professionnels à citer davantage le mauvais positionnement du bébé au sein (57,7 %, n = 30) que le frein de langue restrictif (36,6 %, n = 18), alors que d'après leurs résultats au SGCSS, ils font pourtant partie des professionnels les moins bien formés.**

De façon qualitative, nous avons pu voir que **les représentations des causes de difficultés varient entre les professionnels (Annexe 4), et cela peut notamment être mis en corrélation**

avec leur champ de compétences. En effet, nous pouvons donner l'exemple des chiropracteurs et des ostéopathes, professionnels spécialisés en thérapies manuelles, qui mentionnent les tensions comme étant une cause de difficultés de succion respectivement à 55,6 % (n = 15) et 28,6 % (n = 16), et représentant à eux seuls 44,9 % des professionnels ayant cité cette cause. Cela se corrèle avec la littérature qui spécifie que ces deux professionnels travaillent sur l'enroulement et la libération des tensions globales chez le bébé (Ploton, 2022). D'autres exemples témoignent de ce constat comme par exemple le fait que 26,7 % (n = 4) des ORL, professionnels dont la spécialité est au carrefour de la sphère oro-rhino-laryngée, citent les obstructions nasales, et représentent à eux seuls 66,7 % des professionnels qui évoquent cette cause. Nous faisons le même constat auprès des orthophonistes, spécialistes entre autres des fonctions oro-myo-faciales, dont 19,6 % d'entre eux citent l'immaturation des réflexes oraux et constituent 64,7 % des professionnels mentionnant cette cause. Ces quelques exemples font donc résonance avec les champs de compétences de ces professions.

Par ailleurs, **la pluralité des causes de succion citées par les professionnels, démontre l'importance de considérer une approche pluridisciplinaire dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité, afin de pouvoir adapter les interventions en fonction des causes identifiées.**

Au vu des résultats concernant la formation et les connaissances des professionnels autour de la succion chez le bébé allaité, **l'hypothèse opérationnelle n°1 est validée.**

2.2 Hypothèse opérationnelle n°2

“Nous nous attendons à ce que les professionnels aient le sentiment que leur champ d’expertise est méconnu et qu’ils éprouvent un manque de connaissances des compétences des autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois”.

- Sentiment de reconnaissance du champ de compétence par les autres professionnels

66,5 % (n = 298) des professionnels estiment que les autres professionnels ne sont pas suffisamment informés de leur champ de compétences, et ce sentiment varie de façon significative ($p < 0,002$) selon la profession exercée.

100 % (n = 12) des consultantes en lactation certifiées IBCLC estiment leur champ de compétences méconnu, suivi des chiropracteurs et des orthophonistes dont les chiffres sont respectivement de 81,4 % (n = 22) et 80,4 % (n = 45). Les consultantes en lactation certifiées IBCLC sont pourtant les expertes de la lactation humaine et de l’allaitement maternel, et ont pour rôle de donner des conseils sur les postures à adopter ou encore sur les moyens permettant de faciliter le transfert de lait (Weiz & Marin, 2021). C’est une profession qui a l’avantage pour les mères de facilement pouvoir se déplacer à domicile, mais n’est toutefois pas remboursée par la sécurité sociale. Elles ont le sentiment d’être méconnues, pourtant seulement 19,6 % des professionnels déclarant méconnaître le rôle de certaines professions de l’étude, ont cité celui de consultante en lactation. De plus, 69,1 % des professionnels pratiquant la réorientation des patients quand cela est nécessaire, indiquent réorienter les familles vers elles. Toutefois, concernant les orthophonistes, 60,9 % (n = 109) des professionnels indiquant méconnaître certaines professions, déclarent en effet ne pas suffisamment connaître leur champ de compétences. Cette méconnaissance semble se répercuter sur les pratiques de réorientation des patients, car seulement 39,4 % des professionnels indiquent réorienter les familles vers des orthophonistes. Ce même constat est fait pour les chiropracteurs, pour lesquels le champ de compétences est peu connu par les autres professionnels, et dont ces derniers indiquent réorienter peu vers eux.

- Sentiment de connaissances du champ de compétences des autres professionnels intervenant dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé.

Près de la moitié des professionnels (43,5 %, n = 195) déclarent ne pas se sentir suffisamment informés des champs de compétences des autres professionnels qui travaillent autour des difficultés de succion chez le bébé allaité, **dont notamment les médecins généralistes (66,7 %, n = 14) et les sages-femmes (54,7 %, n = 64).** Les médecins généralistes ont pourtant le rôle d’orienter les familles vers les professionnels adaptés et d’assurer la coordination des soins. Ils sont pour les familles un repère central dans la prise en soins.

Parmi ces professionnels déclarant ne pas se sentir suffisamment informés, 61,1 % (n = 118) et 60,9 % (n = 109) d’entre eux déclarent ne pas être suffisamment informés des compétences respectivement des chirurgiens-dentistes et des orthophonistes autour des difficultés de succion chez le bébé allaité. Les chirurgiens-dentistes peuvent intervenir dans la réalisation d’une frénotomie par ciseaux ou laser (Laujol & Moie Meurou, 2022). La littérature appuie en effet le fait que c’est une compétence peu connue par les professionnels travaillant autour des difficultés de succion (Power & Murphy, 2015). Concernant l’orthophonie, c’est pourtant une profession de santé qui prévient, évalue et traite entre autres les difficultés ou troubles des fonctions oro-myo-faciales et l’oralité, en procédant à un examen anatomique et fonctionnel, et dont le rôle dans le diagnostic et la prise en soins peut s’avérer primordiale. Cette méconnaissance peut être attribuée au fait que ce domaine d’expertise des orthophonistes est très récent. En effet, il a été intégré à la nomenclature des orthophonistes seulement depuis avril 2018.

Nous pouvons envisager que ces résultats, outre le fait de démontrer une méconnaissance mutuelle, soulignent un écart important de communication et de collaboration entre les différents professionnels impliqués dans ce type de prise en soins, ce qui pourrait entraver la qualité des soins. **La méconnaissance des champs de compétences est considérée comme l’une des principales barrières à une collaboration efficace** entre les professionnels, entraînant ainsi entre autres une mauvaise coordination des soins, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur la qualité des soins et la prise en soins optimale (Supper et al., 2015).

Au vu des résultats concernant les connaissances des champs de compétences des professionnels travaillant autour des difficultés de succion chez le bébé allaité, **l'hypothèse opérationnelle n°2 est validée.**

Notre hypothèse générale est donc validée.

2. Hypothèse secondaire

“La coordination pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en soins des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois n’est pas optimale”.

2.1 Hypothèse opérationnelle n°3

“Dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois, les professionnels ont des difficultés à réorienter par manque de connaissances sur le champ de compétences des autres professionnels pouvant intervenir”.

- Pratique de réorientation

Parmi l’ensemble des professionnels interrogée, la très grande majorité d’entre eux **ont recours à la réorientation**, vers un ou plusieurs professionnels, dans le cadre d’une difficulté de succion chez le bébé allaité.

La plupart des professionnels indiquent réorienter les patients vers des consultantes en lactation, tandis qu’une minorité d’entre eux déclarent solliciter les infirmières puéricultrices. Les consultantes en lactation certifiées IBCLC sont en effet l’une des professions pour lesquelles les bébés doivent être réorienter en première intention. Bien qu’elles ne soient pas reconnues en tant que profession médicale en France, elles bénéficient de la reconnaissance de l’HAS et de l’OMS. Leur formation certifiante, connue sous le nom de International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), comprend une formation universitaire spécifique en lactation ainsi qu’un

minimum de 1000 heures de pratique clinique. Ces compétences font d'elles des expertes dans le domaine de la lactation humaine et de l'allaitement maternel. Notre étude a d'ailleurs révélé qu'elles détiennent les connaissances les plus approfondies parmi tous les professionnels interrogés. Dans le cas où les conseils proposés par la consultante en lactation certifiée IBCLC sur les postures à adopter ou encore sur les moyens permettant de faciliter le transfert de lait ne parviennent pas à résoudre les difficultés d'allaitement, il convient donc de considérer que le problème pourrait être inhérent au bébé. Dans ces cas-là, une réorientation dans un deuxième temps vers un professionnel spécialisé dans la pathologie tel que l'orthophoniste est adapté.

Il est rare que les ostéopathes et les chiropracteurs se réorientent mutuellement leurs patients, et cela peut s'expliquer par le fait, entre autres, qu'ils sont tous deux professionnels de thérapie manuelle dont les domaines d'expertise peuvent se chevaucher (Laujol & Moie Meurou, 2022; Ploton, 2022). Concernant ces deux types de professionnels, peu de pédiatres et de généralistes déclarent réorienter des patients vers eux car ils ne sont pas reconnus comme professionnels de santé.

Les masseurs-kinésithérapeutes réorientent les patients en majorité vers des orthophonistes, tandis que ces derniers déclarent peu réorienter vers des kinésithérapeutes. Il est possible que cela soit dû au fait que la kinésithérapie est une des professions dont le champ de compétences est l'un des moins connu par les orthophonistes, comme nous avons pu le relever dans nos résultats.

Enfin, de nombreux ORL et orthophonistes indiquent se réorienter mutuellement des patients. Ce sont en effet deux professions expertes de la sphère ORL dont le diagnostic et la prise en soins peuvent être complémentaires.

Par ailleurs, 81,6 % de ces professionnels ont indiqué que cette réorientation était **due à une difficulté chez le bébé qui nécessitait un diagnostic et une prise en soins pluridisciplinaire**. Dans le cas d'un frein de langue restrictif, il est en effet recommandé de procéder à un diagnostic et une prise en charge pluridisciplinaire. En effet, une évaluation fonctionnelle de la langue par un orthophoniste ou un masseur-kinésithérapeute spécialisée est nécessaire pour poser le diagnostic de frein de langue restrictif ou d'ankyloglossie, et limiter les interventions chirurgicales par les chirurgiens-dentistes et ou les médecins, aux seuls cas le nécessitant vraiment (Société Française de Pédiatrie et al., 2022).

De plus, **plus d'une tiers des professionnels ont signifié qu'ils n'étaient pas parvenus à résoudre le problème même s'il relevait de leur champ de compétence.** Cette raison pourrait être causée par **le manque de formation et de connaissances des professionnels qui pourraient altérer le bon diagnostic et la bonne prise en soins** des bébés présentant des difficultés de succion.

- Difficultés de réorientation

Parmi les professionnels ayant déjà réorienté des familles, **38 % (n = 161)** d'entre eux **ont indiqué avoir éprouvé des difficultés.** 66,5 % (n = 107) de ces derniers accusent le fait de ne **pas avoir autour d'eux un réseau de professionnels formés dans ce domaine.** Ceci peut s'expliquer par le fait que **les professionnels n'ont pas le temps ou n'ont, en tout cas, pas la démarche ou l'opportunité de rencontrer les professionnels** travaillant dans le même secteur qu'eux. Cela peut aussi s'expliquer par **la présence de nombreux déserts médicaux** en France métropolitaine et d'outre-mer, notamment dans les zones rurales ou bien dans les zones urbaines défavorisées, qui rendent l'accès aux soins difficiles pour les populations concernées. 26,1 % (n = 42) des professionnels accusent une autre raison à la difficulté de réorienter des patients, en citant en grande majorité, **le délai d'attente très important pour avoir un rendez-vous chez certains professionnels,** notamment chez les orthophonistes. Cela appuie l'idée que **les déserts médicaux ont une influence négative sur la prise en soins** des difficultés de succion chez le bébé allaité. Afin de remédier à cette situation, différentes mesures ont été mises en œuvre, dont notamment la création d'une liste d'attente territoriale commune. Ce dispositif gratuit permet aux patients d'effectuer une demande unique de rendez-vous auprès des orthophonistes, infirmiers, sages-femmes, médecins et kinésithérapeutes de leur secteur, en remplissant un questionnaire disponible sur plateforme inzee.care.

Par ailleurs, 24,8 % (n = 40) des participants à l'étude déclarent ne **pas savoir vers quel type de professionnel réorienter** la famille. Cela met en évidence, que **la méconnaissance du champ de compétences des professionnels** intervenant dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion **influe sur la réorientation des patients.**

Au vu des résultats concernant les pratiques de réorientation ainsi que les difficultés de réorientation évoquées par les professionnels, **l'hypothèse opérationnelle n°3 est validée.**

2.2 Hypothèse opérationnelle n°4

“Les professionnels pensent qu’un travail pluridisciplinaire est pertinent dans le cadre du diagnostic et de la prise en soins de difficultés de succion du bébé allaité âgé de 0 à 6 mois et souhaitent davantage travailler en pluridisciplinarité”.

- Pertinence du travail en pluridisciplinarité selon les professionnels

Les trois quarts des professionnels évaluent à 5 sur une échelle allant de 1 (pas pertinent) à 5 (très pertinent), **la pertinence de travailler en pluridisciplinarité**. Ce chiffre est cohérent avec ce qui est rapporté par la littérature. **L’HAS recommande l’intervention coordonnée de plusieurs professionnels**, en spécifiant que ces professionnels doivent être formés à la pratique et au suivi de l’allaitement au cours de leur étude et en formation continue (ANAES, 2002). En effet, nous pouvons donner l’exemple du **frein de langue restrictif pour lequel une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire** afin de proposer aux familles une évaluation ainsi qu’une prise en charge la plus complète possible (Caloway et al., 2019). Quelques professionnels ont témoigné travailler dans un centre pluridisciplinaire et déclarent qu’il est très intéressant pour eux d’échanger et d’exercer en complémentarité. Toutefois, certains professionnels qui soutiennent l’importance du travail en pluridisciplinarité, soulignent aussi que cela peut être difficile à gérer pour les parents. En effet, ces derniers sont souvent confrontés à des discours très différents de la part des professionnels, et certaines professions ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale comme les ostéopathes, les chiropracteurs et les consultantes en lactation certifiées IBCLC.

- Souhaits des professionnels concernant le travail pluridisciplinaire

La très grande majorité des professionnels témoignent souhaiter davantage travailler en pluridisciplinarité.

Nous leur avons demandé quelles actions pourraient être mises en place afin de faciliter la réorientation des patients et le travail pluridisciplinaire. 75,9 % (n = 340) des professionnels souhaiteraient **participer à une formation interprofessionnelle** sur les difficultés de succion chez le bébé allaité et 51,3 % (n = 230) voudraient participer à **une table ronde** sur ce sujet. Cela témoigne de la **volonté des professionnels de discuter et de s'informer** autour de cette thématique et de rencontrer physiquement les autres professionnels afin d'en connaître davantage sur les champs de compétences de chacun et de créer un réseau de professionnels dans le but de travailler ensemble. Plus de la moitié des professionnels (51,3 %, n = 230) souhaiteraient la mise en place d'autres dispositifs, tels qu'**un annuaire par région recensant les professionnels formés**. Cela fait écho à la constatation que de nombreux professionnels ont du mal à réorienter leurs patients en raison du manque de professionnels formés dans leur réseau de soins. Par ailleurs, 60,8 % (n = 273) des professionnels souhaiteraient la mise à disposition d'un **livret qui recenserait les compétences** de chaque profession dans le diagnostic et la prise en soins des difficultés de succion, et 36,8 % (n = 165) souhaiteraient que ces informations soient disponibles grâce à une vidéo disponible sur Youtube. **Cela manifeste le manque d'information des professionnels concernant les champs de compétences des autres professionnels, et la volonté de s'en informer.**

Au vu des résultats concernant la pertinence du travail pluridisciplinaire et le souhait des professionnels dans cette démarche, **l'hypothèse 4 est validée.**

Notre hypothèse secondaire est donc validée.

II/ LIMITES DE L'ÉTUDE

1. Limites liées au questionnaire

Pour notre étude, nous avons voulu favoriser les questions fermées pour minimiser le temps de passation, mais nous avons réalisé que cela pouvait influencer les réponses et empêcher les professionnels de répondre spontanément. Ce fut notamment le cas pour les questions 16.2, 16.4 et 20 (Annexe 1). En incluant une option “autres” dans le questionnaire, les professionnels ont pu suggérer des réponses personnelles, et nous avons constaté que certaines d’entre elles revenaient fréquemment. Il aurait été pertinent d’avoir suggéré ces éléments de réponses parmi les choix proposés afin d’obtenir des résultats plus représentatifs.

Concernant les 6 questions permettant d’évaluer les connaissances générales des professionnels sur la succion au sein du bébé allaité, plusieurs professionnels nous ont fait remarquer que les réponses à ces questions peuvent être subjectives, qu’elles dépendent du contexte et que nos résultats pouvaient donc être faussés.

Il aurait été préférable d’avancer la date de publication du questionnaire afin d’avoir le temps de relancer tous les professionnels contactés, et ainsi d’avoir un nombre plus important de participants, notamment pour certaines professions telles que les chirurgiens-dentistes, les consultantes en lactation et les oto-rhino-laryngologistes.

Il aurait été intéressant de demander aux professionnels l’année de leur diplôme afin d’étudier si le niveau de connaissances sur la succion chez le bébé allaité variait selon l’ancienneté de l’exercice.

2. Limites liées à la population d'étude

Le nombre de participants à l'étude n'a pas été homogène selon la profession. Les sages-femmes représentent une part très importante de notre population avec 26,1 % (n = 117) de participants, tandis que les chirurgiens-dentistes ne représentent que 1,8 % (n = 8) de l'ensemble des professionnels ayant répondu à l'étude. De plus, cela n'est pas représentatif du paysage professionnel français. En effet, 42 031 chirurgiens-dentistes ont été recensés en France en 2021 contre 23 541 sages-femmes (*ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)*, 2023).

Lors de la réalisation de notre méthodologie, nous avons choisi d'exclure les professionnels titulaires d'un double diplôme afin de faciliter le traitement et l'analyse des données. Nous avons aussi pour objectif de ne pas biaiser les résultats en fonction des professions. Toutefois, les professionnels titulaires d'un diplôme de consultante en lactation certifiées sont en majorité titulaires d'un autre diplôme (sage-femme, infirmière puéricultrice, pédiatre, orthophoniste...). Sur les 43 consultantes en lactation certifiées IBCLC qui ont répondu à notre questionnaire, 31 étaient titulaires d'un double diplôme. Nous n'avons donc pas pris en compte leurs réponses afin de respecter nos critères d'inclusion, mais nous pouvons donc considérer que nos résultats ne sont pas représentatifs de cette profession.

Enfin, il aurait été pertinent d'inclure dans notre enquête d'autres professions telles que les chirurgiens maxillo-faciaux.

3. Limite liée au sujet

Les freins buccaux restrictifs, et notamment le frein de langue restrictif, sont depuis quelques années une thématique au cœur de la l'activité médicale, et dont le diagnostic et la prise en soins suscitent des discordances (Gremmo-Féger, 2021). Cela a ainsi pu biaiser les réponses des professionnels au cours du questionnaire.

III/ PERSPECTIVES

Afin d'améliorer les connaissances des professionnels, la réorientation des patients et le travail en pluridisciplinarité, il serait pertinent de mettre en place sur le terrain des solutions, notamment celles évoquées par les professionnels à la question 20.

La réalisation d'une plaquette ou d'une vidéo d'information permettrait de sensibiliser les professionnels aux récentes études faites sur le mécanisme de succion, ainsi qu'à la pluralité des causes et des manifestations de difficultés de succion. Cet outil d'information pourrait aussi servir à sensibiliser les professionnels sur le rôle et le champ de compétences de chaque profession dans le diagnostic et la prise en soins de ces difficultés, et permettrait aussi de promouvoir l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire.

La mise en place de formations interdisciplinaires et de tables rondes permettrait d'aborder ces mêmes sujets avec l'avantage de faciliter la rencontre entre les professionnels, et ainsi la création de réseaux de professionnels. Il pourrait être intéressant de mettre en place ces événements par le biais des associations de prévention tels que l'Association de prévention en Orthophonie de l'Hérault (A.P.O.H) ou encore par le biais des réseaux de périnatalité tels que le Réseau de Périnatalité d'Occitanie (RPO).

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de réaliser un état des lieux, dans le cadre des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois, des connaissances des professionnels français, de la réorientation des patients et du travail en pluridisciplinarité. Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons diffusé auprès de 11 professions susceptibles de prendre en soins des bébés présentant des difficultés de succion.

L'analyse statistique des 448 réponses des professionnels nous a permis de mettre en évidence que nombre d'entre eux manquent de formation et de connaissances sur la succion au sein et sur les difficultés associées, et que cela varie en fonction de la profession. Les formations initiales mériteraient d'être étoffées à ce sujet notamment pour les professionnels de santé en première ligne. De plus, les professionnels se sentent méconnus en termes de compétences et eux-mêmes témoignent méconnaître les champs de compétences des autres professionnels pouvant intervenir dans ce type de prise en soins, et cela varie aussi en fonction de la profession exercée. Cela souligne l'écart important de communication et de collaboration entre les différents professionnels. Par ailleurs, plus d'un tiers des professionnels qui réorientent des patients témoignent éprouver des difficultés, notamment car ils ne disposent pas autour d'eux d'un réseau de professionnels suffisamment formés dans ce domaine. Enfin, les professionnels expriment le désir de travailler davantage en pluridisciplinarité et souhaitent des solutions pour améliorer leur formation et leur collaboration avec les autres professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie, V. (2003). *Démarche pédiatrique vis-à-vis d'un nouveau-né atteint d'une fente labio-maxillaire et/ou palatine*. 216.

Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives De Pédiatrie - ARCHIVES PEDIATRIE*, 11, 603-605.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>

Abadie, V. (2022). In *Alimentation de l'enfant et de l'adolescent* (Elsevier Masson).

Alcantara, J., Alcantara, J. D., & Alcantara, J. (2015). The Chiropractic Care of Infants with Breastfeeding Difficulties. *EXPLORE*, 11(6), 468-474.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.08.005>

Alliot-Licht, B., & Thivichon-Prince, B. (2019). *La bouche de l'enfant et de l'adolescent* (1^e édition.). Elsevier Masson.

Alves, V., & Christiaens, M. (2022). *L'intervention orthophonique auprès du bébé âgé de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie : état des lieux des connaissances des professionnels français et création d'un outil d'information*. Université de Caen.

Amblard, A.-S., & Abadjian, F. (2021). *Les freins buccaux restrictifs chez le nourrisson de 0 à 1 an. Le nourrisson*(287).

ANAES. (2002). *Allaitement maternel—Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant—Recommandation de bonnes pratiques*.

Ancel, A. (2019). *Pratiques des médecins généralistes et des pédiatres libéraux de Moselle en matière d'allaitement et de diversification alimentaire dans la première année de vie*. Université de Lorraine.

André, V. (2017). *La perception sensorielle des bébés nés à terme et prématurés*. Rennes 1.

Article L4311-1—Code de la santé publique—Légifrance, Code de la santé publique (2022).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137201/2022-02-09/

Aumonier, M. E., & Cunningham, C. C. (1983). Breast feeding in infants with Down's syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 9(5), 247-255. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1983.tb00323.x>

Baxter, R. (2020). *frein de langue : Comment une petite corde sous la langue affecte l'allaitement, la parole, l'alimentation et plus encore* (Alabama Tongue-Tie Center Inc.).

Bebear, P., Guerrier, P., Rey, P., & Serrano, P. (2012). *Document de référence en OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE à l'usage des Commissions de Qualification*.

Blanchet, C., Lathuillière, M., & Mondain, M. (2016). *Quand les morceaux ne passent pas : Quel bilan chez l'enfant ?*

Bleeckx, D. (2001). *Dysphagie—Evaluation Et Rééducation Des Troubles De La Déglutition* (De Boeck Université).

Blomquist, H. K., Jonsbo, F., Serenius, F., & Persson, L. A. (1994). Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 83(11), 1122-1126. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb18263>.

Bocquet, N. (2019). *Formation en allaitement maternel : Efficacité d'une intervention ciblée auprès de médecins généralistes*.

Bodensteiner, J. B. (2008). The evaluation of the hypotonic infant. *Seminars in Pediatric Neurology*, 15(1), 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2008.01.003>

Bonnet, F. (s. d.). *De la succion déglutition du nourrisson à la mastication déglutition de l'adulte*.

Boyer, J. (2019). Diagnostic et prise en charge des troubles de la déglutition. In *La bouche de l'enfant et de l'adolescent* (Elsevier Masson).

Branger, B., Cebron, M., Picherot, G., & de Cornulier, M. (1998). Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Archives de Pédiatrie*, 5(5), 489-496.

[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(99\)80312-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(99)80312-1)

Brecheteau, C. (2015). *L'oralité en service de néonatalogie : Création d'une plaquette d'informations pour l'équipe soignante*. 87.

Brown, A. (2015). Milk supply and breastfeeding decisions : The effects of new mothers' experiences. *NCT Perspective*.

Bruwier, S., Pâques, V., Poot, I., Hesbois, F., François, A., Maton, P., & Langhendries, J.-P. (2014). Stimulation de l'oralité. In J. Sizun, B. Guillois, C. Casper, G. Thiriez, & P. Kuhn (Éds.), *Soins de développement en période néonatale : De la recherche à la pratique* (p. 129-137).

Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0529-0_13

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche* (Erès, Vol. 1).

Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche* (Erès, Vol. 2).

Bu'Lock, F., Woolridge, M. W., & Baum, J. D. (1990). Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing : Ultrasound study of term and preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32(8), 669-678. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1990.tb08427.x>

Bungener, M., Huard, P., & Poisson-Salomon, A.-S. (1999). Martine Bungener, Anne-Sylvie Poisson-Salomon, Travailler et soigner en réseau, Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VI H en région parisienne. *Sciences Sociales et Santé*, 17(2), 89-90.

Cable, B., Stewart, M., & Davis, J. (1997). Nipple wound care : A new approach to an old problem. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 13(4), 313-318. <https://doi.org/10.1177/089033449701300417>

Calais-Germain, B., & Germain, F. (2013). *Anatomie pour la voix : Comprendre et améliorer la dynamique de l'appareil vocal*. Éd. Désiris, DL 2013.

Caloway, C., Hersh, C. J., Baars, R., Sally, S., Diercks, G., & Hartnick, C. J. (2019). Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 145(9), 817-822. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2019.1696>

Cascales, T., & Olives, J.-P. (2013). Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant : Avantages d'une consultation conjointe entre pédiatre et psychologue. *Archives de Pédiatrie*, 20(8), 877-882. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.05.008>

Cavalier, A., & Mazurier, E. (2013). Plagiocéphalie fonctionnelle (non synostotique) : Prévention dès la maternité. *Réalités Pédiatriques*. <https://www.realites-pediatriques.com/plagiocephalie-fonctionnelle-non-synostotique-prevention-des-la-maternite/>

Cerruto, E., Gounot, N., Carval, K. L., Chabert, P., Mellier, G., Lamblin, G., & Chene, G. (2018). Comment je fais...une désombilication du mamelon. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(6), 555-557. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.05.005>
Chapitre 1er : Masseur-kinésithérapeute. (Articles L4321-1 à L4321-22)—Légifrance. (s. d.). Consulté 27 avril 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA0000006171311/>

Charpentier-Demers, A., Loisel, M.-E., Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). L'alimentation basée sur les compétences. In *Les soins du développement—Assurer la neuroprotection du nouveau-né* (CHU Sainte-Justine).

Chevalier, B., & Garcia, M. (2012). *Kiné actualité, 1296. Le réflexe nauséeux. Bases anatomophysiologiques dans la prise en charge des troubles de l'oralité.*

Collombier, M., & Poissonnier, C. (2021). *La plus-value de l'infirmière puéricultrice en maternité. 58.*

Corre, P., & Tessier, M.-H. (2019). Anomalies de la langue acquises et congénitales. In *La bouche de l'enfant et de l'adolescent* (Elsevier Masson).

Couly, G. (2010). *Les oralités humaines ; avaler et crier : Le geste et son sens* (Doin).
<https://halldulivre.com/livre/9782704012824-les-oralites-humaines-avalier-et-crier-le-geste-et-son-sens-gerard-couly/>

Crost, M., & Kaminski, M. (1998). L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Archives de Pédiatrie*, 5(12), 1316-1326.
[https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(99\)80049-9](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(99)80049-9)

D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé* (Vol. 17).

Daniel Marcelli & David Cohen. (2012). 7—Psychopathologie de la sphère oro-alimentaire. In *Enfance et psychopathologie* (Ninth Edition, p. 163-174). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-10368-1.00007-3>

Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Devauchelle, B., Bayet, B., Bennaceur, S., & Bettega, G. (1996). *Langue et dysmorphie*. Masson.

Dewey, K. G., & Lönnnerdal, B. (1986). Infant Self-Regulation of Breast Milk Intake. *Acta Paediatrica*, 75(6), 893-898. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1986.tb10313>.

Dewey, K. G., Nommsen-Rivers, L. A., Heinig, M. J., & Cohen, R. J. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), 607-619. <https://doi.org/10.1542/peds.112.3.607>

Dubé, É. (2020, juillet 1). Difficultés d'allaitement, de succion et de déglutition chez le bébé. *Physiothérapie Élise Dubé*. <http://physioelisedube.com/difficultes-dallaitement-de-succion-et-de-deglutition-chez-le-bebe/>

Elad, D., Kozlovsky, P., Blum, O., Laine, A. F., Po, M. J., Botzer, E., Dollberg, S., Zelicovich, M., & Ben Sira, L. (2014). Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(14), 5230-5235. <https://doi.org/10.1073/pnas.1319798111>

Enquête nationale périnatale 2021. (2021). <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>

Farges, J.-C., & Robin, O. (2019). Formation de la cavité buccale et ses annexes. Développement des grandes fonctions associées. In *La bouche de l'enfant et de l'adolescent* (Elsevier Masson).

Fayoux, P., & Couloigner, V. (2016). *ORL de l'enfant | Livre | 9782294744716*.

Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire* (Editions Dunod).

Genna, C. W., Saperstein, Y., Siegel, S. A., Laine, A. F., & Elad, D. (2021). Quantitative imaging of tongue kinematics during infant feeding and adult swallowing reveals highly conserved

patterns. *Physiological Reports*, 9(3), e14685-n/a. <https://doi.org/10.14814/phy2.14685>

Gérard, F. (2015). *Conduite d'enquête par questionnaire*.

Gianni, M., Bettinelli, M., & Manfra, P. (2019). *Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation*.

Giugliano, F. P., Miele, E., & Staiano, A. (2016). Disorders of Sucking and Swallowing. *Textbook of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, 233-245. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17169-2_20

Gosselin, J., & Amiel-Tison, C. (2007). *Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans | Livre | 9782294091094* (Masson).

Goulet, M. (2019). *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant au développement neurotypique et chez l'enfant autiste*. Université Paris Descartes.

Gremmo-Féger, G. (2016). Allaitement maternel : L'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Spirale*, 80(4), 40-51. <https://doi.org/10.3917/spi.080.0040>

Gremmo-Féger, G. (2021). *La saga des « freins buccaux restrictifs » chez l'enfant allaité*. 9.

Gulati, I. K., & Jadcherla, S. R. (2019). Gastroesophageal Reflux Disease in the Neonatal Intensive Care Unit Infant : Who Needs to Be Treated and What Approach Is Beneficial? *Pediatric Clinics of North America*, 66(2), 461-473. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.012>

Haddad, M. (2017). *Oralité et prématurité*. 271, 107-124.

Hartmann, P. E., Owens, R. A., Cox, D. B., & Kent, J. C. (1996). Breast Development and Control of Milk Synthesis. *Food and Nutrition Bulletin*, 17(4), 1-12. <https://doi.org/10.1177/156482659601700404>

Hazelbaker, A. K. (2017). Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF). *Clinical Lactation*, 8(3), 132-133. <https://doi.org/10.1891/2158-0782.8.3.132>

Hill, P. D., Humenick, S. S., Brennan, M. L., & Woolley, D. (1997). Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clinical Pediatrics*, 36(6), 345-350.
<https://doi.org/10.1177/000992289703600606>

Hooker, D. (1952). *The prenatal origin of behavior* (Lawrence, University of Kansas Press).

Hookway, L., Lewis, J., & Brown, A. (2021). The challenges of medically complex breastfed children and their families : A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 17(4), e13182.
<https://doi.org/10.1111/mcn.13182>

Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., & Taylor, H. (2015). The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery*, 31(1), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.001>

International Lactation Consultant Association. (1999). *Evidence-Based Guidelines for Breastfeeding Management during the First Fourteen Days*. 32.

Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH:A Breastfeeding charting system and documentation Tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 23(1), 27-32.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847>.

Khonsari, R. H., & Catala, M. (2018). *Développement de la face*. 13. <https://www.em-consulte.com/article/1252110/developpement-de-la-face>

Laroche, C., & Le Flem, S. (2016). *Le soutien postural, premier soutien du développement*. 53.

Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills : What do we know? *The American*

Journal of Clinical Nutrition, 103(2), 616S-21S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.109603>

Lau, C., Alagugurusamy, R., Schanler, R. J., Smith, E. O., & Shulman, R. J. (2000).

Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. *Acta Pædiatrica (Oslo)*, 89(7), 846-852. <https://doi.org/10.1080/080352500750043765>

Laujol, S., & Moie Meurou, L. (2022). Freins restrictifs buccaux. In *Les déformations crâniennes du nourrisson : Une prise en charge pluridisciplinaire* (Elsevier Masson).

Ledon, E. (2023). *Prescription par les infirmières puéricultrices de dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement—ClinicalKey Student*. 60.

Masarei, A. G., Sell, D., Habel, A., Mars, M., Sommerlad, B. C., & Wade, A. (2007). The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal: Official Publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 44(3), 321-328. <https://doi.org/10.1597/05-185>

Matthews, M. K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4(4), 154-165. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(88\)80071-8](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(88)80071-8)

Maurice, A., Kersuzan, C., Comoretto, G., & Tichit, C. (2021). Le choix d'allaiter son premier enfant : Une décision maternelle sous influence. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 56(1), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2020.09.006>

Mazurier, E., & Christol, M. (2010). *Allaitement maternel—Précis de pratique clinique* (Sauramps Médical).

Mcfarland, D. H. (2009). *L'anatomie En Orthophonie : Parole, Déglutition Et Audition* (Elsevier Masson).

Meier, P. P., Brown, L. P., Hurst, N. M., Spatz, D. L., Engstrom, J. L., Borucki, L. C., & Krouse, A. M. (2000). Nipple shields for preterm infants : Effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 16(2), 106-114; quiz 129-131.
<https://doi.org/10.1177/089033440001600205>

Messner, A. H., Lalakea, M. L., Aby, J., Macmahon, J., & Bair, E. (2000). Ankyloglossia : Incidence and associated feeding difficulties. *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, 126(1), 36-39. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>

Michel, M.-P., Gremmo-Féger, G., Oger, E., & Sizun, J. (2007). Étude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité : Incidence et facteurs de risque. *Archives de Pédiatrie*, 14(5), 454-460.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2007.01.005>

Midwives, R. C. of. (2003). *Pour un allaitement réussi : Physiologie de la lactation et soutien aux mères*. Elsevier Masson.

Milette, I., Martel, M.-J., & Ribeiro da Silva, M. (2019). La prématurité. In *Les soins du développement—Assurer la neuro-protection du nouveau-né* (CHU Sainte-Justine).

Miller, A. J. (1982). Deglutition. *Physiological Reviews*, 62(1), 129-184.
<https://doi.org/10.1152/physrev.1982.62.1.129>

Miller, C., & Madhoun, L. (2016). Feeding and Swallowing Issues in Infants With Craniofacial Anomalies. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1, 13.
<https://doi.org/10.1044/persp1.SIG5.13>

Mizuno, K., & Ueda, A. (2001). Development of sucking behavior in infants with Down's syndrome. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 90(12), 1384-1388.

<https://doi.org/10.1080/08035250152708761>

Mizuno, K., & Ueda, A. (2003). The maturation and coordination of sucking, swallowing, and respiration in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 142(1), 36-40.

<https://doi.org/10.1067/mpd.2003.mpd0312>

Mohammadzadeh, A., Farhat, A., & Esmaeily, H. (2005). The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Medical Journal*, 26(8), 1231-1234.

Montjaux-Régis, N., Gazeau, M., Raynal, F., & Casper, C. (2009). *Allaitement maternel du prématuré* (Elsevier Masson).

Morice, A., Soupre, V., Mitanchez, D., Renault, F., Fauroux, B., Marlin, S., Leboulanger, N., Kadlub, N., Vazquez, M.-P., Picard, A., & Abadie, V. (2018). Severity of Retrognathia and Glossoptosis Does Not Predict Respiratory and Feeding Disorders in Pierre Robin Sequence. *Frontiers in Pediatrics*, 6, 351. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00351>

Nabulsi, M., Ghanem, R., Smaili, H., & Khalil, A. (2022). The inverted syringe technique for management of inverted nipples in breastfeeding women : A pilot randomized controlled trial. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00452-1>

Ndiaye, O., Diouf, S., & Fall. (2006). Macroglossie chez l'enfant : Description de trois cas et diagnostic étiologique. *EM-Consulte*, 19(6).

Neifert, M., DeMarzo, S., Seacat, J., Young, D., Leff, M., & Orleans, M. (1990). The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 17(1), 31-38.

<https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1990.tb00007.x>

Noton, X. (2020). *Trouble de l'oralité alimentaire chez l'enfant : Les connaissances des médecins sur la prise en charge pluridisciplinaire*. Université de Lorraine.

OMS. (s. d.). *Allaitement*. Consulté 25 avril 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding>

ONDPS (*Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*). (2023, avril 27). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Onisep. (2023). *Diplôme d'Etat de puéricultrice*. www.onisep.fr.
<https://www.onisep.fr/ressources/univers-formation/Formations/Post-bac/diplome-d-etat-de-puericultrice>

Palmér, L. (2019). Previous breastfeeding difficulties : An existential breastfeeding trauma with two intertwined pathways for future breastfeeding—fear and longing. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1588034.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1588034>

Peres, K. G., Cascaes, A. M., Nascimento, G. G., & Victora, C. G. (2015). Effect of breastfeeding on malocclusions : A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 104(467), 54-61. <https://doi.org/10.1111/apa.13103>

Pfister, R., Launoy, V., Vassant, C., Martinet, M., Picard, C., Bianchi, J. E., Berner, M., & Bullinger, A. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, 60(4), 317-335. <https://doi.org/10.3917/enf.604.0317>

Piérart, B., Cauchies, B., & Piérart, E. (2015). *Orthophonie, logopédie et orthodontie : Théorie, évaluation, intervention*. De Boeck-Solal, DL 2015.

Ploton, M.-C. (2022). Le reflux gastro-oesophagien. In *Les déformations crâniennes positionnelles du nourrisson : Une prise en charge pluridisciplinaire*. Elsevier Masson, DL 2022.

Power, R. F., & Murphy, J. F. (2015). Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties : Achieving a balance. *Archives of Disease in Childhood*, 100(5), 489-494.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306211>

Ranjbar, F., Farajzadegan, Z., & Delaram, M. (2020). *Breastfeeding Difficulties and Encouragement for Iranian Women : A Qualitative Study*. 1-9.

Referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf. (s. d.). Consulté 9 novembre 2022, à l'adresse https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/wp-content/uploads/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf

Reid, J., Reilly, S., & Kilpatrick, N. (2007). Sucking performance of babies with cleft conditions. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal: Official Publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 44(3), 312-320. <https://doi.org/10.1597/05-173>

Renault, F. (2008). Exploration des troubles de la déglutition. *Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie*, 15, 834-836.

Renfrew, M., & Hall, D. (2008). Enabling women to breast feed. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a1570. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1570>

Richardson. (2018). *Sucking Reflex in Newborns : Testing, Seeking Help, and Other Reflexes*.

Healthline. <https://www.healthline.com/health/parenting/sucking-reflex>

Rigourd, V., Jacquemain, K., Mari, S., De Villepin, B., Bellanger, C., Serror, J. Y., & Guyonnet, A. (2019). Allaitement maternel : Difficultés et complications. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 2(1), 62-71. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2019.01.003>

Rochat, P. (1991). *Activité tactilo-orale chez le nouveau-né*, in AF. Jouen et A. Hénocq (sous la direction de), *Du nouveau-né au nourrisson*. https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-

Rosen, R., Vandenplas, Y., Singendonk, M., Michael, C., Carlo, D. L., Gottrand, F., Sandeep, G., Miranda, L., Annamaria, S., Nikhil, T., Tipnis, N., & Tabbers, M. (2018). Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines : Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(3), 516-554.

<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001889>

Rowan-Legg, A., Société canadienne de pédiatrie, & Comité de la pédiatrie communautaire. (2015). L'ankyloglossie et l'allaitement. *Paediatrics & Child Health*, 20(4), 214-218.

<https://doi.org/10.1093/pch/20.4.214>

Saby, K. (2023). *Posture de la puéricultrice pour un allaitement maternel instinctif*. 60.

Sakalidis, V. S., & Geddes, D. T. (2016). Suck-Swallow-Breathe Dynamics in Breastfed Infants. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 32(2), 201-211; quiz 393-395. <https://doi.org/10.1177/0890334415601093>

Salavane, B., de Launey, C., Guerrisi, C., Boudet-Berquier, J., & Castetbon, K. (2014). *Durée de l'allaitement maternel en France*. 27.

Sandritter, T. (2003). Gastroesophageal reflux disease in infants and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(4), 198-205. <https://doi.org/10.1067/mpg.2003.59>

Sayres, S., & Visentin, L. (2018). *Breastfeeding : Uncovering barriers and offering solutions*. 30, 591-596.

Schaal, B. (2010). *Le fœtus perçoit les odeurs et s'en souvient : La formation d'attentes sensorielles et leurs implications*. <https://hal.inrae.fr/hal-02666700>

Senez, C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises* (Solal).
<https://www.decitre.fr/livres/reeducation-des-troubles-de-l-alimentation-et-de-la-deglutition-dans-les-pathologies-d-origine-congenitale-et-les-encephalopathies-acquises-9782914513180.html>

Senez, C., & MARTINET, M. (2015). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition*. De Boeck Supérieur.

Société Française de Pédiatrie, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, Conseil National Professionnel de Pédiatrie, & SNF. (2022). Section de freins de langues chez les nourrissons et les enfants : Un collectif de professionnels de santé alerte sur des pratiques abusives. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 35(3), 155-156. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2022.02.004>

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care : A review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>

Suter, V. G. A., & Bornstein, M. M. (2009). Ankyloglossia : Facts and myths in diagnosis and treatment. *Journal of Periodontology*, 80(8), 1204-1219. <https://doi.org/10.1902/jop.2009.090086>

Thépaut, A. (2015). *Les sages-femmes libérales dans la dynamique des réseaux de santé en périnatalité*. 14. <https://www-clinicalkey-com.ezpum.scdi-montpellier.fr/student/nursing/content/journal/1-s2.0-S1634076015000049>

Thibault, C. (2012). THIBAULT, C. 2012. « Les enjeux de l'oralité », (Les entretiens de Bichat).

Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant* (Elsevier Masson).

Thirion, M. (2004). *L'allaitement—De la naissance au sevrage*.

Thomas, J., Marinelli, K. A., & the Academy of Breastfeeding Medicine. (2016). ABM Clinical Protocol #16 : Breastfeeding the Hypotonic Infant, Revision 2016. *Breastfeeding Medicine*, 11(6), 271-276. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29014.jat>

Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2)—Légifrance. (s. d.). Consulté 27 avril 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006155058>

Titre IV : Profession de chirurgien-dentiste (Articles L4141-1 à L4142-7)—Légifrance. (s. d.). Consulté 5 décembre 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155059/2019-09-01

Tostevin, P. M., & Ellis, H. (1995). The buccal pad of fat : A review. *Clinical Anatomy (New York, N.Y.)*, 8(6), 403-406. <https://doi.org/10.1002/ca.980080606>

Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J.-L., Briend, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D.,

Dupont, C., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Goulet, O., Hankard, R., Rieu, D., & Simeoni, U. (2013). Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 20, S29-S48. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(13\)72251-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(13)72251-6)

Victoria, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century : Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

Wagner, E. A., Chantry, C. J., Dewey, K. G., & Nommsen-Rivers, L. A. (2013). Breastfeeding Concerns at 3 and 7 Days Postpartum and Feeding Status at 2 Months. *Pediatrics*, 132(4), e865-e875. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0724>

Weiz, J., & Marin, A. (2021). Prise en soins et accompagnement du bébé allaité ayant des troubles de succion : Regard croisé orthophoniste/consultante en lactation IBCLC, différences et complémentarité. *Le nourrisson*, 287.

Wolf, L. S., & Glass, R. P. (1992). *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy : Assessment and Management*. Therapy Skill Builders.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

Difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois : état des lieux des connaissances des professionnels, de la réorientation des patients et du travail en pluridisciplinarité

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en orthophonie, je réalise un **état des lieux** des **connaissances**, de la **réorientation des patients** et du **travail en pluridisciplinarité** des professionnels intervenant sur les **difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois**.

Ce questionnaire est à **destination des 11 professions suivantes** : chiropracteur, chirurgien-dentiste, consultant en lactation certifié IBCLC, infirmière puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, médecin généraliste, orthophoniste, ostéopathe, oto-rhino-laryngologiste, pédiatre et sage-femme.

Les professionnels doivent **exercer en France auprès de bébés âgés de 0 à 6 mois**.

Ce questionnaire anonyme nécessitera entre 5 à 8 minutes de votre temps pour y répondre.

Merci d'avance pour votre participation à cette étude.

Louise Nicol, étudiante en 5ème année d'orthophonie à la faculté de médecine de Montpellier.
Contact : louise.nicol@etu.umontpellier.fr

** Indique une question obligatoire*

1. 1. Quelle est votre profession ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Chiropracteur
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Consultant en lactation certifié IBCLC
- ☐ Infirmière puéricultrice
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Ostéopathe
- ☐ Oto-rhino-laryngologiste
- ☐ Pédiatre
- ☐ Sage-femme

2. **2. Quel est votre type d'exercice ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Libéral
- ☐ Salariat
- ☐ Mixte

3. **3. Quel est votre lieu d'exercice ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Auvergne-Rhône-Alpes
- ☐ Bourgogne-Franche-Comté
- ☐ Bretagne
- ☐ Centre-Val de Loire
- ☐ Corse
- ☐ Grand Est
- ☐ Guadeloupe
- ☐ Guyane
- ☐ Hauts-de-France
- ☐ Île-de-France
- ☐ La Réunion
- ☐ Martinique
- ☐ Mayotte
- ☐ Normandie
- ☐ Nouvelle-Aquitaine
- ☐ Occitanie
- ☐ Pays de la Loire
- ☐ Provence-Alpes-Côte d'Azur

Renseignements sur les pratiques professionnelles

4. **4. Etes-vous amené(e) à prendre en charge des bébés allaités et âgés de 0 à 6 mois dans le cadre de difficultés d'allaitement dues à des difficultés au niveau de la succion au sein ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 6*
- ☐ Non *Passer à la question 5*

Professionnels ne prenant pas en charge des bébés allaités et âgés de 0 à 6 mois dans le cadre de difficultés de succion

5. **4.1 Pourquoi ne recevez-vous pas de bébés allaités et âgés de 0 à 6 mois dans le cadre de difficultés de succion ?** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Peu de connaissances sur le sujet
- ☐ Manque d'intérêt
- ☐ Manque de demande
- ☐ Ne se sent pas concerné par ce type de prise en soin
- ☐ Autre : _____

Renseignements sur la formation

6. **5. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (formation initiale, formation continue, recherches personnelles...)** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 7*
- ☐ Non *Passer à la question 8*

Renseignements sur la formation

6. **5. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (formation initiale, formation continue, recherches personnelles...)** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 7*
- ☐ Non *Passer à la question 8*

Renseignements sur la formation

7. **5.1 Cette formation a été suivie dans le cadre : ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ d'une formation initiale
- ☐ d'une formation continue
- ☐ de recherches personnelles

Evaluation du sentiment de connaissances sur la succion : son mécanisme et les causes et manifestations qui peuvent découler en cas de difficultés

8. **6. Pensez-vous être suffisamment formé(e) sur le mécanisme de succion ainsi que sur les causes et manifestations de difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ?** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 10*
- ☐ Non *Passer à la question 9*

Evaluation des connaissances sur la succion, son mécanisme et les causes et manifestations qui peuvent découler en cas de difficultés

10. **7. Selon vous, l'affirmation "au cours de la tétée, les lèvres servent à maintenir le mamelon en bouche" est :** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraie
- ☐ Fausse
- ☐ Vraie, mais je ne suis pas sûr(e)
- ☐ Fausse, mais je ne suis pas sûr(e)
- ☐ Je ne sais pas

11. **8. Selon vous, l'affirmation "au cours de la tétée, la langue est placée en gouttière autour du mamelon" est :** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraie
- ☐ Fausse
- ☐ Vraie, mais je ne suis pas sûr(e)
- ☐ Fausse, mais je ne suis pas sûr(e)
- ☐ Je ne sais pas

9. **6.1 Plus précisément, vous pensez ne pas être suffisamment formé(e) sur :** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Le mécanisme de succion
- ☐ Les manifestations de difficultés de succion
- ☐ Les causes de difficultés de succion

11. **8. Selon vous, l'affirmation "au cours de la tétée, la langue est placée en gouttière autour du mamelon" est :** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraie
☐ Fausse
☐ Vraie, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Fausse, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Je ne sais pas

12. **9. Selon vous, l'affirmation "l'expression du lait est associée à un mouvement de compression du mamelon" est :** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraie
☐ Fausse
☐ Vraie, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Fausse, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Je ne sais pas

13. **10. Selon vous, quelles sont les manifestations principales de difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (mots-clés)** *

14. **11. Selon vous, l'affirmation "au cours de la tétée, les joues qui se creusent à l'aspiration sont le signe d'une bonne succion" est :** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraie
☐ Fausse
☐ Vraie, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Fausse, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Je ne sais pas

15. **12. Selon vous, l'affirmation "après une tétée, un sein biseauté, écrasé ou pincé est signe d'une mauvaise succion" est :** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraie
☐ Fausse
☐ Vraie, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Fausse, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Je ne sais pas

16. **13. Selon vous, l'affirmation "au cours de la tétée, le bébé doit avoir la bouche grande ouverte et prendre un maximum de l'aréole" est :** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraie
☐ Fausse
☐ Vraie, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Fausse, mais je ne suis pas sûr(e)
☐ Je ne sais pas

17. **14. Selon vous, quelles sont les causes principales de difficultés de succion chez le bébé allaité au sein et âgé de 0 à 6 mois ? (mots-clés)** *

Evaluation du sentiment de connaissances des champs de compétences des autres professionnels pouvant intervenir sur des difficultés de succion

18. **15. Pensez-vous être suffisamment informé(e) concernant quels professionnels peuvent intervenir ainsi que leurs compétences dans le diagnostic et/ou la prise en soin des difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ?** *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 20*
☐ Non *Passer à la question 19*

19. **15.1 Pour quels professionnels avez-vous le sentiment de ne pas être suffisamment informé(e) de leur champ de compétences dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé de 0 à 6 mois ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Chiropracteur
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Consultant en lactation certifié IBCLC
- ☐ Infirmière puéricultrice
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Ostéopathe
- ☐ Oto-rhino-laryngologiste
- ☐ Pédiatre
- ☐ Sage-femme

Réorientation vers le ou les professionnels adapté(s)

20. **16. Vous arrive-t-il de réorienter la famille vers un autre professionnel dans le cadre d'une difficulté de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui Passer à la question 21
- ☐ Non Passer à la question 25

Réorientation vers le ou les professionnels adapté(s)

21. **16.1 Si oui, vers quel(s) professionnel(s) ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Chiropracteur
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Consultant en lactation certifié IBCLC
- ☐ Infirmière puéricultrice
- ☐ Ostéopathe
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Oto-rhino-laryngologiste
- ☐ Pédiatre
- ☐ Sage-femme
- ☐ Autre : _____

22. **16.2 Si oui, pourquoi ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ La difficulté ne relevait pas de mon champ de compétences
- ☐ Je ne suis pas parvenu(e) à résoudre le problème même s'il relevait de mon champ de compétence
- ☐ La difficulté nécessitait un diagnostic et une prise en soin pluridisciplinaire
- ☐ Autre : _____

23. **16.3 Avez-vous des difficultés à réorienter la famille vers le ou les professionnels adaptés dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ? (difficulté à savoir vers quel type de professionnel réorienter, difficulté à trouver un professionnel formé dans ce domaine...) ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passer à la question 25*

Difficultés de réorientation des patients

24. **16.4 Pourquoi avez-vous des difficultés à réorienter vers un ou des professionnels (en dehors des professionnels de votre profession) dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité âgé de 0 à 6 mois ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Je ne sais pas vers quel type de professionnel réorienter la famille
- ☐ Je n'ai pas, autour de moi, un réseau de professionnels formés dans ce domaine
- ☐ Autre : _____

Connaissance de votre champ de compétences par les autres professionnels

25. **17. Selon vous, les autres professionnels cités dans cette étude sont-ils suffisamment informés sur votre champ de compétences autour des difficultés de succion chez le bébé allaité de 0 à 6 mois ? ***

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 27*
- ☐ Non *Passer à la question 26*

26. **17.1 Selon vous, de quelles compétences, les autres professionnels cités dans cette étude, ne sont-ils pas suffisamment informés sur votre profession ? ***

Travail en pluridisciplinarité

27. **18. À combien évalueriez-vous la pertinence de travailler en pluridisciplinarité dans le cadre des difficultés de succion chez les bébés allaités de 0 à 6 mois ? ***

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Le n ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Le plus pertinent

28. **19. Souhaiteriez-vous travailler davantage en pluridisciplinarité dans le cadre du diagnostic et de la prise en soin des difficultés de succion chez le bébé allaité de 0 à 6 mois ? ***

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

29. **20. Quelle(s) action(s) souhaiteriez-vous afin d'améliorer la réorientation et le travail en pluridisciplinarité dans le cadre de difficultés de succion chez le bébé allaité et âgé de 0 à 6 mois ? ***

Plusieurs réponses possibles.

☐ Une table ronde afin de rencontrer et d'échanger avec les différents professionnels intervenant autour des difficultés de succion chez le bébé allaité

☐ Une vidéo disponible par exemple sur Youtube où des professionnels présenteraient leurs compétences de diagnostic et de prise en soin des difficultés de succion chez le bébé allaité

☐ Un livret avec les compétences des différents professionnels intervenant autour des difficultés de succion chez le bébé allaité

☐ Une formation interdisciplinaire autour des difficultés de succion chez le bébé allaité

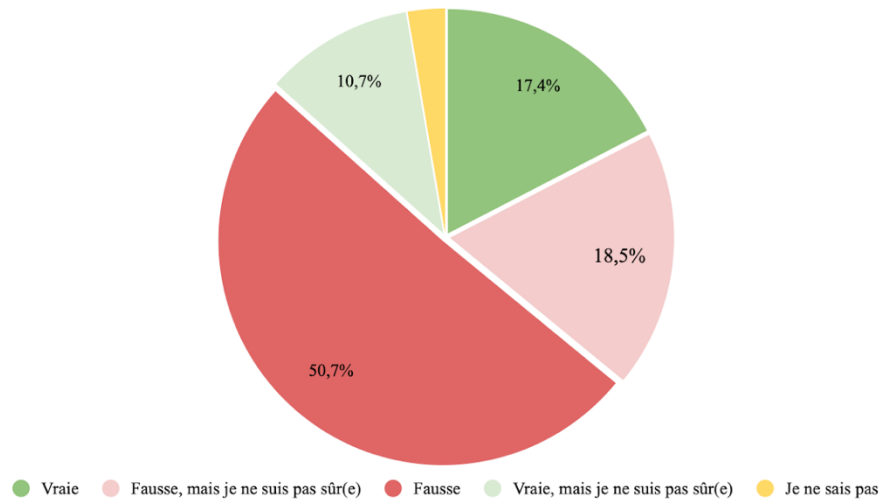
☐ Autre : _____

Remarques

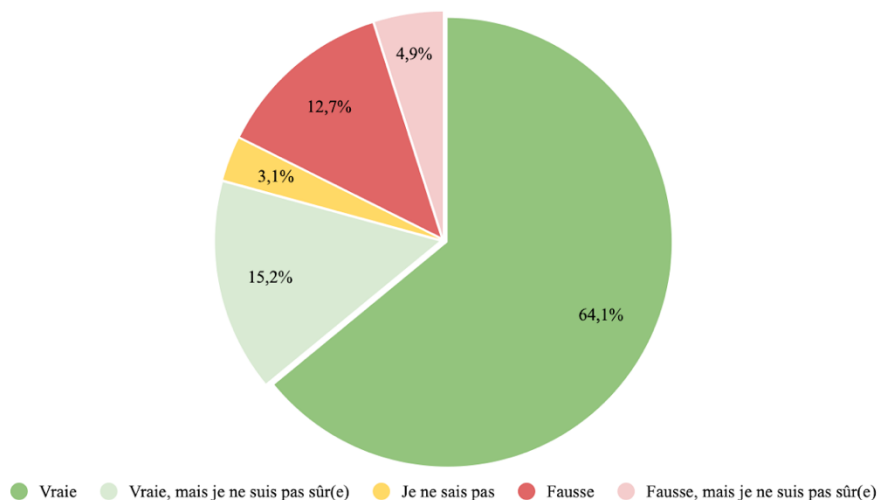
30. Avez-vous des remarques ?

ANNEXE 2 : Description des résultats par questions permettant l'obtention du SCGSS

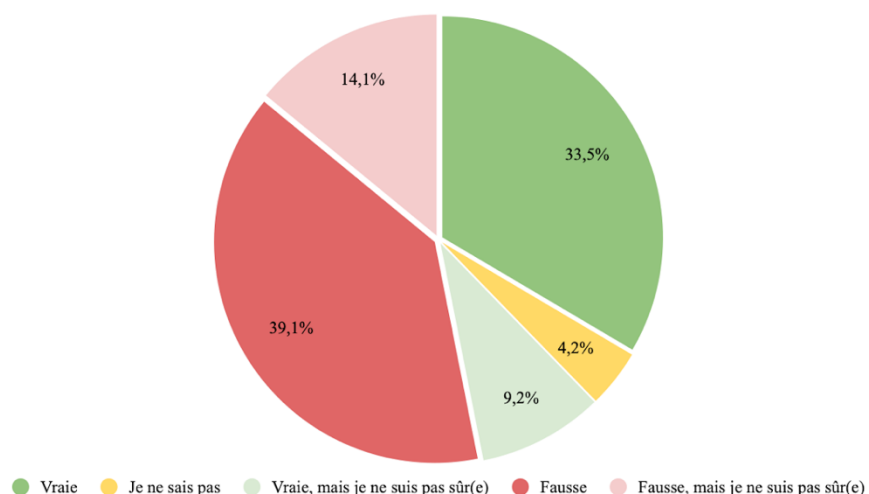
Annexe 2.1. : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Selon vous, l’affirmation “au cours de la tétée, les lèvres servent à maintenir le mamelon en bouche” est :” (Q7).



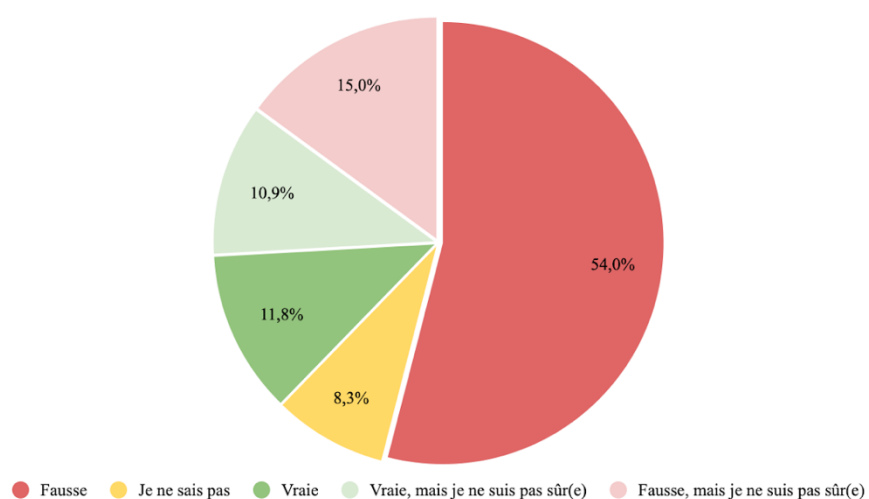
Annexe 2.2. : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Selon vous, l’affirmation “au cours de la tétée, la langue est placée en gouttière autour du mamelon” est” (Q.8).



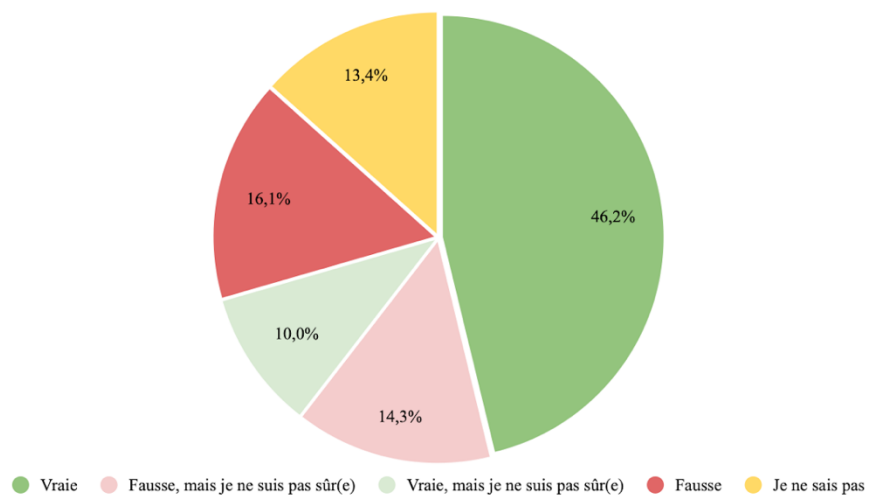
Annexe 2.3. : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Selon vous, l’affirmation “l’expression du lait est associée à un mouvement de compression du mamelon” est :” (Q9).



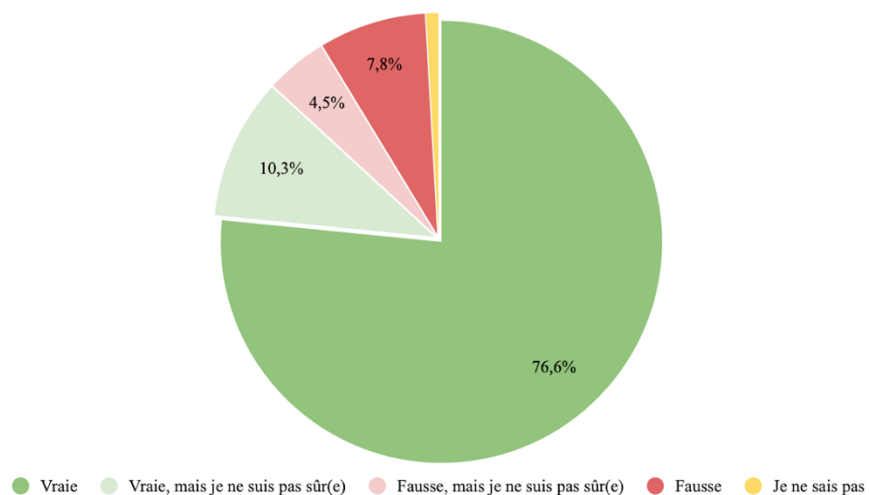
Annexe 2.4. : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Selon vous, l’affirmation “au cours de la tétée, les joues qui se creusent à l’aspiration sont le signe d’une bonne succion” est” (Q11).



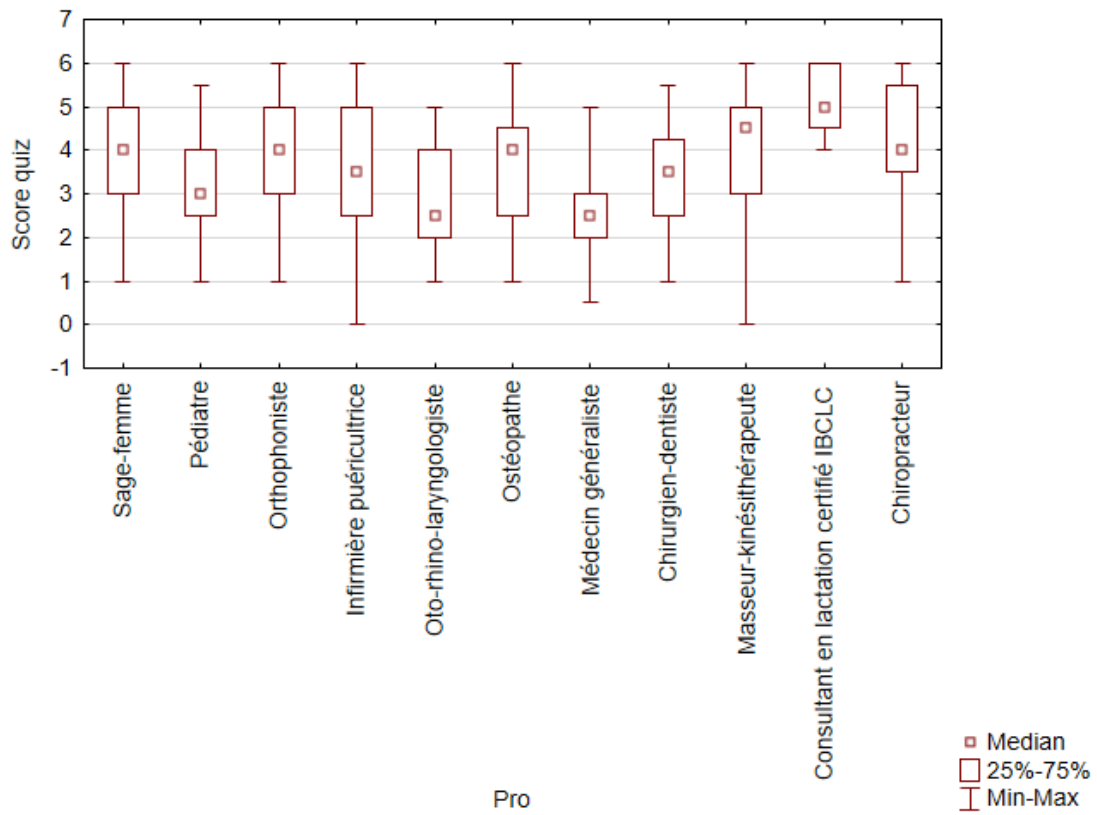
Annexe 2.5. : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Selon vous, l’affirmation “après une tétée, un sein biseauté, écrasé ou pincé est signe d’une mauvaise succion” est :”



Annexe 2.6. : Répartition (en pourcentages) des réponses à la question “Selon vous, l’affirmation “au cours de la tétée, le bébé doit avoir la bouche grande ouverte et prendre un maximum de l’aréole” est :



ANNEXE 3 : Boite à moustache des résultats au SGCSS en fonction de la profession (Q15.1)



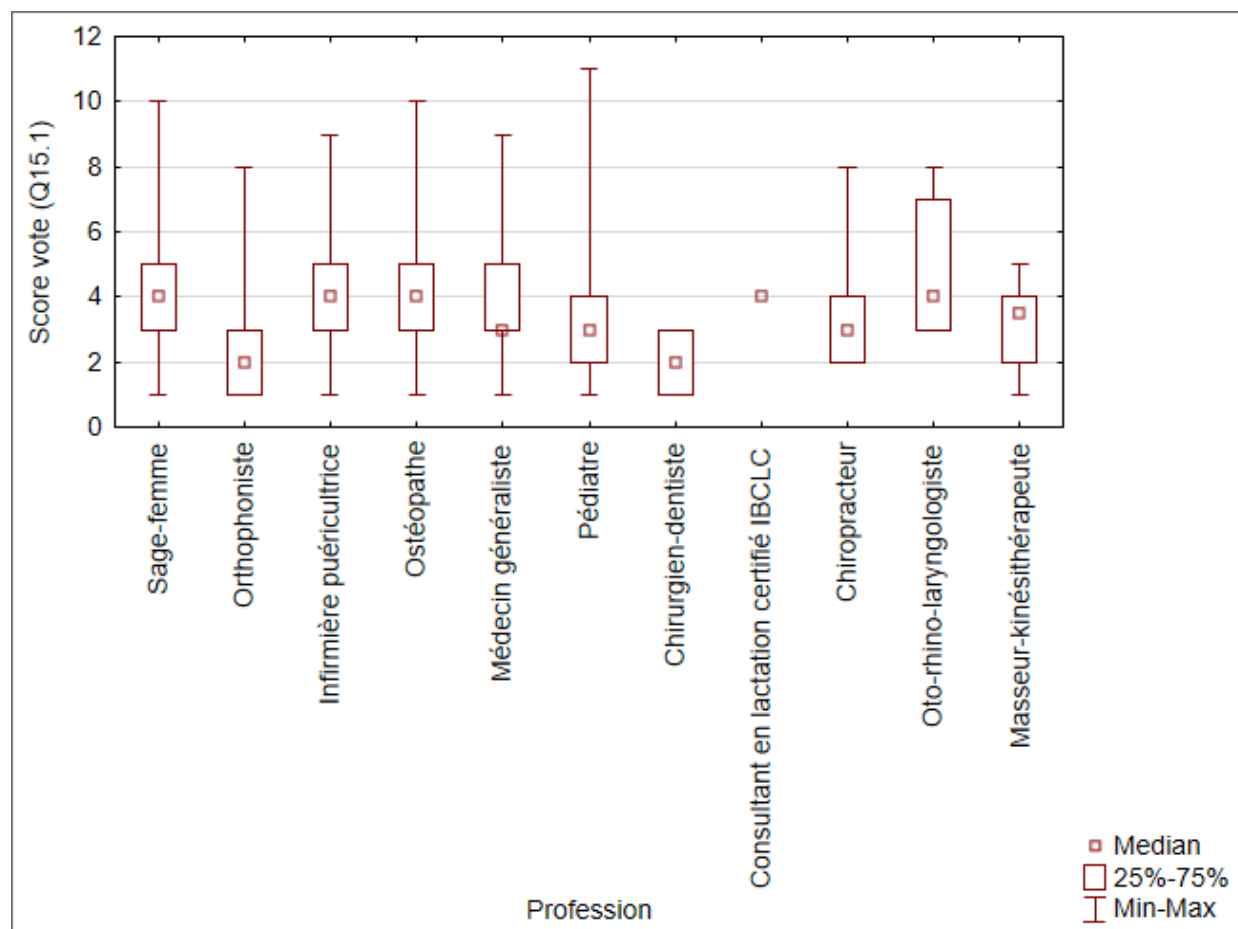
ANNEXE 4 : Description des résultats concernant les représentations des différents professionnels sur les manifestations de difficultés de succion (15.1)

	Total	Chiropracteurs	Chirurgiens - dentistes	Consultantes en lactation	Infirmières puéricultrices	Masseurs-kinésithérapeutes	Médecins généralistes	Orthophonistes	Ostéopathes	ORL	Pédiatres	Sages-femmes
Mauvaise prise de poids	240 (53,6%)	14 (51,9%)	3 (37,5%)	5 (41,7%)	34 (59,6%)	14 (51,9%)	15 (71,4%)	23 (41,1%)	25 (44,6%)	9 (60%)	41 (78,8%)	57 (48,7%)
Pleurs, agitation, énervement, agacement	173 (38,6%)	18 (66,7%)	1 (12,5%)	1 (8,3%)	26 (45,6%)	8 (29,6%)	11 (52,4%)	19 (33,9%)	21 (37,5%)	3 (20%)	23 (44,2%)	42 (35,9%)
Douleurs mammaires	160 (35,7%)	18 (66,7%)	2 (25%)	7 (58,3%)	14 (24,6%)	13 (48,1%)	6 (28,6%)	25 (44,6%)	19 (33,9%)	3 (20%)	14 (26,9%)	39 (33,3%)
Crevasse	135 (30,1%)	8 (29,6%)	0 (0%)	1 (8,3%)	16 (28,1%)	7 (25,9%)	5 (23,8%)	10 (17,9%)	17 (30,4%)	4 (26,7%)	14 (26,9%)	53 (45,3%)
Claquement de langue / bruits	68 (15,2%)	10 (37%)	2 (25%)	3 (25%)	4 (7%)	7 (25,9%)	2 (9,5%)	12 (21,4%)	12 (21,4%)	0 (0%)	1 (1,9%)	15 (12,8%)
Endormissement au sein / fatigue	56 (12,5%)	7 (25,9%)	2 (25%)	1 (8,3%)	4 (7%)	6 (22,2%)	1 (4,8%)	15 (26,8%)	7 (12,5%)	0 (0%)	5 (9,6%)	8 (6,8%)
Fuite de lait	51 (11,4%)	5 (18,5%)	3 (37,5%)	1 (8,3%)	1 (1,8%)	6 (22,2%)	2 (9,5%)	20 (35,7%)	8 (14,3%)	0 (0%)	2 (3,8%)	3 (2,6%)
Mauvaise prise du sein / lâche le sein	50 (11,2%)	4 (14,8%)	0 (0%)	4 (33,3%)	7 (12,3%)	5 (18,5%)	1 (4,8%)	15 (26,8%)	4 (7,1%)	0 (0%)	3 (5,8%)	7 (6%)
Reflux	42 (9,4%)	9 (33,3%)	3 (37,5%)	3 (25%)	0 (0%)	1 (3,7%)	1 (4,8%)	10 (17,9%)	10 (17,9%)	1 (6,7%)	2 (3,8%)	2 (1,7%)
Absence de déglutition / incoordination SDR	28 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	3 (5,3%)	2 (7,4%)	0 (0%)	6 (10,7%)	2 (3,6%)	2 (13,3%)	0 (0%)	12 (10,3%)
Cloques/ampoules de succion	24 (5,4%)	5 (18,5%)	0 (0%)	2 (16,7%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	9 (16,1%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5,1%)
Durée de la tétée longue	24 (5,4%)	2 (7,4%)	0 (0%)	1 (8,3%)	3 (5,3%)	2 (7,4%)	1 (4,8%)	7 (12,5%)	2 (3,6%)	2 (13,3%)	2 (3,8%)	2 (1,7%)
Blessures mammaires	23 (5,1%)	5 (18,5%)	0 (0%)	1 (8,3%)	5 (8,8%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	2 (13,3%)	2 (3,8%)	5 (4,3%)
Engorgement	21 (4,7%)	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (23,8%)	1 (1,8%)	3 (5,4%)	0 (0%)	3 (5,8%)	7 (6%)
Coliques	18 (4%)	3 (11,1%)	3 (37,5%)	0 (0%)	1 (1,8%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (3,6%)	4 (7,1%)	0 (0%)	1 (1,9%)	3 (2,6%)
Pincement du sein	18 (4%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,9%)	3 (5,4%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (6%)
Diminution de la lactation	17 (3,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (7,4%)	1 (4,8%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)	0 (0%)	2 (3,8%)	10 (8,5%)
Mastite	15 (3,3%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	2 (3,5%)	1 (3,7%)	0 (0%)	4 (7,1%)	4 (7,1%)	0 (0%)	3 (5,8%)	0 (0%)
Gaz	14 (3,1%)	6 (22,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (7,4%)	0 (0%)	4 (7,1%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Joues creusées	14 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	2 (3,5%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5,4%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (6%)
Troubles digestifs	12 (2,7%)	4 (14,8%)	0 (0%)	2 (16,7%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (7,1%)	0 (0%)	1 (1,9%)	0 (0%)
Régurgitations/ vomissements	12 (2,7%)	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (8,3%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	4 (7,1%)	2 (3,6%)	0 (0%)	3 (5,8%)	0 (0%)
Bébé insatiable	11 (2,5%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,8%)	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Tension	11 (2,5%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (16,7%)	0 (0%)	2 (7,4%)	0 (0%)	4 (7,1%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Déformation du mamelon	9 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,5%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (3,4%)
Fausse route	9 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Absence ou retard de montée de lait	8 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,9%)	3 (2,6%)
Trouble du sommeil	8 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,8%)	4 (7,1%)	2 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

ANNEXE 5 : Description des résultats concernant les représentations des différents professionnels sur les causes de difficultés de succion (Q10)

	Total	Chiropracteurs	Chirurgiens -dentistes	Consultantes en lactation	Infirmière puéricultrice	Kinésithérapeutes	Médecins généralistes	Orthophonistes	Ostéopathes	ORL	Pédiatres	Sages- femmes
Frein de langue* (frein de langue + freins restrictifs buccaux)	256 (57,1%)	21 (77,8%)	6 (75%)	6 (50%)	29 (50,9%)	12 (44,4%)	10 (47,6%)	33 (58,9%)	33 (58,9%)	8 (53,3%)	18 (34,6%)	80 (68,4%)
Frein de langue	213 (47,5%)	11 (40,7%)	5 (62,5%)	5 (41,7%)	27 (47,4%)	11 (40,7%)	10 (47,6%)	24 (42,9%)	26 (46,4%)	8 (53,3%)	17 (32,7%)	69 (59%)
Mauvais positionnement du bébé au sein	171 (38,2%)	10 (37%)	2 (25%)	5 (41,7%)	27 (47,4%)	7 (25,9%)	7 (33,3%)	14 (25%)	14 (25%)	4 (26,7%)	30 (57,7%)	51 (43,6%)
Prématurité	70 (15,6%)	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (8,3%)	10 (17,5%)	2 (7,4%)	4 (19%)	17 (30,4%)	1 (1,8%)	1 (6,7%)	3 (5,8%)	30 (25,6%)
Tensions	69 (15,4%)	15 (65,6%)	1 (12,5%)	5 (41,7%)	3 (5,3%)	7 (25,9%)	0 (0%)	7 (12,5%)	16 (28,6%)	1 (6,7%)	0 (0%)	14 (12%)
Malformation du mamelon (ombiliqué, plat, invaginé)	47 (10,5%)	3 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15,8%)	1 (3,7%)	2 (9,5%)	1 (1,8%)	3 (5,4%)	0 (0%)	5 (9,6%)	23 (19,7%)
Freins restrictifs buccaux	43 (9,6%)	10 (37%)	1 (12,5%)	1 (8,3%)	2 (3,5%)	1 (3,7%)	0 (0%)	9 (16,1%)	7 (12,5%)	0 (0%)	1 (1,9%)	11 (9,4%)
Pathologie sous-jacente (neuro, génétique...)	43 (9,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	6 (10,5%)	2 (7,4%)	2 (9,5%)	15 (26,8%)	3 (5,4%)	2 (13,3%)	8 (15,4%)	4 (3,4%)
Hypotonie	41 (9,2%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	4 (7%)	8 (29,6%)	0 (0%)	11 (19,6%)	2 (3,6%)	1 (6,7%)	9 (17,3%)	5 (4,3%)
Torticolis	37 (8,3%)	4 (14,8%)	0 (0%)	1 (8,3%)	6 (10,5%)	2 (7,4%)	1 (4,8%)	4 (7,1%)	3 (5,4%)	0 (0%)	3 (5,8%)	13 (11,1%)
Ouverture buccale insuffisante	29 (6,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	3 (5,3%)	2 (7,4%)	2 (9,5%)	5 (8,9%)	2 (3,6%)	1 (6,7%)	3 (5,8%)	10 (8,5%)
Fentes	24 (5,4%)	1 (3,7%)	1 (12,5%)	0 (0%)	2 (3,5%)	1 (3,7%)	1 (4,8%)	10 (17,9%)	0 (0%)	2 (13,3%)	3 (5,8%)	3 (2,6%)
Frein de lèvres	23 (5,1%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,5%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5,4%)	5 (8,8%)	0 (0%)	2 (3,8%)	9 (7,7%)
Blocages	22 (4,9%)	4 (14,8%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,5%)	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (1,8%)	13 (23,2%)	0 (0%)	1 (1,9%)	0 (0%)
Naissance traumatique	22 (4,9%)	2 (7,4%)	0 (0%)	1 (8,3%)	1 (1,8%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (3,6%)	3 (5,4%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (10,3%)
Incoordination succion - déglutition- respiration	21 (4,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (18,5%)	0 (0%)	11 (19,6%)	0 (0%)	2 (13,3%)	1 (1,9%)	2 (1,7%)
Mauvais soutien/accompagnement des professionnels	21 (4,7%)	1 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (10,5%)	1 (3,7%)	2 (9,5%)	1 (1,8%)	2 (3,6%)	3 (20%)	3 (5,8%)	2 (1,7%)
Rétrognathie	19 (4,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (7,4%)	1 (4,8%)	1 (1,8%)	0 (0%)	1 (6,7%)	4 (7,7%)	10 (8,5%)
Immaturité réflexes archaïques / oraux	17 (3,8%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	3 (11,1%)	0 (0%)	11 (19,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Problèmes sensoriels	15 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	7 (25,9%)	0 (0%)	7 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Freins de joue	14 (3,1%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	2 (9,5%)	3 (5,4%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (4,3%)
Trouble de l'oralité	12 (2,7%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	3 (5,3%)	0 (0%)	3 (14,3%)	1 (1,8%)	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (1,9%)	2 (1,7%)
Réflexe d'éjection fort (REF)	11 (2,5%)	1 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5,4%)	1 (1,8%)	0 (0%)	2 (3,8%)	1 (0,9%)
Dysfonctions (cervicales, des ATM, crâniennes et linguales)	11 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (19,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Insuffisance de lait de la mère	10 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,8%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)	0 (0%)	1 (1,9%)	1 (0,9%)
Trouble postural (hyperextension)	6 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (14,8%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Reflux gastro-oesophagien (RGO)	6 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,7%)
Obstruction nasale	6 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (26,7%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Plagiocéphalie	5 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Macroglossie	3 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,9%)	0 (0%)
Malocclusions osseuses	2 (0,4%)	0 (0%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

ANNEXE 6 : Boîte à moustache représentant le nombre moyen de professions sélectionnées comme méconnues par les professionnels en fonction de la profession (Q15.1).



ANNEXE 7 : Répartition en pourcentages des professions méconnues en fonction de la profession
(Q15.1)

	Chiropracteurs	Chirurgiens- dentistes	Consultantes en lactation certifiées IBCLC	Infirmières puéricultrices	Masseurs- kinésithérapeutes	Médecins généralistes	Orthophonistes	Ostéopathes	ORL	Pédiatres	Sages- femmes
<i>Effectif</i>	6 (3,1 %)	4 (2,1 %)	1 (0,5 %)	27 (14,1 %)	6 (3,1 %)	14 (7,3 %)	15 (7,8 %)	25 (13,1 %)	7 (3,7 %)	22 (11,1 %)	64 (33,5 %)
Chiropracteur	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	25 (80,6%)	3 (50%)	6 (42,9%)	12 (80%)	9 (36%)	4 (57,1%)	11 (50%)	42 (65,6%)
Chirurgien-dentiste	4 (66,7%)	2 (50%)	0 (0%)	19 (61,3%)	2 (33,3%)	7 (50%)	6 (40%)	15 (60%)	4 (57,1%)	11 (50%)	48 (75%)
Consultante en lactation certifiée IBCLC	0 (0%)	2 (50%)	0 (0%)	3 (9,7%)	0 (0%)	7 (50%)	1 (6,7%)	8 (32%)	2 (28,6%)	7 (31,8%)	8 (12,5%)
Infirmière puéricultrice	3 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,5%)	1 (16,7%)	4 (28,6%)	3 (20%)	12 (48%)	1 (14,3%)	1 (4,5%)	7 (10,9%)
Masseur- kinésithérapeute	3 (50%)	1 (25%)	1 (100%)	16 (51,6%)	1 (16,7%)	3 (21,4%)	7 (46,7%)	12 (48%)	5 (71,4%)	7 (31,8%)	35 (54,7%)
Médecin généraliste	2 (33,3%)	0 (0%)	1 (100%)	8 (25,8%)	1 (16,7%)	3 (21,4%)	3 (20%)	12 (48%)	3 (42,9%)	4 (18,2%)	24 (37,5%)
Orthophoniste	3 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	21 (67,7%)	2 (33,3%)	10 (71,4%)	0 (0%)	13 (52%)	4 (57,1%)	12 (54,5%)	42 (65,6%)
Ostéopathe	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (38,7%)	3 (50%)	3 (21,4%)	1 (6,7%)	1 (4%)	3 (42,9%)	9 (40,9%)	13 (20,3%)
ORL	4 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (45,2%)	3 (50%)	3 (21,4%)	4 (26,7%)	16 (64%)	2 (28,6%)	6 (27,3%)	26 (40,6%)
Pédiatre	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (100%)	3 (9,7%)	1 (16,7%)	4 (28,6%)	2 (13,3%)	6 (24%)	4 (57,1%)	3 (13,6%)	8 (12,5%)
Sage-femme	2 (33,3%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (3,2%)	2 (33,3%)	4 (28,6%)	3 (20%)	5 (20%)	4 (57,1%)	5 (22,7%)	7 (10,9%)

ANNEXE 8 : Répartition en pourcentage des pratiques de réorientation vers d'autres professionnels en fonction de la profession (Q16.1)

	Chiropracteur	Chirurgiens- dentistes	Consultantes en lactation certifiée IBCLC	Infirmières puéricultrices	Masseurs - kinésithérapeutes	Médecins généralistes	Orthophonistes	Ostéopathes	ORL	Pédiatres	Sages- femmes
Effectif	26 (6,1 %)	8 (1,8 %)	12 (2,8 %)	51 (12 %)	27 (3,7 %)	20 (4,7 %)	53 (12,5 %)	54 (12,7 %)	10 (2,3 %)	50 (11,8 %)	113 (26,7 %)
Chiropracteur	3 (11,5%)	2 (25%)	10 (83,3%)	5 (9,8%)	0 (0%)	0 (0%)	25 (47,2%)	4 (7,4%)	0 (0%)	3 (6%)	20 (17,7%)
Chirurgien- dentiste	12 (46,2%)	0 (0%)	4 (33,3%)	1 (2%)	6 (22,2%)	0 (0%)	17 (32,1%)	8 (14,8%)	0 (0%)	1 (2%)	5 (4,4%)
Consultante en lactation certifiée IBCLC	24 (92,3%)	4 (50%)	1 (8,3%)	39 (76,5%)	14 (51,9%)	11 (55%)	44 (83%)	38 (70,4%)	8 (80%)	33 (66%)	77 (68,1%)
Infirmière puéricultrice	1 (3,8%)	1 (12,5%)	1 (8,3%)	1 (2%)	2 (7,4%)	2 (10%)	3 (5,7%)	3 (5,6%)	3 (30%)	3 (6%)	3 (2,7%)
Masseur- kinésithérapeute	2 (7,7%)	3 (37,5%)	4 (33,3%)	9 (17,6%)	2 (7,4%)	2 (10%)	14 (26,4%)	15 (27,8%)	1 (10%)	6 (12%)	12 (10,6%)
Médecin généraliste	2 (7,7%)	1 (12,5%)	3 (25%)	2 (3,9%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (28,3%)	5 (9,3%)	1 (10%)	1 (2%)	4 (3,5%)
Orthophoniste	17 (65,4%)	5 (62,5%)	9 (75%)	19 (37,3%)	18 (66,7%)	4 (20%)	11 (20,8%)	21 (38,9%)	7 (70%)	30 (60%)	26 (23%)
Ostéopathe	4 (15,4%)	4 (50%)	12 (100%)	23 (45,1%)	9 (33,3%)	5 (25%)	41 (77,4%)	7 (13%)	3 (30%)	8 (16%)	78 (69%)
ORL	17 (65,4%)	1 (12,5%)	10 (83,3%)	15 (29,4%)	8 (29,6%)	8 (40%)	32 (60,4%)	16 (29,6%)	0 (0%)	9 (18%)	29 (25,7%)
Pédiatre	9 (34,6%)	4 (50%)	2 (16,7%)	23 (45,1%)	9 (33,3%)	6 (30%)	29 (54,7%)	32 (59,3%)	4 (40%)	5 (10%)	38 (33,6%)
Sage-femme	9 (34,6%)	5 (62,5%)	2 (16,7%)	6 (11,8%)	3 (11,1%)	4 (20%)	16 (30,2%)	29 (53,7%)	1 (10%)	16 (32%)	19 (16,8%)

Mémoire juin 2023