



HAL
open science

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

Victoria Alves

► To cite this version:

Victoria Alves. 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. Sciences cognitives. 2022. dumas-04053237

HAL Id: dumas-04053237

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04053237v1>

Submitted on 31 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

Université de Caen Normandie
Pôle des Formations et de Recherche en Santé
UFR Santé – Département d'Orthophonie de Caen

MÉMOIRE

en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

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*

Présenté par :

Victoria ALVES

Née le 04/01/1996

Sous la direction de :

Dorothée JACOB, Orthophoniste

Alexis VEYSSIÈRE, Chirurgien maxillo-facial

Année universitaire 2021 – 2022



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

Université de Caen Normandie
Pôle des Formations et de Recherche en Santé
UFR Santé – Département d'Orthophonie de Caen

MÉMOIRE

en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

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*

Présenté par :

Victoria ALVES

Née le 04/01/1996

Sous la direction de :

Dorothée JACOB, Orthophoniste

Alexis VEYSSIÈRE, Chirurgien maxillo-facial

Année universitaire 2021 – 2022

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier **mes directeurs de mémoire, Madame Dorothée JACOB et Docteur Alexis VEYSSIÈRE** de m'avoir permis d'étudier ce sujet passionnant. Je les remercie pour leur accompagnement, leurs relectures et leurs conseils.

Je tiens à remercier **les membres du jury** pour leur intérêt porté à mon mémoire.

Merci à tous **les professionnels** pour leurs échanges et leur participation à notre étude.

Je remercie **ma binôme, Mathilde CHRISTIAENS**, avec qui j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler.

Un merci tout particulier à **mes maîtres de stage** qui m'ont permis de construire mon identité professionnelle.

Enfin, je remercie chaleureusement **mes proches**, pour leur soutien tout au long de mes années d'études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PARTIE THÉORIQUE	8
1. LA LANGUE	8
1.1. Anatomie de la langue	8
1.2. Musculature de la langue	9
1.3. Innervation et vascularisation de la langue	9
1.4. Fonctions physiologiques de la langue	10
<i>1.4.1. Déglutition</i>	<i>10</i>
<i>1.4.2. Mastication</i>	<i>11</i>
<i>1.4.3. Ventilation</i>	<i>12</i>
<i>1.4.4. Phonation</i>	<i>12</i>
1.5. Rôle morphogénétique de la langue	13
2. L'ANKYLOGLOSSIE	13
2.1. Définition, étiologie et épidémiologie	13
<i>2.1.1. Définition</i>	<i>13</i>
<i>2.1.2. Étiologie</i>	<i>13</i>
<i>2.1.3. Épidémiologie</i>	<i>14</i>
2.2. Conséquences de l'ankyloglossie	14
<i>2.2.1. Sur les fonctions oro-myo-faciales</i>	<i>14</i>
<i>2.2.2. Sur la croissance maxillo-faciale</i>	<i>17</i>
<i>2.2.3. Sur les tensions</i>	<i>18</i>
3. PRISE EN SOIN DE L'ANKYLOGLOSSIE CHEZ LE BÉBÉ (0 À 6 MOIS) .	18
3.1. Intérêt d'une prise en soin précoce	18
3.2. Prise en soin pluridisciplinaire	20
3.3. Rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin	20
<i>3.3.1. La prévention</i>	<i>21</i>
<i>3.3.2. L'évaluation orthophonique</i>	<i>21</i>
<i>3.3.3. La rééducation orthophonique</i>	<i>22</i>
PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHÈSES	24
1. PROBLÉMATIQUE	24
2. OBJECTIFS	25
3. HYPOTHÈSES	25

MÉTHODOLOGIE.....	27
1. POPULATION D'ÉTUDE.....	27
2. PROCÉDURE.....	27
3. MATÉRIEL.....	28
3.1. Questionnaire.....	28
<i>3.1.1. Description du questionnaire.....</i>	<i>29</i>
3.2. Plaquette d'information.....	31
<i>3.2.1. Description de la plaquette.....</i>	<i>32</i>
4. ANALYSE STATISTIQUE.....	32
RÉSULTATS.....	37
1. PRÉSENTATION DE LA POPULATION D'ÉTUDE.....	37
2. HYPOTHÈSE 1.....	40
3. HYPOTHÈSE 2.....	44
4. HYPOTHÈSE 3.....	51
DISCUSSION.....	53
1. CADRE THÉORIQUE.....	53
2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	53
3. INTÉRÊTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	58
3.1. Intérêts de l'étude.....	58
3.2. Limites de l'étude.....	58
<i>3.2.1. Limites de la population d'étude.....</i>	<i>58</i>
<i>3.2.2. Limites du questionnaire.....</i>	<i>59</i>
<i>3.2.3. Limites de la plaquette d'information.....</i>	<i>60</i>
4. PERSPECTIVES.....	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	63
TABLE DES ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'ankyloglossie est une anomalie congénitale, définie par un frein de langue anormalement court qui restreint la mobilité linguale (Veyssière *et al.*, 2015). Cette restriction empêche la langue d'exercer ses fonctions oro-myo-faciales (déglutition, mastication, ventilation et phonation) et son rôle morphogénétique (Baxter *et al.*, 2020).

Entre 2 et 10 % des bébés naissent avec une ankyloglossie (Manipon, 2016). Cette anomalie peut entraîner une succion-déglutition dysfonctionnelle chez le bébé et affecter son alimentation. Le bébé peut également souffrir de tensions musculaires (Baxter *et al.*, 2020). Si elle n'est pas traitée précocement, l'ankyloglossie peut à terme altérer le développement global de l'enfant (Coryllos, 2008).

La prise en soin précoce de l'ankyloglossie implique de nombreux professionnels. Cette collaboration pluridisciplinaire permet d'opter pour le projet de soin le plus adapté pour le bébé. L'orthophoniste fait partie de cette collaboration et intervient dans le cadre de l'évaluation et de la rééducation des troubles des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité (Deville, 2021). Or, d'après la littérature, les professionnels ont des opinions divergentes au sujet des répercussions de l'ankyloglossie et du rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin (Messner et Lalakea, 2000). Ce manque de consensus affecte la prise en soin précoce et pluridisciplinaire de l'ankyloglossie (Hill, 2019).

Dans ce contexte, notre premier objectif est d'élaborer un questionnaire afin de réaliser un état des lieux des connaissances, des ressentis et des besoins des professionnels français, concernant l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin. Notre second objectif est d'informer les professionnels par l'intermédiaire d'une plaquette afin d'améliorer les échanges interprofessionnels et la prise en soin précoce de cette pathologie.

Pour commencer, nous nous baserons sur les données de la littérature pour définir la langue et l'ankyloglossie. Nous aborderons ensuite la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois. Puis, nous développerons notre démarche expérimentale et nous présenterons nos résultats. Pour finir, nos résultats seront interprétés dans une discussion qui s'intéressera aux intérêts, limites et perspectives de notre étude.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1. LA LANGUE

1.1. Anatomie de la langue

La langue est un organe musculo-membrano-muqueux situé dans la cavité buccale. Elle est définie comme un hydrostat musculaire car elle peut changer de forme tout en conservant son volume (Sanders et Mu, 2013).

Elle est composée de deux parties, séparées entre elles par le sillon terminal de la langue en forme de V : le V lingual (Figure 1). Les deux tiers antérieurs de la langue sont situés dans la cavité orale et constituent la première partie de la langue, appelée le corps de la langue. Cette partie est horizontale et mobile. Le tiers postérieur est situé dans l'oropharynx et forme la racine de la langue. Cette deuxième partie est verticale et fixe (Russe, 2018).

La langue présente deux faces, des bords et une pointe (aussi appelée apex). La face supérieure ou dorsale de la langue est recouverte d'une muqueuse épaisse, où se trouvent les papilles. Tandis que la face inférieure ou ventrale de la langue, est recouverte d'une muqueuse lisse rendant visibles les vaisseaux et les nerfs (Drake *et al.*, 2020). Sur cette face inférieure, se trouve un repli tissulaire appelé le frein de langue (Figure 2). Ce frein est présent sur la ligne médiane et relie la langue au plancher buccal (McFarland, 2016). Il permet de stabiliser la langue et n'est pas censé restreindre ses mouvements (O'Shea *et al.*, 2017).

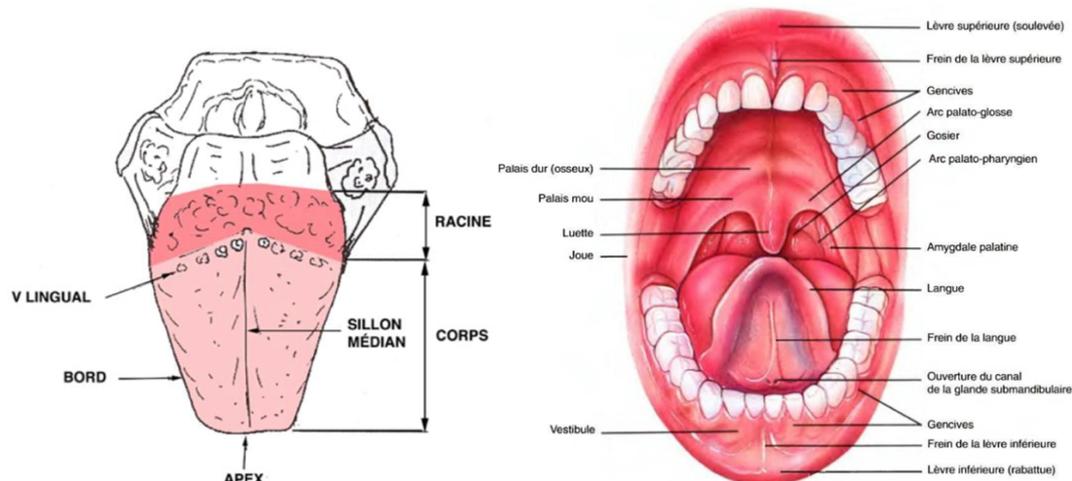


Figure 1 : Face supérieure de la langue (Russe, 2018)

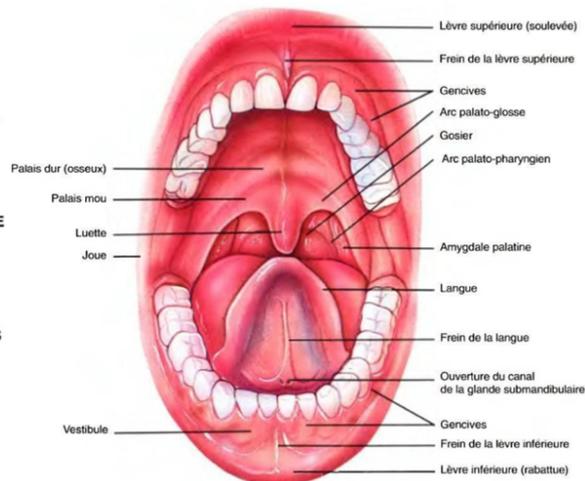


Figure 2 : Vue antérieure de la cavité buccale (Mazeau et Prunet Delacour, 2021)

Entre les deux faces de la langue, un ensemble de muscles s'entrelacent autour d'une charpente ostéo-fibreuse formée par l'os hyoïde et deux membranes fibreuses (le septum lingual et la membrane hyoglossienne) (Russe, 2018).

1.2. Musculature de la langue

La langue est composée de dix-sept muscles : huit muscles pairs et un muscle impair (le muscle longitudinal supérieur). Ces muscles sont divisés en deux groupes : les muscles intrinsèques et les muscles extrinsèques (McFarland, 2016).

Les muscles intrinsèques naissent et s'insèrent à l'intérieur de la langue. La langue en compte quatre : le muscle longitudinal supérieur, le muscle longitudinal inférieur, le muscle transverse et le muscle vertical. Ces muscles permettent de modifier la forme de la langue (Drake *et al.*, 2020).

Les muscles extrinsèques naissent des structures externes et avoisinantes à la langue (le palais, le processus styloïde, l'os hyoïde et la mandibule) et s'insèrent dans la langue. La langue en compte quatre : le muscle palatoglosse, le muscle styloglosse, le muscle hyoglosse et le muscle génioglosse. Ces muscles permettent d'ajuster la position de la langue, de la déplacer vers le haut (élévation), vers le bas (dépression), vers l'avant (protrusion) et vers l'arrière (rétraction) (Drake *et al.*, 2020).

1.3. Innervation et vascularisation de la langue

La langue possède une triple innervation : motrice, sensitive et sensorielle. Tous les muscles de la langue sont innervés par le nerf hypoglosse (XII) à l'exception du muscle palatoglosse qui est innervé par le nerf vague (X). L'innervation sensitive des deux tiers antérieurs de la langue est assurée par le nerf lingual, tandis que la sensibilité générale du tiers postérieur de la langue est assurée par le nerf glossopharyngien (IX). L'innervation sensorielle gustative est assurée par le nerf facial (VII) pour les deux tiers antérieurs et par le nerf glossopharyngien (IX) pour le tiers postérieur (Drake *et al.*, 2020).

La langue est vascularisée par l'artère linguale. Elle naît de l'artère carotide externe et se divise en trois branches : l'artère dorsale de la langue, l'artère sublinguale et l'artère linguale profonde (Abdessadok, 2015).

1.4. Fonctions physiologiques de la langue

La langue joue un rôle majeur dans les fonctions oro-myo-faciales telles que la déglutition, la mastication, la ventilation et la phonation. Toutes ces fonctions sont liées entre elles (Thibault, 2013).

1.4.1. Déglutition

La déglutition est une activité sensori-motrice complexe. Elle est définie comme le transport de la salive, des liquides et des solides de la cavité buccale vers l'estomac (Russe, 2018). Elle permet l'hydratation et la nutrition en assurant la protection des voies respiratoires (Genna *et al.*, 2021).

La déglutition est subdivisée en trois phases : la phase orale, la phase pharyngée et la phase œsophagienne. La langue est le principal organe actif pendant la phase orale qui est volontaire. Pendant cette phase, la langue rassemble le bol alimentaire vers la ligne médiane et le propulse vers l'oropharynx. S'en suivent la phase pharyngée et la phase œsophagienne qui sont toutes deux réflexes (Genna *et al.*, 2021).

La déglutition évolue en trois stades au cours de la vie : la déglutition fœtale, la déglutition primaire ou infantile et la déglutition secondaire ou adulte (Martignoni, 2018).

1.4.1.1. Déglutition fœtale

Chez le fœtus, le réflexe de succion apparaît au cours de la 10^{ème} semaine de vie intra-utérine (Abdessadok, 2015). Il précède la déglutition qui débute avec l'ingestion de liquide amniotique autour de la 12^{ème} semaine in-utero (Martignoni, 2018). Le réflexe de succion-déglutition se renforce jusqu'à la fin de l'embryogenèse pour être fonctionnel dès la naissance (Pitre et Soyere, 2012).

1.4.1.2. Déglutition primaire ou infantile

À la naissance, la déglutition est dite primaire ou infantile. Il s'agit de la succion-déglutition qui permet l'alimentation du bébé (Dubois, 2017). Au cours de ses premiers mois de vie, le bébé peut être alimenté au sein ou au biberon (Genna *et al.*, 2021).

Pour ce qui est de l'allaitement, le bébé prend le sein en attirant le complexe mamelon-aréole dans sa cavité buccale. La pointe du mamelon est alors étendue près de

la jonction entre le palais dur et le palais mou (Genna *et al.*, 2021). Pendant la tétée, le sein est interposé entre la gencive supérieure en haut et la langue en bas. Cette position permet un effet « ventouse » qui favorise une bonne étanchéité (Veyssière *et al.*, 2015).

La succion-déglutition commence avec la compression-expression : les bords de la langue forment une gouttière et la langue comprime le sein. La succion-déglutition se poursuit avec la dépression intra-buccale qui permet d'extraire le lait pendant la tétée (Gremmo-Féger, 2015). Pendant la dépression intra-buccale, la langue fait le vide en allant vers le bas et se contracte pour réduire son volume. Les joues se contractent également (Dubois, 2017). Le lait est alors éjecté du sein et propulsé vers l'arrière de la cavité buccale, ce qui déclenche le réflexe de déglutition (Genna *et al.*, 2021).

Les mécanismes de succion-déglutition mis en place dans le cadre de l'allaitement diffèrent de ceux mis en place avec le biberon. L'alimentation au sein nécessite une coordination dynamique entre l'oscillation de la mandibule, le mouvement péristaltique de la langue et le réflexe d'éjection du lait maternel (Genna *et al.*, 2021). L'alimentation au biberon est beaucoup plus passive (Pitre et Soyere, 2012). En effet, au biberon, les muscles de la langue sont très peu sollicités (Coryllos, 2008). Le bébé doit effectuer moins de mouvements qu'au sein car le lait s'écoule plus facilement (Pitre et Soyere, 2012).

1.4.1.3. Déglutition secondaire ou adulte

Le passage à la déglutition adulte se fait progressivement avec l'apparition de la denture temporaire vers 3 ans (Martignoni, 2018). La déglutition est dite secondaire ou adulte, lorsque l'enfant propulse le bol alimentaire avec sa langue sans que les joues ne se contractent. La langue doit adopter une nouvelle position : l'apex de la langue doit se placer au niveau de la papille rétro-incisive supérieure sans prendre appui sur les dents (Dubois, 2017). Si la déglutition secondaire n'est pas installée au-delà de 6 ans, la déglutition est considérée comme dysfonctionnelle ou pathologique (Abdessadok, 2015).

1.4.2. Mastication

La mastication permet de broyer les aliments et d'insaliver le bol alimentaire en vue de la déglutition et de la digestion. Pendant la mastication, la langue participe à l'insalivation et manipule les aliments pour former le bol alimentaire (Le Révérend *et al.*, 2013). Elle se déplace, repousse les aliments sur la surface occlusale des dents afin qu'ils

puissent être mâchés et assure le contrôle du bol alimentaire dans la cavité buccale (Genna *et al.*, 2021).

La mastication est une praxie qui s'acquière au cours des premières années du développement de l'enfant. Chez le bébé, la langue permet la mastication précoce ou le malaxage des aliments (Baxter *et al.*, 2020). De 4 à 6 mois, la langue écrase les aliments par un mouvement ascendant/descendant. Vers l'âge de 10 mois, la langue déplace les aliments vers les gencives en effectuant des mouvements latéraux (Le Révérend *et al.*, 2013). Peu à peu, la langue se déplace indépendamment de la mâchoire et les schémas moteurs progressent pour aboutir à une mastication hélicoïdale et circulaire (Baxter *et al.*, 2020).

Ainsi, l'efficacité de la mastication dépend des caractéristiques anatomiques oro-faciales du sujet (Le Révérend *et al.*, 2013). La mastication nécessite la capacité de bouger la langue dans de nombreuses directions (Thibault, 2013). Elle devient plus efficace au fur et à mesure que la langue devient plus mobile. L'âge pour lequel, une mastication efficace est atteinte, diffère selon les études et la méthodologie utilisée (Le Révérend *et al.*, 2013).

1.4.3. Ventilation

La ventilation est une fonction vitale et réflexe permettant de renouveler l'air dans les poumons. Elle permet l'humidification, le réchauffement et le filtrage de l'air (Russe, 2018). La ventilation physiologique, qui favorise une oxygénation optimale au repos et pendant le sommeil, est nasale. La ventilation buccale, elle, est pathologique (Zaghi *et al.*, 2019).

Une langue élevée au palais au repos permet une ventilation nasale. Ainsi, la langue peut être définie comme une structure respiratoire car la position de la langue dans la cavité buccale et le type de ventilation sont liés (Thibault, 2013).

1.4.4. Phonation

La phonation est une fonction qui permet d'émettre les sons du langage. La langue joue un rôle primordial dans cette fonction (Abdessadok, 2015). Les mouvements volontaires de la langue et contrôlés avec précision permettent de produire les sons de la

parole. C'est la langue qui détermine le point d'articulation d'un son en contractant volontairement un ou plusieurs muscles (Baxter *et al.*, 2020).

1.5. Rôle morphogénétique de la langue

Dès l'embryogenèse, la langue possède un rôle morphogénétique (Deville, 2021). Elle agit sur le développement du squelette maxillo-facial et des voies respiratoires supérieures (Yoon *et al.*, 2017).

Dès la naissance, la langue au repos est élevée au palais et les lèvres sont jointes (Campanha *et al.*, 2021). C'est la position physiologique de la langue au repos et les mouvements linguaux pour chaque déglutition qui participent au bon développement sagittal et transversal du palais et qui permettent le bon positionnement de la mandibule (Raberin, 2007).

2. L'ANKYLOGLOSSIE

2.1. Définition, étiologie et épidémiologie

2.1.1. Définition

Le frein de langue est défini par Mills *et al.* (2019) comme « une structure tridimensionnelle dynamique qui varie en morphologie sur un spectre ». Un frein de langue anormalement court qui restreint la mobilité de la langue est une anomalie appelée « ankyloglossie » (Rowan-Legg, 2015). Le diagnostic de l'ankyloglossie repose sur l'apparence anatomique du frein et sur la limitation fonctionnelle des mouvements linguaux (Deville, 2021). Son traitement peut impliquer une intervention chirurgicale (Walsh et McKenna Benoit, 2019).

2.1.2. Étiologie

La langue se forme en même temps que le palais lors de la 4^{ème} semaine de vie intra-utérine. Lorsqu'elle est formée, elle est soudée au plancher buccal (Veyssière *et al.*, 2015). C'est grâce à l'apoptose cellulaire au cours de la 12^{ème} semaine de vie intra-utérine que la langue se sépare du plancher buccal et forme le frein de langue (Walsh et McKenna Benoit, 2019). Le frein de langue est un vestige embryologique (Manipon, 2016).

L'ankyloglossie est une anomalie congénitale (Rowan-Legg, 2015). Selon Veyssière *et al.* (2015), elle est due à « un défaut d'apoptose cellulaire dans

l'embryogenèse entre le plancher buccal et la langue ». L'échec de la libération de la langue entraîne divers degrés d'ankyloglossie (Walsh et McKenna Benoit, 2019).

Une étiologie génétique pour l'ankyloglossie est suspectée (Walsh et Tunkel, 2017). Certaines études suggèrent une transmission dominante liée au chromosome X (Walsh et McKenna Benoit, 2019). L'ankyloglossie est également retrouvée dans plusieurs syndromes génétiques comme les fentes palatines ou le syndrome de Pierre Robin (Abdessadok, 2015).

2.1.3. Épidémiologie

La prévalence de l'ankyloglossie varie entre 1,1% et 16% selon les études (Hill, 2019). Cette variation de prévalence est due à l'absence de critères de diagnostic précis pour le dépistage des nouveau-nés (Walsh et McKenna Benoit, 2019). Une prédominance masculine de l'ankyloglossie est observée avec un ratio homme/femme de 3/1 (Walsh et Tunkel, 2017).

2.2. Conséquences de l'ankyloglossie

L'ankyloglossie altère la mobilité linguale et peut entraîner de nombreuses conséquences délétères pour le sujet atteint (Zaghi *et al.*, 2019).

2.2.1. Sur les fonctions oro-myo-faciales

2.2.1.1. Déglutition

La langue a un rôle fonctionnel dans l'allaitement (Genna *et al.*, 2021). Ainsi, toute restriction linguale peut avoir des répercussions importantes sur la succion-déglutition et entraîner des difficultés d'allaitement (Veyssière *et al.*, 2015). Selon l'étude de Manipon (2016), environ 12 à 50 % des bébés ayant une ankyloglossie présentent des difficultés à s'alimenter au sein.

Avec la restriction linguale, le bébé est incapable d'attirer le mamelon dans sa cavité buccale (Figure 3). La prise du sein est peu profonde, ce qui entraîne une mauvaise étanchéité lors des tétées (Manipon, 2016). Cette mauvaise étanchéité peut se manifester par un cliquetis audible pendant la tétée et par une aérophagie qui contribue au reflux gastro-œsophagien chez les bébés (Walsh et McKenna Benoit, 2019).



Figure 3 : Position linguale du bébé pendant la tétée (à gauche : un bébé sans ankyloglossie, à droite : un bébé avec ankyloglossie) (Abdessadok, 2015)

L'ankyloglossie impactant l'accrochage du mamelon et l'étanchéité, les tétées deviennent plus longues et moins efficaces (Veyssière *et al.*, 2015). Ces périodes d'alimentation prolongées peuvent fatiguer le bébé (Hill, 2019).

L'ankyloglossie rend également le transfert de lait moins efficace (Walsh et McKenna Benoit, 2019). La diminution de la quantité de lait ingéré peut se manifester chez le bébé par une faible prise de poids (Hill, 2019). Cette mauvaise prise de poids peut aboutir à une cassure sur la courbe de croissance (Veyssière *et al.*, 2015).

Pour compenser la faible prise de lait au sein, le bébé peut procéder à une compression accrue de l'extrémité du mamelon ou le mordre pour en extraire le lait. Ces compensations dysfonctionnelles peuvent provoquer des lésions traumatiques chez la mère (Manipon, 2016). L'ankyloglossie peut être responsable de douleurs et de saignements des mamelons (Hill, 2019). De plus, cette anomalie empêche une vidange complète du sein, ce qui favorise les engorgements pouvant aller jusqu'à la mastite (inflammation des glandes mammaires) chez les mères (Veyssière *et al.*, 2015). À terme, la mauvaise extraction du lait pendant la tétée peut diminuer la production de lait maternel (Manipon, 2016).

Au-delà de toutes ces manifestations physiques, les bien-être de la mère et de l'enfant peuvent être affectés par un frein lingual court, en particulier celui des mères qui ne peuvent pas continuer à allaiter (Walsh et McKenna Benoit, 2019). En effet, l'ensemble des difficultés rencontrées conduit à un allaitement inefficace et douloureux favorisant un arrêt prématuré de celui-ci. Or, l'allaitement est recommandé dès la naissance par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et présente des avantages pour

la santé du bébé (Hill, 2019). Il réduit notamment les risques de Syndrome de Mort Subite du Nourrisson (SMSN) (Baxter *et al.*, 2020).

Concernant l'alimentation au biberon, celle-ci peut également être impactée par l'ankyloglossie. En effet, un frein de langue court peut augmenter le temps de prise (Veyssière *et al.*, 2015). Néanmoins, les conséquences de l'ankyloglossie sont moins importantes que pour l'allaitement car l'écoulement de lait nécessite moins d'effort pour le bébé (Coryllos, 2008).

Plus tard, l'ankyloglossie peut empêcher la maturation vers une déglutition adulte (Ferrés-Amat *et al.*, 2016). En effet, un frein de langue court limite le mouvement ascendant de la langue. Cette limitation engendre une mauvaise posture linguale pendant la déglutition : la langue pousse vers l'avant au lieu de pousser vers le haut contre le palais (Yoon *et al.*, 2017).

2.2.1.2. Mastication

La diversification alimentaire est définie comme « l'introduction d'aliments solides chez un enfant allaité ou recevant une préparation pour nourrissons » (Turck *et al.*, 2015). Les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (2020) préconisent une diversification alimentaire après l'âge de 4 mois « pour réduire le risque d'obésité, d'infections, de maladie cœliaque et d'allergies alimentaires ». Après 4 mois, le tractus gastro-intestinal d'un bébé en bonne santé est suffisamment mature pour digérer les aliments complémentaires (Butte *et al.*, 2004).

Mais si la mobilité linguale est limitée chez le bébé, la diversification alimentaire peut être compromise (Amblard et Abadjian, 2021). En effet, l'ankyloglossie empêche la langue de bouger vers la nourriture et rend difficile la mastication précoce ou le malaxage des premiers aliments introduits dans l'alimentation du bébé (Baxter *et al.*, 2020). Des difficultés à acquérir une mastication efficace peuvent se manifester par une réticence à passer aux aliments en morceaux (Thibault, 2013). Les bébés présentant une ankyloglossie se limitent souvent aux textures molles ou fondantes qu'ils peuvent manipuler aisément avec la langue (Baxter *et al.*, 2020).

De plus, une mastication inefficace et une mauvaise gestion des morceaux peuvent entraîner un réflexe nauséux exacerbé ou des fausses-routes. L'ensemble des expériences alimentaires vécues négativement par le bébé peuvent fragiliser sa zone orale et créer une hypersensibilité (Amblard et Abadjian, 2021). Certains bébés présentent même une aversion alimentaire sévère et refusent de s'alimenter (Deville, 2021).

2.2.1.3. Ventilation

L'ankyloglossie empêche la langue de se positionner au palais au repos. La langue reste en position basse favorisant une ouverture buccale permanente et donc une ventilation buccale (Baxter *et al.*, 2020).

Cette ventilation buccale impacte la santé et peut être à l'origine de nombreux troubles. La ventilation buccale peut impacter le système immunitaire puisqu'elle augmente le risque de survenue de maladies allergiques et respiratoires (Lee *et al.*, 2021). Les résultats de l'étude de Oh *et al.* réalisée en 2020 ont également suggéré que l'ankyloglossie et la ventilation buccale sont deux facteurs qui prédisposent la population pédiatrique au bruxisme du sommeil.

La restriction linguale peut également perturber le sommeil et favoriser le ronflement (Zaghi *et al.*, 2019). Si elle n'est pas traitée à la naissance, elle majore le risque de développer un Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (SAOS) à un âge plus avancé (Baxter *et al.*, 2020). Ce syndrome est défini par « des épisodes répétitifs de respiration superficielle ou interrompue pendant le sommeil ». Il entraîne généralement une réduction de la saturation en oxygène (Bordoni *et al.*, 2018).

2.2.1.4. Phonation

L'ankyloglossie peut avoir un retentissement sur l'articulation (Deville, 2021). La production des phonèmes t, d, n, s peut être perturbée et le son l peut être transformé en y. Ces troubles peuvent affecter l'intelligibilité de la parole (Veyssière *et al.*, 2015).

2.2.2. Sur la croissance maxillo-faciale

Dès la naissance, l'ankyloglossie peut altérer la position linguale au repos (Figure 4). Les nouveau-nés sans restriction linguale ont tendance à avoir la langue élevée au

repos tandis que les nouveau-nés avec une restriction ont souvent la langue basse (Campanha *et al.*, 2021).



Figure 4 : Position linguale du nouveau-né au repos (à gauche : position élevée et physiologique, à droite : position basse et pathologique) (Campanha *et al.*, 2021)

À terme, si la position linguale au repos et pendant la déglutition est anormale dans la cavité buccale, les forces exercées par la langue perturberont la croissance maxillo-faciale et le placement des dents (Amblard et Abadjian, 2021). Ainsi, l'ankyloglossie peut affecter le développement maxillo-facial (Veyssière *et al.*, 2015). Elle favorise une constriction maxillaire, l'allongement du voile du palais et un rétrécissement de la cavité nasale (Yoon *et al.*, 2017). La restriction linguale est également un facteur de risque de malocclusions dentaires (Veyssière *et al.*, 2015).

2.2.3. Sur les tensions

La langue est reliée au corps par l'intermédiaire de tissus conjonctifs appelés fascias. Une langue restreinte peut exercer une tension sur ces fascias (Bordoni *et al.*, 2018). En effet, l'ankyloglossie peut entraîner des compensations qui peuvent contribuer à un stress chronique des muscles de la tête et du cou (Zaghi *et al.*, 2019). Le traitement chirurgical de l'ankyloglossie permet de réduire ces tensions musculaires (Bargiel *et al.*, 2021).

3. PRISE EN SOIN DE L'ANKYLOGLOSSIE CHEZ LE BÉBÉ (0 À 6 MOIS)

3.1. Intérêt d'une prise en soin précoce

L'ankyloglossie peut entraîner des conséquences délétères dès la naissance (Hill, 2019). Les répercussions diffèrent selon l'âge du sujet et le degré de sévérité de la restriction (Walsh et McKenna Benoit, 2019).

Comme évoqué dans les parties précédentes, le bébé âgé de 0 à 6 mois ayant une restriction linguale peut rencontrer des difficultés à mobiliser sa langue (Figure 5). L'ankyloglossie peut impacter la succion-déglutition du bébé et avoir un retentissement sur son alimentation. Le bébé peut également souffrir de tensions musculaires. Lorsque le bébé se développe, d'autres symptômes peuvent survenir (déglutition atypique, retard de développement maxillo-facial, malpositions dentaires, apnées obstructives du sommeil, troubles articulatoires...) (Deville, 2021). C'est pourquoi une prise en soin précoce est primordiale pour optimiser les soins dispensés au bébé et limiter les conséquences futures qui peuvent apparaître (Coryllos, 2008).

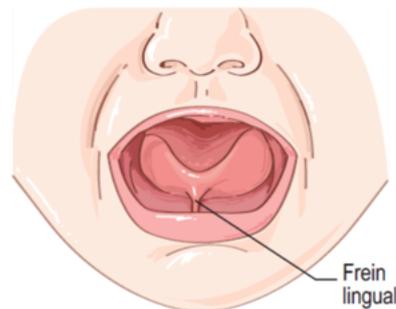


Figure 5 : Schéma d'un frein de langue restrictif chez le bébé (Sergueef, 2021)

La prise en soin de l'ankyloglossie peut impliquer une intervention chirurgicale permettant de récupérer la mobilité linguale (Veyssière *et al.*, 2015). Chez le bébé, une frénotomie (section chirurgicale du frein de langue) peut être envisagée (Baxter *et al.*, 2020). Celle-ci doit être réalisée précocement. En effet, la frénotomie est l'intervention chirurgicale la moins risquée si elle est réalisée chez le bébé de moins de 6 mois, « lorsque le frein de langue n'est encore qu'une fine membrane celluleuse » (Veyssière *et al.*, 2015). Les complications post-opératoires sont rares (Slagter *et al.*, 2020).

Lorsqu'elle est effectuée au cours des premières semaines de vie, l'anesthésie n'est généralement pas nécessaire. La procédure est rapide et bien tolérée chez les bébés (Manipon, 2016). Après l'intervention, une succion nutritive au sein ou au biberon est proposée pour réduire l'inconfort des bébés (Slagter *et al.*, 2020).

La frénotomie présente de nombreux avantages. Elle améliore significativement l'allaitement et le reflux gastro-œsophagien (Slagter *et al.*, 2020). Cette procédure chirurgicale permet de rétablir des mouvements linguaux normaux lors des tétées (Rowan-Legg, 2015). Elle permet d'augmenter le transfert de lait et favorise le confort

maternel (Abdessadok, 2015). En effet, les douleurs mamelonnaires sont directement soulagées après l'intervention, ce qui permet d'éviter un arrêt précoce de l'allaitement (Slagter *et al.*, 2020). Concernant l'alimentation au biberon, la frénotomie permet de diminuer le temps de prise et d'augmenter la quantité de lait ingéré (Veyssière *et al.*, 2015).

3.2. Prise en soin pluridisciplinaire

L'ankyloglossie nécessite une prise en soin pluridisciplinaire pour son évaluation et son traitement. Chaque professionnel impliqué dans la prise en soin apporte son expertise (Walsh et McKenna Benoit, 2019). La collaboration de l'ensemble des professionnels est essentielle (Jin *et al.*, 2018). Elle permet la mise en commun d'informations médicales et paramédicales afin de préciser le diagnostic et de choisir le traitement le plus adapté (Slagter *et al.*, 2021).

Les médecins généralistes et les pédiatres assurent le suivi médical du bébé et coordonnent les soins. Ils conseillent les parents sur l'alimentation du bébé et ont un rôle de prévention. Ils peuvent diagnostiquer précocement un trouble et orienter vers un spécialiste si besoin (Martignoni, 2018).

Les chirurgiens maxillo-faciaux, les oto-rhino-laryngologistes et les stomatologues sont habilités à poser le diagnostic d'ankyloglossie. Ils réalisent également l'intervention chirurgicale si l'impact de l'ankyloglossie est majeur (Jin *et al.*, 2018).

Les consultants en lactation, les infirmiers-puériculteurs et les sages-femmes accompagnent la dyade mère-enfant et assurent le soutien à l'allaitement en conseillant la position à adopter lors de la tétée. La mise en place de ces stratégies aide à compenser une succion inefficace et favorise le confort maternel (Hill, 2019).

Pour soulager les tensions musculaires du bébé, les masseurs-kinésithérapeutes et les ostéopathes pratiquent la thérapie manuelle. Ils effectuent des palpations de différentes intensités sur les tissus mous incluant la peau et les fascias (Baxter *et al.*, 2020).

3.3. Rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin

D'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (version du 1^{er} juillet 2021), la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois fait partie du

champ de compétences des orthophonistes ayant obtenu le Certificat de Capacité en Orthophonie suite à une formation universitaire. Elle s'inscrit dans le cadre du « bilan et la rééducation des troubles des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » (Ameli, 2021).

3.3.1. *La prévention*

L'orthophoniste agit précocement et accompagne l'enfant dans son développement. Son intervention permet de prévenir les troubles des fonctions oro-myo-faciales (déglutition, mastication, ventilation et phonation) et de l'oralité (Amblard et Abadjian, 2021).

3.3.2. *L'évaluation orthophonique*

L'évaluation initie la prise en soin orthophonique. Cette évaluation est essentielle pour permettre à l'équipe pluridisciplinaire de prendre une décision éclairée concernant le traitement du bébé (Baxter *et al.*, 2020).

3.3.2.1. Anamnèse

L'évaluation commence par un entretien parental permettant d'élaborer une anamnèse détaillée (Baxter *et al.*, 2020). La plainte initiale, les antécédents familiaux et médicaux, la période anténatale et le déroulement de la naissance sont évoqués. L'orthophoniste s'intéresse également au développement sensori-moteur du bébé et à son histoire alimentaire, notamment à son alimentation lactée (durée des tétées, prise de poids, fatigue, confort digestif...) (Amblard et Abadjian, 2021).

3.3.2.2. Évaluation anatomique

Par la suite, l'orthophoniste procède à une évaluation anatomique de la sphère oro-faciale (Amblard et Abadjian, 2021). L'orthophoniste observe la posture globale du bébé, son mode de ventilation, son visage et sa posture linguale au repos (Baxter *et al.*, 2020). Il regarde attentivement l'aspect des mâchoires et des lèvres (Amblard et Abadjian, 2021). En effet, une rétrognathie ou la présence de cloques sur les lèvres peuvent être le signe d'une restriction linguale et d'une succion-déglutition dysfonctionnelle (Baxter *et al.*, 2020).

L'évaluation anatomique comprend également un toucher endo-buccal. Il est primordial que cet examen soit réalisé en douceur pour le bébé. L'orthophoniste

commence donc par des sollicitations tactiles sur le visage du bébé puis procède au toucher endo-buccal. Cet examen permet de réaliser une analyse anatomique du palais, des joues, des lèvres et du frein de langue. L'orthophoniste peut également palper le plancher buccal du bébé afin d'objectiver la présence ou l'absence de tensions musculaires (Amblard et Abadjian, 2021).

3.3.2.3. Évaluation fonctionnelle

L'évaluation anatomique est complétée par une évaluation fonctionnelle de la succion et des mouvements linguaux. (Deville, 2021). L'examen de la succion non-nutritive du doigt évalue la force de succion, l'étanchéité et la mise en gouttière de la langue (Amblard et Abadjian, 2021). Tandis que l'examen de la succion au sein et/ou au biberon objective l'efficacité de la succion (Walsh et McKenna Benoit, 2019). Pour finir, l'orthophoniste teste la sensibilité et le réflexe nauséux du bébé. Chez les bébés de plus de 4 mois, l'orthophoniste peut également évaluer la force masticatoire (Amblard et Abadjian, 2021).

3.3.3. La rééducation orthophonique

La rééducation orthophonique s'inscrit dans la prise en soin pluridisciplinaire de l'ankyloglossie (Caloway *et al.*, 2019). Elle s'articule autour des axes suivants :

- Désensibiliser et favoriser l'investissement de la sphère orale chez le bébé (Deville, 2021).
- Optimiser la mobilité linguale par mimétisme ou avec des jouets mis en bouche (Deville, 2021).
- Rééduquer la succion-déglutition par l'intermédiaire de stimulations oro-faciales afin de rétablir les compétences nécessaires à l'alimentation (Amblard et Abadjian, 2021).
- Informer, rassurer et soutenir les parents dans le cadre de l'accompagnement parental (Rowan-Legg, 2015).

Lorsque la rééducation orthophonique est insuffisante et que les symptômes sont majeurs, une intervention chirurgicale est conseillée (Caloway *et al.*, 2019). La rééducation orthophonique se poursuit alors après l'intervention (Deville, 2021). Elle permet d'optimiser les résultats obtenus avec la chirurgie (Ferrés-Amat *et al.*, 2016).

PROBLÉMATIQUE,
OBJECTIFS,
HYPOTHÈSES

PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHÈSES

1. PROBLÉMATIQUE

Ces dix dernières années, l'ankyloglossie suscite de plus en plus l'intérêt des professionnels. Les publications ayant pour sujet l'ankyloglossie se multiplient. Simultanément, les interventions chirurgicales pratiquées chez les bébés augmentent (Jin *et al.*, 2018).

En 2021, la Société Française de Pédiatrie (SFP) publie un communiqué alertant sur la recrudescence de chirurgies injustifiées qui pourraient mettre en danger la santé des bébés. Or, le diagnostic de l'ankyloglossie nécessite une évaluation pluridisciplinaire. Celle-ci comprend l'évaluation anatomique et fonctionnelle de la succion-déglutition réalisée par l'orthophoniste.

De plus, une intervention chirurgicale doit être envisagée seulement lorsque la prise en soin pluridisciplinaire est insuffisante et que les troubles du bébé ne s'améliorent pas (Holmsen *et al.*, 2021). Ainsi, la formation des professionnels est requise afin de favoriser une prise en soin pluridisciplinaire coordonnée et de limiter les pratiques abusives (Société Française de Pédiatrie, 2021).

Mais cette pathologie et sa prise en soin suscitent la controverse au sein des professionnels impliqués (Walsh et McKenna Benoit, 2019). L'étude de Messner et Lalakea (2000) met en évidence les divergences d'opinions des professionnels concernant les répercussions de l'ankyloglossie et l'efficacité de la prise en soin orthophonique. En effet, certains professionnels pouvant intervenir dans la prise en soin de l'ankyloglossie méconnaissent le rôle de l'orthophoniste (Mazeau et Prunet Delacour, 2021).

Le sondage international de Jin *et al.* (2018) réalisé auprès de 1 721 professionnels confirme ces résultats et montre que les opinions diffèrent selon la profession exercée, l'ancienneté d'exercice et les formations réalisées.

En raison de ce manque de consensus, la prise en soin précoce et pluridisciplinaire de l'ankyloglossie est sous-optimale (Hill, 2019). C'est pourquoi, il nous a semblé pertinent d'évaluer les connaissances, les ressentis et les besoins des professionnels

français et de les informer au sujet de l'ankyloglossie chez le bébé et du rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin.

2. OBJECTIFS

Dans ce contexte, les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Réaliser un état des lieux des connaissances, des ressentis et des besoins des professionnels français au sujet de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et du rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin pluridisciplinaire.
- Sensibiliser les professionnels à ces problématiques.

3. HYPOTHÈSES

D'après les données de la littérature, nous formulons les hypothèses suivantes :

- Les professionnels français interrogés ne se sentent pas suffisamment informés au sujet de l'ankyloglossie et du rôle de l'orthophoniste chez le bébé âgé de 0 à 6 mois.
- Le niveau de connaissances des professionnels concernant l'ankyloglossie varie selon la profession exercée, l'ancienneté d'exercice et les formations réalisées.
- Les professionnels souhaitent être davantage informés sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin.

MÉTHODOLOGIE

MÉTHODOLOGIE

1. POPULATION D'ÉTUDE

Notre étude s'intéresse aux professionnels du territoire français pouvant intervenir dans la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois, à l'exception des orthophonistes.

Les critères d'inclusion de notre étude sont les suivants :

- Exercer sur le territoire français.
- Exercer une profession pouvant intervenir dans la prise en soin de l'ankyloglossie.
- Exercer auprès de bébés âgés de 0 à 6 mois.

Et le seul critère d'exclusion est d'exercer la profession d'orthophoniste.

Ainsi, notre population d'étude comprend 10 professions : les chirurgiens maxillo-faciaux, les consultants en lactation certifiés IBCLC, les infirmiers-puériculteurs, les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins généralistes, les ostéopathes, les oto-rhino-laryngologistes, les pédiatres, les sages-femmes et les stomatologues.

2. PROCÉDURE

Notre protocole expérimental (Figure 6) débute en mai 2021 avec l'élaboration de notre questionnaire en ligne.

Il se poursuit en décembre 2021 avec la diffusion du questionnaire aux professionnels inclus dans notre étude. Nous les avons contactés par mail via les organismes professionnels (syndicats, ordres), les Réseaux de Périnatalité ou encore les structures pouvant accueillir les bébés âgés de 0 à 6 mois (les Maisons de Santé, les services de Protection Maternelle Infantile, les maternités et les Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux).

Le questionnaire est resté disponible jusqu'en février 2022 afin de maximiser le nombre de réponses recueillies. Pour que les groupes de notre étude soient représentatifs de la population étudiée, notre objectif était d'obtenir au minimum 30 réponses par groupe. En effet, selon la loi statistique normale, les groupes ayant un effectif égal ou

supérieur à 30 permettent d'obtenir une approximation représentative de la distribution réelle.

Puis, en mars/avril 2022, les réponses au questionnaire ont été recueillies afin de réaliser nos analyses statistiques. Ces analyses nous ont permis de vérifier nos hypothèses.

Enfin, en avril 2022, nous nous sommes appuyées sur les données présentes dans la littérature et sur les réponses au questionnaire pour réaliser notre plaquette d'information. Celle-ci a été diffusée aux professionnels par mail en mai 2022.

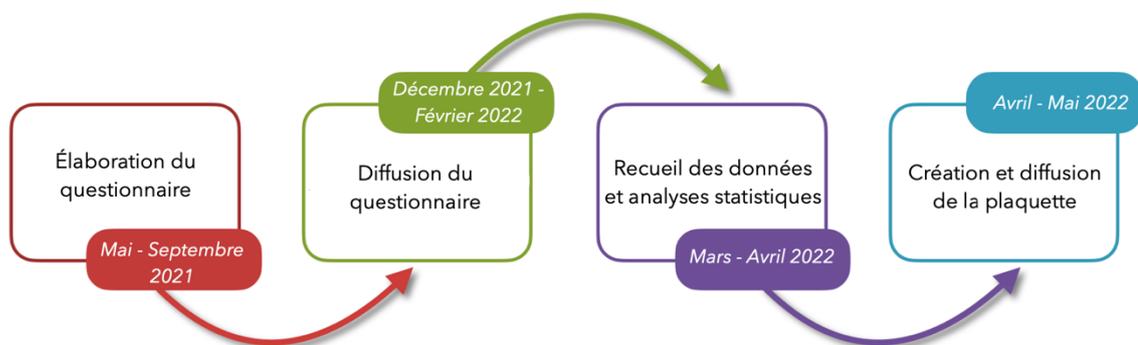


Figure 6 : Déroulement du protocole expérimental

3. MATÉRIEL

Le matériel de notre étude comprend le questionnaire (Annexe 1, p.69-75) et la plaquette d'information (Annexe 2, p.76-77). Ce matériel a contribué à la réalisation des deux objectifs de notre étude.

3.1. Questionnaire

Notre questionnaire avait pour objectif de répondre à nos hypothèses en réalisant un état des lieux des connaissances, des ressentis et des besoins des professionnels inclus dans notre étude.

Son élaboration s'est déroulée en plusieurs étapes de mai à septembre 2021. Pour commencer, nous avons rédigé notre questionnaire en nous appuyant sur les données de la littérature. Nous avons également suivi les règles de rédaction (clarté, concision et

précision) pour faciliter la compréhension des répondants. Puis, pour nous assurer que notre questionnaire soit efficace, nous avons procédé à un pré-test : une passation de notre questionnaire à une dizaine de volontaires qui n'ont pas participé au questionnaire final (Gerard, 2015). Les retours que nous avons obtenus, nous ont permis de modifier la formulation de certaines questions et d'ajouter des choix de réponses.

Par la suite, nous avons soumis le questionnaire au Guichet d'orientation pour la recherche en santé de l'Université de Caen. Le guichet a validé notre questionnaire. Cette validation nous a permis de rendre le questionnaire accessible via internet avec l'outil informatisé LimeSurvey de l'Université de Caen, permettant le respect de l'anonymat et la protection des données.

Nous avons choisi une administration en ligne par le répondant lui-même car ce mode d'administration, aussi appelé WASI (Web Assisted Self Interviewing), facilite la passation du questionnaire et optimise la qualité des réponses (Gerard, 2015).

Afin d'obtenir un maximum de réponses, nous avons opté pour une passation rapide. Elle dure environ 4 minutes et débute par un texte court qui suscite l'intérêt des répondants (Gerard, 2015). Ce texte introduit le questionnaire en présentant son titre, son objectif, les critères de recrutement, le temps de passation et les personnes ayant participé à son élaboration.

3.1.1. Description du questionnaire

3.1.1.1. Types de questions

Le questionnaire comprend 29 questions et trois types de questions : fermée, mixte et ouverte. Nous avons choisi un type de question plutôt qu'un autre en fonction de l'information que nous souhaitons obtenir (Gerard, 2015).

Ainsi, 25 questions sont fermées (réponse binaire ou à choix multiples), 3 questions sont mixtes (fermées avec un champ libre) et 1 question est ouverte (champ libre). Cette question (Q29) clôture le questionnaire et permet aux professionnels de nous faire part de leurs remarques s'ils le souhaitent.

3.1.1.2. Ordre des questions

Nous avons ordonné les questions en respectant le principe de groupement thématique et le principe de l'entonnoir. En effet, nous avons regroupé les questions par thème abordé en progressant du plus général au plus spécifique (Gerard, 2015).

Ainsi, notre questionnaire est composé de six parties :

- **La première partie (Q1 à Q4)** comprend des questions signalétiques permettant le recueil des données administratives (profession exercée, lieu et type d'exercice, ancienneté d'exercice).
- **La seconde partie (Q5 à Q8)** interroge la pratique professionnelle (prise en soin des bébés âgés de 0 à 6 mois et nombre de cas d'ankyloglossie traités par mois).
- **La troisième partie (Q9 à Q18)** s'intéresse aux connaissances des professionnels concernant l'ankyloglossie. 9 questions interrogent les professionnels au sujet des répercussions de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et 1 question aborde les conséquences chez l'enfant plus âgé.
- **La quatrième partie (Q19 à Q23)** concerne les ressentis des professionnels et les formations réalisées.
- **La cinquième partie (Q24 à Q27)** est axée sur les connaissances au sujet du rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin pluridisciplinaire.
- **La dernière partie (Q28 à Q29)** questionne les professionnels sur leur souhait d'obtenir des informations supplémentaires et sur leurs éventuelles remarques.

3.1.1.3. Questions spécifiques et non-spécifiques

Notre questionnaire comprend des questions spécifiques et des questions non-spécifiques.

Les questions spécifiques permettent de vérifier les critères d'inclusion des répondants et de répondre à nos hypothèses (Gérard, 2015). Les questions spécifiques 1, 4, 5 vérifient que les professionnels répondent à nos trois critères d'inclusion en les interrogeant sur leur profession, leur lieu d'exercice et la prise en soin des bébés âgés de 0 à 6 mois. Tandis que les questions spécifiques 1, 3, 20, 22, 24, 28 permettent de répondre à nos hypothèses.

De plus, nous avons élaboré une cotation. Les 10 réponses obtenues aux questions spécifiques de la troisième partie (Q9 à Q18), permettent de recueillir le **Score de Connaissances Générales sur l'Ankyloglossie (SCGA)**. Ce score permet d'évaluer les connaissances générales des professionnels au sujet de l'ankyloglossie. Pour obtenir 1 point par question, le professionnel doit répondre « Oui » parmi les propositions « Oui / Non / Je ne sais pas ». Si le professionnel répond « Non » ou « Je ne sais pas », la réponse est fautive et le professionnel obtient 0 point. Ainsi, le score peut aller de 0 à 10 sur 10. Plus il est élevé, plus le niveau de connaissances du professionnel interrogé l'est aussi.

Concernant les questions non-spécifiques, elles permettent d'obtenir des précisions (Gerard, 2015). Elles comprennent les questions 2, 19, 25, 26, 27, 29 et les questions-filtres 6, 7, 8, 21, 23. En effet, certaines questions sont filtrées et n'apparaissent que si le professionnel a répondu « Oui » ou « Non » à la question précédente.

3.2. Plaquette d'information

L'outil d'information avait pour objectif de répondre aux besoins des professionnels en les sensibilisant à l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et au rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin pluridisciplinaire. Il a été élaboré dans un second temps, à partir des données issues de la littérature et des réponses obtenues au questionnaire.

Pour concevoir notre support, nous avons utilisé l'outil Canva qui permet de créer des présentations graphiques gratuitement. Pour qu'il soit pratique d'utilisation et pour qu'il puisse fournir un maximum d'informations, nous avons choisi le format « plaquette à trois volets recto-verso ».

Afin d'attirer l'attention du lecteur, nous avons mis en avant les informations importantes en gras (Ruel *et al.*, 2018). Nous avons également soigné l'aspect visuel de la plaquette en utilisant une police de caractère lisible et différentes couleurs pour qu'elle soit agréable à lire.

Enfin, pour donner au lecteur une information concrète et explicite, nous avons utilisé des phrases simples et nous avons favorisé l'énumération (Ruel *et al.*, 2018).

3.2.1. Description de la plaquette

3.2.1.1. Couverture

La couverture figure sur le premier volet. Elle contient le titre de la plaquette « *Orthophonie et ankyloglossie chez le bébé (0-6 mois)* » et le nom des personnes ayant participé à sa création.

3.2.1.2. Informations de la plaquette

Nous avons sélectionné les informations essentielles permettant de répondre aux besoins des professionnels concernant l'ankyloglossie chez le bébé et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin.

Ces informations sont présentées sur les cinq autres volets de la plaquette et sont illustrées par plusieurs schémas afin de faciliter la compréhension du lecteur (Ruel *et al.*, 2018).

Nous avons structuré les informations en quatre parties :

- **La première partie** « *Qu'est-ce que l'ankyloglossie ?* » aborde la définition de l'ankyloglossie, son étiologie et son épidémiologie.
- **La deuxième partie** intitulée « *Quelles conséquences possibles ?* » présente l'impact possible de l'ankyloglossie chez le bébé, sa mère et sur la dyade mère-enfant.
- **La troisième partie** nommée « *L'orthophoniste et l'ankyloglossie : quand ? comment ? avec quels partenaires ?* » explique l'intérêt d'une prise en soin précoce et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin pluridisciplinaire. En effet, les champs d'intervention de l'orthophoniste (anamnèse, évaluation anatomique et fonctionnelle, rééducation et prévention) et ses partenaires y sont détaillés.
- Enfin, **la dernière partie** « *Bibliographie* » présente les données de la littérature sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour élaborer la plaquette.

4. ANALYSE STATISTIQUE

Pour vérifier nos trois hypothèses générales, nous avons réalisé une analyse statistique des réponses obtenues au questionnaire.

Nous avons utilisé des statistiques descriptives et inférentielles. Concernant les statistiques descriptives, nous avons utilisé le logiciel Excel. Un seuil de 75% de réponses devait être atteint pour valider les hypothèses. Pour les statistiques inférentielles, nous avons analysé les réponses avec le logiciel d'analyse statistique JASP. Nous avons validé l'hypothèse si p était significatif ($p \leq 0,05^*$).

HYPOTHÈSE 1 : « Les professionnels français interrogés ne se sentent pas suffisamment informés au sujet de l'ankyloglossie et du rôle de l'orthophoniste chez le bébé âgé de 0 à 6 mois. »

Pour répondre à cette hypothèse générale, nous avons émis les deux hypothèses opérationnelles suivantes :

- Hypothèse opérationnelle 1.1 : Au moins 75% des professionnels répondent « Non » à la question 20 : « *Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) concernant l'ankyloglossie ?* ».
- Hypothèse opérationnelle 1.2 : Au moins 75% des professionnels répondent « Non » à la question 24 : « *Connaissez-vous le rôle de l'orthophoniste auprès des bébés âgés de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ?* ».

• Les statistiques descriptives ont été utilisées pour vérifier l'hypothèse générale 1. Nous avons analysé les réponses « Oui » et « Non » aux questions 20 et 24 (Tableau 1).

HYPOTHÈSE 2 : « Le niveau de connaissances des professionnels concernant l'ankyloglossie, varie selon la profession exercée, l'ancienneté d'exercice et les formations réalisées. »

Pour répondre à cette hypothèse générale, nous avons émis les trois hypothèses opérationnelles suivantes :

- Hypothèse opérationnelle 2.1 : Les moyennes des Scores de Connaissances Générales sur l'Ankyloglossie (SCGA) des professionnels varient significativement ($p \leq 0,05^*$) selon la profession exercée.
- Hypothèse opérationnelle 2.2 : La moyenne des Scores de Connaissances Générales sur l'Ankyloglossie (SCGA) des professionnels ayant une ancienneté

d'exercice de moins de 10 ans est significativement plus élevée ($p \leq 0,05^*$) que celle des professionnels ayant une ancienneté d'exercice de plus de 10 ans.

- Hypothèse opérationnelle 2.3 : La moyenne des Scores de Connaissances Générales sur l'Ankyloglossie (SCGA) des professionnels ayant réalisé au moins une formation sur l'ankyloglossie, est significativement plus élevée ($p \leq 0,05^*$) que celle des professionnels n'ayant jamais réalisé de formation.

- Les statistiques inférentielles ont été utilisées pour vérifier l'hypothèse générale 2. Nous avons analysé les réponses aux questions 1, 3, 22, correspondant respectivement à la profession exercée, l'ancienneté d'exercice et les formations réalisées. Nous avons également pris en compte les réponses aux questions du score SCGA (Q9 à Q18) pour vérifier cette hypothèse (Tableau 1).

Pour l'hypothèse opérationnelle 2.1, nous avons utilisé le test non paramétrique de Kruskal-Wallis car il s'agit d'une liaison entre une variable qualitative à plusieurs classes (la profession exercée) et une variable quantitative (le score SCGA). Avec ce test, nous avons comparé les scores SCGA entre les 10 groupes. Ces 10 groupes correspondent aux 10 professions incluses dans l'étude.

Pour l'hypothèse opérationnelle 2.2, nous avons utilisé le test paramétrique de Student car il s'agit d'une liaison entre une variable qualitative binaire (l'ancienneté d'exercice) et une variable quantitative (le score SCGA). Ainsi, nous avons comparé les scores SCGA entre le groupe « Moins de 10 ans d'exercice professionnel » et le groupe « Plus de 10 ans d'exercice professionnel ».

Enfin, nous avons également utilisé également le test de Student pour l'hypothèse opérationnelle 2.3, car il s'agit aussi d'une liaison entre une variable qualitative binaire (les formations réalisées) et une variable quantitative (le score SCGA). À l'aide de ce test, nous avons comparé les scores SCGA entre le groupe « Oui » et le groupe « Non ». Pour aller plus loin et comparer les scores SCGA selon le type de formation réalisée, nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis à partir des réponses à la question-filtre 23 et des réponses aux questions du score SCGA (Q9 à Q18) (Tableau 1). Nous avons utilisé ce test car il s'agit d'une liaison entre une variable qualitative à plusieurs classes (le type de formation réalisée) et une variable quantitative (le score SCGA).

HYPOTHÈSE 3 : « Les professionnels souhaitent être davantage informés sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin. »

Pour répondre à cette hypothèse générale, nous avons émis l'hypothèse opérationnelle suivante :

- Hypothèse opérationnelle 3.1 : Au moins 75% des professionnels répondent « Oui » à la question 28 : « *Souhaiteriez-vous avoir davantage d'informations sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste ?* ».

- Les statistiques descriptives ont été utilisées pour vérifier l'hypothèse générale 3. Nous avons analysé les réponses « Oui » et « Non » à la question 28 (Tableau 1).

Tableau 1 : Description des questions utilisées pour répondre aux hypothèses

Hypothèses	Hypothèses opérationnelles	Questions utilisées	
H1	HO 1.1	Q20 : « <i>Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) concernant l'ankyloglossie ?</i> » Question non-spécifique : Q21	
	HO 1.2	Q24 : « <i>Connaissez-vous le rôle de l'orthophoniste auprès des bébés âgés de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ?</i> » Questions non-spécifiques : Q19, Q25, Q26, Q27	
H2	HO 2.1	Q1 : « <i>Quelle est votre profession ?</i> »	Q9 à Q18 : Score SCGA
	HO 2.2	Q3 : « <i>Depuis combien de temps exercez-vous votre profession actuelle ?</i> »	
	HO 2.3	Q22 : « <i>Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur l'ankyloglossie ?</i> » Question non-spécifique : Q23	
H3	HO 3.1	Q28 : « <i>Souhaiteriez-vous avoir davantage d'informations sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin ?</i> »	

RÉSULTATS

RÉSULTATS

Nous avons extrait les 1 548 réponses du questionnaire sous un fichier Excel et nous avons retiré les 238 réponses incomplètes. Ensuite, nous avons vérifié que les 1 310 professionnels qui avaient répondu à l'ensemble des questions, répondaient à nos trois critères d'inclusion. 115 professionnels ne répondaient pas à ces critères. Nous avons donc finalement retenu 1 195 réponses.

À partir de ces 1 195 réponses, nous présenterons dans un premier temps notre population d'étude et nous exposerons dans un second temps, nos résultats.

1. PRÉSENTATION DE LA POPULATION D'ÉTUDE

La population d'étude comprend les 1 195 professionnels qui ont répondu intégralement à notre questionnaire et qui vérifient nos critères d'inclusion.

Pour étudier les caractéristiques générales de la population, elle a été répartie selon la profession exercée (Figure 7), le type d'exercice (Figure 8), l'ancienneté d'exercice (Figure 9), la région d'exercice (Figure 10), les formations réalisées (Figure 11) et la prise en soin de l'ankyloglossie (Figures 12 et 13).

Ainsi, les principaux répondants de l'étude sont les sages-femmes avec 459 réponses, ce qui représente 38,41% de la population. Viennent ensuite les médecins généralistes avec 143 réponses (11,97%) et les infirmiers-puériculteurs avec 130 réponses (10,88%).

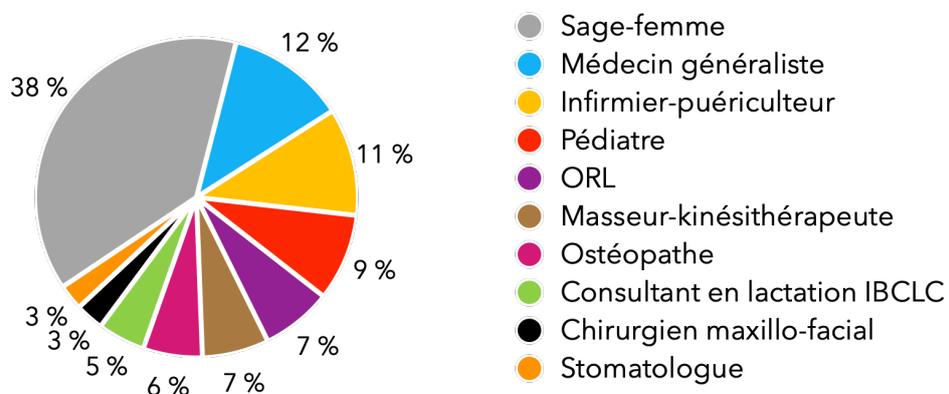


Figure 7 : Répartition (en %) des réponses à la question 1 : « *Quelle est votre profession ?* »

57,74% des professionnels interrogés (n=690) exercent en libéral, 34,06% des professionnels (n=407) exercent en salariat et 8,20% des professionnels (n=98) ont un exercice mixte.

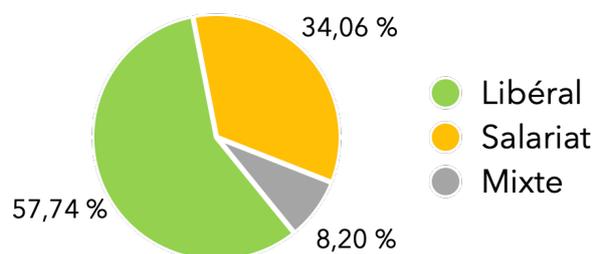


Figure 8 : Répartition (en %) des réponses à la question 2 : « *Quel est votre type d'exercice ?* »

59,58% des répondants (n=712) exercent leur profession depuis plus de 10 ans, tandis que 40,42% des répondants (n=483) l'exercent depuis moins de 10 ans.

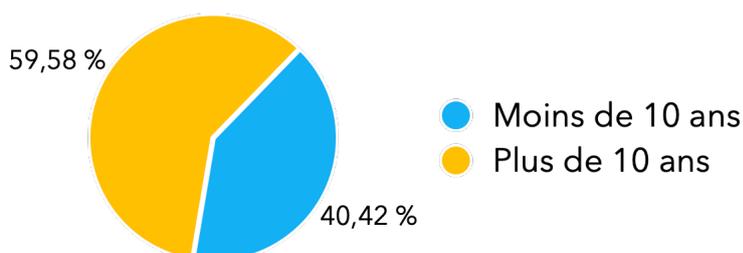


Figure 9 : Répartition (en %) des réponses à la question 3 : « *Depuis combien de temps exercez-vous votre profession actuelle ?* »

Les professionnels viennent principalement des Pays de la Loire (n=140 ; 11,72%), d'Occitanie (n=128 ; 10,71%) et d'Île-de-France (n=124 ; 10,38%).

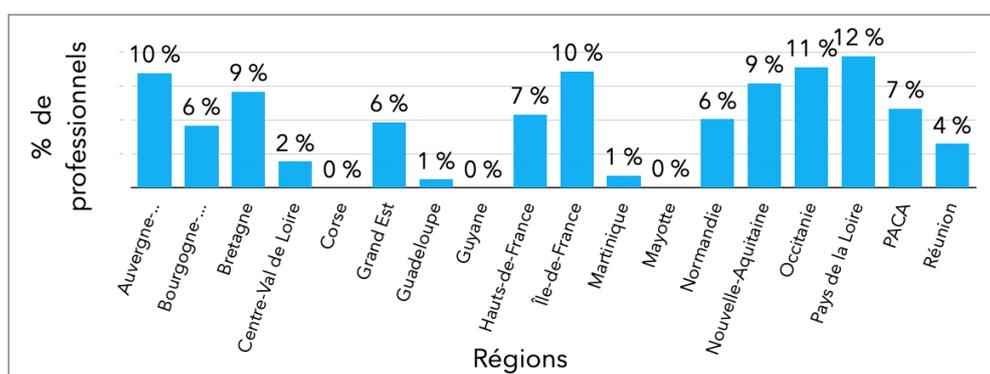


Figure 10 : Répartition (en %) des réponses à la question 4 : « *Quel est votre lieu d'exercice ?* »

77,82% des professionnels de l'étude (n=930) n'ont jamais bénéficié de formation sur l'ankyloglossie et 22,18% des professionnels (n=265) en ont reçu au moins une.

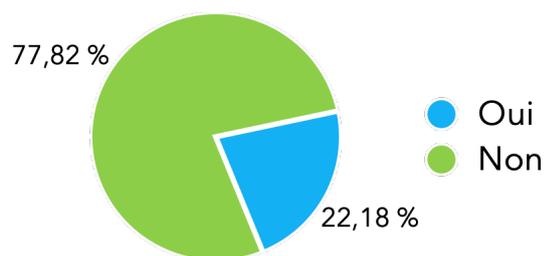


Figure 11 : Répartition (en %) des réponses à la question 22 : « *Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur l'ankyloglossie ?* »

67,53% des professionnels interrogés (n=807) prennent en soin l'ankyloglossie chez les bébés âgés de 0 à 6 mois, alors que 32,47% des professionnels (n=388) ne réalisent pas ce type de soin.

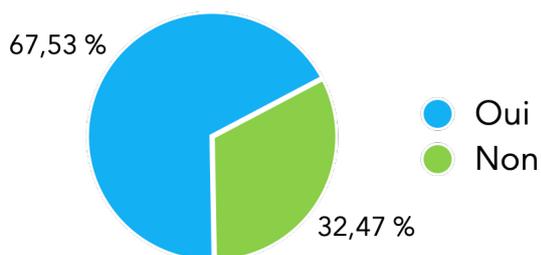


Figure 12 : Répartition (en %) des réponses à la question 6 : « *Êtes-vous amené(e) à prendre en soin des bébés âgés de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ?* »

Parmi les 807 professionnels prenant en soin l'ankyloglossie chez les bébés, 93,18% des professionnels (n=752) traitent moins de 10 cas par mois, tandis que 6,82% des professionnels (n=55) en traitent plus de 10.

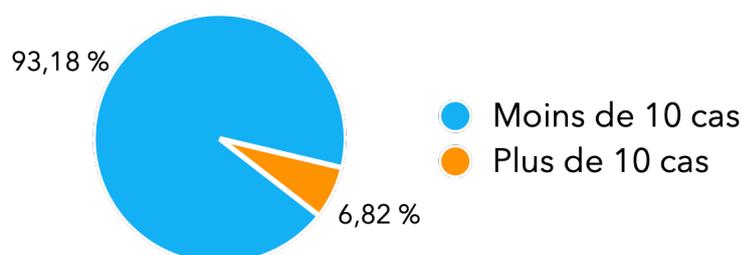


Figure 13 : Répartition (en %) des réponses à la question 8 : « *Combien de bébés êtes-vous amené(e) à prendre en soin par mois, dans le cadre d'une ankyloglossie ?* »

Les résultats obtenus auprès des 1 195 professionnels de l'étude sont présentés dans l'ordre de nos hypothèses.

2. HYPOTHÈSE 1 : « Les professionnels français interrogés ne se sentent pas suffisamment informés au sujet de l'ankyloglossie et du rôle de l'orthophoniste chez le bébé âgé de 0 à 6 mois. »

L'analyse descriptive des 1 195 réponses montre que 76,90% des professionnels interrogés (n=919) ne se sentent pas suffisamment informés au sujet de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois (Figure 14).

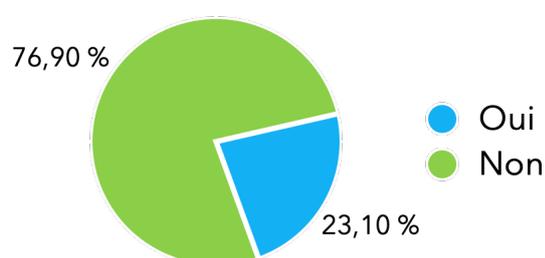


Figure 14 : Répartition (en %) des réponses à la question 20 : « *Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) concernant l'ankyloglossie ?* »

Parmi ces 919 professionnels estimant ne pas être suffisamment informés au sujet de l'ankyloglossie (Figure 15) : 50,05% (n=460) pensent méconnaître sa définition et 75,84% (n=697) estiment ne pas être assez informés sur ses conséquences chez le bébé.

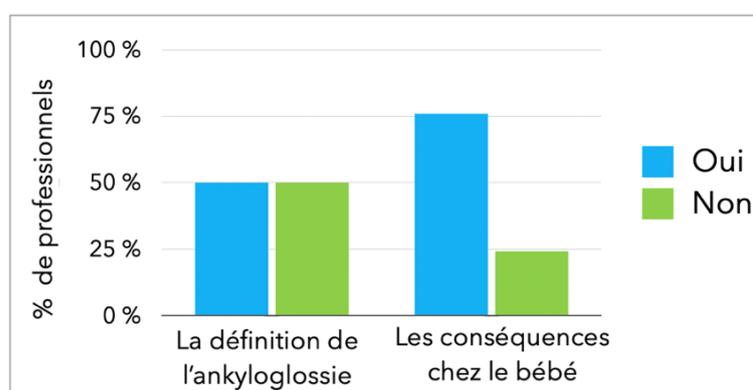


Figure 15 : Répartition (en %) des réponses à la question 21 : « *Pensez-vous que vous manquez d'informations sur : ...* »

Lorsque nous interrogeons les 1 195 professionnels, 78,08 % d'entre eux (n=933) reconnaissent que l'orthophoniste participe à la prise en soin pluridisciplinaire de l'ankyloglossie chez le bébé (Figure 16).

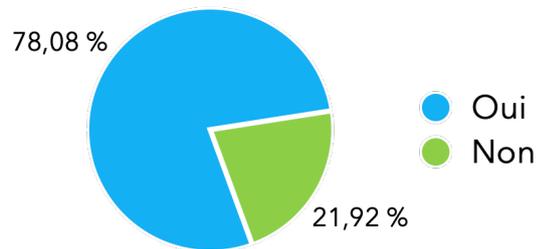


Figure 16 : Répartition (en %) des réponses « Orthophonistes » à la question 19 : « *Quels sont les professionnels pouvant intervenir dans la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé ?* »

Mais, 79,33% des professionnels interrogés (n=948) n'ont jamais orienté l'un de leur patient auprès d'un orthophoniste dans le cadre d'une ankyloglossie (Figure 17).

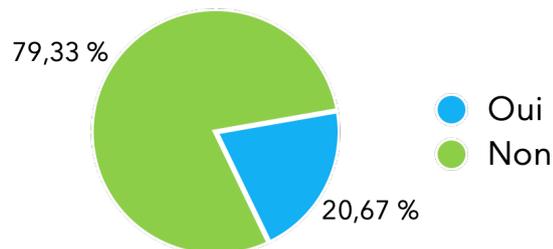


Figure 17 : Répartition (en %) des réponses à la question 25 : « *Avez-vous déjà orienté l'un de vos patients âgé de 0 à 6 mois auprès d'un(e) orthophoniste dans le cadre d'une ankyloglossie ?* »

Par ailleurs, 75,23% des professionnels (n=899) répondent qu'ils ne connaissent pas le rôle de l'orthophoniste auprès des bébés présentant une ankyloglossie (Figure 18).

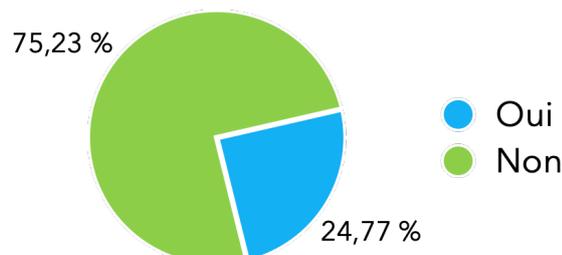


Figure 18 : Répartition (en %) des réponses à la question 24 : « *Connaissez-vous le rôle de l'orthophoniste auprès des bébés âgés de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ?* »

À la question 26 qui aborde le rôle de l'orthophoniste, 76,40% des professionnels (n=913) estiment que l'orthophoniste participe à l'évaluation de l'ankyloglossie chez le bébé. 74,06% (n=885) pensent que l'orthophoniste joue un rôle dans la prise en soin. Et 34,56% des professionnels (n=413) répondent que la prévention fait partie des champs d'intervention de l'orthophoniste (Figure 19).

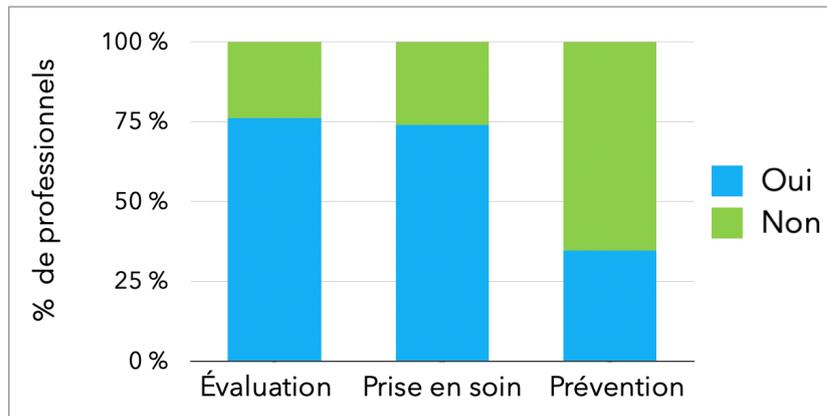


Figure 19 : Répartition (en %) des réponses à la question 26 : « Dans quel(s) cadre(s) peut intervenir l'orthophoniste auprès du bébé présentant une ankyloglossie ? »

De plus, 29,46% des professionnels interrogés (n=352) savent que l'orthophoniste intervient à la fois dans l'évaluation, la prise en soin et la prévention de l'ankyloglossie chez le bébé. Seuls 1,67% des professionnels (n=20) pensent que l'orthophoniste n'intervient dans aucune de ces situations. Enfin, 16,23% des professionnels (n=194) répondent « Je ne sais pas » à cette question (Figure 20).

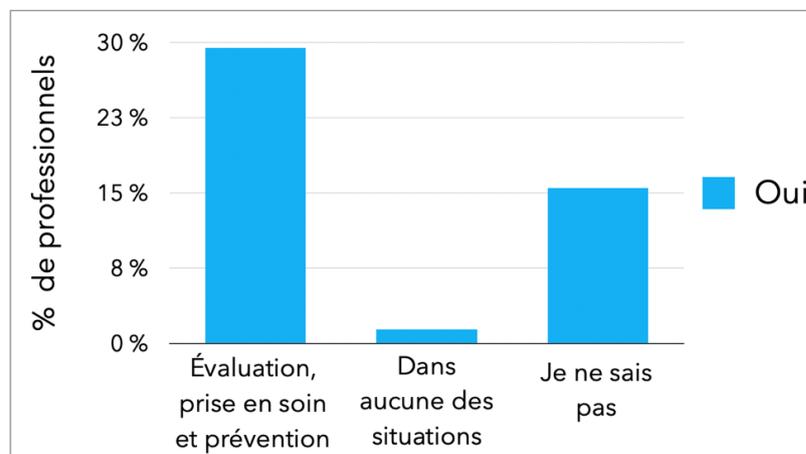


Figure 20 : Suite de la répartition (en %) des réponses à la question 26

À la question 27 qui interroge les professionnels au sujet des axes thérapeutiques de la prise en soin orthophonique : 81,76% des professionnels (n=977) pensent que l'orthophoniste optimise la succion-déglutition chez le bébé présentant une ankyloglossie. 81,09% des professionnels (n=969) estiment que l'orthophoniste participe à l'optimisation de la mobilité linguale et 66,69% (n=797) à l'investissement de la sphère orale. Enfin, 77,41% des professionnels (n=925) répondent que l'accompagnement parental est un des axes de la prise en soin orthophonique (Figure 21).

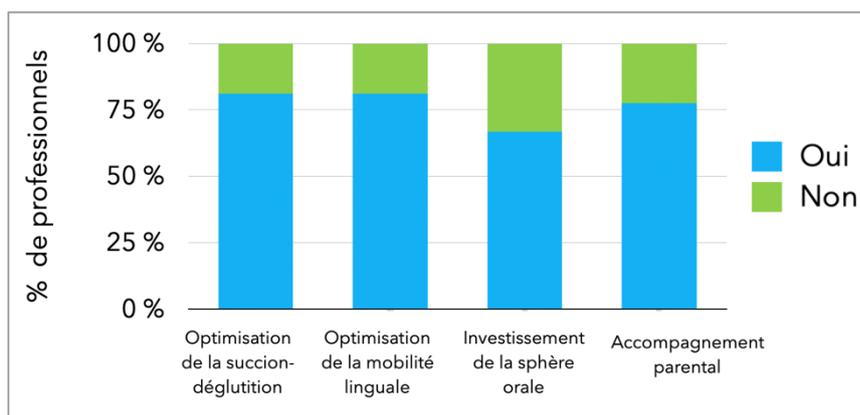


Figure 21 : Répartition (en %) des réponses à la question 27 : « *Quels peuvent être les axes de la prise en soin orthophonique auprès du bébé présentant une ankyloglossie ?* »

De plus, les réponses à cette question à choix multiples montrent que 57,82 % des professionnels interrogés (n=691) connaissent l'ensemble des axes thérapeutiques. Seuls 1,09% des professionnels (n=13) déclarent que la prise en soin orthophonique ne comprend aucun de ces axes. Pour finir, 11,13% des professionnels (n=133) répondent « Je ne sais pas » à cette question (Figure 22).

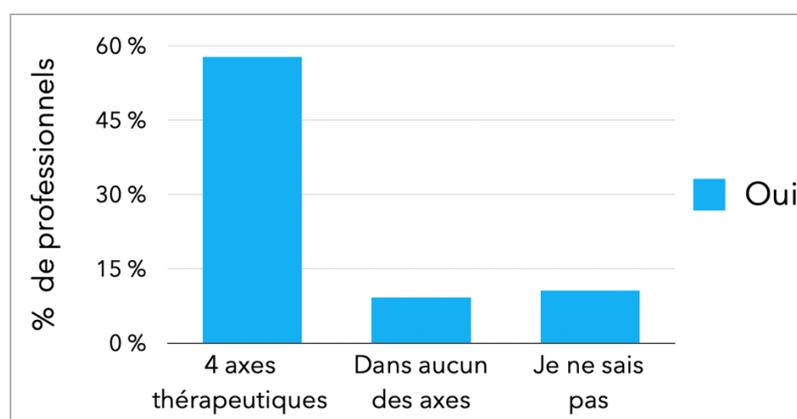


Figure 22 : Suite de la répartition (en %) des réponses à la question 27

3. HYPOTHÈSE 2 : « Le niveau de connaissances des professionnels concernant l'ankyloglossie, varie selon la profession exercée, l'ancienneté d'exercice et les formations réalisées. »

Le niveau de connaissances des professionnels concernant l'ankyloglossie a été évalué à partir de leurs réponses aux 10 questions (Q9 à Q18) du Score de Connaissances Générales sur l'Ankyloglossie (SCGA) (Figure 23).

Les résultats montrent que plus de 75% des professionnels interrogés reconnaissent le lien entre l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et :

- les difficultés de succion-déglutition
- les difficultés à s'accrocher au sein
- l'augmentation du temps de tétée au sein
- la diminution de la quantité de lait ingéré
- les conséquences sur la croissance
- les tensions musculaires.

Plus de 75% des professionnels pensent également que l'ankyloglossie peut être responsable de douleurs mammaires chez la maman lors de l'allaitement et de conséquences chez l'enfant plus âgé.

Cependant, moins de 75% des professionnels estiment que l'ankyloglossie peut entraîner des difficultés d'étanchéité et peut augmenter la durée de prise au biberon chez le bébé âgé de 0 à 6 mois (Tableau 2).

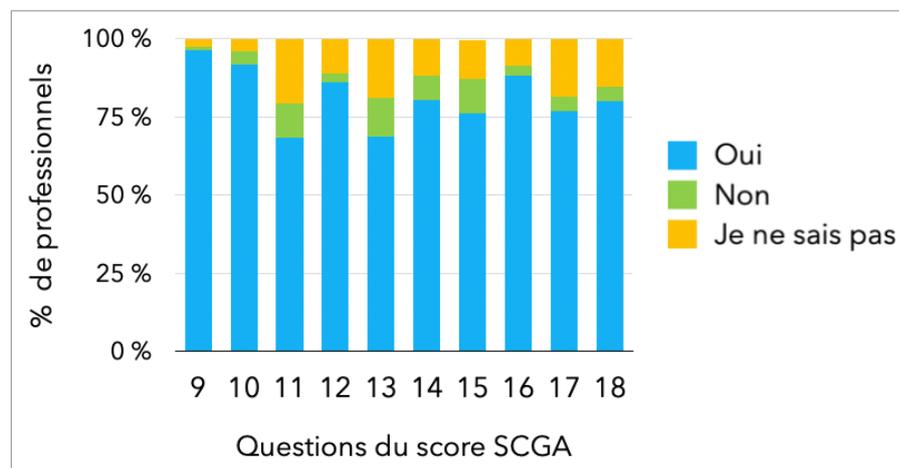


Figure 23 : Répartition (en %) des réponses aux questions du score SCGA (Q9 à Q18)

Tableau 2 : Description des réponses aux questions du score SCGA (Q9 à Q18)

Questions	Lien entre ankyloglossie et...	Réponses	Description (n=1 195)
Q9	Difficultés de succion-déglutition	Oui	1151 (96,32%)
		Non	14 (1,17%)
		Je ne sais pas	30 (2,51%)
Q10	Difficultés à s'accrocher au sein	Oui	1 097 (91,80%)
		Non	50 (4,18%)
		Je ne sais pas	48 (4,02%)
Q11	Difficulté d'étanchéité	Oui	817 (68,37%)
		Non	131 (10,96%)
		Je ne sais pas	247 (20,67%)
Q12	Augmentation du temps de tétée	Oui	1 028 (86,03%)
		Non	34 (2,85%)
		Je ne sais pas	133 (11,13%)
Q13	Augmentation du temps au biberon	Oui	822 (68,79%)
		Non	147 (12,30%)
		Je ne sais pas	226 (18,91%)
Q14	Diminution de la quantité de lait ingéré	Oui	963 (80,58%)
		Non	92 (7,70%)
		Je ne sais pas	140 (11,72%)
Q15	Conséquences sur la croissance du bébé	Oui	911 (76,23%)
		Non	137 (10,96%)
		Je ne sais pas	147 (12,30%)
Q16	Douleurs mammaires chez la maman	Oui	1 056 (88,37%)
		Non	37 (3,10%)
		Je ne sais pas	102 (8,54%)
Q17	Tensions musculaires chez le bébé	Oui	917 (76,74%)
		Non	56 (4,69%)
		Je ne sais pas	222 (18,58%)
Q18	Conséquences chez l'enfant plus âgé	Oui	956 (80,00%)
		Non	57 (4,77%)
		Je ne sais pas	182 (15,23%)

Description sous la forme : *Effectif (%)*

Les résultats obtenus au questionnaire sont présentés sous la forme *Moyenne (écart-type)* pour la variable quantitative « Score SCGA ».

Pour les variables qualitatives « Profession exercée », « Ancienneté d'exercice » et « Formation », la présentation des résultats est sous la forme *Effectif (Pourcentage)*.

• **Variable « Profession »**

La population d'étude (n=1 195) a été répartie en 10 groupes numérotés de 1 à 10 selon la variable qualitative « Profession exercée ». Ces 10 groupes correspondent aux 10 professions incluses dans l'étude (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des professionnels selon la variable « Profession exercée »

Variable	Groupes	Description
Profession exercée (n=1 195)	1- Chirurgiens maxillo-faciaux	34 (2,85%)
	2- Consultants en lactation IBCLC	57 (4,77%)
	3- Infirmiers-puériculteurs	130 (10,88%)
	4- Masseurs-kinésithérapeutes	80 (6,69%)
	5- Médecins généralistes	143 (11,97%)
	6- Ostéopathes	71 (5,94%)
	7- ORL	85 (7,11%)
	8- Pédiatres	105 (8,79%)
	9- Sages-femmes	459 (38,41%)
	10- Stomatologues	31 (2,59%)

Description sous la forme : *Effectif (%)*

Les résultats au test non paramétrique de Kruskal-Wallis montrent une différence significative ($p < 0,001^*$) entre les scores SCGA des 10 groupes. Les moyennes des scores SCGA varient significativement de 6,88 à 9,68 selon la profession exercée (Tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des scores SCGA selon la profession exercée

Profession exercée (n= 1 195)	Score SCGA (/10)
1- Chirurgiens maxillo-faciaux	6,88 (2,98)
2- Consultants en lactation	9,68 (0,76)
3- Infirmiers-puériculteurs	8,00 (2,42)
4- Masseurs-kinésithérapeutes	7,85 (2,61)
5- Médecins généralistes	7,50 (2,62)
6- Ostéopathes	9,06 (1,36)
7- ORL	7,87 (2,10)
8- Pédiatres	6,97 (2,56)
9- Sages-femmes	8,55 (1,69)
10- Stomatologues	7,26 (2,78)
Test de Kruskal-Wallis	$p < 0,001^*$

Description sous la forme : *Moyenne (écart-type)*

Les chirurgiens maxillo-faciaux et les pédiatres ont les moyennes les plus faibles. Tandis que les ostéopathes et les consultants en lactation ont les moyennes les plus hautes (Figure 24).

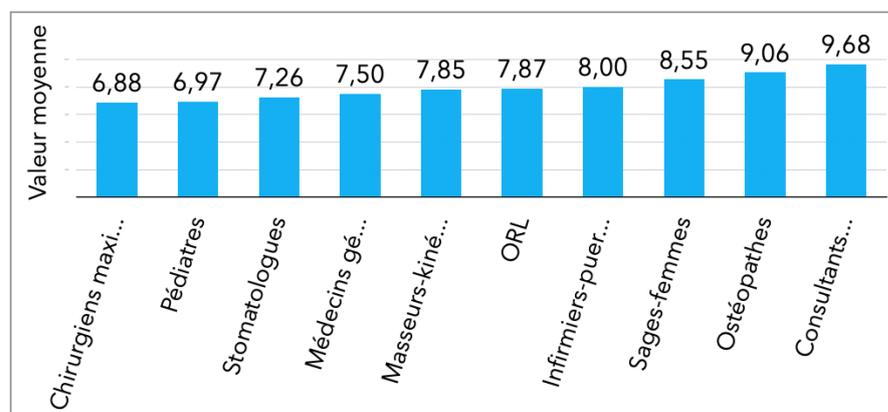


Figure 24 : Classement par ordre croissant des moyennes des 10 groupes

• **Variable « Ancienneté d'exercice »**

Les professionnels de l'étude (n=1 195) ont été répartis en deux groupes selon la variable qualitative « Ancienneté d'exercice » (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des professionnels selon la variable « Ancienneté d'exercice »

Variable	Groupes	Description
Ancienneté d'exercice (n=1 195)	Moins de 10 ans d'exercice professionnel	483 (40,42%)
	Plus de 10 ans d'exercice professionnel	712 (59,58%)

Description sous la forme : *Effectif (%)*

Les résultats au test paramétrique de Student montrent une différence significative (**p=0,001***) entre les scores SCGA des deux groupes (« Moins de 10 ans » et « Plus de 10 ans »). La moyenne des scores SCGA des professionnels ayant moins de 10 ans d'exercice professionnel est significativement supérieure à celle des professionnels ayant plus de 10 ans d'exercice (Tableau 6).

Tableau 6 : Comparaison des scores SCGA selon l'ancienneté d'exercice

	Ancienneté d'exercice (n= 1 195)	Score SCGA (/10)
	Groupe « Moins de 10 ans »	8,39 (2,05)
	Groupe « Plus de 10 ans »	7,96 (2,32)
Test de Student	p = 0,001*	

Description sous la forme : *Moyenne (écart-type)*

• **Variable « Formation »**

Les professionnels interrogés (n=1 195) ont été répartis en deux groupes selon la variable qualitative « Formation » (Tableau 7).

Tableau 7 : Répartition des professionnels selon la variable « Formation »

Variable	Groupes	Description
Formation (n= 1 195)	Oui	265 (22,18%)
	Non	930 (77,82%)

Description sous la forme : *Effectif (%)*

L'analyse statistique du test paramétrique de Student met en évidence une différence significative ($p < 0,001^*$) entre les scores SCGA des deux groupes. La moyenne des scores SCGA des professionnels ayant déjà bénéficié d'une formation sur l'ankyloglossie (groupe « Oui ») est égale à 9,10. Cette moyenne est significativement supérieure à celle des professionnels non formés (groupe « Non ») qui est égale à 7,86 (Tableau 8).

Tableau 8 : Comparaison des scores SCGA selon les formations réalisées

	Formation (n= 1 195)	Score SCGA (/10)
	Groupe « Oui »	9,10 (1,74)
	Groupe « Non »	7,86 (2,26)
Test de Student	$p < 0,001^*$	

Description sous la forme : *Moyenne (écart-type)*

Les 265 professionnels ayant reçu au moins une formation, ont réalisé 7 types de formations différentes (Figure 25).

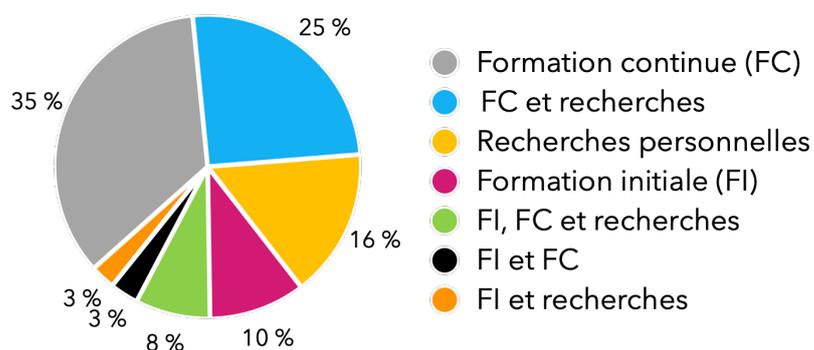


Figure 25 : Répartition (en %) des réponses à la question 23 : « Cette formation a été suivie dans le cadre de :... »

Par ailleurs, les résultats au test non paramétrique de Kruskal-Wallis ne montrent pas de différence significative ($p=0,268$) entre les scores SCGA selon le type de formation réalisée (Tableau 9).

Tableau 9 : Comparaison des scores SCGA selon le type de formation réalisée

Type de formation	Score SCGA (/10)
Formation continue (FC)	9,05 (1,87)
FC et recherches	9,37 (1,37)
Recherches personnelles	8,98 (1,54)
Formation initiale (FI)	8,70 (2,16)
FI, FC et recherches	9,10 (2,23)
FI et FC	8,75 (1,83)
FI et recherches	9,86 (0,38)
Test de Kruskal-Wallis	$p = 0,268$

Description sous la forme : *Moyenne (écart-type)*

4. HYPOTHÈSE 3 : « Les professionnels souhaitent être davantage informés sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin. »

93,14% des professionnels interrogés (n=1 113) répondent « Oui » à la question 28 et souhaitent obtenir des informations supplémentaires sur l'ankyloglossie chez le bébé et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin (Figure 26).

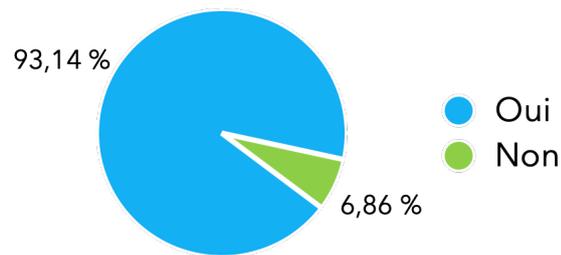


Figure 26 : Répartition (en %) des réponses à la question 28 : « *Souhaiteriez-vous avoir davantage d'informations sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin ?* »

DISCUSSION

DISCUSSION

1. CADRE THÉORIQUE

Pour rappel, l'objectif premier de ce mémoire était d'évaluer les connaissances, les ressentis et les besoins des professionnels français concernant l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin. Pour ce faire, nous avons recueilli 1 195 réponses à notre questionnaire. Nous avons présenté nos résultats et nous allons désormais les confronter à nos hypothèses de recherche. Pour interpréter nos résultats, nous avons repris les hypothèses de notre étude une par une.

2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

HYPOTHÈSE 1 : « Les professionnels français interrogés ne se sentent pas suffisamment informés au sujet de l'ankyloglossie et du rôle de l'orthophoniste chez le bébé âgé de 0 à 6 mois. »

D'après notre étude, **76,90% des professionnels interrogés (n=919) ne se sentent pas suffisamment informés au sujet de l'ankyloglossie chez le bébé âgé 0 à 6 mois.** En effet, malgré les informations dont ils disposent sur l'ankyloglossie, 75,84% des professionnels interrogés (n=697) estiment manquer d'informations sur ses conséquences chez le bébé. Ces ressentis sont en accord avec l'étude de Hill (2019) qui constate un manque de connaissances au sujet de l'ankyloglossie chez les professionnels concernés.

De plus, notre étude montre que 78,08% des professionnels (n=933) savent que **l'orthophoniste participe à la prise en soin pluridisciplinaire de l'ankyloglossie chez le bébé. Mais 75,23% des professionnels interrogés (n=899) pensent méconnaître son rôle.** Ces résultats attestent le ressenti des orthophonistes concernant la méconnaissance de leurs champs de compétences (Mazeau et Prunet Delacour, 2021).

Notre étude ajoute que parmi les trois types d'intervention orthophonique chez le bébé (évaluation, prise en soin et prévention), seule l'évaluation est connue par plus de 75% des professionnels interrogés. Or, la prise en soin orthophonique de l'ankyloglossie est essentielle avant d'envisager une intervention chirurgicale (Caloway *et al.*, 2019). Ainsi, le manque de connaissances des professionnels concernant ce type d'intervention

pourrait expliquer l'absence de recours à des mesures conservatrices non chirurgicales comme l'orthophonie et le nombre considérable de chirurgies injustifiées chez le bébé.

En revanche, les professionnels interrogés sont mieux informés sur les axes de la prise en soin orthophonique. En effet, plus de 75% des professionnels connaissent un des trois axes suivants : l'optimisation de la succion-déglutition, l'optimisation de la mobilité linguale et l'accompagnement parental. Les professionnels ne partagent cependant pas le même avis concernant l'investissement de la sphère orale chez le bébé.

Par ailleurs, 79,33% des professionnels interrogés (n=948) n'ont jamais orienté l'un de leur patient âgé de 0 à 6 mois auprès d'un orthophoniste dans le cadre d'une ankyloglossie. Toutefois, les réponses à cette question doivent être nuancées car beaucoup de professionnels précisent qu'il est difficile de faire participer l'orthophoniste à la prise en soin pluridisciplinaire. En effet, certains professionnels interrogés exercent dans des déserts médicaux avec des délais d'attente allongés en orthophonie.

D'autres professionnels ont des difficultés à collaborer avec des orthophonistes prenant en soin cette pathologie. Car même si les orthophonistes sont habilités à prendre en soin l'ankyloglossie chez le bébé depuis la création en 2018 de l'AMO 13.5 « Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité », de nombreux orthophonistes ne se sentent pas suffisamment informés après leur formation initiale, pour prendre en soin cette pathologie. En effet, l'ankyloglossie chez le bébé est peu abordée au cours des études d'orthophonie (Mazeau et Prunet Delacour, 2021).

Ces données sont cohérentes avec l'étude de Unger *et al.* (2019) qui met en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels pour créer des réseaux de praticiens formés à la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé.

Conclusion : Notre hypothèse 1 est validée. Les professionnels français interrogés estiment manquer d'informations à la fois sur l'ankyloglossie chez le bébé et sur la prise en soin orthophonique. Ces résultats confirment l'intérêt d'une plaquette d'information pour répondre aux besoins des professionnels.

HYPOTHÈSE 2 : « Le niveau de connaissances des professionnels concernant l'ankyloglossie, varie selon la profession exercée, l'ancienneté d'exercice et les formations réalisées. »

- **Selon la profession exercée**

Selon notre étude, **le niveau de connaissances des professionnels français concernant l'ankyloglossie, varie significativement ($p < 0,001^*$) selon la profession exercée.** Ce résultat est cohérent avec l'étude de Messner et Lalakea (2000) qui constate également une différence de connaissances entre les groupes de professions.

L'étude de Jin *et al.* (2018) ajoute que les professionnels non médicaux ont une meilleure connaissance de l'ankyloglossie que les professionnels médicaux. Notre étude appuie ce constat et montre que les consultants en lactation certifiés IBCLC, les ostéopathes, les infirmiers-puériculteurs et les masseurs-kinésithérapeutes sont mieux informés que les chirurgiens maxillo-faciaux, les pédiatres, les stomatologues et les médecins généralistes. Cependant, ces propos sont à nuancer pour les sages-femmes et les oto-rhino-laryngologistes qui, selon notre étude, ont un niveau de connaissances égal à celui des professionnels non médicaux.

De plus, notre étude constate que les consultants en lactation sont les professionnels les mieux informés. Ces professionnels participent à la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé avant et après l'intervention chirurgicale (Unger *et al.*, 2019). Ils travaillent en partenariat avec l'orthophoniste. Ce partenariat est à encourager car il permet un accompagnement complémentaire des difficultés d'alimentation du bébé (Caloway *et al.*, 2019).

Par ailleurs, dans notre étude, les chirurgiens maxillo-faciaux et les pédiatres sont les professionnels les moins informés au sujet de l'ankyloglossie. Or, ces professionnels sont habilités à diagnostiquer l'ankyloglossie chez le bébé et assurent la coordination des soins en orientant vers un autre professionnel si besoin. Ainsi, leur manque de connaissances peut affecter la collaboration pluridisciplinaire avec les orthophonistes et empêcher les bébés souffrant d'ankyloglossie d'accéder à des soins appropriés (Unger *et al.*, 2019).

- **Selon l'ancienneté d'exercice**

Notre étude affirme que **le niveau de connaissances des professionnels français interrogés varie significativement ($p=0,001^*$) selon l'ancienneté d'exercice**. Les professionnels ayant moins de 10 ans d'exercice sont mieux informés au sujet de l'ankyloglossie, que les professionnels ayant une durée d'exercice supérieure à 10 ans.

Ces résultats appuient ceux de l'enquête internationale de Jin *et al.* (2018) réalisée auprès de 1 721 professionnels et peuvent être mis en lien avec l'engouement récent pour l'ankyloglossie ces dix dernières années. Ainsi, nous pouvons supposer que les professionnels diplômés au cours des dix dernières années ont été davantage sensibilisés à l'ankyloglossie lors de leurs études, que les professionnels diplômés depuis plus de 10 ans.

- **Selon les formations réalisées**

Dans notre étude, **le niveau de connaissances sur l'ankyloglossie varie significativement ($p < 0,001^*$) selon les formations réalisées**. En effet, les professionnels ayant reçu au moins une formation sur l'ankyloglossie, ont un meilleur niveau de connaissances que les professionnels n'ayant jamais bénéficié de formation.

De plus, le type de formation suivie n'influence pas significativement ($p=0,268$) le niveau de connaissances. Ainsi, quelle que soit la formation suivie sur l'ankyloglossie, les connaissances des professionnels s'améliorent.

Ce constat est cohérent avec les études de Jin *et al.* (2018) et d'Unger *et al.* (2019) suggérant que l'absence de formation renforce le manque de connaissances des professionnels et favorise les divergences d'opinion. Malgré ce constat, dans notre étude, seuls 22,18% des professionnels interrogés ($n=265$) ont reçu au moins une formation.

Par ailleurs, d'après notre étude, les conséquences possibles de l'ankyloglossie sur la succion-déglutition et sur l'allaitement sont reconnues. En revanche, son impact sur l'étanchéité lors de la prise alimentaire et sur l'alimentation au biberon est controversé.

Cette controverse au sujet de l'ankyloglossie reflète un manque de connaissances chez les professionnels concernés (Messner *et al.*, 2020). Toutes ces divergences

d'opinion influencent considérablement les pratiques professionnelles et par conséquent la prise en soin de l'ankyloglossie chez les bébés (Jin *et al.*, 2018).

Ainsi, les formations sont essentielles pour que les professionnels puissent approfondir leurs connaissances. Nous supposons que les formations améliorent la cohésion entre les professionnels et favorisent la prise en soin globale et optimale de cette pathologie chez le bébé.

Conclusion : Notre hypothèse 2 est validée. Le niveau de connaissances des professionnels concernant l'ankyloglossie varie significativement selon la profession exercée, l'ancienneté d'exercice et les formations réalisées.

HYPOTHÈSE 3 : « Les professionnels souhaitent être davantage informés sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin. »

Grâce à la question ouverte (Q29) de notre questionnaire, nous avons pu recueillir de nombreuses remarques. Plusieurs professionnels nous ont fait part de leur intérêt concernant le sujet du mémoire et la plaquette d'information.

Par ailleurs, **93,14% des professionnels interrogés (n=1 113) ont souhaité obtenir davantage d'informations sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin.**

Ces résultats correspondent aux données de la littérature car l'ankyloglossie et sa prise en soin suscitent de plus en plus l'intérêt des professionnels (Hill, 2019). Nous observons depuis une dizaine d'années, une augmentation des publications scientifiques, des conférences et des formations abordant ces sujets (Gremmo-Féger, 2021).

• **Conclusion : Notre hypothèse 3 est validée.** Les professionnels français interrogés souhaitent s'informer davantage. Ces résultats justifient la diffusion de notre plaquette d'information.

3. INTÉRÊTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

3.1. Intérêts de l'étude

Notre étude a mis en évidence l'impact de l'ankyloglossie chez le bébé et le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin pluridisciplinaire. En faisant des liens avec les données de la littérature, elle a fourni des informations utiles sur les connaissances et les pratiques de prise en soin des professionnels français interrogés. Enfin, notre étude a justifié l'intérêt de sensibiliser ces professionnels, par l'intermédiaire d'une plaquette d'information, à l'intervention orthophonique chez le bébé présentant une ankyloglossie.

3.2. Limites de l'étude

Après réflexion, notre étude comporte plusieurs limites qui concernent la population d'étude, le questionnaire et la plaquette d'information.

3.2.1. Limites de la population d'étude

Pour commencer, notre étude incluait les 10 professions suivantes : les chirurgiens maxillo-faciaux, les consultants en lactation certifiés IBCLC, les infirmiers-puériculteurs, les masseurs-kinésithérapeutes, les médecins généralistes, les ostéopathes, les oto-rhino-laryngologistes, les pédiatres, les sages-femmes et les stomatologues. Ces professions sont les plus fréquemment citées dans la littérature, c'est pourquoi nous avons choisi de les inclure dans notre étude.

Cependant, au vu des remarques et des réponses obtenues à notre questionnaire, une autre profession aurait pu être ajoutée. En effet, à la question à choix multiples (Q19) : « *Selon vous, quels sont les professionnels pouvant intervenir dans l'évaluation et la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* », 23 professionnels sélectionnent l'item « Autre(s) » et répondent « les chirurgiens-dentistes ».

Les chirurgiens-dentistes omnipraticiens ou ceux spécialisés en odontologie pédiatrique peuvent être confrontés à l'ankyloglossie chez le bébé. Ils peuvent réaliser la section chirurgicale du frein de langue (Abdessadok, 2015). Ainsi, ajouter la réponse « chirurgien-dentiste » à la question 1 : « *Quelle est votre profession ?* », nous aurait permis d'obtenir des réponses plus exhaustives à notre questionnaire.

Enfin, 1 195 professionnels ont répondu à notre questionnaire. Cette population d'étude permet d'obtenir une vue représentative mais ne permet pas de refléter l'ensemble des professionnels exerçant sur le territoire français. En effet, la participation au questionnaire reposait sur le volontariat. Ce mode de participation induit un biais dans la représentativité de notre population d'étude car nous pouvons supposer que les professionnels intéressés par l'ankyloglossie sont sur-représentés.

3.2.2. Limites du questionnaire

Nous avons réalisé notre questionnaire sur la plateforme LimeSurvey qui respecte l'anonymat des participants. Mais cet anonymat présente un inconvénient. À la dernière question (Q29) : « *Avez-vous d'autres remarques ?* », plusieurs professionnels ont souhaité échanger plus amplement avec nous. Cependant, l'anonymat ne nous permettait pas de leur répondre.

Pour notre questionnaire, nous avons choisi une administration indirecte en ligne (WASI). Cette méthode est avantageuse car elle permet d'obtenir un maximum de réponses. Mais, elle ne nous permet pas de savoir si les professionnels ont répondu seul et sans aide à notre questionnaire.

De plus, nous avons privilégié les questions fermées de type « Oui / Non / Je ne sais pas » pour évaluer les connaissances des professionnels sur l'ankyloglossie avec le Score de Connaissances Générales sur l'Ankyloglossie (SCGA). Ce type d'évaluation comporte des biais car les questions fermées peuvent influencer les choix des professionnels.

Notre étude comprend également des biais concernant la question mixte (Q19) : « *Selon vous, quels sont les professionnels pouvant intervenir dans la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* ». En effet, les réponses des professionnels à cette question ont pu être influencées par le texte introductif qui présentait les 10 professions incluses dans notre étude.

Par ailleurs, les questions mixtes permettent aux participants de commenter et préciser leurs réponses. Toutefois, lorsque les participants pouvaient sélectionner l'item

« Autre » et répondre, nous pouvions retrouver des réponses qui faisaient partie des propositions faites.

Pour finir, seule la question ouverte (Q29) qui clôture le questionnaire n'a pas pu être exploitée statistiquement. Or, l'analyse des réponses à cette question a été très enrichissante. Elle nous a permis de recueillir les besoins et les remarques des professionnels interrogés. Ainsi, nous pensons que nous aurions pu ajouter d'autres questions ouvertes afin d'obtenir une analyse plus précise des réponses.

3.2.3. Limites de la plaquette d'information

Nous avons réalisé une plaquette d'information sous format PDF et nous avons choisi de la diffuser par mail. Ce format est accessible sur un grand nombre de supports numériques et a l'avantage de faciliter la diffusion au plus grand nombre. Cependant, si les professionnels souhaitent avoir la plaquette en format papier, ils doivent l'imprimer.

De plus, l'envoi de la plaquette par mail présente ses limites. Avec ce type d'envoi, il est possible que le mail contenant la plaquette passe inaperçu ou qu'il soit classé dans les courriers indésirables.

4. PERSPECTIVES

Même si nous avons répondu à nos hypothèses, nous pouvons envisager de nouvelles pistes de recherche. La poursuite de notre étude semble primordiale pour préciser et compléter nos résultats.

Dans cette perspective, il serait intéressant de réaliser un nouvel état des lieux des connaissances, des ressentis et des besoins des professionnels en ajoutant les chirurgiens-dentistes qui n'étaient pas inclus dans notre étude.

Enfin, il serait pertinent de réaliser un questionnaire destiné aux professionnels qui ont consulté notre plaquette. Ce questionnaire permettrait de savoir si le format proposé et l'aspect visuel leur ont plu. Il permettrait également de mesurer l'impact de la plaquette, en réévaluant les connaissances des professionnels et en leur demandant s'ils ont été davantage amenés à orienter l'un de leur patient auprès d'un orthophoniste dans le cadre d'une ankyloglossie.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'ankyloglossie chez le bébé requiert une prise en soin pluridisciplinaire coordonnée dans laquelle l'orthophoniste intervient. Cependant, cette anomalie congénitale et sa prise en soin sont controversées chez les professionnels concernés.

Dans un contexte où les pratiques chirurgicales abusives se multiplient chez les bébés, il semble nécessaire d'informer les professionnels concernés afin d'améliorer la prise en soin précoce et pluridisciplinaire de cette pathologie.

Ce mémoire avait pour objectif, dans un premier temps, de réaliser un état des lieux des connaissances, des ressentis et des besoins des professionnels français sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin. Dans un second temps, nous souhaitons sensibiliser les professionnels à ces problématiques par l'intermédiaire d'une plaquette d'information.

La réalisation de notre questionnaire nous a permis de confirmer que les 1 195 professionnels français interrogés (chirurgiens maxillo-faciaux, consultants en lactation certifiés IBCLC, infirmiers-puériculteurs, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, ostéopathes, oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, sages-femmes et stomatologues) ne se sentent pas suffisamment informés. Leur niveau de connaissances varie significativement selon la profession exercée et l'ancienneté d'exercice.

De plus, nous avons constaté que les formations réalisées ont un impact positif sur le niveau de connaissances des professionnels. Ainsi, notre étude nous permet d'envisager que si les professionnels français se formaient davantage, alors ils pourraient mieux prendre en soin cette pathologie chez le bébé et orienter leur patient auprès d'un orthophoniste.

Enfin, notre étude nous a permis de conclure que les professionnels français interrogés souhaitent obtenir davantage d'informations. Nous espérons que la plaquette qui leur a été proposée a su répondre à leurs besoins. Ainsi, la poursuite de notre étude serait nécessaire pour préciser notre recherche et évaluer l'éventuel bénéfice apporté par la plaquette.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdessadok, A. (2015). *La brièveté linguale*. [Thèse d'exercice, Université de Toulouse, France]. Thèse Santé. <http://thesesante.ups-tlse.fr/851/1/2015TOU33027.pdf>
- Amblard, A. S., et Abadjan, F. (2021). Les freins buccaux restrictifs chez le nourrisson de 0 à 1 an. *Rééducation orthophonique*, 287, 97-120.
- Ameli. (2021). *Nomenclature Générale des Actes Professionnels*. Ameli. Récupéré le 10 décembre 2021 de <https://www.ameli.fr/calvados/orthophoniste/exercice-liberal/facturation-remuneration/ngap/ngap>
- Bargiel, J., Gontarz, M., Gąsiorowski, K., Marecik, T., Szczurowski, P., Zapła, J., et Wszyńska-Pawelec, G. (2021). Miofrenuloplasty for Full Functional Tongue Release in Ankyloglossia in Adults and Adolescents - Preliminary Report and Step-by-Step Technique Showcase. *Medicina*, 57(8), 848. <https://doi.org/10.3390/medicina57080848>
- Baxter, R., Musso, M., Hughes, L., Lahey, L., Fabbie, P., Lovvorn, M., Amblard, A. S., Agarwal, R., et Emanuel, M. P. (2020). *Frein de Langue*. Alabama Tongue-Tie Center.
- Bordoni, B., Morabito, B., Mitrano, R., Simonelli, M., et Toccafondi, A. (2018). The Anatomical Relationships of the Tongue with the Body System. *Cureus*. Published. <https://doi.org/10.7759/cureus.3695>
- Butte, N., Cobb, K., Dwyer, J., Graney, L., Heird, W., et Rickard, K. (2004). The start healthy feeding guidelines for infants and toddlers11The Start Healthy Feeding Guidelines for Infants and Toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(3), 442-454. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.01.027>
- Caloway, C., Hersh, C. J., Baars, R., Sally, S., Diercks, G., et Hartnick, C. J. (2019). Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 145(9), 817. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2019.1696>
- Campanha, S. M. A., Martinelli, R. L. D. C., et Palhares, D. B. (2021). Position of lips and tongue in rest in newborns with and without ankyloglossia. *CoDAS*, 33(6). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020069>
- Coryllos, E. (2008). L'impact de l'ankyloglossie sur l'allaitement : évaluation, incidence et traitement. *Dossiers de l'allaitement, Hors-série*, 19-22.

- Deville, C. (2021). Freins restrictifs buccaux et toucher thérapeutique. *Orthomagazine*, 27(156), 18-21.
- Drake, R. L., Vogl, W., Mitchell, A. W. M., Duparc, F., et Duparc, J. (2020). *Gray's Anatomie - Le Manuel pour les étudiants (Hors collection) (French Edition) (4e éd.)*. Educa Books - Masson.
- Dubois, J. P. (2017). La langue et la déglutition. *Ortho autrement*, 26, 10-11.
- Ferrés-Amat, E., Pastor-Vera, T., Ferrés-Amat, E., Mareque-Bueno, J., Prats-Armengol, J., et Ferrés-Padro, E. (2016). Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. *Oral Medicine and Pathology*, e39-e47. <https://doi.org/10.4317/medoral.20736>
- Genna, C. W., Saperstein, Y., Siegel, S. A., Laine, A. F., et Elad, D. (2021). Quantitative imaging of tongue kinematics during infant feeding and adult swallowing reveals highly conserved patterns. *Physiological Reports*, 9(3). <https://doi.org/10.14814/phy2.14685>
- Gerard, J. F. M. (2015). *Conduite d'enquête par questionnaire (French Edition) (1re éd.)*. Editions du robot furieux - Frederic Gerard.
- Gremmo-Féger, G. (2015). Anatomie et physiologie de la lactation humaine. *La lettre du gynécologue*, 399, 10-13.
- Gremmo-Féger, G. (2021). *La saga des « freins buccaux restrictifs » chez l'enfant allaité*. 9.
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2020). *Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0-36 mois*. Hcsp. Récupéré le 10 décembre 2021 de <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=924>
- Hill, R. (2019). Implications of Ankyloglossia on Breastfeeding. *MCN : The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(2), 73-79. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000501>
- Holmsen, S. T., Lona, A. M., et Solberg, R. (2021). Correct treatment for tongue-tie in infants. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0520>
- Jin, R. R., Sutcliffe, A., Vento, M., Miles, C., Travadi, J., Kishore, K., Suzuki, K., Todd, D., Wooderson, S., Kamar, A. A., Ma, L., Smyth, J., et Oei, J. L. (2018). What does the world think of ankyloglossia ? *Acta Paediatrica*, 107(10), 1733-1738. <https://doi.org/10.1111/apa.14242>

- Lee, D. W., Kim, J. G., et Yang, Y. M. (2021). Influence of mouth breathing on atopic dermatitis risk and oral health in children : A population-based cross-sectional study. *Journal of Dental Sciences*, *16*(1), 178-185. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.06.014>
- Le Révérend, B. J. D., Edelson, L. R., et Loret, C. (2013). Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. *British Journal of Nutrition*, *111*(3), 403-414. <https://doi.org/10.1017/s0007114513002699>
- Manipon, C. (2016). Ankyloglossia and the Breastfeeding Infant. *Advances in Neonatal Care*, *16*(2), 108-113. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000252>
- Martignoni, A. (2018). *Orthophonie et déglutition dysfonctionnelle chez l'enfant : fiche d'aide au diagnostic*. [Thèse d'exercice]. Université de Lille, France.
- Mazeau, C., et Prunet Delacour, A. (2021). *L'orthophoniste dans la prise en soin du bébé de 0 à 6 mois porteur d'un frein de langue restrictif. Création d'une plaquette d'information à destination des parents*. [Mémoire d'Orthophonie, Université de Marseille, France]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03352765>
- McFarland, D. (2016). *L'anatomie En Orthophonie : Parole, Déglutition Et Audition* (3e éd.). Elsevier Masson.
- Messner, A. H., et Lalakea, M. (2000). Ankyloglossia : controverses in management. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *54*(2-3), 123-131. [https://doi.org/10.1016/s0165-5876\(00\)00359-1](https://doi.org/10.1016/s0165-5876(00)00359-1)
- Messner, A. H., Walsh, J., Rosenfeld, R. M., Schwartz, S. R., Ishman, S. L., Baldassari, C., Brietzke, S. E., Darrow, D. H., Goldstein, N., Levi, J., Meyer, A. K., Parikh, S., Simons, J. P., Wohl, D. L., Lambie, E., et Satterfield, L. (2020). Clinical Consensus Statement : Ankyloglossia in Children. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *162*(5), 597-611. <https://doi.org/10.1177/0194599820915457>
- Mills, N., Pransky, S. M., Geddes, D. T., et Mirjalili, S. A. (2019). What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clinical Anatomy*, *32*(6), 749-761. <https://doi.org/10.1002/ca.23343>
- Oh, J. S., Zaghi, S., Ghodousi, N., Peterson, C., Silva, D., Lavigne, G. J., et Yoon, A. J. (2021). Determinants of probable sleep bruxism in a pediatric mixed dentition population : a multivariate analysis of mouth vs. nasal breathing, tongue mobility, and tonsil size. *Sleep Medicine*, *77*, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.11.007>

- O'Shea, J. E., Foster, J. P., O'Donnell, C. P., Breathnach, D., Jacobs, S. E., Todd, D. A., et Davis, P. G. (2017). Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011065.pub2>
- Pitre, M., et Soyere, M. (2012). *Développement de l'oralité du nouveau-né prématuré : Maturation de la succion et des réflexes oraux jusqu'à l'alimentation per os*. [Mémoire d'Orthophonie]. Université de Lyon, France.
- Raberin, M. (2007). Incidences cliniques des postures de la zone orolabiale. *EMC Orthopédie Dentofaciale*, 23-474-B-10, 1-25. [https://doi.org/10.1016/S1283-0860\(07\)44907-7](https://doi.org/10.1016/S1283-0860(07)44907-7)
- Rowan-Legg, A. (2015). Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatrics & Child Health*, 20(4), 209-213. <https://doi.org/10.1093/pch/20.4.209>
- Ruel, J., Allaire, C., Moreau, A. C., Kassi, B., Brumagne, A., Delample, A., Grisard, C., et Pinto da Silva, F. Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible. Santé publique France. Récupéré le 2 mai 2022 de <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible?fbclid=IwAR16DdMSxVbEMl6JPWHzoavcWaRLUxxdRuTCrKAmAPTdrGD8-QEheo1NnWg>
- Russe, R. (2018). *L'hypnose : un nouvel outil thérapeutique au service de la rééducation linguale ?* [Thèse d'exercice, Université de Marseille, France]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01898262/document>
- Sanders, I., et Mu, L. (2013). A Three-Dimensional Atlas of Human Tongue Muscles. *The Anatomical Record*, 296(7), 1102-1114. <https://doi.org/10.1002/ar.22711>
- Sergueef, N. (2021). *Ostéopathie orofaciale et temporomandibulaire*. Elsevier Masson.
- Slagter, K. W., Raghoobar, G. M., Hamming, I., Meijer, J., et Vissink, A. (2020). Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux : results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. *Clinical Oral Investigations*, 25(6), 3431-3439. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03665-y>
- Société Française de Pédiatrie. (2021). *Communiqué de presse d'alerte sur des pratiques abusives*. Afpa. Récupéré le 12 mars 2022 de <https://afpa.org/2022/01/17/section-de-freins-de-langue-chez-les-nourrissons-et-les-enfants-alerte-sur-des-pratiques-abusives/>
- Thibault, C. (2013). La langue clé de voûte de l'équilibre. *Orthomagazine*, 106, 21-29.

- Turck, D., Dupont, C., Vidailhet, M., Bocquet, A., Briend, A., Chouraqui, J. P., Darmaun, D., Feillet, F., Frelut, M. L., Girardet, J. P., Hankard, R., Goulet, O., Rieu, D., Rozé, J. C., et Simeoni, U. (2015). Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. *Archives de Pédiatrie*, 22(5), 457-460. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.02.018>
- Unger, C., Chetwynd, E., et Costello, R. (2019). Ankyloglossia Identification, Diagnosis, and Frenotomy. *Journal of Human Lactation*, 36(3), 519-527. <https://doi.org/10.1177/0890334419887368>
- Veyssière, A., Kun-Darbois, J., Paulus, C., Chatellier, A., Caillot, A., et Bénateau, H. (2015). Diagnostic et prise en charge de l'ankyloglossie chez le jeune enfant. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*, 116(4), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.revsto.2015.06.003>
- Walsh, J., et McKenna Benoit, M. (2019). Ankyloglossia and Other Oral Ties. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(5), 795-811. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.06.008>
- Walsh, J., et Tunkel, D. (2017). Diagnosis and Treatment of Ankyloglossia in Newborns and Infants. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 143(10), 1032. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2017.0948>
- Yoon, A. J., Zaghi, S., Ha, S., Law, C. S., Guilleminault, C., et Liu, S. Y. (2017). Ankyloglossia as a risk factor for maxillary hypoplasia and soft palate elongation : A functional - morphological study. *Orthodontics & Craniofacial Research*, 20(4), 237-244. <https://doi.org/10.1111/ocr.12206>
- Zaghi, S., Valcu-Pinkerton, S., Jabara, M., Norouz-Knutsen, L., Govardhan, C., Moeller, J., Sinkus, V., Thorsen, R. S., Downing, V., Camacho, M., Yoon, A., Hang, W. M., Hockel, B., Guilleminault, C., et Liu, S. Y. (2019). Lingual frenuloplasty with myofunctional therapy : Exploring safety and efficacy in 348 cases. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 4(5), 489-496. <https://doi.org/10.1002/lio2.297>

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux professionnels inclus dans l'étude

Annexe 2 : Plaquette d'information à destination des professionnels

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux professionnels inclus dans l'étude

Question 1 : « *Quelle est votre profession ?* »

- Chirurgien maxillo-facial
- Chirurgien oral/Stomatologue
- Consultant en lactation IBCLC
- Infirmier puériculteur
- Masseur-kinésithérapeute
- Médecin généraliste
- Oto-rhino-laryngologiste
- Ostéopathe
- Pédiatre
- Sage-femme

Question 2 : « *Quel est votre type d'exercice ?* »

- Libéral
- Salariat
- Mixte

Question 3 : « *Depuis combien de temps exercez-vous votre profession actuelle ?* »

- Moins de 10 ans d'exercice professionnel
- Plus de 10 ans d'exercice professionnel

Question 4 : « *Quel est votre lieu d'exercice ?* »

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Guadeloupe

- Guyane
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Martinique
- Mayotte
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- La Réunion

Question 5 : « Êtes-vous amené(e) à prendre en soin des bébés âgés de 0 à 6 mois ? »

- Oui
- Non

Question 6 : « Êtes-vous amené(e) à prendre en soin des bébés âgés de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ? » (ne s'affiche que si le professionnel a répondu « Oui » à la question 5)

- Oui
- Non

Question 7 : « Pourquoi ne recevez-vous pas les bébés âgés de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ? » (ne s'affiche que si le professionnel a répondu « Non » à la question 6)

- Peu de connaissances sur le sujet
- Manque d'intérêt
- Manque de demandes
- Ne se sent pas concerné(e) par ce type de prise en soin
- Autre : ...

Question 8 : « Combien de bébés âgés de 0 à 6 mois êtes-vous amené(e) à prendre en soin par mois, dans le cadre d'une ankyloglossie ? » (ne s'affiche que si le professionnel a répondu « Oui » à la question 6)

- Moins de 10 bébés par mois
- Plus de 10 bébés par mois

Question 9 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner des difficultés de succion-déglutition chez le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 10 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner des difficultés à s'accrocher au sein chez le bébé âgé de 0 à 6 mois lors de l'allaitement ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 11 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner des difficultés d'étanchéité chez le bébé âgé de 0 à 6 mois lors de la prise alimentaire ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 12 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner une augmentation du temps de tétée au sein chez le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 13 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner une augmentation de la durée de la prise au biberon chez le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 14 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner une diminution de la quantité de lait ingéré par le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 15 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle avoir des conséquences sur la croissance du bébé âgé de 0 à 6 mois ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 16 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner des douleurs mammaires chez la maman lors de l'allaitement ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 17 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner des tensions musculaires chez le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 18 : « *Selon vous, l'ankyloglossie peut-elle entraîner des conséquences chez l'enfant plus âgé ?* »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 19 : « *Selon vous, quels sont les professionnels pouvant intervenir dans la prise en soin de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois ?* »

- Sages-femmes

- Chirugiens oraux/Stomatologues
- Chirugiens maxillo-faciaux
- Podologues
- Consultants en lactation IBCLC
- Orthophonistes
- Audioprothésistes
- Infirmiers puériculteurs
- Masseurs-kinésithérapeutes
- Médecins généralistes
- Ophtalmologues
- Oto-rhino-laryngologistes
- Ostéopathes
- Pédiatres
- Autre(s) : ...

Question 20 : « *Trouvez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) concernant l'ankyloglossie ?* »

- Oui
- Non

Question 21 : « *Pensez-vous que vous manquez d'informations sur :* » (ne s'affiche que si le professionnel a répondu « Non » à la question 20)

- La définition de l'ankyloglossie
- Les conséquences chez le bébé âgé de 0 à 6 mois
- Le rôle de l'orthophoniste auprès du bébé âgé de 0 à 6 mois
- Autre : ...

Question 22 : « *Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur l'ankyloglossie ?* »

- Oui
- Non

Question 23 : « *Cette formation a été suivie dans le cadre de :* » (Ne s'affiche que si répondu « Oui » à la question 22)

- Formation initiale
- Formation continue
- Recherches personnelles

Question 24 : « *Connaissez-vous le rôle de l'orthophoniste auprès des bébés âgés de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ?* »

- Oui
- Non

Question 25 : « *Avez-vous déjà orienté l'un de vos patients âgé de 0 à 6 mois auprès d'un(e) orthophoniste dans le cadre d'une ankyloglossie ?* »

- Oui
- Non

Question 26 : « *Selon vous, dans quel(s) cadre(s) peut intervenir l'orthophoniste auprès du bébé âgé de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ?* »

- L'évaluation
- La prise en soin
- La prévention
- Dans aucune des situations précédentes
- Je ne sais pas

Question 27 : « *Selon vous, quels peuvent être les axes de la prise en soin orthophonique auprès du bébé âgé de 0 à 6 mois présentant une ankyloglossie ?* »

- L'optimisation de la mobilité linguale
- L'optimisation de la succion-déglutition
- L'investissement de la sphère orale
- L'accompagnement parental
- Dans aucun des axes précédents
- Je ne sais pas

Question 28 : « *Souhaiteriez-vous avoir davantage d'informations sur l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin ?* »

- Oui
- Non

Question 29 : « *Avez-vous d'autres remarques ?* »

.....

Orthophonie et ankyloglossie chez le bébé (0-6 mois)



" Qu'est-ce que l'ankyloglossie ? "

Définitions

- Ankyloglossie : anomalie congénitale du frein de langue qui restreint les mouvements linguaux.
- **Frein de langue** : vestige embryonnaire reliant la face ventrale de la langue au plancher buccal.

Étiologie

L'ankyloglossie est due à un défaut d'apoptose durant la séparation de la langue et du plancher buccal lors de la 12ème semaine de vie intra-utérine.

Épidémiologie

- Entre 2 et 10% des bébés à la naissance
- Prédominance masculine (ratio homme femme 3/1)

" Quelles conséquences possibles ? "

Les conséquences varient selon les bébés. L'ankyloglossie est parfois asymptomatique, mais elle peut aussi entraîner diverses conséquences...

Conséquences chez le bébé

- **Succion/déglutition dysfonctionnelle**
 - difficultés d'alimentation au sein / biberon
 - accrochage du mamelon difficile
 - mauvaise étanchéité
 - augmentation du temps de prise alimentaire
 - diminution de la quantité de lait ingéré
- **Diversification alimentaire compromise**
- **Croissance perturbée**
- **Tensions musculaires**

Conséquences chez la mère

- **Lésions traumatiques**
- **Douleurs mammaires**
- **Diminution de la production de lait maternel**

Dyade mère-enfant impactée

Toutes ces conséquences peuvent entraîner un allaitement inefficace et douloureux et causer son arrêt prématuré...

Encadré par :

- Dr. Alexis VEYSSIERE (chirurgien maxillo-facial - CHU de Caen)
- Dorothee JACOB (orthophoniste)

Victoria ALVES
Mathilde CHRISTIAENS

" L'orthophonie et l'ankyloglossie ? "

... quand ?

Une prise en soin précoce

Elle permet l'installation des fonctions oro-myofaciales et de l'oralité et limite les conséquences sur l'alimentation du bébé et l'impact sur la dyade mère-enfant.

... comment ?

Anamnèse

Durant l'anamnèse, l'orthophoniste recueille les renseignements sur le patient et son trouble.

Évaluation



- Examen visuel et tactile de la sphère oro-faciale :
- mâchoires
 - joues
 - lèvres
 - palais
 - langue (aspect, posture)
 - frein
 - plancher buccal
- Examen de la mobilité linguale
- Examen de la mobilité linguale
 - Examen de la succion au doigt
 - Examen de la succion au sein / biberon
- Examen de l'alimentation à la cuillère (à partir de 4 mois)
- Examen de l'alimentation à la cuillère (à partir de 4 mois)

Rééducation

Si l'évaluation objective des troubles, la rééducation comprendra :

- L'optimisation de la mobilité linguale et de la succion / déglutition
- L'investissement de la sphère orale
- L'accompagnement parental

Lorsque la rééducation est insuffisante, une chirurgie peut être conseillée par un médecin. La rééducation orthophonique est alors reprise en post-chirurgie.

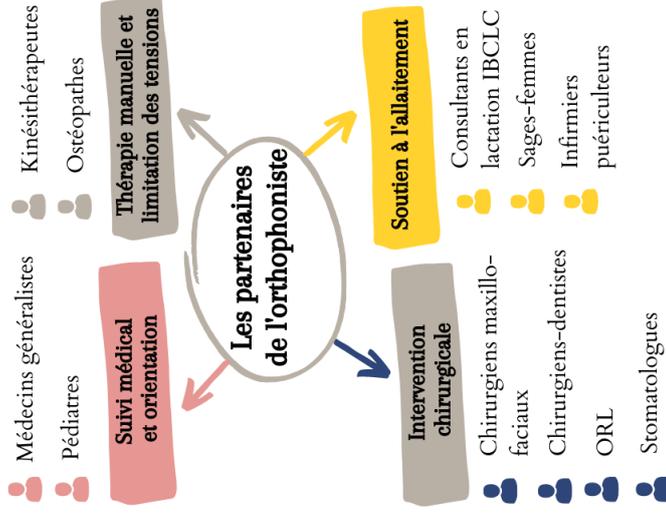
Prévention

La prévention est primordiale pour limiter l'impact sur le développement de l'enfant...

- déglutition atypique
- difficultés masticatoires
- respiration buccale
- troubles articulaires
- retard de développement maxillo-mandibulaire
- ...

... avec quels partenaires ?

La collaboration pluridisciplinaire est essentielle afin de permettre une prise en soin la plus complète possible.



Bibliographie

- Amblard, A. S., et Abadjan, F. (2021). Les freins buccaux restrictifs chez le nourrisson de 0 à 1 an.
- Baxter, R., Musso, M., Hughes, L., Lahay, L., Fabbie, P., Lovvorn, M., Amblard, A. S., Agarwal, R., et Emanuel, M. P. (2020). Frein de Langue.
- Caloway, C., Hersh, C. J., Baars, R., Sally, S., Diercks, G., et Hartnick, C. J. (2019). Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties.
- Veyssière, A., Kun-Darbois, J., Paulus, C., Charrellet, A., Caillor, A., et Bénateau, H. (2019). Diagnostic et prise en charge de l'ankyloglossie chez le jeune enfant.
- Walsh, J., et McKenna Benoit, M. (2019). Ankyloglossia and Other Oral Ties.

Titre : 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.

Title : Speech and language therapy for babies aged 0-6 months with ankyloglossia : inventory of French professionals knowledge and creation of an information tool.

Résumé : L'ankyloglossie est définie par un frein de langue anormalement court qui restreint la mobilité linguale. Cette anomalie congénitale nécessite une prise en soin précoce et pluridisciplinaire coordonnée, dans laquelle l'orthophoniste intervient. Cependant, cette pathologie et sa prise en soin sont controversées chez les professionnels concernés. Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer les connaissances, les ressentis et les besoins des professionnels français au sujet de l'ankyloglossie chez le bébé âgé de 0 à 6 mois et sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin. Pour ce faire, nous avons réalisé un questionnaire. Les résultats montrent que les 1 195 professionnels de l'étude ne se sentent pas suffisamment informés et souhaiteraient l'être davantage. Ces constats nous ont amenées à créer une plaquette d'information pour répondre à leurs besoins.

Abstract : Ankyloglossia is defined as an abnormally short tongue frenulum that restricts lingual mobility. This congenital anomaly requires early and coordinated multidisciplinary care, in which the speech and language therapist is involved. However, this condition and its management are controversial among the professionals involved. The aim of this dissertation was to assess the knowledge, feelings and needs of French professionals regarding ankyloglossia in babies aged 0-6 months and the role of the speech and language therapist in its management. To do this, we carried out a questionnaire. The results showed that the 1 195 professionals in the study did not feel sufficiently informed and would like to be more informed. These findings led us to create an information leaflet to meet their needs.

Mots-clés : ankyloglossie – frein de langue – bébé – orthophoniste – fonctions oro-myofaciales – pluridisciplinarité

Key-words : *ankyloglossia – tongue-tie – baby – speech and language therapy – oro-myofacial functions – multidisciplinary*

Nombre de références bibliographiques : 50

Nombre de pages : 58