



ACADÉMIE DE TOULOUSE
UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE – TOULOUSE RANGUEIL
ENSEIGNEMENT DES TECHNIQUES DE RÉADAPTATION

MÉMOIRE

*Présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste*

FAISABILITÉ ET VALIDATION D'UN OUTIL DE DÉPISTAGE DES TROUBLES DE LA SUCCION-DÉGLUTITION CHEZ LE NOURRISSON (0 à 6 mois)

Enquête auprès de professionnels de la petite enfance

Par Manon COLLAS

Sous la direction de :

Dr Pascale FICHAUX-BOURIN, médecin phoniatre

Co-encadrement :

Mme Julie BOLLARD, orthophoniste

Membres du jury :

- Dr Pascale FICHAUX-BOURIN, médecin phoniatre
- Mme Anaïs GALTIER, orthophoniste
- Mme Gabrielle DE MONTEIL, orthophoniste

Juin 2023

REMERCIEMENTS

Je remercie Mme Fichaux-Bourin de m'avoir proposé ce sujet de mémoire et Mme Bollard d'avoir accepté de me co-encadrer. Merci pour votre confiance, vos conseils et vos enseignements qui m'ont permis de mener à bien ce projet et d'enrichir mes connaissances.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur écoute et leur bienveillance durant ces 5 années. Je remercie aussi les référents méthodologiques pour leurs conseils vis-à-vis de mon mémoire.

Merci à Charlotte Dijols pour son aide et son expérience professionnelle en tant que sage-femme qui ont participé à la construction de ce mémoire. Merci à l'ensemble des professionnels qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questionnaires et sans qui l'étude n'aurait pu aboutir.

Merci aux néo-diplômées et plus particulièrement Charlotte et Émilie pour leur expérience d'anciennes rédactrices de mémoire et leur soutien.

Un grand merci à l'ensemble de la « petite » promo ! J'ai adoré partager ces 5 années à vos côtés. Je vous souhaite à toutes une belle réussite aussi bien sur le plan professionnel que personnel !

Merci à Mélanie pour cette entraide mutuelle, les encouragements quotidiens et les plans B loufoques lors des moments de doute. Merci à Lucie, Charline, Laura et Pauline, mes copines de promo. Je suis reconnaissante d'avoir pu faire partie de ce Club des 5 et d'avoir tant partagé avec vous : fous rires, diaporamas sophistiqués, restaurants et soirées jeux de société.

Je remercie sincèrement Nicole et Didier pour leur gentillesse, leur bienveillance et leur accueil chaleureux depuis près de 5 ans.

Merci à mes proches et à ma famille d'être présents pour moi et d'avoir cru en moi quand j'y croyais le moins. On dit qu'on ne choisit pas sa famille mais si c'était à faire, je ne voudrais changer pour rien au monde.

Je remercie mes parents pour leur soutien et pour avoir veillé sur moi. Merci de m'avoir permis d'aboutir à mon projet professionnel. Merci également à mon frère, Matthieu, d'être là pour rire et faire les imbéciles.

Enfin, je tiens à remercier François, de m'avoir supportée (dans tous les sens du terme) depuis le début de notre histoire. Merci pour ton réconfort et tous tes encouragements qui m'ont permis d'avancer plus sereinement et de prendre davantage confiance en moi.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIÈRES	2
GLOSSAIRE	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS	5
I INTRODUCTION	6
II PARTIE THÉORIQUE	7
II.1 LA SURVEILLANCE DU DÉVELOPPEMENT DU NOURRISSON	7
II.1.1 Définition du nourrisson et modes d'allaitement	7
II.1.2 Parcours de soin du nourrisson	7
II.1.3 Acteurs référencés dans le parcours de soin du nourrisson	8
II.1.3.1 Protection Maternelle et Infantile (PMI).....	9
II.1.3.2 Sages-femmes libérales	10
II.1.3.3 Médecins libéraux	10
II.2 DÉPISTAGE AUPRÈS DU NOURRISSON	11
II.2.1 Définition du dépistage	11
II.2.2 Recommandations concernant le dépistage.....	11
II.2.2.1 Les qualités du test de dépistage	11
II.2.2.2 Les acteurs référencés dans le dépistage précoce	12
II.2.3 Actions de dépistage à destination des nourrissons	12
II.3 LE TROUBLE DE LA SUCCION-DÉGLUTITION	13
II.3.1 Définition et principales conséquences	13
II.3.2 Épidémiologie au sein de la population pédiatrique.....	14
II.3.3 Présentation clinique des symptômes.....	14
II.3.4 L'évaluation et la prise en soin des troubles de la succion-déglutition.....	16
II.3.4.1 Les évaluations cliniques de la prise alimentaire au biberon.....	16
II.3.4.2 Les évaluations instrumentales	17
II.3.4.3 La prise en soin.....	17
III PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	18
IV MÉTHODOLOGIE	19
IV.1 PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS	19
IV.1.1 Présentation des professionnels de la petite enfance ciblés	19
IV.1.2 Population de l'étude.....	19
IV.1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	19
IV.2 MATÉRIEL ET PROCÉDURE	19
IV.2.1 Procédure de recueil concernant le besoin d'un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition au biberon chez les professionnels ciblés.....	19
IV.2.1.1 Choix de la méthode.....	19
IV.2.1.2 Conception et architecture du questionnaire	20
IV.2.1.3 Prétest et validation du questionnaire avant diffusion	22

IV.2.1.4	Diffusion du questionnaire	23
IV.2.1.5	Traitement des données	23
IV.2.2	Procédure de validation de l'outil de dépistage auprès des professionnels ciblés.....	24
IV.2.2.1	Présentation de l'outil de dépistage élaboré.....	24
IV.2.2.2	Choix de la méthode.....	26
IV.2.2.3	Conception et architecture du questionnaire	26
IV.2.2.4	Validation, prétest et diffusion du questionnaire	28
V	RÉSULTATS.....	29
V.1	PROFIL DE L'ÉCHANTILLON.....	29
V.2	PRATIQUES ET CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS À PROPOS DU TROUBLE DE LA SUCCION-DÉGLUTITION	29
V.2.1	Expérience de nourrissons en difficulté chez les professionnels ciblés.....	29
V.2.2	Connaissance des signes cliniques du trouble chez les professionnels ciblés	30
V.2.3	Connaissance et utilisation d'outils d'évaluation clinique de la prise au biberon et intérêt pour l'outil de dépistage élaboré	33
V.2.4	Décisions thérapeutiques et orientations.....	34
V.3	VALIDATION ET INTENTION D'USAGE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE	36
V.3.1	Utilisateurs et non-utilisateurs.....	36
V.3.2	Apparence	37
V.3.2.1	Format de l'outil et modalité de réponse	37
V.3.2.2	Clarté des items	37
V.3.2.3	Facilité de cotation	38
V.3.3	Intention d'usage : utilité et utilisabilité de l'outil	39
VI	DISCUSSION.....	41
VI.1	VALIDATION DES HYPOTHÈSES	41
VI.1.1	Discussion autour de l'hypothèse 1	41
VI.1.2	Discussion autour de l'hypothèse 2	42
VI.1.3	Discussion autour de l'hypothèse 3	43
VI.2	BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE	43
VI.2.1	Représentativité de l'échantillon.....	43
VI.2.2	Interprétation des résultats.....	45
VI.3	AMÉLIORATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION	46
VI.3.1	Inclusion d'autres professionnels dans l'étude	46
VI.3.2	Modifications de l'outil.....	46
VI.3.3	Poursuite de la validation de l'outil et formation des professionnels	47
VI.3.4	Élaboration d'un protocole de prise en charge.....	47
VII	CONCLUSION.....	49
	BIBLIOGRAPHIE	50
	ANNEXES	60

GLOSSAIRE

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé

CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OMF : Oro-Myo-Faciale.s

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme de retour à domicile

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SSO : Sphincter supérieur de l'œsophage

TAP : Troubles Alimentaires Pédiatriques

UVD : Unité de la Voix et de la Déglutition

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

VRDG : Vidéoradioscopie de déglutition

TABLE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Chronologie du suivi du nourrisson	8
Figure 2 : Domaines de compétences des sages-femmes (Ordre des sages-femmes, 2015)	10
Figure 3 : Compétences en médecine générale (Compagnon et al., 2013).....	11
Figure 4 : Aperçu de l'outil de dépistage élaboré.....	26
Figure 5 : Aperçu du questionnaire concernant l'avis des utilisateurs sur l'outil de dépistage.....	27
Figure 6 : Répartition des participants de l'étude en % selon leur profession.....	29
Figure 7 : Comparaison de la fréquence du trouble au sein de la patientèle selon la profession	30
Figure 8 : Comparaison du % de professionnels connaissant ou non les signes cliniques du trouble selon la profession et l'échantillon.....	30
Figure 9 : Graphique présentant les catégories des signes cités par les professionnels dans l'ordre croissant (en % de professionnels)	31
Figure 10 : Comparaison des signes rapportés selon la profession des participants (en % de professionnels)	32
Figure 11 : Comparaison de l'utilisation ou non d'un outil et de son type en % de professionnels selon les professions	33
Figure 12 : Graphique comparant les décisions thérapeutiques prises en % de professionnels selon la profession et l'échantillon.....	34
Figure 13 : Graphique présentant dans l'ordre croissant les professionnels cités par les participants qui orientent (en % de professionnels)	35
Figure 14 : Comparaison des professions vers qui orientent les participants selon leur profession (en % de professionnels)	35
Figure 15 : Degré d'accord en % de participants concernant le format de l'outil.....	37
Figure 16 : Degré d'accord en % de participants concernant les modalités de réponse de l'outil	37
Figure 17 : Degré d'accord en % de participants concernant la clarté des items de l'outil de dépistage	38
Figure 18 : Comparaison entre utilisateurs et non-utilisateurs du degré d'accord en % de participants concernant la clarté des items.....	38
Figure 19 : Degré d'accord en % de participants concernant la facilité de cotation des items de l'outil	39
Figure 20 : Comparaison entre utilisateurs et non-utilisateurs du degré d'accord en % de participants concernant la facilité de cotation des items	39
Figure 21 : Degré d'accord en % de participants concernant l'utilité de l'outil.....	40
Figure 22 : Degré d'accord en % de participants concernant l'utilisabilité perçue de l'outil	40
Figure 23 : Comparaison entre l'échantillon de l'étude et la région Occitanie du nombre de professionnels de PMI	44

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Manifestations cliniques du trouble de la succion-déglutition.....	15
Tableau 2 : Critères d'évaluation de l'étude pour la mise en place ou non d'un outil de dépistage	20
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des critères d'évaluation de notre étude et des informations à recueillir.....	21
Tableau 4 : Synthèse des modifications apportées à la grille d'évaluation non instrumentale originale	25
Tableau 5 : Calcul de l'échantillon attendu pour l'étude	44

I INTRODUCTION

Pour s'alimenter et répondre à ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit coordonner de manière efficace et sécuritaire trois mécanismes : la succion, la déglutition et la respiration. Cette triade s'effectue grâce à la synchronisation des différents systèmes nerveux, cardiaque, pulmonaire et gastro-intestinal ainsi que par l'intervention des muscles oropharyngés pour assurer le transport du bolus de la cavité buccale à l'estomac (Goday et al., 2019).

La complexité de ce mécanisme fait que la succion-déglutition peut être dysfonctionnelle en raison de l'atteinte d'un de ces systèmes ou de complications à la naissance chez le nouveau-né (Dodrill & Gosa, 2015; Maynard et al., 2020). Selon certains auteurs, l'incidence du trouble tendrait à augmenter et concernerait près de 25 % des enfants présentant un développement typique ainsi qu'une part très importante des enfants porteurs de troubles développementaux (Arvedson, 2008; Borowitz & Borowitz, 2018; Maynard et al., 2020). Les répercussions majeures sur la croissance, la santé et le développement de l'enfant nécessitent des interventions précoces auprès d'une équipe pluridisciplinaire afin d'identifier les mécanismes déficitaires sous-jacents et de mettre en place une prise en soin adaptée (Chandran & Alagesan, 2021; Dodrill & Gosa, 2015; Kakodkar & Schroeder, 2013; Lawlor & Choi, 2020; Prasse & Kikano, 2009).

Avant d'arriver à cette étape diagnostique, il est nécessaire de sensibiliser et de former les professionnels de la petite enfance au repérage des troubles de la succion-déglutition chez le nourrisson afin de permettre un dépistage précoce (ANESM & HAS, 2014). À ce jour, nous recensons plusieurs actions de dépistage à l'aide d'outils auprès du nourrisson mais aucune ne concerne les difficultés d'alimentation (HAS, 2005, 2013, 2021; HAS & Fédération Française de Nutrition, 2021).

En 2018, le manque d'outils validés permettant d'évaluer la prise alimentaire au biberon chez le nourrisson incite Morgane Péron à élaborer un outil semblable, à destination de tout nourrisson sans contraintes d'âge ou de complications médicales (2018). Plusieurs études concernant sa validité, sa sensibilité et sa fidélité ont été menées auprès de différentes professions médicales et paramédicales (Leboucher, 2022; Péron, 2018; Poumarède, 2019; Stoskopf, 2022). Une étude portant sur la validité d'apparence de l'outil a mis en avant la nécessité d'élaborer un outil plus simple et plus court afin de convenir à un maximum de professionnels (Péron, 2018).

La présente étude consiste à fournir aux professionnels de la petite enfance un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition afin d'en permettre le dépistage précoce et limiter les complications. Pour cela, une première enquête a été menée afin de relever les besoins d'un tel outil selon les connaissances et les pratiques des professionnels concernant ce trouble. Par la suite, un second questionnaire a été diffusé afin de définir si l'outil répond aux attentes des professionnels et de déterminer son acceptabilité dans la pratique.

II PARTIE THÉORIQUE

II.1 LA SURVEILLANCE DU DÉVELOPPEMENT DU NOURRISSON

II.1.1 Définition du nourrisson et modes d'allaitement

Selon l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), le nourrisson est défini comme un enfant depuis la fin de la période néonatale (28 jours) jusqu'à ses 23 mois. De 0 à 6 mois, l'alimentation de l'enfant se fait exclusivement par allaitement grâce à la triade succion-déglutition-respiration, schéma réflexe développé à partir de 28 semaines de gestation (Chandran & Alagesan, 2021). Trois principaux modes d'allaitement sont décrits :

- **Allaitement maternel** : il s'agit de l'allaitement au sein (Maillet, 1954; Morin, 2006). Ce mode d'allaitement est de plus en plus recommandé car le lait maternel présente une composition nutritionnelle adaptée pour répondre aux besoins du nourrisson et à sa physiologie digestive (Maillet, 1954; Société Française de Pédiatrie, 2005). Il s'agit également du mode d'allaitement privilégié par les mères. Selon une enquête auprès de femmes venant d'accoucher, **56,3%** d'entre elles déclarent choisir l'allaitement maternel pour leur nourrisson à la naissance mais ce choix tend à diminuer 2 mois après l'accouchement (**34,4%**) (INSERM, 2021). Si la prise au sein est la plus référencée, une réception passive par le biais d'un biberon en tirant son lait est possible si la mère est dans l'impossibilité de donner le sein (1000 premiers jours.fr, 2021) ;
- **Allaitement artificiel** : il s'agit de l'allaitement au biberon par l'utilisation d'un lait artificiel dont la composition nutritionnelle est adaptée selon l'âge du nourrisson et les recommandations du pédiatre (Morin, 2006). S'il est moins privilégié par les femmes à la naissance (**30,3%**), il l'est davantage 2 mois après la naissance par **45,8%** des femmes (INSERM, 2021) ;
- **Allaitement mixte** : il s'agit d'associer l'allaitement artificiel et l'allaitement maternel utilisé dans le but de maintenir la lactation chez la mère ou au contraire aboutir à son tarissement (Maillet, 1954). Parmi les trois modes d'allaitement possibles, l'allaitement mixte est le moins utilisé par les femmes que ce soit à la naissance ou 2 mois après l'accouchement (INSERM, 2021).

II.1.2 Parcours de soin du nourrisson

Les premières années de vie d'un nourrisson sont déterminantes car elles influencent son développement moteur, cognitif, affectif et social. Les nourrissons ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins de manière autonome et sont dépendants de l'environnement où ils grandissent. Il est donc essentiel d'apporter la meilleure réponse à ces besoins en apportant des soins adéquats et des stimulations suffisantes et de veiller au bon développement de l'enfant (1000 premiers jours.fr, 2022).

La santé et le bon développement des enfants représentent un enjeu de santé publique majeur comme en témoignent plusieurs décisions gouvernementales. La création de la Commission Nationale

de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE) vise à améliorer l'organisation et l'offre de soins pour la santé de l'enfant et la périnatalité (Décret n° 2009-1216, 2009). Récemment, le parcours « santé-accueil-éducation » de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 propose de mobiliser l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs pour renforcer les actions de prévention auprès des enfants de 0 à 6 ans (Comité interministériel pour la Santé, 2018; Les pros de la petite enfance, 2018).

Afin de veiller au bon développement du nourrisson et à son état de santé à la suite de l'accouchement, des recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2014). Ces recommandations apparaissent dans un contexte où la durée moyenne du séjour en maternité tend à diminuer et visent donc à répondre aux besoins des professionnels et des mères d'assurer le suivi postnatal du nouveau-né (CNNSE, 2013). Les RBP concernant le retour à domicile des mères et de leur enfant à la suite de l'accouchement précisent notamment :

- **Les critères qui déterminent si le retour à domicile du nouveau-né peut se faire après une durée de séjour standard ou de manière précoce ;**
- **Les points à surveiller chez le nouveau-né selon la durée d'hospitalisation ;**
- **La chronologie du suivi et des différents examens du nouveau-né à la suite de la sortie de la maternité :** si plusieurs examens ont déjà eu lieu à la maternité, d'autres sont recommandés dans les jours suivant la sortie du nourrisson **[Figure 1]** (HAS, 2014). Un examen médical avant les 8 jours du nourrisson est obligatoire et doit être renseigné à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (Ameli, 2022b). Les autres examens sont recommandés selon le professionnel en charge du suivi du nourrisson qui surveillera plusieurs paramètres comme le poids et l'alimentation du nourrisson, l'absence d'infections, d'ictère et de détresse respiratoire ainsi que la mise en place du lien mère-enfant et parents-enfant (HAS, 2014).

Après la période néonatale, le suivi du nourrisson est assuré par des examens médicaux obligatoires jusqu'à ses 18 mois **[Figure 1]** (Ameli, 2022a, 2022d).

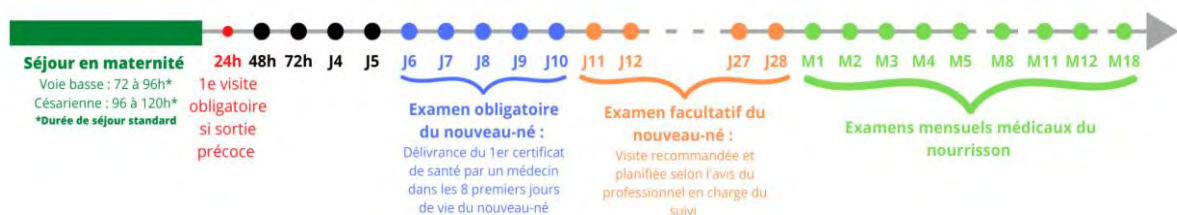


Figure 1 : Chronologie du suivi du nourrisson

II.1.3 Acteurs référencés dans le parcours de soin du nourrisson

Afin d'assurer la continuité des soins et la coordination entre les professionnels de la maternité et ceux en charge du suivi de la femme et de son enfant au retour à domicile, la HAS recommande de déclarer un professionnel « référent du suivi ». Son rôle est d'accompagner la mère et son enfant dans les soins, de les orienter vers d'autres professionnels si des complications sont décelées et d'échanger

avec les professionnels de la maternité (CNNSE, 2013; HAS, 2014). Divers professionnels sont identifiés comme pouvant assurer ce rôle de suivi et d'accompagnement et sont présentés ci-dessous.

II.1.3.1 Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Les services de PMI ont été créés à la suite de la Seconde Guerre mondiale pour assurer la protection médicosociale des femmes enceintes et des enfants âgés jusqu'à 6 ans (Colombo, 2013). Aujourd'hui, les missions des services de PMI se déclinent sous quatre volets (DREES, 2022) :

- **Accompagnement et suivi des parents et de leur enfant** : avant l'accouchement, les femmes enceintes peuvent veiller au bon déroulement de leur grossesse lors de consultations prénatales. Après l'accouchement, les suivis médicaux de la mère et de l'enfant peuvent être assurés par les professionnels de la PMI (1000 premiers jours.fr, 2019; INSERM, 2021). Ces derniers sont souvent amenés à répondre aux inquiétudes des parents, notamment concernant la stagnation pondérale de l'enfant et les difficultés à le nourrir, déclarées chez **48,7%** des mères interrogées dans une enquête récente (Colombo, 2013; INSERM, 2021) ;
- **Planification et éducation familiale** ;
- **Actions de prévention et de protection des mineurs en situation de danger** ;
- **Contrôle, agrément et suivi des différents modes d'accueil des jeunes enfants.**

Chaque service de PMI est composé d'une équipe pluriprofessionnelle du secteur de la petite enfance et de la périnatalité (1000 premiers jours.fr, 2019; Colombo, 2013). Les principaux professionnels rencontrés dans les services de PMI sont :

- Médecin : son rôle est de veiller sur l'état de santé et le développement de l'enfant (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2009). Il peut notamment réaliser l'examen de suivi du nourrisson 2 semaines après sa sortie de la maternité dans **6,8%** des cas (INSERM, 2021) ;
- Sage-femme : son rôle est d'accompagner la femme durant et après sa grossesse lors des consultations pré et postnatales (Association nationale des sages-femmes territoriales, s. d.). Ce professionnel peut notamment participer au Programme de retour à domicile (PRADO), mis en place afin d'assurer le suivi de la mère et de son nourrisson à la sortie de la maternité dont **47,4%** des femmes ont bénéficié sur l'année 2021 (Ameli, 2022c; Association nationale des sages-femmes territoriales, s. d.; INSERM, 2021) ;
- Puériculteur.rice : infirmier.ère spécialisé.e, ce professionnel a pour mission de veiller au bon développement de l'enfant en assistant aux consultations médicales et en prodiguant des soins (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2009). Il peut également intervenir dans le suivi au domicile des parents pour les assister dans les soins nécessaires pour le bébé et répondre à leurs préoccupations (Colombo, 2013; INSERM, 2021) ;
- Auxiliaire de puériculture : son rôle est de recueillir les questionnements des parents pour les orienter vers le bon professionnel. Ce professionnel peut participer aux différentes activités en lien avec l'éveil et la santé de l'enfant (Conseil général des Hauts-de-Seine, 2009; Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

Selon les départements, d'autres professionnels du secteur de la périnatalité peuvent exercer au sein des équipes de PMI (DREES, 2022).

II.1.3.2 Sages-femmes libérales

Le métier de sage-femme fait partie des professions médicales par leur compétence en prescription de dispositifs médicaux. Les compétences de la sage-femme [Figure 2] sont diverses et englobent à la fois les soins, la prévention et l'accompagnement auprès des femmes avant et après l'accouchement et de l'enfant comme établi par le Code de la Santé Publique (Code de la santé publique, 2023; Ordre des sages-femmes, 2015). À propos du suivi de la mère et du nourrisson à la sortie de la maternité, les sages-femmes sont les principales professionnelles à intervenir au domicile des familles, parfois dans le cadre du PRADO. **79,1%** des femmes ayant accouché en 2021 mentionnent que le suivi postnatal au domicile a été effectué par une sage-femme. Durant ces visites, les sages-femmes peuvent soutenir les parents dans la mise en place de l'allaitement parfois difficile et veiller à la santé du nourrisson (INSERM, 2021; Ordre des sages-femmes, 2015).



Figure 2 : Domaines de compétences des sages-femmes (Ordre des sages-femmes, 2015)

II.1.3.3 Médecins libéraux

Le médecin traitant, dont la principale mission est d'assurer le suivi et l'orientation du patient, est largement référencé dans le parcours de soin du nourrisson (Ameli, 2020; INSERM, 2021). Ce professionnel peut être généraliste ou spécialiste comme les pédiatres. Ces derniers sont les principaux professionnels assurant le suivi du nourrisson dans **43,1%** des cas contre **42,2%** pour les généralistes selon une enquête récente (INSERM, 2021). Cette mission de suivi et d'accompagnement s'inscrit dans un large champ de compétences définies par un consensus d'experts de médecine générale [Figure 3] (Compagnon et al., 2013).

Le suivi postnatal du nourrisson peut également être mené par les gynécologues, psychiatres et pédopsychiatres (HAS, 2014; INSERM, 2021).

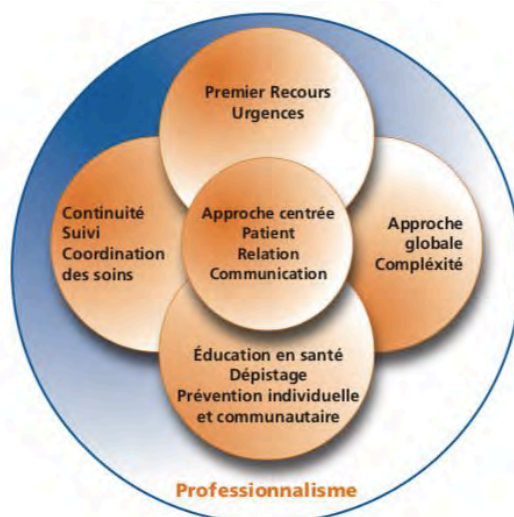


Figure 3 : Compétences en médecine générale (Compagnon et al., 2013)

II.2 DÉPISTAGE AUPRÈS DU NOURRISSON

II.2.1 Définition du dépistage

Le dépistage est défini comme la détection précoce d'une maladie ou d'un signe inhabituel pouvant traduire une particularité de développement chez une personne. Cette détection est réalisée à l'aide d'examen ou de tests spécifiques permettant de distinguer convenablement les sujets porteurs de l'anomalie de ceux qui ne le sont pas. Les sujets pour qui le résultat est douteux ou positif doivent être orientés vers des examens approfondis qui permettront de poser le diagnostic de la maladie ou du trouble avec certitude (HAS, 2016; Wilson & Jungner, 1968). À la suite de ce diagnostic, un traitement efficace doit être disponible et mis en place afin de ralentir l'évolution de la maladie ou du trouble et d'améliorer la santé des personnes dépistées (HAS, 2016).

II.2.2 Recommandations concernant le dépistage

II.2.2.1 Les qualités du test de dépistage

Le dépistage ne peut se faire sans la mise en place d'un test permettant de détecter des signes anormaux concernant la santé ou le développement d'une personne. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) définit dans une de ses publications les qualités nécessaires que doit présenter un test de dépistage (2004). Ces qualités sont au nombre de quatre :

- **Test sensible** : le test doit être en mesure de repérer convenablement les personnes atteintes et ne pas engendrer de faux négatifs afin de ne pas considérer des personnes saines à tort à l'issue du test de dépistage ;
- **Test spécifique** : le test doit permettre de repérer au mieux les personnes réellement atteintes et générer peu de faux positifs (personnes considérées malades à tort à l'issue du test de

dépistage). Il est important de s'assurer de la bonne spécificité du test de dépistage afin d'éviter toutes explorations complémentaires qui peuvent être coûteuses et générées de l'anxiété chez des personnes qui ne devraient pas être concernées par ces explorations (HAS, 2016) ;

- **Test reproductible** : le test doit présenter des résultats identiques chez une même personne indépendamment de l'évaluateur ou du lieu de passation du test ;
- **Test acceptable** : l'ANAES (2004, p. 24) souligne qu'« un test mal accepté du public risque d'entraîner de faibles taux de participation et d'assiduité au programme de dépistage ». Plusieurs paramètres peuvent expliquer l'acceptabilité d'un test comme sa simplicité à l'appliquer permettant à un nombre important d'évaluateurs de participer à l'action de dépistage (ANESM & HAS, 2014). Le test de dépistage doit également être le moins invasif possible et engendrer ni douleur ni danger pour le public ciblé par le test (ANAES, 2004; HAS, 2016).

Enfin, pour que l'action de dépistage soit la plus efficace possible, il est important d'appliquer le test de manière systématique, à l'ensemble d'une population (ou d'une partie de la population si le dépistage s'intéresse à une tranche d'âge spécifique), indépendamment des symptômes que peut présenter une personne (ANAES, 2004; ANESM & HAS, 2014).

II.2.2.2 Les acteurs référencés dans le dépistage précoce

L'intérêt de la précocité du dépistage est de permettre l'accès rapide à des soins adaptés pour les personnes dépistées après les avoir orientées. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ANESM) préconise ainsi dans ses RBP d' « **identifier régulièrement sur le territoire, les acteurs qui orientent les enfants et leurs parents ou qui seraient susceptibles de le faire** » (2014). De nombreux acteurs en lien avec les nourrissons et les enfants sont identifiés par l'ANESM dont les **médecins libéraux** (généralistes et pédiatres notamment), les **professionnels paramédicaux** et les **professionnels de la protection de l'enfance** (ANESM & HAS, 2014). L'ANESM rappelle qu'il est nécessaire en amont de former et de sensibiliser ces acteurs à la détection de signes anormaux dans le développement de l'enfant. En effet, si ces professionnels n'ont pas la capacité ou les connaissances adéquates pour repérer ces signes, ils ne pourront pas orienter convenablement les enfants qui nécessitent des examens approfondis et des soins adaptés (ANESM & HAS, 2014).

II.2.3 Actions de dépistage à destination des nourrissons

De nombreuses RBP concernant le dépistage et l'accompagnement précoces des nourrissons sont définies par la HAS afin de veiller au développement harmonieux de l'enfant par la mise en œuvre d'une démarche diagnostique et de soins adaptés selon les données de la littérature scientifique.

Le **dépistage néonatal** est à destination de tous les nourrissons dans les trois jours qui suivent leur naissance. Il consiste à détecter précocement des maladies rares, le plus souvent génétiques, par

un prélèvement sanguin. L'intérêt est de mettre en place des traitements adaptés avant les premiers symptômes de la maladie et l'installation de séquelles irrémédiables (Ameli, 2022b; HAS, 2021).

Le **dépistage de la luxation congénitale de la hanche** est préconisé chez tous les nourrissons avant leurs 3 mois. Le dépistage consiste en un examen clinique (manipulation des hanches) systématique à chacun des examens du nourrisson. Si le clinicien détecte un signe anormal, une échographie ou une radiographie doit être effectuée pour confirmer le diagnostic (HAS, 2013).

Plusieurs propositions concernant le dépistage de différentes affections et troubles psycho-comportementaux, langagiers, nutritionnels et sensoriels sont définies par la HAS (2005). Les **dépistages sensoriels de la vision et de l'audition** sont préconisés dans les premiers jours de vie du nourrisson (Ameli, 2022b; HAS, 2005). À 1 mois, la HAS recommande aux professionnels de **dépister les retards de développement** chez le nourrisson en veillant régulièrement à l'acquisition des étapes du développement de l'enfant et à la taille du périmètre crânien (HAS, 2005). Concernant la surveillance de la croissance de l'enfant, des consignes sont validées concernant le **dépistage de l'obésité** par la mesure régulière du poids et de la taille du nourrisson à partir de 2 mois et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) dès 1 an (HAS, 2005).

Les recommandations concernant le **dépistage de la dénutrition** chez l'enfant sont également définies dans un rapport récent de la HAS. Le dépistage repose sur des critères phénotypiques telle que la comparaison du poids et de l'IMC de l'enfant selon des courbes de références. La recherche de critères étiologiques comme une diminution de la prise alimentaire, la réduction de l'absorption ou la présence d'un hypercatabolisme protéique doit être menée pour confirmer le diagnostic de la dénutrition. Le degré de sévérité doit ensuite être défini afin de proposer une prise en soin nutritionnelle adaptée à l'enfant (HAS & Fédération Française de Nutrition, 2021).

II.3 LE TROUBLE DE LA SUCCION-DÉGLUTITION

II.3.1 Définition et principales conséquences

Le **trouble de la succion-déglutition**, également nommé dysphagie pédiatrique dans la littérature, appartient à la famille des troubles de l'oralité alimentaire ou **Troubles Alimentaires Pédiatriques** (TAP) selon la nouvelle terminologie (Goday et al., 2019). D'après les critères diagnostiques, ces troubles s'expliquent par des dysfonctionnements au niveau médical, nutritionnel, psychosocial et/ou des compétences alimentaires. Ces dysfonctionnements impactent la prise alimentaire orale de l'enfant qui est alors insécure, inefficace et non adaptée par rapport à son âge (Dodrill & Gosa, 2015; Goday et al., 2019).

Plus précisément, le **trouble de la succion-déglutition** impacte l'alimentation du nourrisson aux différentes phases de la déglutition en raison de compétences alimentaires insuffisantes. Ces

difficultés doivent être distinguées des incapacités d'ordre comportementales (Dodrill & Gosa, 2015; Lawlor & Choi, 2020). Les conséquences de ce trouble sont multiples. La réduction de lait ingéré par le nourrisson en raison d'un mauvais comportement de succion nuit à l'apport nutritionnel de l'enfant nécessaire à son développement et sa santé (Chandran & Alagesan, 2021). Selon Ammaniti et al. (cité dans Goday et al., 2019), **la malnutrition concernerait 25 à 50% des enfants** présentant un TAP. **Le retard de croissance** qui en découle peut engendrer des **déficits persistants au niveau du quotient intellectuel** (Emond et al., 2007). Le trouble de la succion-déglutition peut également induire de **graves conséquences sur la santé pulmonaire** du nourrisson (Dodrill & Gosa, 2015; Prasse & Kikano, 2009) et sur son **pronostic vital** car l'incidence des incoordinations entre déglutition et respiration lors de l'alimentation est accrue chez les victimes de mort subite du nourrisson selon Steinschneider et al. (cité dans Mathew, 1991). Par voie de conséquence, les répercussions sur le développement et la santé du nourrisson éveillent **des inquiétudes chez les parents** (Borowitz & Borowitz, 2018).

II.3.2 Épidémiologie au sein de la population pédiatrique

Le trouble de la succion-déglutition concerne près de **50% des enfants au développement normal** et environ **80% des enfants présentant des troubles développementaux** (Arvedson, 2008; Maynard et al., 2020). Syndromes génétiques, complications durant la grossesse et la naissance, malformations structurelles des voies aérodigestives supérieures (VADS), troubles gastro-intestinaux, cardiorespiratoires et neuromusculaires sont autant de causes à l'origine de ce trouble chez le nourrisson (Dodrill & Gosa, 2015; Lawlor & Choi, 2020). Une étude récente montre que la prévalence du trouble au sein de la population pédiatrique tend à augmenter depuis plusieurs années (Kovacic et al., 2021). Cette augmentation peut s'expliquer par les améliorations en termes de prise en soin et d'espérance de vie des nourrissons présentant des comorbidités médicales (Kakodkar & Schroeder, 2013; Lawlor & Choi, 2020) ainsi qu'une potentielle meilleure prise de conscience du trouble par les professionnels de santé (Borowitz & Borowitz, 2018).

II.3.3 Présentation clinique des symptômes

La présentation clinique du trouble de la succion-déglutition est très variable. Cette variabilité s'explique par la complexité du processus d'alimentation qui engage un nombre important de structures et leur coordination.

Une classification des différentes manifestations cliniques du trouble décrites dans la littérature peut être établie en fonction de la phase de déglutition perturbée [**Tableau 1**]. Ces perturbations découlent d'atteintes structurelles et/ou fonctionnelles des organes impliqués dans les phases orale, pharyngée et œsophagienne de l'alimentation (Kakodkar & Schroeder, 2013).

DYSPHAGIE ORALE

Rappels physiologiques : Phase de succion, d'expression et de propulsion du lait vers la paroi postérieure de l'oropharynx (Lau, 2016).

- Pression intrabuccale négative par étanchéité antérieure de la cavité orale (fermeture des lèvres autour de la tétine) et postérieure (formation d'un sphincter glosso-vélique) qui empêchent les déperditions de liquide (Lau, 2016) ;
- Mouvement antéro-postérieur de la langue (=suckling) qui prend appui au palais associé à une excursion de la mâchoire permettant la propulsion du lait (Borowitz & Borowitz, 2018)

Manifestations cliniques

- Perte de lait au niveau des lèvres
- Quantité d'ingesta insuffisante
- Allongement des temps de tétées
- Fatigue

Mécanismes déficitaires

- Défaut d'étanchéité labiale autour de la tétine
- Propulsion lente et inefficace par dépression intrabuccale insuffisante et mouvement antéro-postérieur de la langue de faible amplitude

(Abadie, 1999; Abadie & Couly, 2013; Kakodkar & Schroeder, 2013; Prasse & Kikano, 2009)

DYSPHAGIE PHARYNGÉE

Rappels physiologiques : Phase de déglutition, de propulsion du bolus jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) et de protection des VADS (Dodrill & Gosa, 2015; Lau, 2016)

- Péristaltisme antérograde par constriction des muscles pharyngés qui détermine la vitesse et la force de propulsion du bolus pour éviter tout résidu de liquide (Lau, 2016) ;
- Protection des VADS : fermeture de la cavité nasopharyngée par élévation du voile du palais et fermeture glottique par bascule de l'épiglotte, rapprochement des cordes vocales et ascension laryngée (Dodrill & Gosa, 2015)

Manifestations cliniques

- Stases après déglutition, voix et respiration humides
- Déglutitions répétées par bolus
- Reflux nasal, congestion nasale chronique
- Fausse route avec signes de détresse respiratoire : *stridor, dyspnée inspiratoire bruyante, étouffement, tachypnée, cyanose...*
- Fausse route avec mécanismes d'expulsion : *toux, raclement de gorge*

!/\ Fausse route sans mécanisme d'expulsion

- **Infections pulmonaires sur le long terme**

Mécanismes déficitaires

- Atteinte du péristaltisme pharyngé par défaut de coordination et de force des muscles constricteurs pharyngés
- Défaut d'élévation du voile du palais
- Anomalies structurelles (ex : fentes palatines)
- Incoordination déglutition-respiration qui engendre pénétration* ou aspiration** laryngée
- Anomalies structurelles
 - * *passage trans-glottique du bolus*
 - ** *passage sous-glottique du bolus*
- Absence de mécanismes d'expulsion par défaut de sensibilité ou de motricité pharyngée

(Abadie & Couly, 2013; Goday et al., 2019; Lawlor & Choi, 2020; Weir et al., 2009)

Tableau 1 : Manifestations cliniques du trouble de la succion-déglutition

DYSPHAGIE OESOPHAGIENNE	
<i>Rappels physiologiques</i> : Ouverture du SSO par relaxation du muscle crico-pharyngien et propulsion du bolus par péristaltisme pharyngé puis œsophagien jusqu'à l'estomac	
Manifestations cliniques	Mécanismes déficitaires
<ul style="list-style-type: none"> • Obstruction au passage du bolus, blocage • Toux, signes de détresse respiratoire • Tétée inconfortable : <i>cris, pleurs, troubles digestifs...</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'ouverture du SSO • Anomalies structurelles (ex : fistule trachéo-oesophagienne) • Anomalie de vidange œsophagienne
(Cochran, 2021; Dodrill & Gosa, 2015; Kakodkar & Schroeder, 2013; Sasegbon & Hamdy, 2017)	

Tableau 1 : Manifestations cliniques du trouble de la succion-déglutition (suite)

II.3.4 L'évaluation et la prise en soin des troubles de la succion-déglutition

Une **approche pluridisciplinaire** dans l'évaluation des troubles de la succion-déglutition est recommandée afin de considérer et d'identifier les dysfonctionnements en jeu dans le trouble pour préciser le diagnostic et l'orientation vers une prise en soin adaptée. Les principaux professionnels identifiés dans la littérature sont les **pédiatres, oto-rhino-laryngologistes (ORL), neurologues, pneumologues, gastro-entérologues, orthophonistes et diététiciens** (Borowitz & Borowitz, 2018).

II.3.4.1 Les évaluations cliniques de la prise alimentaire au biberon

L'évaluation clinique consiste en un **bilan sensorimoteur des structures oro-myo-faciales (OMF)** impliquées dans l'alimentation et en une **observation de tétée au biberon**. Selon Arvedson, l'observation doit s'effectuer sur environ 15 minutes car elle peut être erronée si elle est stoppée plus tôt et ne pas refléter les compétences réelles du nourrisson (2008). Les orthophonistes sont souvent référencés dans l'examen clinique de la tétée au biberon car ils sont en mesure de déterminer quelle phase de déglutition est atteinte et si des examens complémentaires sont nécessaires (Borowitz & Borowitz, 2018; Lawlor & Choi, 2020). Cet avis reste néanmoins dépendant des connaissances du clinicien car peu d'outils d'évaluation sont validés et standardisés pour l'évaluation de la tétée au biberon chez une population pédiatrique générale (Myer et al., 2016).

D'après une revue de la littérature des outils d'évaluation clinique de la prise alimentaire chez le nourrisson, seuls 6 outils sur 16 s'intéressent à la prise au biberon dont 4 sont à destination des professionnels de santé (Pla, 2022). L'**EFS** (*Early Feeding Skills assessment*), l'**OFS** (*Oral Feeding Skills*) et le **SOFFI** (*Supporting Oral Feeding in Fragile Infants*) ne s'intéressent qu'à l'évaluation de la prise au biberon chez les nourrissons vulnérables et les prématurés. Seule la **NOMAS** (*Neonatal Oral-Motor Assessement Scale*) permet l'évaluation des capacités d'alimentation au biberon des nouveau-nés à terme jusqu'à l'âge de 2 mois. Néanmoins, peu de personnes en France sont formées à l'utilisation de cet outil (Leboucher, 2022). Le manque d'outils à destination des professionnels de santé et de la

population pédiatrique générale a ainsi incité Morgane Péron à élaborer un outil d'évaluation clinique de la prise au biberon pour les nourrissons de 0 à 6 mois (2018).

II.3.4.2 Les évaluations instrumentales

Les évaluations instrumentales sont recommandées à la suite de l'examen clinique si le professionnel observe des **signes de détresse respiratoire et soupçonne une atteinte des VADS au moment de la déglutition** (Arvedson, 2008; Dodrill & Gosa, 2015). En effet, elles seules peuvent confirmer objectivement la présence d'une pénétration laryngée ou d'une aspiration silencieuse (Borowitz & Borowitz, 2018; Lawlor & Choi, 2020). Les examens les plus courants sont la **nasofibroscopie** et la **vidéoradioscopie de déglutition (VRDG)**.

La **nasofibroscopie**, réalisée par un ORL en collaboration avec un.e orthophoniste, permet un examen approfondi des troubles anatomiques et fonctionnels des structures des VADS avant et après la déglutition (Dodrill & Gosa, 2015; Lawlor & Choi, 2020). Le risque d'aspiration est évalué selon la présence de résidus alimentaires après la déglutition dans les récessus pharyngés ou le vestibule laryngé (Arvedson, 2008).

La **VRDG** est l'examen de référence pour l'évaluation des capacités d'alimentation du patient sur les différents temps de la déglutition grâce à l'ingestion d'un bolus alimentaire imprégné de substance barytée (Arvedson, 2008; Dodrill & Gosa, 2015). En suivant le trajet du bolus, le professionnel décèle les éventuelles anomalies structurelles et fonctionnelles des structures qui impactent le bon déroulement de la séquence de déglutition (Kakodkar & Schroeder, 2013; Lawlor & Choi, 2020).

II.3.4.3 La prise en soin

L'objectif principal de la prise en soin est de garantir une alimentation sûre et efficace pour le nourrisson en proposant des **stratégies comportementales** et un **travail spécifique sur la motricité des structures OMF**, déterminés selon les résultats de l'ensemble des examens (Borowitz & Borowitz, 2018; Prasse & Kikano, 2009). Les stratégies comportementales visent à revoir le positionnement, la consistance des aliments et les outils employés dans la prise alimentaire afin d'avoir une action sur le contrôle du bolus et la protection des VADS. Le travail sur la motricité OMF consiste à proposer des stimulations sensorielles, motrices et des exercices fonctionnels de déglutition afin d'améliorer la force, l'amplitude et la coordination des mouvements des différentes structures impliquées dans l'alimentation (Borowitz & Borowitz, 2018; Prasse & Kikano, 2009). Conjointement avec ces axes, une prise en soin auprès d'un.e diététicien.ne est recommandée afin d'enrichir l'alimentation et assurer les apports nutritionnels nécessaires à la croissance et au développement de l'enfant (Lawlor & Choi, 2020).

Si les examens révèlent la présence d'une anomalie structurelle en cause dans le trouble de la succion-déglutition, différentes **interventions chirurgicales** existent (Lawlor & Choi, 2020).

III PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

L'objectif principal de ce mémoire est de mettre à disposition des professionnels de la petite enfance un outil spécifique permettant de dépister les troubles de la succion-déglutition chez des nourrissons âgés de 0 à 6 mois, alimentés au biberon.

Comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels de la petite enfance représentent des professionnels de premier ordre dans le dépistage précoce des potentielles déviations développementales chez les nourrissons et dans leur orientation vers des examens complémentaires.

En 2018, Morgane Péron décide de créer une grille d'évaluation non instrumentale des capacités d'alimentation et de déglutition à destination de tout nourrisson âgé entre 0 et 6 mois alimenté au biberon face au manque d'outils objectif pour cette population (2018).

L'intérêt de cette étude est d'évaluer l'intérêt et les possibilités de mise en place de cet outil de dépistage spécifique et simple d'utilisation ainsi que sa validation auprès de professionnels du secteur de la petite enfance.

H1 : Il existe une demande de la part des professionnels de la petite enfance d'avoir à disposition un outil de dépistage spécifique des troubles de la succion-déglutition au biberon.

H2 : L'outil de dépistage élaboré répond aux attentes des professionnels interrogés.

- Sous-hypothèse 1 : Le questionnaire de dépistage est jugé simple et facile à coter.
- Sous-hypothèse 2 : Le format sur une page du questionnaire de dépistage facilite l'évaluation de la prise alimentaire au biberon en même temps que son observation.

H3 : Les premiers avis des utilisateurs concernant l'utilité de l'outil de dépistage tendent vers une acceptation et un usage systématique de celui-ci dans leur pratique clinique.

IV MÉTHODOLOGIE

IV.1 PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

IV.1.1 Présentation des professionnels de la petite enfance ciblés

L'appellation « professionnels de la petite enfance » regroupe un ensemble de professions aux formations et compétences variées (Murcier, 2015). Cependant, comme le définit Suzon Bosse-Platière en 1989 (cité dans Murcier, 2015), toutes ces professions ont pour compétence commune l'éducation et le soin des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Parmi l'ensemble de ces professionnels, nous avons décidé de cibler ceux amenés à rencontrer précocement les nourrissons dans leur parcours de soin, notamment à la sortie de la maternité. Nous avons donc retenu les médecins, auxiliaires de puériculture, puériculteurs.rices exerçant en PMI ainsi que les sages-femmes exerçant en libéral ou en PMI.

IV.1.2 Population de l'étude

Cette étude s'intéresse à l'ensemble des professionnels de la petite enfance cités en **IV.1.1** et exerçant sur la région Occitanie. Les adresses mails des différents conseils départementaux de sages-femmes de la région Occitanie ainsi que celles des différentes PMI de la région ont été récoltées. Au total, nous avons contacté 13 conseils départementaux de sages-femmes et 61 PMI de la région.

IV.1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Les sages-femmes ayant un exercice libéral (exclusif ou non) ou en PMI ;
- Les puériculteurs.rices ayant un exercice en PMI ;
- Les médecins ayant un exercice en PMI ;
- Les auxiliaires de puériculture ayant un exercice en PMI.

Critères d'exclusion :

- Les professionnels cités en **IV.1.1** exerçant en milieu hospitalier dans les services de maternités sur la région Occitanie ;

IV.2 MATÉRIEL ET PROCÉDURE

IV.2.1 Procédure de recueil concernant le besoin d'un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition au biberon chez les professionnels ciblés

IV.2.1.1 Choix de la méthode

Afin de répondre à notre première hypothèse et de recueillir un nombre important d'avis sur la nécessité de mettre en place un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez les nourrissons alimentés au biberon, nous avons décidé d'employer la méthode du questionnaire auto-administré. Par ce procédé, nous pouvons diffuser largement et rapidement le questionnaire et donc espérer recruter un maximum de réponses de la part des professionnels ciblés par l'étude et ce à moindre coût (De Ketele & Roegiers, 2015; Fenneteau, 2015).

IV.2.1.2 Conception et architecture du questionnaire

La construction du questionnaire s'appuie sur les étapes du processus d'évaluation de De Ketele & Roegiers dans leur ouvrage « Méthodologie du recueil d'informations » (2015).

En premier lieu, il convient de **définir les objectifs de l'évaluation**. Selon la description des différents types d'évaluation, notre démarche d'enquête s'inscrit dans une **évaluation d'orientation** qui aboutit à la mise en place d'une action « en fonction du contexte, des besoins, des caractéristiques et des performances antérieures du système ou de la personne concernée » (De Ketele & Roegiers, 2015). Dans notre étude, nous souhaitons déterminer si une action de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez le nourrisson peut être mise en place dans les services de PMI et auprès des sages-femmes exerçant en libéral. Cette décision reposera sur le contexte d'apparition du trouble dans leur profession et le manque de connaissances des signes cliniques et d'outils chez les professionnels pour les dépister. Comme le dépistage repose également sur l'orientation vers des examens diagnostiques, nous interrogerons les professionnels concernant leurs décisions thérapeutiques et notamment les possibilités d'orienter vers d'autres professionnels.

Une fois les objectifs définis, il faut **énoncer les critères d'évaluation**. Dans le cadre d'une évaluation d'orientation, ils sont de 3 types :

- Critères de correction : relatifs à l'évaluation des savoirs et savoir-faire cognitifs ;
- Critères d'appréciation : relatifs à l'évaluation des savoir-faire pratiques (activités à dominante sensori-motrice) ;
- Critères comportementaux : relatifs à l'évaluation des savoir-être (activités par lesquelles une personne manifeste sa façon d'appréhender des situations en général, de réagir et d'agir).

Le tableau ci-contre recense les critères d'évaluation définis pour notre étude :

Critère 1	Expérience de nourrissons présentant des difficultés de prise alimentaire au biberon (critère comportemental)
Critère 2	Connaissances, pratiques et besoins en matière d'évaluation des troubles oro-myo-fonctionnels dans la succion au biberon (critère d'appréciation et de correction)
Critère 3	Décisions thérapeutiques face à un nourrisson présentant des difficultés de prise alimentaire au biberon (critère comportemental)

Tableau 2 : Critères d'évaluation de l'étude pour la mise en place ou non d'un outil de dépistage

En fonction des critères définis, il faut **déterminer les informations à recueillir** qui permettront de mettre en avant si un critère est rempli ou non. Pour cela, nous avons recours à des indicateurs qui peuvent être de 3 types selon Roegiers (cité dans De Ketele & Roegiers, 2015) :

- Quantitatif absolu : nombre de..., quantité de..., proportion de...
- Quantitatif relatif : taux d'augmentation ou de diminution de...
- Qualitatif : la présence ou l'absence de...

Les informations que nous souhaitons recueillir en fonction des critères de notre étude ont été traduites sous forme de questions **[Tableau 3]**. L'intégralité du questionnaire est disponible en **Annexe 1**. Il se compose de 7 questions principales et de 5 sous-questions (questions « bis ») qui s'affichent en bleues selon la réponse donnée au préalable à la question principale. Ces renvois sont symbolisés par des flèches rouges sur l'éditeur d'EU Survey **[Annexe 1]**.

Critères	Informations à recueillir	N° des questions
1	Expérience de rencontre ou non de nourrissons ayant des difficultés de prise alimentaire au biberon (<i>indicateur qualitatif</i>)	N°2
	Proportion de nourrissons présentant ces difficultés parmi l'ensemble des nourrissons rencontrés dans la pratique (<i>indicateur quantitatif relatif</i>)	N°2 bis
2	Connaissance ou non de signes cliniques traduisant des difficultés de succion-déglutition durant une prise alimentaire au biberon (<i>indicateur qualitatif</i>)	N°3
	Précision des signes connus	N°3 bis
	Connaissance ou non d'outils d'évaluation de la prise alimentaire au biberon (<i>indicateur qualitatif</i>)	N°4
	Précision de l'outil connu	N°4 bis
	Usage ou non d'un outil d'évaluation (<i>indicateur qualitatif</i>)	N°5
	Si oui, précision de l'utilité de l'outil	N°5 bis
	Intérêt ou non pour un outil de dépistage (<i>indicateur qualitatif</i>)	N°6
3	Décision thérapeutique prise ou non face à un nourrisson présentant des difficultés de prise alimentaire au biberon (<i>indicateur qualitatif</i>)	N°7
	Si orientation vers d'autres professionnels, précision desquels	N°7 bis

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des critères d'évaluation de notre étude et des informations à recueillir

En amont du questionnaire, une note d'information présente aux professionnels le cadre de l'étude, l'intérêt et les modalités de ce questionnaire. Une explication concernant l'utilisation et la protection des données personnelles est également renseignée étant donné que les professionnels devront renseigner leur adresse mail s'ils sont intéressés par l'outil de dépistage élaboré (N°6) afin de recueillir ultérieurement leur avis sur celui-ci **[IV.2.2]**. Il est précisé que si les participants répondent au questionnaire, ils consentent à participer à l'étude.

Une première question (N°1) interroge la profession du répondant afin de vérifier qu'il respecte les critères d'inclusion de l'étude. Les répondants peuvent ensuite répondre aux différentes questions

référencées dans le **Tableau 3**. À la fin du questionnaire, ils ont la possibilité d'apporter d'éventuelles remarques, questions ou suggestions concernant le questionnaire ou l'étude.

Concernant le choix des modalités de réponses, les questions se répartissent comme suit :

- **7 questions fermées à choix unique : N° 1/2/2bis/3/4/5/6.** La majorité des questions sont fermées pour permettre au professionnel interrogé de répondre plus rapidement et de faciliter par la suite le traitement des réponses à l'aide d'analyses statistiques (Fenneteau, 2015).
- **2 questions à choix multiples : N° 5bis/7.** Comme il était difficile de prévoir les différentes réponses possibles, nous avons ajouté à la liste des réponses une réponse ouverte intitulée « Autre (une précision vous sera demandée par la suite) » (Combessie, 2007). Par ce procédé, nous pallions l'éventuelle perte d'informations et fiabilisons davantage les réponses.
- **3 questions ouvertes : N° 3 bis/4bis/7bis.** Les questions sont ouvertes lorsqu'il est demandé au répondant d'apporter des précisions dans sa réponse sans que nous biaisions celle-ci par une liste de réponses possibles.

IV.2.1.3 Prétest et validation du questionnaire avant diffusion

La trame du questionnaire a été jugée et validée dans son contenu et son construit par une référente méthodologie dans le domaine des enquêtes, deux professionnels experts dans l'évaluation des troubles de la dysphagie pédiatrique et une sage-femme. Une fois la trame validée, nous avons transcrit le questionnaire sur la plateforme de diffusion de notre choix, EU Survey, présentée en **IV.2.1.4**.

Étant donné que le questionnaire se présente sous forme auto-administrée, il était essentiel de s'assurer de son bon fonctionnement et de sa compréhension par l'ensemble des professionnels interrogés. Cette étape est nécessaire pour s'assurer d'un recueil fiable de l'information et s'inscrit dans les étapes du processus d'évaluation (De Ketele & Roegiers, 2015). Ainsi, Jean-Claude Combessie (2007, p. 34) conseille que tout questionnaire avant sa diffusion doit être testé « auprès d'un nombre limité de personnes choisies dans des milieux sociaux contrastés pour vérifier que la passation ne soulève pas de difficultés imprévues ». Pour cela, nous avons sollicité huit personnes au total : six étudiantes en orthophonie, une orthophoniste et une sage-femme. Les objectifs de ce prétest étaient :

- **Estimer le temps de passation moyen du questionnaire qui comprend la lecture de la note d'information ainsi que le temps de réponse à l'ensemble du questionnaire :** le temps de passation moyen a été estimé à 5 minutes. Suite aux remarques des volontaires, la note d'information jugée trop longue a été simplifiée afin de ne pas décourager les professionnels à répondre au questionnaire.
- **S'assurer de la compréhension des questions :** les questions ont été jugées compréhensibles par l'ensemble des volontaires. La formulation « difficulté de prise alimentaire au biberon » a été privilégiée par rapport à « trouble de la succion-déglutition » qui risquait de ne pas être compris par l'ensemble des professionnels s'ils n'avaient pas connaissance de ce trouble et de ses caractéristiques.

- **S'assurer de l'ordre des questions et des enchaînements prévus par les renvois** : aucune anomalie n'a été relevée concernant la visibilité des sous-questions selon la réponse donnée aux questions principales qui les précèdent.

IV.2.1.4 Diffusion du questionnaire

Une fois le prétest effectué, le questionnaire a été diffusé sur la plateforme de notre choix, EU Survey, qui possède un dispositif de sécurité des formulaires en ligne. Ceci était non négligeable afin de s'assurer de la sécurité du poste de travail des professionnels interrogés et d'éviter toutes tentatives de piratage de données sensibles. De plus, cette plateforme offre de nombreuses fonctionnalités telle que la possibilité de rendre visibles ou non certaines questions selon la réponse des participants. Cette fonctionnalité a été très utile pour les sous-questions.

Un mail a été envoyé aux différents conseils départementaux de sages-femmes et aux différentes PMI de la région Occitanie. Ce mail présentait le cadre de l'enquête, son objet, les professionnels ciblés et émettait la requête de diffuser le questionnaire, accessible par un lien, à l'ensemble des professionnels ciblés exerçant dans leur secteur [**Annexe 2**]. Le questionnaire a été diffusé pendant 3 semaines avec une relance à mi-temps afin d'éviter un taux de réponse faible qu'occurrent généralement les questionnaires en ligne (Fenneteau, 2015; Manfreda et al., 2008).

IV.2.1.5 Traitement des données

Les données récoltées ont directement été exportées depuis EU Survey sous format Excel. Afin de faciliter leur analyse, elles ont été triées sur différentes feuilles de calcul selon leur thème.

Pour les questions fermées et à choix multiples, les données recueillies sont des variables qualitatives nominales. Chaque question a été traitée sous forme de tableaux croisés dynamiques présentant le cumul des réponses pour une variable selon la profession et toutes professions confondues. Les cumuls ont été traduits en pourcentage afin de pouvoir valider la 1^e hypothèse dont le seuil a été défini à 70% comme dans d'autres études. Ainsi, si au moins 70% des professionnels interrogés affirment être intéressés par l'outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition élaboré dans notre étude (**N°6**), nous pourrions valider cette 1^e hypothèse. Les autres questions servent d'étayage pour appuyer et expliquer l'éventuel intérêt pour l'outil chez les professionnels interrogés.

Pour la **question 3bis**, une classification des signes cliniques apportés par les professionnels interrogés a été effectuée afin de la comparer avec les signes cliniques décrits dans la littérature [**II.3.3**]. Par ce procédé, nous cherchons à mettre en évidence le potentiel manque de connaissances de la part des professionnels concernant ces signes cliniques. Ce manque pourrait également appuyer la nécessité de mettre en place un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition à destination des professionnels de la petite enfance.

Pour la question **7bis**, une même classification des professionnels mentionnés par les participants dans l'orientation des nourrissons en difficulté a été établie.

Les autres questions ouvertes (**4bis** et « **Autre** ») avaient pour objectif d'apporter certaines précisions qualitatives selon les questions auxquelles elles se référaient.

IV.2.2 Procédure de validation de l'outil de dépistage auprès des professionnels ciblés

IV.2.2.1 Présentation de l'outil de dépistage élaboré

IV.2.2.1.1 Présentation de la grille d'origine

L'outil de dépistage proposé dans notre étude est adapté d'une grille d'évaluation non instrumentale des capacités d'alimentation et de déglutition du nourrisson alimenté au biberon, élaborée par Morgane Péron (2018). Contrairement aux outils élaborés jusqu'à présent, cette grille se veut à destination de tout nourrisson âgé entre 0 et 6 mois, alimenté au biberon et sans distinction de pathologie. Cette grille permet de déterminer le mécanisme physiopathologique en jeu et sa sévérité durant la tétée au biberon en interrogeant les capacités motrices des différents organes impliqués et le déroulement de la séquence de succion-déglutition. Le comportement global de l'enfant durant la tétée est également apprécié afin d'avoir un aperçu de potentielles difficultés alimentaires autres que motrices. Plusieurs études de validité concernant cette grille ont été effectuées :

- Validité d'apparence : soumise au jugement de sept professionnelles de santé intervenant en milieu hospitalier, l'apparence a été validée mais les retours qualitatifs mentionnaient le besoin d'un outil plus simple, plus court, avec des termes vulgarisés et exemplifiés (Péron, 2018) ;
- Validité de contenu : six experts dans l'évaluation des troubles dysphagiques chez le nourrisson ont jugé acceptable la cohérence interne de la grille permettant d'affirmer que les domaines et les items choisis sont pertinents pour l'évaluation de la tétée au biberon (Péron, 2018) ;
- Sensibilité : la comparaison de deux groupes de nourrissons (un présentant des difficultés d'alimentation et l'autre non) a permis de conserver les items les plus sensibles pour décrire au mieux les difficultés alimentaires (Péron, 2018) ;
- Validité de critère : pour cette étude, l'évaluation de plusieurs prises alimentaires au biberon par la grille d'évaluation non instrumentale a été corrélée à l'évaluation par une échelle de cotation standardisée de la VRDG. La corrélation a mis en évidence que la grille était fidèle pour évaluer la présence ou l'absence de troubles de l'alimentation et de la déglutition chez le nourrisson permettant de conclure à un outil spécifique (Stoskopf, 2022) ;
- Fidélité test-retest et intra-juge : les deux fidélités ont été validées permettant d'assurer la reproductibilité de la grille sur plusieurs observations de tétée au biberon chez un même nourrisson (Leboucher, 2022; Poumarède, 2019) ;
- Fidélité inter-juge : malgré deux études, la fidélité inter-juge de la grille reste en attente de validation (Leboucher, 2022; Poumarède, 2019).

La grille initiale a été remaniée à plusieurs reprises suite aux retours émis par les professionnels dans les études précédentes. La dernière version sur laquelle nous nous sommes appuyés pour élaborer l'outil de dépistage se trouve en **Annexe 3**.

IV.2.2.1.2 *Modifications apportées*

Dans un souci de clarté des items et de simplification, la grille a été modifiée selon l'avis de deux professionnels experts dans l'évaluation des troubles dysphagiques chez le nourrisson. Ces modifications [**Tableau 4**] ont pour objectif d'établir un outil de dépistage plus simple afin qu'il soit accessible pour un grand nombre de professionnels selon les recommandations de l'ANAES (2004).

Item	Intitulé des items dans la grille initiale	Modifications apportées
1	Ouverture des lèvres	Item conservé
2	Contenance des lèvres	Item conservé
3	Mouvements de la mandibule	Item conservé
4	Muscles du plancher buccal	Item supprimé : item jugé trop difficile à observer
5	Joues toniques	Item supprimé : item nécessitant une palpation or nous ne souhaitons pas que l'examen soit invasif pour respecter les recommandations (ANAES, 2004; HAS, 2016)
6	Écoulement nasal de lait	Item modifié : formulation revue afin de conserver une modalité de réponse OUI = « absence de signe pathologique » et NON = « présence d'un signe pathologique »
7	Langue – rétention de la tétine	Item modifié : item remonté à la suite des items s'intéressant aux lèvres et à la mandibule (1 à 3) afin que l'œil de l'examineur reste concentré sur les segments inférieurs du visage du nourrisson
8	Bruits respiratoires	Item conservé
9	Rythme de succion	Item modifié : item remonté à la suite des items s'intéressant aux lèvres et à la mandibule (1 à 3) pour que l'examineur reste concentré sur une observation plus fine que les items qui suivent. Formulation des réponses simplifiées (description qualitative et non quantitative des trains de succion réguliers)
10	Synchronisation succion-déglutition	Item supprimé : item jugé trop complexe.
11	Synchronisation déglutition-respiration	Item modifié : clarification des propositions de réponses en supprimant les termes trop complexes
12	Mécanismes d'expulsion	Item supprimé : privilégier un examen instrumental pour juger si le mécanisme est adapté (fausse route silencieuse)
13	État d'éveil	Item conservé

Tableau 4 : Synthèse des modifications apportées à la grille d'évaluation non instrumentale originale

14	Comportement d'évitement	Item modifié : associé à l'item 16 qui traduit également le comportement global de l'enfant durant la tétée
15	Contact visuel	Item conservé
16	Participation de l'enfant	Item modifié : associé à l'item 14 qui traduit également le comportement global de l'enfant durant la tétée

Tableau 5 : Synthèse des modifications apportées à la grille d'évaluation non instrumentale originale (suite)

La présentation des possibilités de réponses sous forme binaire a été revue. Initialement, la cotation se faisait selon trois modalités en fonction de la sévérité du trouble (« normal » - « peu sévère » - « sévère »). Dans notre outil, nous avons fait le choix de proposer les réponses selon si le signe observé est normal par rapport à l'item décrit (OUI) ou s'il est pathologique (NON) comme présenté en **Figure 4**. En limitant le nombre de réponses possibles à 2 au lieu de 3, nous voulions faciliter la cotation de la part de l'évaluateur comme suggéré dans le mémoire de Charlotte Stoskopf (2022). Néanmoins, nous avons jugé pertinent de conserver les critères de sévérité lorsque le signe observé est pathologique. Ainsi, l'évaluateur peut juger dans un second temps le degré d'atteinte du mécanisme observé selon les critères décrits et proposés dans l'outil. Au total, l'outil de dépistage se compose de 11 items sous forme de questions fermées **[Annexe 4]**.



Figure 4 : Aperçu de l'outil de dépistage élaboré

IV.2.2.2 Choix de la méthode

Afin de recueillir l'avis des professionnels intéressés par l'outil de dépistage élaboré, un second questionnaire sous forme auto-administrée via EU Survey leur a été envoyé. Par ce choix, nous permettons au professionnel de remplir à tout moment le questionnaire après avoir utilisé l'outil de dépistage. Les professionnels ont été contactés individuellement afin de donner à chacun un code d'anonymisation (ex : N122). Ce code permet au professionnel de s'identifier sans avoir à fournir une donnée directement identifiante. Nous pouvons ainsi contrôler les réponses données et procéder à d'éventuelles relances selon les réponses manquantes.

IV.2.2.3 Conception et architecture du questionnaire

Pour ce second questionnaire, nous avons décidé d'interroger les professionnels concernant l'apparence de l'outil et son acceptation dans leur pratique clinique. En tant que futurs utilisateurs, leur avis est primordial afin de s'assurer que l'outil réponde à leurs attentes et puisse être employé de

manière systématique dans leur pratique clinique comme recommandé dans les actions de dépistage (ANAES, 2004; ANESM & HAS, 2014).

IV.2.2.3.1 Validation de l'apparence

La validité d'apparence consiste pour les utilisateurs à évaluer les aspects visibles de l'outil tels que le format, la modalité de réponse ainsi que le libellé des items (Fermanian, 2005). Pour notre étude, nous avons décidé d'interroger les utilisateurs sur quatre aspects de l'outil de dépistage :

- Format de la grille : afin de valider notre deuxième hypothèse, les utilisateurs devront juger si le format sur une page est suffisamment adapté pour permettre d'observer et d'évaluer en même temps une tétée au biberon (**N°24**). Ce format nous a semblé aidant pour l'évaluateur qui peut ainsi avoir un accès direct à tous les items et éviter la possibilité d'oublier des éléments à observer durant la tétée si les items se trouvaient sur plusieurs pages ;
- Modalité de réponse : comme expliqué précédemment, le nombre de réponses possibles pour un item est de deux au lieu de trois (OUI ou NON). Les utilisateurs jugeront si cette modalité est pertinente (**N°25**) ;
- Clarté des items : afin de valider notre deuxième hypothèse, nous cherchons à savoir si la formulation des items convient à l'ensemble des utilisateurs, toutes professions confondues, afin de s'assurer de leur compréhension (**N°2 à 23**) ;
- Simplicité des items : dans l'optique de valider notre deuxième hypothèse, nous souhaitons que les utilisateurs expriment leur avis concernant la facilité à coter les items (**N° 2 à 23**).

Pour chacune des questions, les utilisateurs devront exprimer leur degré d'accord ou de désaccord selon une échelle de Likert. Cette échelle propose quatre propositions de réponses au lieu de 5 afin d'éviter toute prise de position neutre de la part de l'utilisateur qui pourrait biaiser le jugement de l'outil (Laveault & Grégoire, 2014). Comme présenté ci-dessous [**Figure 5**], chaque proposition de réponse est associée à un score (de 1 à 4) afin d'en faciliter l'analyse statistique par la suite. Les réponses données pour chaque aspect ont été analysées de manière descriptive en calculant le pourcentage d'accord, l'accord correspondant à un score de 3 ou de 4. Comme pour la première hypothèse, le seuil de validité a été défini à 70%. Ainsi, si au moins 70% des utilisateurs jugent le format de l'outil pertinent et les items compréhensibles et faciles à coter, l'hypothèse 2 sera validée.

2 La continence des lèvres durant la tétée est-elle maintenue efficacement ?

Maintenu, pas de perte de lait OUI ← | → NON Écouement de lait de manière ponctuelle (non maintenu)
Écouement de lait en continu (abandon)

* 4- Pour l'item 2, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 5- Pour l'item 2, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

Figure 5 : Aperçu du questionnaire concernant l'avis des utilisateurs sur l'outil de dépistage

Une capture d'image de chaque item de l'outil de dépistage a été intégrée pour s'assurer que le répondant se réfère bien à l'item évalué dans les questions qui lui succèdent [Figure 5].

IV.2.2.3.2 Acceptation et intention d'usage

Afin de prédire les possibilités d'intention d'usage de l'outil par les utilisateurs dans leur pratique clinique, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Nicolas Martin (2018). Au cours de plusieurs études, l'auteur a analysé les variables ayant un meilleur pouvoir explicatif sur l'intention d'usage d'un outil chez les utilisateurs. Ces études ont eu lieu avant ou après une utilisation de l'outil ce qui correspond à étudier respectivement son acceptabilité et son acceptation. L'ensemble des variables étudiées peuvent être fonctionnelles, non fonctionnelles et affectivo-motivacionnelles.

Pour évaluer l'acceptation de l'outil, nous avons demandé aux professionnels intéressés par l'outil de dépistage de l'utiliser au moins une fois durant une évaluation de tétée au biberon. Pour cette notion d'acceptation, les variables ayant un effet significatif sur l'intention d'usage sont : utilité perçue, utilisabilité perçue, influence sociale et émotions négatives (Martin, 2018). Néanmoins, les variables affectivo-motivacionnelles restent difficilement évaluables de par leur complexité et sont encore rarement prises en compte dans l'étude de l'adoption des outils. Nous avons donc retenu les variables :

- Utilité perçue (N°26) : l'utilisateur définit en quoi l'outil peut l'aider dans sa pratique à identifier les nourrissons présentant des difficultés de succion ;
- Utilisabilité perçue (N°27) : l'utilisateur estime le degré d'effort ou de facilité que lui demande l'utilisation de l'outil.

Pour chacune des variables, les utilisateurs ont jugé l'outil selon la même échelle de Likert qu'utilisée pour la validité de l'apparence [IV.2.2.3.1]. Un pourcentage d'accord a ensuite été calculé afin de valider notre troisième hypothèse si au moins 70% des utilisateurs ont jugé l'outil utile.

Les professionnels n'ayant pas pu utiliser l'outil sur une observation de tétée au biberon avant la date butoir ne seront interrogés que sur l'utilité perçue (N°26) qui est la seule variable significative dans l'acceptabilité d'un outil. Une question en début de questionnaire permet de départager les utilisateurs des non-utilisateurs.

IV.2.2.4 Validation, prétest et diffusion du questionnaire

Le contenu et le construit du second questionnaire ont été soumis au jugement et à la validation d'une référente méthodologie dans le domaine des enquêtes avant d'être transcrit sur la plateforme EU Survey [Annexe 5]. La même phase de prétest que présentée en IV.2.1.3 a été menée afin de s'assurer de la compréhension et du bon fonctionnement du questionnaire. Le temps moyen de passation a été estimé à 10 minutes par l'ensemble des personnes volontaires. Les professionnels intéressés par l'outil de dépistage ont eu un délai de 2 mois pour pouvoir utiliser l'outil sur une observation de tétée au biberon et répondre au questionnaire par la suite.

V RÉSULTATS

Pour des soucis de clarté, les résultats de l'étude seront présentés sous forme de graphiques. L'intégralité des réponses et des données brutes de l'étude sont accessibles sous forme de tableaux disponibles en **Annexes 6 à 17**. Les résultats sont arrondis au dixième près pour éviter que leur somme ne dépasse les 100%.

V.1 PROFIL DE L'ÉCHANTILLON

Au total, 68 professionnels ont répondu à l'étude. L'échantillon se compose de 39 infirmiers.ères de puériculture exerçant en PMI, 13 médecins de PMI, 5 sages-femmes de PMI et 11 exerçant en libéral. Les professions se répartissent au sein de l'échantillon comme présenté en **Figure 6**.

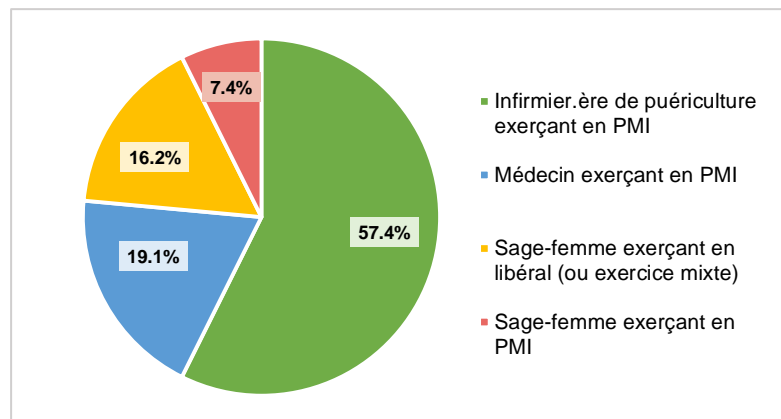


Figure 6 : Répartition des participants de l'étude en % selon leur profession

V.2 PRATIQUES ET CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS À PROPOS DU TROUBLE DE LA SUCCION-DÉGLUTITION

V.2.1 Expérience de nourrissons en difficulté chez les professionnels ciblés

D'après les résultats, la majorité des professionnels ont déjà rencontré durant leur pratique des nourrissons présentant des difficultés de prise alimentaire au biberon (**94,1%**). Ceci concerne **100%** des médecins de PMI, **94,9%** des puériculteurs.rices de PMI, **90,9%** des sages-femmes en libéral et **80%** des sages-femmes de PMI expriment avoir été confrontées à cette situation [**Annexe 6**].

Lorsque nous interrogeons les professionnels concernés sur la proportion que représentent les nourrissons en difficulté au sein de leur patientèle, celle-ci n'excède jamais les 50%. En grande majorité, le trouble concernerait moins de 25% de leurs patients selon **89,7%** des professionnels interrogés contre **4,4%** pour ceux estimant qu'il concerne entre 25% et 50% [**Annexe 6**]. La représentation graphique en **Figure 7** permet d'appréhender la variabilité de la fréquence du phénomène selon les professions.

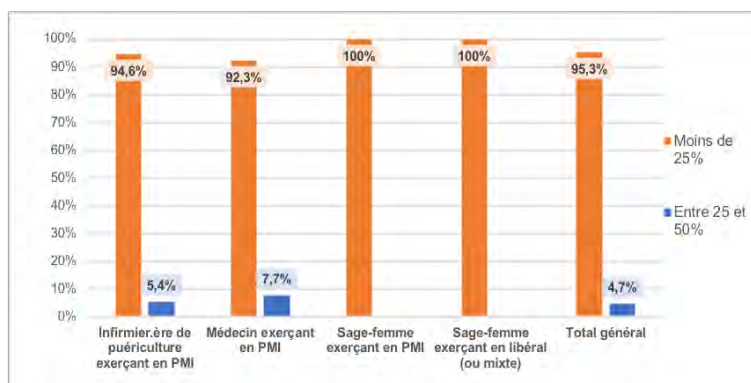


Figure 7 : Comparaison de la fréquence du trouble au sein de la patientèle selon la profession

V.2.2 Connaissance des signes cliniques du trouble chez les professionnels ciblés

Parmi l'ensemble de notre échantillon, 5 professionnels (7,4%) ont exprimé ne pas connaître de signes cliniques traduisant un trouble de la succion-déglutition au moment de la tétée contre 63 (92,6%). Cette majorité se retrouve quelle que soit la profession comme le présente la **Figure 8**.

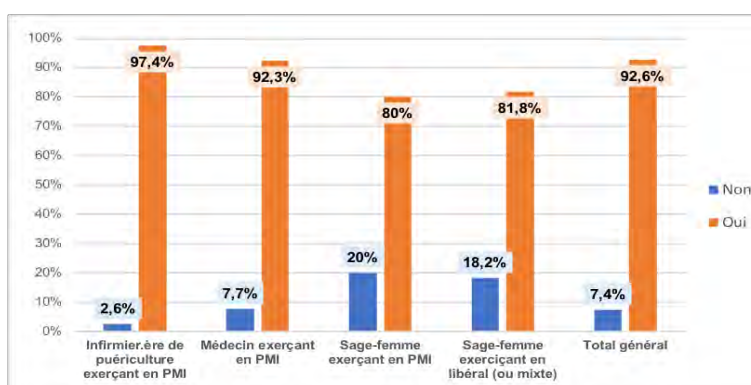


Figure 8 : Comparaison du % de professionnels connaissant ou non les signes cliniques du trouble selon la profession et l'échantillon

Les professionnels connaissant des signes cliniques du trouble ont par la suite rapporté l'ensemble des signes connus que nous avons classés selon plusieurs catégories. La classification, disponible en **Annexe 8**, met en évidence que 13 catégories de signes spécifiques du trouble ont été rapportées par les professionnels dont certaines sont décrites dans la littérature en **II.3.3**. Les catégories sont : *Qualité de préhension de la tétine* – *Stabilité mandibulaire* – *Qualité de succion-expression* – *Étanchéité labiale* – *Reflux nasal* – *Synchronisation succion-déglutition* – *Fausse route* – *Mécanismes d'expulsion* – *Signes respiratoires* – *Manifestations digestives* – *Tétée inconfortable* – *Manque d'endurance* – *Durée de biberon anormale*.

D'autres signes moins spécifiques en rapport avec les possibles étiologies et répercussions du trouble ont été rapportés par les professionnels. Ainsi, d'autres catégories que celles attendues initialement ont été créées afin de ne pas rejeter une partie des réponses et de représenter au mieux les connaissances des professionnels interrogés. Cette seconde classification est disponible en **Annexe 9**. Comme signes étiologiques du trouble cités par les professionnels, nous retrouvons la présence d'un contexte médical/familial défavorable, d'une composante sensorielle, d'hypo ou

hypertonie chez l'enfant et des malformations OMF (frein de langue restrictif, macroglossie...). Les répercussions sur la santé, le poids du nourrisson et les difficultés de prise alimentaire nécessitant des adaptations sont d'autres signes rapportés par les professionnels en lien avec les conséquences. Néanmoins, malgré notre volonté de tri, certaines réponses de la part des participants n'ont pas pu être interprétées et donc rejetées car imprécises selon nous [Annexe 10].

La figure ci-dessous présente dans l'ordre croissant les catégories de signes les plus citées par l'ensemble des professionnels de notre échantillon. Afin d'affiner l'analyse, un code couleur a été attribué selon s'il s'agit de signes spécifiques (bleu), étiologiques (orange) ou de répercussions du trouble (vert). Nous remarquons que 4 catégories se détachent des autres car elles sont évoquées par plus d'un professionnel sur 4 de notre échantillon. Il s'agit de la présence d'une stagnation ou perte pondérale (30,2%), d'une tétée inconfortable (36,5%), d'une bonne préhension de la tétine (39,7%) et de l'existence d'une malformation OMF chez le nourrisson (39,7%).

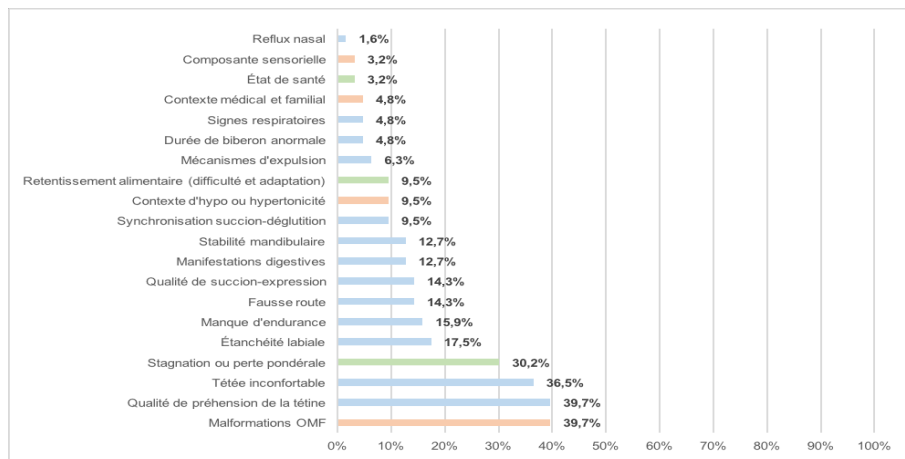


Figure 9 : Graphique présentant les catégories des signes cités par les professionnels dans l'ordre croissant (en % de professionnels)

Si nous nous intéressons aux autres signes spécifiques du trouble de la succion-déglutition, ceux-ci sont cités par moins de 20% de nos participants. Les participants sont plus nombreux à rapporter des signes en lien avec la phase orale de l'alimentation comme la stabilité mandibulaire (12,7%), la qualité de succion-expression (14,3%) et l'étanchéité labiale (17,5%). À l'inverse, les signes relatifs à une atteinte du temps pharyngé sont rapportés par moins de 10% de nos participants. Ces signes sont le reflux nasal (1,6%), les signes respiratoires (4,8%), les mécanismes d'expulsion (6,3%) et la bonne synchronisation succion-déglutition (9,5%). Seule la présence d'une fausse route est connue par plus de 10% des participants (14,3%). Enfin, les autres signes spécifiques du trouble associés à une appréciation globale de la tétée sont la durée de prise anormale citée par 4,8% des participants, la présence de manifestations digestives (12,7%) et d'un manque d'endurance (15,9%) [Figure 9 ; Annexe 7].

Après les malformations OMF et la stagnation ou perte pondérale, les signes étiologiques ou de répercussions évoqués sont l'hypo/hypertonie et le retentissement alimentaire à 9,5%, l'existence d'un contexte médical et/ou familial à 4,8% et une composante sensorielle chez le nourrisson ou des répercussions sur son état de santé à 3,2% [Figure 9 ; Annexe 7].

Dans la partie qui suit, nous présentons les signes cités selon la profession des participants afin d'apporter des éléments de comparaison. Les signes non mentionnés pour une profession ne sont pas présentés dans le graphique pour plus de clarté [Figure 10]. Nous faisons la première analyse que quelle que soit la profession, la présence d'une stagnation ou d'une perte pondérale chez le nourrisson est un signe très cité par les professionnels : **25%** pour les médecins de PMI, **31,6%** chez les puériculteurs.rices de PMI, **50%** pour les sages-femmes de PMI et **22,2%** des sages-femmes exerçant en libéral ont rapporté le signe. Les autres signes évoqués dans les 4 professions sont les manifestations digestives, la qualité de succion-expression et les fausses routes.

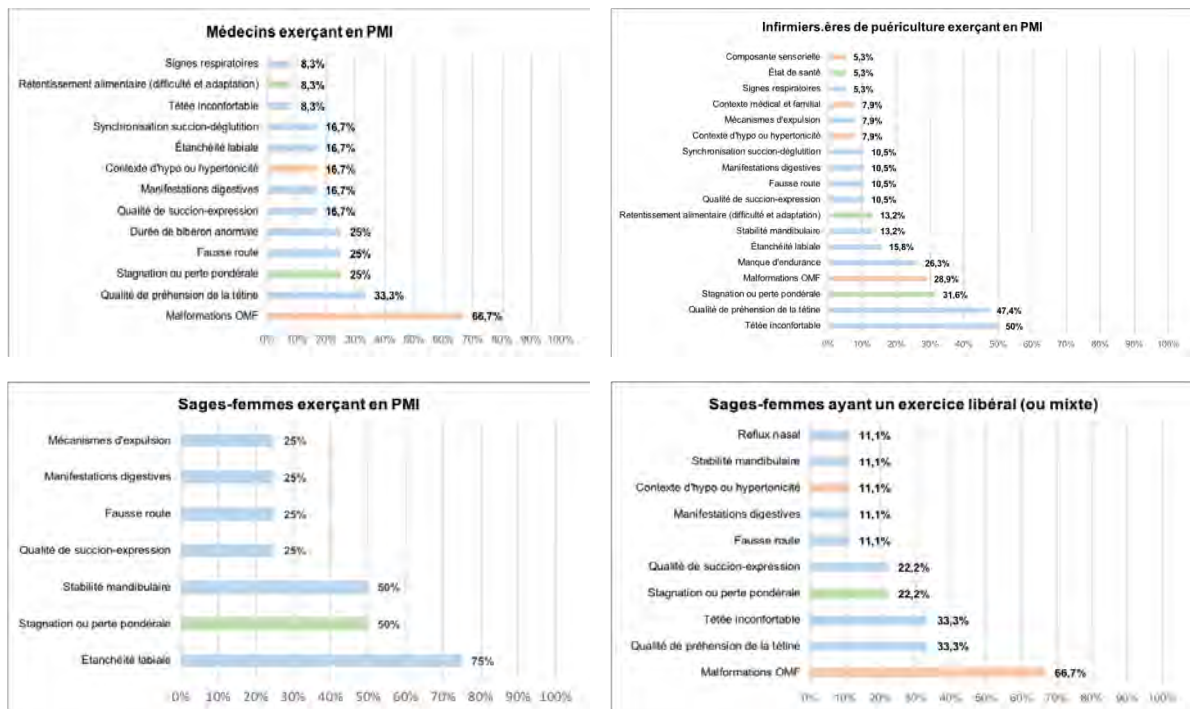


Figure 10 : Comparaison des signes rapportés selon la profession des participants (en % de professionnels)

Lorsque nous observons la **Figure 10**, nous remarquons que deux signes sont majoritairement cités dans 3 de nos professions. Tout d'abord, la qualité de préhension de la tétine est citée par **33,3%** des médecins de PMI et des sages-femmes en libéral et majoritairement chez les puériculteurs.rices de PMI (**47,4%**). Ensuite, la présence d'une malformation OMF relative à un facteur explicatif du trouble est un signe connu par **28,9%** des puériculteurs.rices de PMI et par **66,7%** des médecins de PMI et des sages-femmes en libéral pour qui ce signe est le plus cité.

De façon générale, les signes plus connus par les professionnels diffèrent d'une profession à une autre. Nous comptabilisons que les puériculteurs.rices de PMI évoquent davantage de catégories (18) que les sages-femmes de PMI qui en rapportent 7 sur les 20 référencées en **Figure 9**. Cependant, nous constatons que les catégories énumérées par ces derniers sont majoritairement des signes spécifiques du trouble de la succion-déglutition comparé aux autres professionnels qui ont rapporté plusieurs fois des signes en lien avec les étiologies et les répercussions du trouble.

V.2.3 Connaissance et utilisation d'outils d'évaluation clinique de la prise au biberon et intérêt pour l'outil de dépistage élaboré

Au sein de notre échantillon, **97,1%** des professionnels estiment ne pas connaître d'outil d'évaluation clinique de la prise au biberon. Seuls 2 puériculteurs.rices affirment avoir connaissance d'un de ces outils d'évaluation [Annexe 11]. Néanmoins, lorsque nous leur demandons de préciser l'identité de ces outils, nous constatons que ces derniers ne correspondent pas à ceux que nous avons recensés en II.3.4.1 et que nous attendions dans les réponses des participants. Un des outils concernerait l'évaluation de la succion au sein (avec évaluation digitale de la succion) tandis que l'autre est inspiré de documents issus des disciplines orthophonique et ostéopathique sans information à propos de sa validité et de sa spécificité concernant l'évaluation de la prise au biberon [Annexe 11].

Les professionnels interrogés révèlent être **92,6%** à n'utiliser aucun outil d'évaluation de la prise alimentaire au biberon dans leur pratique clinique. Chez les **7,4%** à utiliser un outil, celui-ci est majoritairement issu de création personnelle (**5,9%**) ce qui ne garantit pas la spécificité et la sensibilité de l'outil pour l'évaluation des capacités alimentaires de l'enfant au biberon. Pour le **1,5%** restant, l'outil utilisé est un outil d'évaluation existant [Annexe 12].

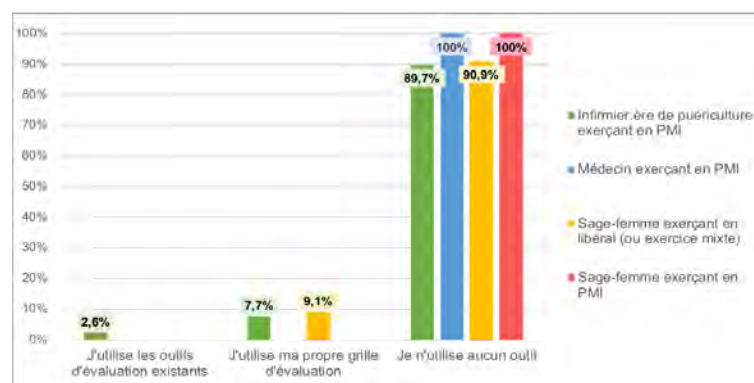


Figure 11 : Comparaison de l'utilisation ou non d'un outil et de son type en % de professionnels selon les professions

La **Figure 11** ci-dessus permet de visualiser au sein d'une même profession la part des professionnels qui utilisent (ou non) un outil et sa nature. Nous pouvons voir que les seuls professionnels à utiliser des outils dans leur pratique sont **10,3%** des puériculteurs.rices de PMI et **9,1%** des sages-femmes ayant une activité en libéral. Aucun des médecins ou sages-femmes de PMI interrogés pour cette étude n'utilisent d'outil d'évaluation à ce stade.

Les professionnels concernés expriment utiliser l'outil d'évaluation afin de suivre l'évolution des capacités alimentaires de l'enfant (1 cas sur 5), de repérer les signes cliniques traduisant des difficultés de succion-déglutition au biberon chez l'enfant (2 cas sur 5) ou bien pour les deux fonctions à la fois (2 cas sur 5) [Annexe 12]. Ces fonctions correspondent à celles que propose l'outil de dépistage que nous avons adapté de la grille d'évaluation de Morgane Péron (2018) de par l'étude de la sensibilité, de la validité de critère et de la fidélité intra-juge de l'outil. Lorsque nous demandons aux professionnels s'ils

sont intéressés par l'outil que nous avons élaboré, spécifique pour le dépistage des troubles de la succion-déglutition au biberon, **98,5%** d'entre eux ont répondu « oui ». Seul 1 professionnel n'a pas souhaité obtenir l'outil [Annexe 13]. Ainsi, les professionnels intéressés ont été sollicités pour répondre à l'étude concernant l'apparence et l'acceptation de l'outil, dont les résultats sont présentés en **V.3**.

V.2.4 Décisions thérapeutiques et orientations

Lorsque nous demandons aux professionnels les décisions thérapeutiques prises face à un nourrisson présentant des difficultés de succion au biberon, la majorité d'entre eux décident d'orienter vers un autre professionnel pour des examens approfondis et une prise en soin adaptée (**53,7%**) [Figure 12 ; Annexe 14]. À l'inverse, les professionnels sont peu à proposer eux-mêmes une prise en soin et des adaptations (11,9%). Enfin, **34,3%** des professionnels expriment pouvoir à la fois orienter vers d'autres professionnels et mettre en place une prise en soin.

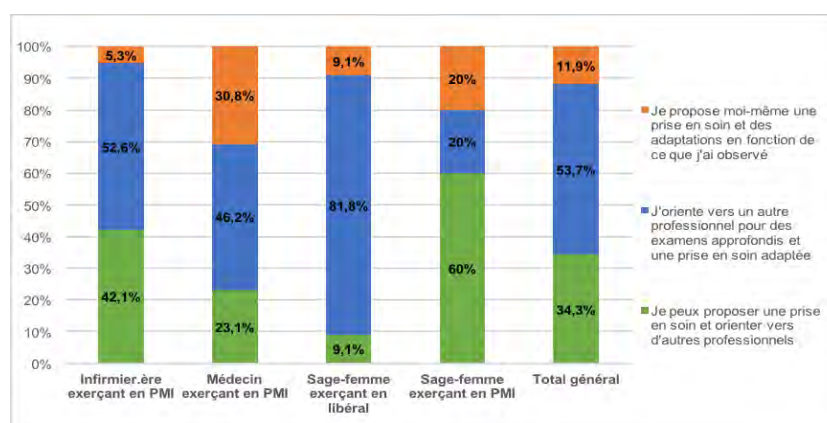


Figure 12 : Graphique comparant les décisions thérapeutiques prises en % de professionnels selon la profession et l'échantillon

Si nous nous intéressons aux décisions prises selon les professions, nous pouvons voir qu'une part importante des médecins exerçant en PMI indiquent proposer eux-mêmes une prise en soin (**30,8%**) à l'inverse des sages-femmes de PMI (**20%**) et libérales (**9,1%**) et des puéricultrices de PMI, minoritaires (**5,3%**) [Figure 12]. La majorité des sages-femmes libérales de notre échantillon préfèrent orienter vers d'autres professionnels (**81,8%**) à l'instar des puéricultrices (**52,6%**) et des médecins de PMI (**46,2%**). Enfin, la plupart des sages-femmes de PMI signalent recourir aux deux solutions à la fois (**60%**) à l'inverse de celles exerçant en libéral (**9,1%**).

Comme pour les signes cliniques du trouble, une classification des professionnels vers qui les participants déclarent orienter les nourrissons en difficulté a été établie. Au total, 11 professions ont été citées par les participants [Annexe 15 ; Annexe 16]. La Figure 13 ci-contre permet de visualiser les professionnels les plus cités au sein de l'échantillon de l'étude.

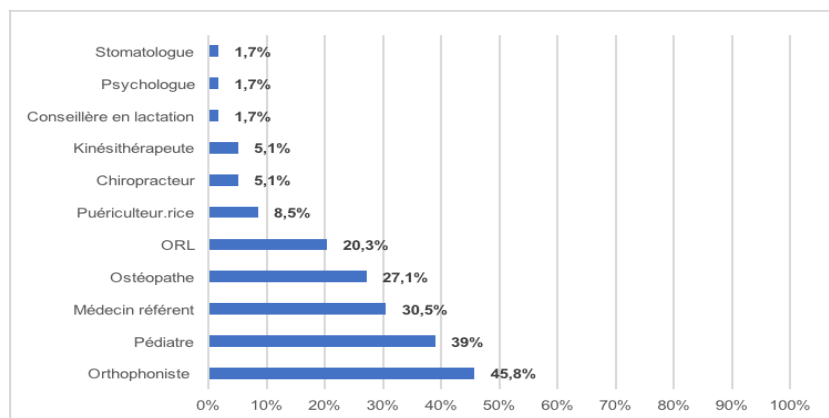


Figure 13 : Graphique présentant dans l'ordre croissant les professionnels cités par les participants qui orientent (en % de professionnels)

Nous observons que les orthophonistes sont les professionnels vers qui les participants orientent majoritairement les nourrissons en difficulté (**45,8%**) même si certains professionnels déplorent les délais d'attente pour une prise en charge ou l'absence d'orthophoniste sur leur territoire [Annexe 15]. Quatre autres professions mentionnées par plus de 20% des participants se démarquent des 6 restantes : les ORL (**20,3%**), les ostéopathes (**27,1%**), les médecins traitants et/ou référents de la PMI (**30,5%**) et les pédiatres cités par **39%** des professionnels de l'étude [Figure 13]. À l'inverse, nous constatons que **8,5%** de nos participants mentionnent les puériculteurs.rices, **5,1%** déclarent orienter vers les chiropracteurs.rices ou les kinésithérapeutes tandis que seul **1,7%** de professionnels de l'étude orientent vers des conseillers.ères en lactation, des psychologues ou des stomatologues.

Étant donné que certaines professions mentionnées correspondent à celles ciblées dans notre étude, il paraît pertinent de procéder à une comparaison des professionnels cités selon la profession des participants [Figure 14].

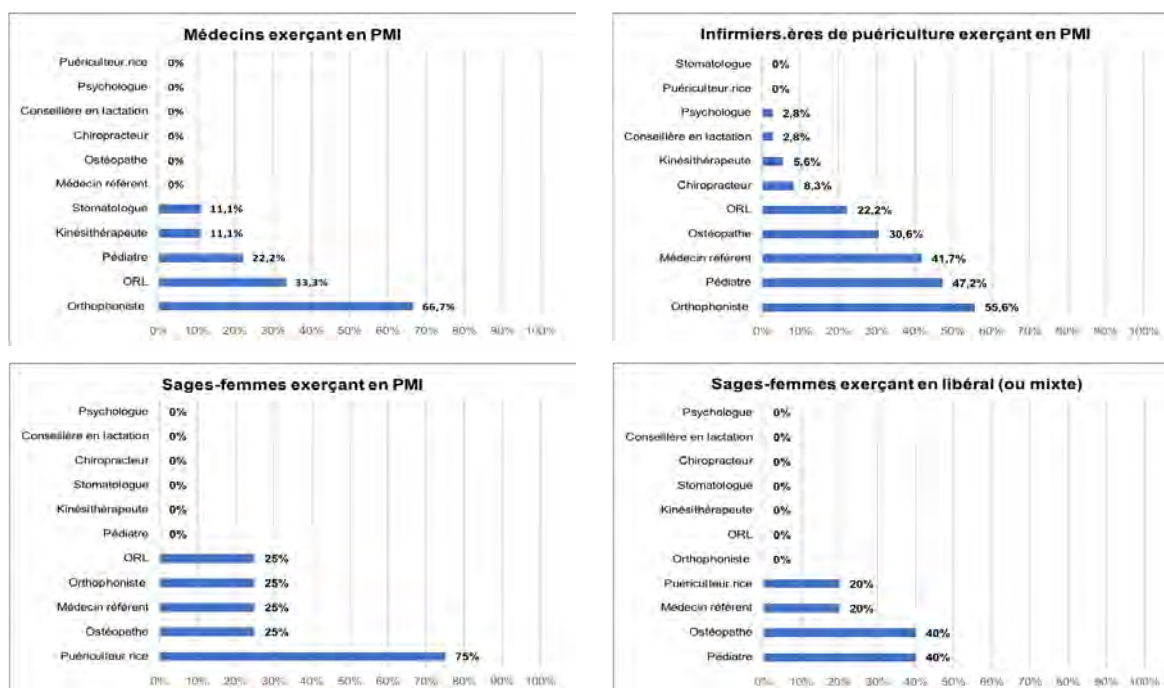


Figure 14 : Comparaison des professions vers qui orientent les participants selon leur profession (en % de professionnels)

Nous observons ci-contre que les orthophonistes sont majoritairement citées par **66,7%** des médecins de PMI et **55,6%** des puériculteurs.rices de PMI qui sont elles-mêmes mentionnées par une part importante des sages-femmes de PMI de notre échantillon (**75%**) et par **20%** des sages-femmes exerçant en libéral. Une redirection vers les médecins référents dont une des missions est la coordination des soins de l'enfant est partagée par **41,7%** des puériculteurs.rices de PMI, **25%** des sages-femmes de PMI et **20%** des sages-femmes libérales. D'autres professions médicales sont citées comme les ORL par **22,2%** des puériculteurs.rices de PMI, **25%** des sages-femmes de PMI et **33,3%** des médecins de PMI. Les pédiatres sont quant à eux mentionnés en majorité par les puériculteurs.rices de PMI (**47,2%**) puis par les sages-femmes en libéral (**40%**) et dans une moindre proportion par **22,2%** des médecins de PMI.

Parmi les professions paramédicales autres que les orthophonistes, les ostéopathes sont également mentionnés par de nombreux professionnels de notre étude. En effet, **25%** des sages-femmes de PMI, **30,6%** des puériculteurs.rices de PMI et **40%** des sages-femmes exerçant en libéral recommandent les ostéopathes pour une prise en soin adaptée des nourrissons en difficulté. La kinésithérapie est évoquée chez **11,1%** des médecins de PMI et **5,6%** des puériculteurs.rices de PMI [Figure 14].

Nous remarquons que certaines disciplines ne sont citées que très peu par les professionnels de l'étude. Tout d'abord, les stomatologues (médecins et chirurgiens spécialisés dans les soins de la face et de la cavité buccale) sont nommés par **11,1%** des médecins de PMI. Enfin, les puériculteurs.rices de PMI évoquent orienter vers des chiropracteurs.rices pour **8,3%** d'entre eux et chez des psychologues et conseillers.ères en lactation à **2,8%** même si cette dernière proposition est à discuter puisque ces professionnels paraissent davantage impliqués dans la mise en place et le suivi de l'allaitement au sein [Figure 14].

V.3 VALIDATION ET INTENTION D'USAGE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE

V.3.1 Utilisateurs et non-utilisateurs

Sur les 67 professionnels qui avaient répondu être intéressés par l'outil de dépistage élaboré, 23 ont fait suite à notre étude en donnant leur avis sur l'apparence et l'acceptation de l'outil dans leur pratique clinique. Tous n'ont pas pu utiliser l'outil au moins une fois sur une observation de tétée au biberon comme il était demandé. Ainsi, nous avons constitué les groupes « Utilisateur » (U sur les graphiques) et « Non-utilisateur » (N) afin d'apporter une analyse nuancée de certains résultats selon l'expérience ou non d'utilisation de l'outil. La répartition est relativement équitable puisque le groupe « Utilisateur » se constitue de 11 sujets, soit **47,8%** des participants tandis que le groupe « Non-utilisateur » contient les 12 sujets restants (**52,2%**).

V.3.2 Apparence

V.3.2.1 Format de l'outil et modalité de réponse

Lorsque nous interrogeons les participants sur l'apparence générale de l'outil, le format de celui-ci est jugé tout à fait adapté pour **69,6%** d'entre eux, plutôt adapté pour **21,7%** et peu adapté pour les **8,7%** restants [Figure 15]. Comme le montre la figure ci-dessous, nous remarquons que les professionnels qui ont jugé le format peu adapté font partie des « Utilisateurs ». Dans les retours qualitatifs [Annexe 17], un des participants rapporte également qu'il est préférable de remplir l'outil à la suite de l'observation de tétée.

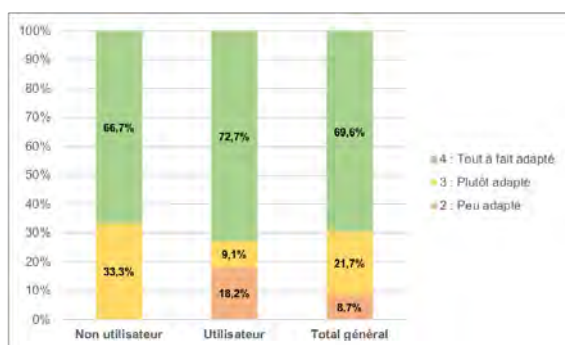


Figure 15 : Degré d'accord en % de participants concernant le format de l'outil

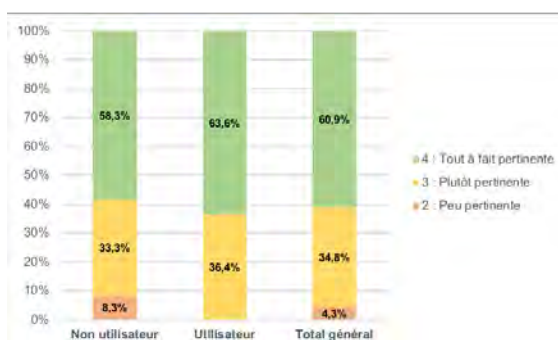


Figure 16 : Degré d'accord en % de participants concernant les modalités de réponse de l'outil

La modalité de réponse dichotomique est considérée tout à fait pertinente pour **60,9%** des juges, plutôt pertinente à **34,8%** et peu pertinente à **4,3%** [Figure 16]. Nous notons toutefois que la modalité OUI/NON est davantage appréciée par les utilisateurs que les non-utilisateurs qui sont **8,3%** à la juger peu pertinente. Certains participants ont rapporté qu'une notation selon une échelle de 1 à 10 serait préférable afin de répondre graduellement selon les performances ou les difficultés du nourrisson sur le temps de la tétée [Annexe 17].

V.3.2.2 Clarté des items

Lorsque nous interrogeons les participants sur la clarté et la compréhensibilité des items, **100%** d'entre eux jugent 7 items sur 11 tout à fait compréhensibles ou plutôt compréhensibles [Figure 17]. Il s'agit des items 1, 2, 4, 5, 8, 10 et 11. Les items pour lesquels certains juges ont donné comme appréciation « peu compréhensible » sont : Item 3 – *Mouvements mandibulaires*, Item 7 – *Bruits respiratoires libres*, Item 9 – *Endurance* (**4,3%** peu compréhensible) et Item 6 – *Reflux nasal* (**8,7%** peu compréhensible).

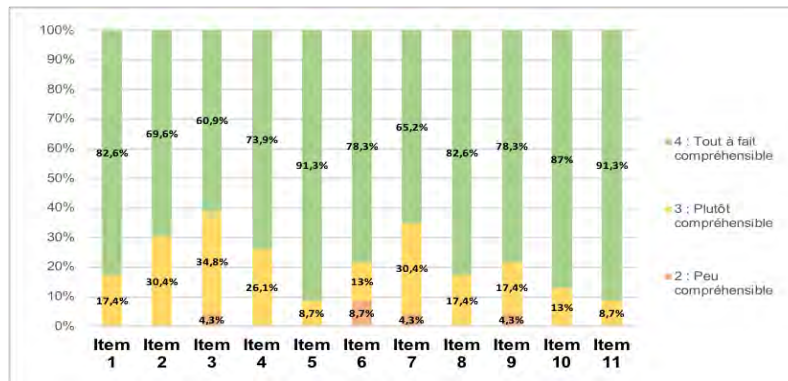


Figure 17 : Degré d'accord en % de participants concernant la clarté des items de l'outil de dépistage

La **Figure 18 ci-dessous** compare les degrés d'accord concernant la clarté de chaque item selon le groupe « Non-utilisateur » et « Utilisateur ». Nous remarquons que de manière générale chaque item obtient de meilleures appréciations en termes de clarté dans le groupe des utilisateurs. Pour illustrer, les items 5, 8, 10 et 11 sont évalués à **100%** tout à fait compréhensibles par les juges utilisateurs. Certains items (3, 7 et 9) jugés peu compréhensibles par certains non-utilisateurs ne le sont pas dans le groupe « Utilisateur ». Ces constats nous laissent penser que le contexte d'observation permet à l'évaluateur de mieux comprendre les items et ce qui est attendu dans l'évaluation de la tétée au biberon. À l'inverse cette tendance ne se retrouve pas pour l'item 6 (*Bruis respiratoires*) puisque sa compréhensibilité tend à diminuer chez les utilisateurs avec **9,1%** des professionnels qui le jugent peu compréhensible contre **8,3%** chez les non-utilisateurs.

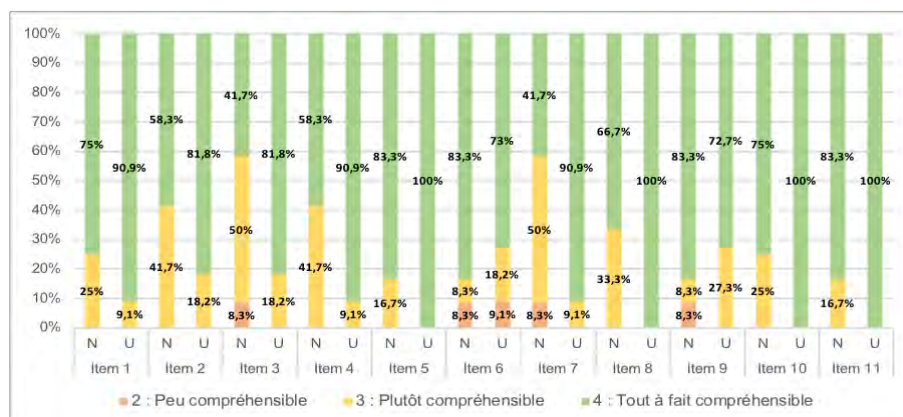


Figure 18 : Comparaison entre utilisateurs et non-utilisateurs du degré d'accord en % de participants concernant la clarté des items

V.3.2.3 Facilité de cotation

L'ensemble des participants expriment que les items 1, 2, 8, 10 et 11 sont tout à fait ou plutôt faciles à coter à **100%** [Figure 19]. Les 6 items restants sont jugés peu faciles à coter pour une partie des évaluateurs. L'item 5 – *Rétention de la tétine* est considéré peu facile à coter pour **4,3%** des participants. Une part plus importante des participants ont jugé les items 4 – *Rythme de succion*, 6 – *Reflux nasal* et 9 – *Endurance* peu faciles à coter à **8,7%**. Enfin, les items 7 – *Bruits respiratoires libres*

et 3 – *Mouvements mandibulaires* sont davantage peu faciles à coter selon les juges avec des degrés d'accord qui s'élèvent respectivement à **13%** et **17,4%**.

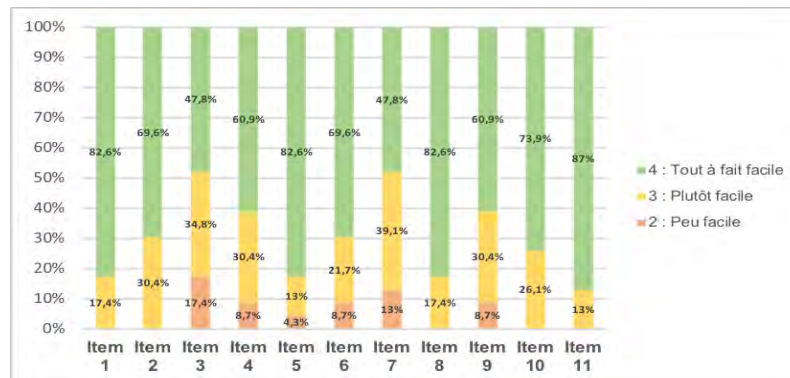


Figure 19 : Degré d'accord en % de participants concernant la facilité de cotation des items de l'outil

Comme l'indique la **Figure 20**, nous pouvons faire l'analyse que les items sont davantage jugés plus faciles à coter pour les utilisateurs que pour les non-utilisateurs. Par exemple, tous les utilisateurs s'accordent pour dire que les items 8 et 11 sont tout à fait faciles à coter. Cette observation se reconduit pour les items 1, 2, 3, 4, 7 et 10 pour lesquels la part des participants ayant jugé ces items tout à fait faciles à coter est plus importante chez les utilisateurs que chez les non-utilisateurs. Cette tendance est cependant mitigée pour les items 6 et 9 où utilisateurs et non-utilisateurs s'accordent concernant l'appréciation de la facilité à coter ces items.

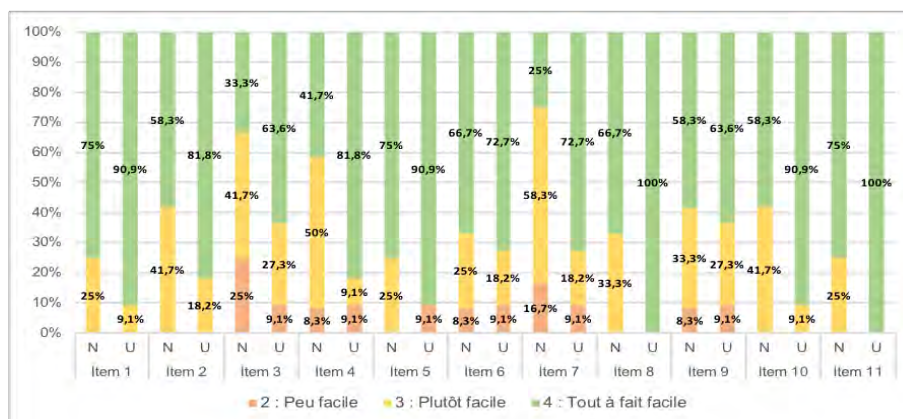


Figure 20 : Comparaison entre utilisateurs et non-utilisateurs du degré d'accord en % de participants concernant la facilité de cotation des items

À l'inverse, l'item 5 paraît plus difficile à coter en contexte d'évaluation car **9,1%** des utilisateurs l'ont jugé peu facile à coter tandis qu'aucun des non-utilisateurs n'ont fait cette remarque.

V.3.3 Intention d'usage : utilité et utilisabilité de l'outil

Lorsque nous tentons de prédire l'acceptation de l'outil chez les participants en les interrogeant sur son utilité dans leur pratique clinique, **60,9%** d'entre eux sont tout à fait d'accord pour dire que l'outil peut les aider à mieux repérer les nourrissons présentant des difficultés de succion-déglutition au

biberon et les **39,1%** restants sont plutôt d'accord [**Figure 21**]. Comme l'indique la **Figure 21**, les non-utilisateurs sont plus nombreux à être tout à fait d'accord concernant l'utilité de l'outil avec un pourcentage qui s'élève à **66,7%** contre **54,5%** chez les utilisateurs.

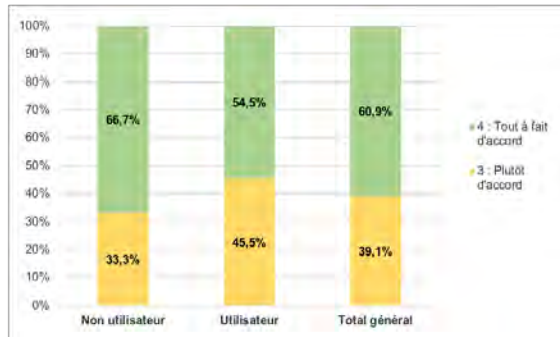


Figure 21 : Degré d'accord en % de participants concernant l'utilité de l'outil

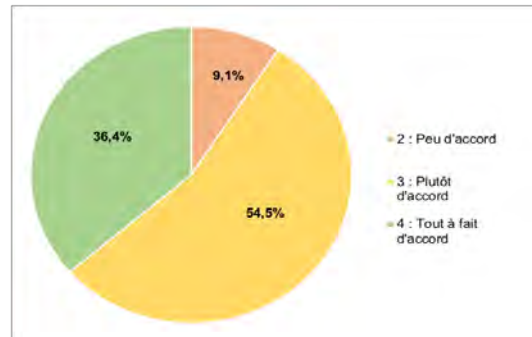


Figure 22 : Degré d'accord en % de participants concernant l'utilisabilité perçue de l'outil

Lorsque nous analysons les résultats en **Figure 22** à propos de l'utilisabilité perçue de l'outil chez les utilisateurs, **36,4%** expriment être tout à fait d'accord sur le fait que l'outil est facile à utiliser dans leur pratique clinique. Plus de la moitié sont plutôt d'accord (**54,5%**) tandis qu'une part minoritaire est peu d'accord avec cette notion de facilité (**9,1%**).

VI DISCUSSION

VI.1 VALIDATION DES HYPOTHÈSES

VI.1.1 Discussion autour de l'hypothèse 1

Rappel Hypothèse 1 : Il existe une demande de la part des professionnels de la petite enfance d'avoir à disposition un outil de dépistage spécifique des troubles de la succion-déglutition au biberon.

Dans notre étude, la demande de la part des professionnels de la petite enfance se traduit par leur intérêt pour l'outil de dépistage. Nous pouvons affirmer que notre première hypothèse est validée puisque **98,5%** des professionnels de notre étude étaient intéressés par l'outil de dépistage que nous avons élaboré. D'autres critères que nous avons cherché à étudier dans le premier questionnaire viennent appuyer la nécessité de mettre en place un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition à destination des professionnels de la petite enfance.

Tout d'abord, nous avons vu que le trouble de la succion-déglutition chez le nourrisson est un phénomène fréquent dont l'incidence tend à augmenter. Ces informations sont appuyées par les données que nous avons retrouvées dans la littérature **[II.3.2]** mais également par les réponses de nos participants à l'étude. Une part importante de ces derniers (**94,1%**) affirment avoir déjà été confrontés dans leur pratique à un nourrisson présentant des difficultés d'alimentation et de déglutition au biberon. Ce phénomène concerne tous les participants, quelle que soit leur profession, ce qui appuie l'importance d'un outil de dépistage disponible pour ces professionnels.

Lorsque nous faisons l'état des lieux des connaissances des professionnels ciblés concernant les signes cliniques du trouble, nous constatons que même s'ils sont nombreux à exprimer connaître les signes (**92,6%**), leurs réponses mettent en avant que ces connaissances sont variables d'une profession à une autre et que certains signes évocateurs sont très peu connus. De nombreux signes en lien avec les étiologies et les répercussions du trouble ont été rapportés par nos participants. Nos résultats se croisent avec ceux mis en avant dans d'autres enquêtes auprès des mêmes professionnels que nous avons ciblés dans notre étude (Girard & Negre, 2020; Sauvaire-Jourdan, 2018). Parmi les plus cités par l'ensemble des professions, nous retrouvons la présence d'une stagnation ou perte pondérale. Ce consensus peut être expliqué par une imprégnation forte de la surveillance du poids de l'enfant à l'aide de courbes de croissance depuis la fin du XIXe siècle. Cette surveillance est reprise par la HAS dans les RBP concernant le dépistage de la dénutrition qui doit être systématique à chacune des consultations par un professionnel en charge du suivi de l'enfant (HAS & Fédération Française de Nutrition, 2019). Aussi, la recherche d'une absence de prise de poids chez le nourrisson est également évoquée par Joan C Arvedson dans les 4 questions de dépistage qu'elle suggère aux médecins et infirmières si des préoccupations parentales concernant l'alimentation de leur enfant existent (2006).

Elle recommande également d'interroger les parents sur la durée des biberons et sur la présence de signes de stress respiratoire, deux catégories de signes que nous retrouvons chez les médecins et puériculteurs.rices de PMI de notre étude. Ainsi, la diversité des notions du trouble de la succion-déglutition chez les professions ainsi qu'une méconnaissance pour certains (**5 professionnels de notre échantillon**) nous fait dire que la mise en place d'un outil de dépistage sensible et spécifique comme celui proposé dans notre étude permettrait aux différents professionnels de s'accorder concernant le repérage des troubles de la succion-déglutition chez le nourrisson.

Enfin, la littérature a mis en avant qu'il n'existait aucun outil d'évaluation clinique de la prise alimentaire au biberon pour notre population pédiatrique [II.3.4.1]. Ce constat se retrouve dans notre étude puisque très peu de professionnels utilisent d'outils dans leur pratique (**92,6%**). Pour ceux qui en utilisent, les outils ne sont pas validés à notre connaissance ou sont élaborés dans le cadre de l'évaluation de la succion non nutritive pour les nourrissons allaités au sein (ce qui ne correspond pas au cadre de notre étude). Ainsi, l'outil de dépistage proposé pourra répondre au manque d'outils validés à destination des professionnels de la petite enfance.

VI.1.2 Discussion autour de l'hypothèse 2

Rappel hypothèse 2 : L'outil de dépistage élaboré répond aux attentes des professionnels interrogés.

Sous-hypothèse 1 : Le questionnaire de dépistage est jugé simple et facile à coter

La totalité des participants au second questionnaire ont jugé l'ensemble des items de l'outil plutôt ou tout à fait faciles à coter. Ainsi, nous pouvons affirmer que la sous-hypothèse 1 est validée. Néanmoins, nous observons qu'une partie des participants ont jugé 6 items peu faciles à coter dont 4 font partie des items également jugés peu compréhensibles par certains participants. Pour rappel, ces items sont : *Mouvements mandibulaires (3) – Rythme de succion (4) – Rétenion de la tétine (5) – Reflux nasal (6) - Bruits respiratoires libres (7) – Endurance (9)*. Nous notons que les participants qui ont jugé ces items peu faciles à coter sont tous des puériculteurs.rices de PMI. La plupart de ces items nécessitent une connaissance plus approfondie des mécanismes impliqués dans la succion-déglutition ainsi qu'une observation fine de la part de l'évaluateur qui peut dépendre d'un professionnel à un autre. Aussi, nous faisons l'analyse qu'une même personne a jugé plusieurs des items peu faciles à coter ce qui nous interpelle sur l'implication de la durée d'exercice dans l'appropriation de l'outil et des items.

Sous-hypothèse 2 : Le format sur une page du questionnaire de dépistage est adapté pour faciliter l'évaluation de la prise alimentaire au biberon en même temps que son observation

Si nous considérons l'ensemble des participants, nous pouvons dire que la sous-hypothèse est validée puisque plus de 70% d'entre eux ont jugé le format plutôt ou tout à fait adapté (**91,3%**). Nous

notons toutefois que 2 personnes se détachent de cet avis puisqu'elles jugent le format peu adapté et préconisent une utilisation ultérieure à l'observation de la tétée plutôt qu'en même temps.

L'appréciation de la modalité de réponse en dichotomique par **95,7%** des participants vient soutenir la validation de notre deuxième hypothèse. Enfin, les appréciations qualitatives des participants retrouvent un outil intéressant, facilitant et pertinent qui viennent appuyer l'idée que l'outil répond aux attentes des professionnels [**Annexe 17**].

VI.1.3 Discussion autour de l'hypothèse 3

Rappel hypothèse 3 : Les premiers avis des utilisateurs concernant l'utilité de l'outil de dépistage tendent vers une acceptation et un usage systématique de celui-ci dans leur pratique clinique.

L'hypothèse est validée puisque l'ensemble des participants sont plutôt ou tout à fait d'accord avec l'idée que l'outil peut les aider à mieux identifier les difficultés de succion et de déglutition chez les nourrissons alimentés au biberon.

L'étude de l'utilisabilité de l'outil auprès des utilisateurs nous a permis de mieux prédire les possibilités d'intention d'usage systématique de l'outil chez les professionnels dans leur pratique. Ainsi, ces prévisions sont positives puisque **90,9%** des utilisateurs sont plutôt ou tout à fait d'accord avec l'idée que l'outil est facile à utiliser dans leur pratique clinique. Seul un utilisateur est peu d'accord et préconise une évaluation en 2 temps (observation puis complétion du questionnaire de dépistage). Ceci nous laisse penser que l'outil peut produire l'effet inverse qu'escompté en parasitant certains professionnels dans l'évaluation qualitative de la tétée.

VI.2 BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

VI.2.1 Représentativité de l'échantillon

Le faible nombre de participants dans notre étude (n=68) constitue une des principales limites de notre étude. Même si nous expliquons avoir validé nos hypothèses dans la partie précédente, nous ne pouvons établir de conclusions généralisées à l'ensemble des professionnels de la petite enfance puisqu'après calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour chaque profession, nous sommes éloignés du nombre attendu [**Tableau 6**]. Ce constat est d'autant plus vrai pour la deuxième partie de l'étude puisque malgré plusieurs relances auprès des différentes personnes intéressées par l'outil, seules 23 ont donné suite. Ainsi, nous pouvons dire que nos hypothèses sont partiellement validées.

Nous remarquons qu'aucun.e auxiliaire de puériculture n'a répondu à notre enquête alors que cette profession était ciblée dans notre étude. Cela s'explique par le faible nombre de professionnels

recensés sur la région Occitanie (n=1) (DREES, 2022). Ainsi, nous ne pouvons généraliser nos hypothèses à la profession d'auxiliaire de puériculture.

Profession	Nombre de professionnels sur la région Occitanie	Nombre de professionnels attendus pour un intervalle de confiance à 95%	Nombre de professionnels dans notre échantillon
Médecin de PMI	206	135	13
Infirmier.ère de puériculture de PMI	465	211	39
Sage-femme de PMI	122	93	5
Auxiliaire de puériculture de PMI	1	1	0
Sage-femme libérale (ou exercice mixte)	942	274	11

Tableau 6 : Calcul de l'échantillon attendu pour l'étude

Toutefois, si nous nous intéressons à l'exercice en PMI et comparons la part de professionnels entre notre échantillon et la région Occitanie, nous observons que les répartitions de chaque profession sont sensiblement les mêmes [Figure 23]. Ainsi, nous pouvons affirmer que notre échantillon est, dans une certaine mesure, représentatif des professionnels de PMI pour la région Occitanie.

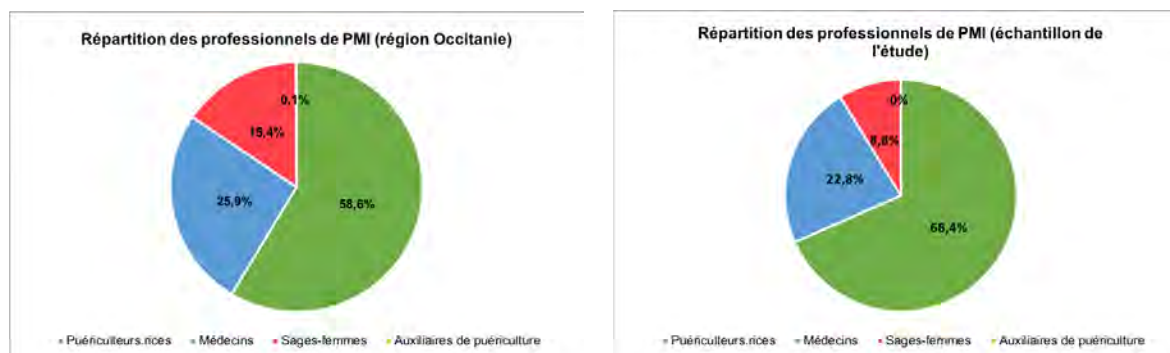


Figure 23 : Comparaison entre l'échantillon de l'étude et la région Occitanie du nombre de professionnels de PMI

Nous avons conscience que le fait d'avoir restreint l'étude à la région Occitanie participe à la récolte d'un nombre de réponses moins conséquent. Néanmoins, nous avons fait ce choix car nous nous sommes inspirés d'autres projets pilotes initialement proposés sur des territoires restreints avant d'être étendus à l'ensemble du territoire français (Filnemus, 2022).

Une autre explication concernant le manque de participants à notre étude réside dans la méthode de recueil d'informations choisie. Si le questionnaire d'enquête par internet présente de nombreux avantages (diffusion simple et rapide, recrutement large possible, participant libre de répondre à n'importe quel moment...), un des principaux inconvénients est que le taux de réponses est souvent faible. Une méta-analyse à propos de cette problématique dans différents modes d'enquête conclut que les questionnaires en ligne présentent un taux de réponses plus faible que celui obtenu

avec d'autres procédés, de 11% en moyenne. De plus, l'étude met en avant que les relances en cas de non-réponse de la part des participants peuvent être perçues comme intrusives et assimilées à du spam ce qui majore le risque d'un taux de réponse bas (Manfreda et al., 2008). Toutes ces conclusions se reconduisent dans notre étude. Aussi, le manque de réponses peut s'expliquer par la prise de contact avec les différents professionnels. En effet, nous n'avions pas accès aux adresses de messageries électroniques de chacun des professionnels mais uniquement à celles des PMI et des conseils départementaux des sages-femmes. Ainsi, nous ne sommes pas assurés que l'ensemble des professionnels aient accédé à l'enquête puisqu'une personne tierce devait transférer le message de recrutement.

VI.2.2 Interprétation des résultats

La question concernant la fréquence du trouble de la succion-déglutition dans la pratique des professionnels ne nous permet pas de conclure sur la réelle prévalence du trouble. En effet, l'interprétation des intervalles de fréquence est subjective car nous demandions au participant lui-même d'interpréter cette fréquence sans connaître l'effectif de nourrissons rencontrés dans sa pratique, effectif qui peut varier d'un professionnel à un autre. Néanmoins, cette donnée était importante à récolter selon nous afin d'avoir une idée de la fréquence du phénomène et de l'intérêt de mettre en place un outil de dépistage. Pour définir la prévalence exacte du trouble, il serait intéressant d'effectuer une étude de cohorte rétrospective à partir d'une base de données médicales sur le même modèle que celle proposée par Kovacic et al. (2021).

L'interprétation des signes du trouble de la succion-déglutition cités par les professionnels peut également être biaisée de notre part malgré une classification revue et acceptée par deux experts. Si certaines réponses étaient limpides, d'autres en revanche nécessitaient une interprétation personnelle pour identifier le signe sous-jacent. Aussi, certaines réponses n'ont pu être interprétées et donc engendrer des données non utilisables. Cependant, les questions ouvertes ont l'avantage de fournir des réponses spontanées de la part du répondant en révélant ce qui lui vient immédiatement à l'esprit. Ceci nous garantit ainsi de la véracité de ses pratiques et connaissances comme nous le voulions dans notre enquête.

Enfin, comme nous l'avons vu plus haut, certaines données manquantes peuvent biaiser l'interprétation de nos résultats. Nous pensons notamment qu'il aurait été judicieux d'interroger la durée d'exercice de chaque participant. En effet, nous pensons que la durée d'exercice peut avoir une influence sur l'appropriation de l'outil de dépistage et expliquer que certains items aient été jugés peu compréhensibles et peu faciles à coter pour quelques participants. Cette influence a déjà été mise en avant dans d'autres études comme en 2018 où une part importante de sages-femmes ne se sentaient pas capables de prendre en charge les troubles de la succion-déglutition car la majorité présentaient moins de 5 années d'expérience (Sauvaire-Jourdan, 2018).

VI.3 AMÉLIORATIONS ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

VI.3.1 Inclusion d'autres professionnels dans l'étude

Dans notre étude, seuls les médecins de PMI ont été ciblés parmi les professions médicales du fait de leur implication dans le suivi des enfants dès le plus jeune âge depuis la création des services de PMI. Il serait judicieux d'inclure également les médecins généralistes ainsi que les pédiatres dans l'étude puisqu'ils font partie des professionnels les plus cités dans le suivi des nourrissons selon la dernière Enquête Nationale Périnatale (INSERM, 2021). En sensibilisant davantage de professionnels au dépistage des troubles de la succion-déglutition, nous pourrions espérer avoir un impact grandissant sur la prise en charge précoce des nourrissons en difficulté et la limitation des complications. Néanmoins, nous nous interrogeons sur les possibilités d'observation de tétée au biberon au moment des consultations de ces professionnels même si la HAS le recommande aux pédiatres pour le suivi de l'allaitement maternel (HAS & AFPA, 2005).

De la même sorte, il pourrait être intéressant d'inclure les sages-femmes hospitalières comme recommandé par une des sages-femmes de notre étude exerçant à la fois en libéral et en milieu hospitalier **[Annexe 17]**. Par expérience, il paraît plus facile et plus courant d'observer des prises alimentaires au biberon en maternité qu'à domicile. Néanmoins, ces observations ne pourraient se faire que sur la période d'hospitalisation qui tend à diminuer au fil des années (3,7 jours \pm 1,6 jours en 2021).

VI.3.2 Modifications de l'outil

Même si nous avons vu que l'outil répond aux attentes des professionnels par la validation de l'hypothèse 2, il ne faut pas négliger les remarques apportées par les participants de l'étude **[Annexe 17]**. Tout d'abord, il paraît judicieux d'introduire un encadré reprenant la consigne d'observer et d'évaluer les capacités de succion et de déglutition de l'enfant sur toute la durée de la tétée. De la même manière, l'encadré pourrait redéfinir les modalités de cotation et les possibilités de graduer la sévérité des difficultés observées en se référant aux situations exemplifiées.

Nous proposons également de reformuler l'item 6 – « Le reflux nasal de lait est-il absent ? » car sa formulation semble impacter sa compréhension et sa facilité de cotation. La formulation à l'inverse « Le reflux nasal de lait est-il présent ? » a été proposée par un des participants mais nous ne pouvons la retenir car elle ne respecterait pas la modalité de cotation où le OUI s'apparente à du normal et le NON à du pathologique. Voici la formulation que nous proposons pour cet item : « La mobilité du voile du palais est-elle suffisante pour éviter tout passage de lait par le nez ? ». Ainsi, nous restons cohérents avec la modalité adoptée pour les autres items.

Certains participants proposent d'ajouter un item concernant le bon placement de la langue autour de la tétine. Il est vrai que les difficultés de préhension de la tétine font partie des signes les plus

rapportés par les professionnels (39,7%). Néanmoins, il ne paraît pas judicieux d'ajouter cet item à l'outil puisqu'il n'a pas été observé et validé dans l'étude princeps de Morgane Péron (2018). Toutefois, cette remarque nous conduit à penser qu'il serait pertinent d'ajouter une zone de texte libre à la fin de l'outil où l'évaluateur serait libre d'annoter ses observations afin de compléter son évaluation. De la même manière, une évaluation qualitative de l'ensemble de la tétée permettrait d'affiner le profil des compétences du nourrisson dans la tétée au biberon. L'évaluation globale serait alors divisée en 3 volets (« Efficacité du bébé, « Plaisir partagé » et « Niveau de risque ») et se ferait à l'aide d'une échelle graduée de 1 à 10 comme suggérée par un des participants de l'étude [Annexe 17]. Enfin, une remarque concernant les signes de détresse respiratoire (pâleur extrême, cyanose péribuccale) sous-entend qu'il faudrait compléter la liste des exemples de l'item 8 pour la gradation des difficultés observées.

VI.3.3 Poursuite de la validation de l'outil et formation des professionnels

Plusieurs études ont participé à la validation de l'outil qui présente à ce jour de bonnes propriétés psychométriques et en fait un outil sensible, spécifique et partiellement fiable et valide. Néanmoins certains paramètres restent encore à étudier. Tout d'abord, l'étude de la validité de critère item par item non démontrée dans les travaux de Charlotte Stoskopf (2022) pourrait être poursuivie selon ses préconisations (cotation binaire, échantillon plus grand et représentatif de la population). La validation de la fidélité inter-juge de l'outil fait également partie des perspectives de notre étude en reprenant les recommandations émises par Émilie Leboucher (2022). Contrairement à ce qui a pu être proposé jusqu'à présent dans l'étude de la fidélité de l'outil, il serait intéressant d'inclure dans le groupe d'évaluateurs des professions que nous avons ciblées dans ce mémoire afin de s'assurer de sa validation auprès de l'ensemble des professions à qui s'adresse l'outil.

Aussi, comme relevé par Émilie Leboucher dans son mémoire, il serait intéressant de proposer une formation à destination des professionnels pour leur permettre de prendre en main la grille et de lever les doutes sur la manière de coter certains items (2022). Cette formation viserait à enseigner la physiologie de la succion-déglutition au biberon et ses principaux mécanismes déficitaires, prendre connaissance de la grille et acquérir des compétences en termes d'évaluation et de repérage des signes dits pathologiques. La formation permettrait également de pallier le manque de formation concernant le trouble de la succion-déglutition relevé par certains professionnels de la petite enfance. Des études montrent que certaines professions ne se sentent pas du tout formées (28%) ou qualifient leur formation insuffisante (88%) qui justifie une demande de formation continue accrue (Girard & Negre, 2020; Sauvaire-Jordan, 2018).

VI.3.4 Élaboration d'un protocole de prise en charge

Nous avons dans la définition du dépistage que trois principales conditions devaient être réunies afin de mettre en place une action de dépistage (HAS, 2016). Premièrement, il est primordial de disposer

d'un outil de dépistage simple d'utilisation, spécifique, validé et fiable. Seuls les deux derniers paramètres doivent encore être étudiés d'après les propositions suggérées précédemment.

Deuxièmement, une fois les personnes détectées positives ou suspectées de présenter le trouble, elles doivent être orientées vers un examen de référence afin de confirmer le diagnostic. Dans le cas du trouble de la succion-déglutition, nous avons vu que les évaluations instrumentales auprès des ORL et plus particulièrement les VRDG sont les examens les plus référencés pour objectiver l'atteinte de l'alimentation chez le nourrisson. Sur la région Occitanie, nous avons connaissance que le service d'Unité de la Voix et de la Déglutition (UVD) au sein de l'Hôpital Larrey et de l'Hôpital des enfants à Toulouse proposent des hospitalisations de jour qui accueillent les enfants présentant des difficultés d'alimentation et de déglutition pour effectuer une VRDG et préconiser les axes de prise en soin nécessaires si besoin.

Enfin, un protocole de prise en charge doit être disponible et mis en œuvre afin de prévenir les complications du trouble et préserver l'état de santé des personnes diagnostiquées positives au trouble. Dans un premier temps, si le professionnel suspecte des difficultés de succion-déglutition chez le nourrisson, son médecin traitant doit en être informé étant donné son rôle de référent du patient et de collaboration avec les différents professionnels de santé pour répondre aux problématiques du patient (Compagnon et al., 2013). Cette obligation paraît connue par l'ensemble des participants de notre étude puisqu'ils sont nombreux à avoir cité « Médecin traitant/référent » parmi les professionnels vers qui sont orientés les nourrissons présentant des difficultés de prise alimentaire au biberon. Nous remarquons également que diverses professions ont été nommées et plus particulièrement les orthophonistes et les ostéopathes. Ce constat fait émerger l'idée qu'il serait intéressant d'intégrer à la suite de l'outil une note d'information reprenant les différents professionnels vers qui il est possible d'orienter les nourrissons en difficulté. À l'aide d'une revue de la littérature, celle-ci présenterait pour chaque discipline les principaux axes de prise en soin permettant ainsi au professionnel de juger de l'orientation adéquate selon ses observations durant la tétée au biberon. Un arbre décisionnel pourrait également être élaboré et mieux guider le professionnel dans cette décision.

Aussi, en attente d'un suivi par un professionnel, il paraît pertinent d'y ajouter une liste succincte reprenant les principales stratégies possibles en fonction du mécanisme déficitaire observé comme cela a été proposé dans une plaquette d'informations à destination des professionnels de néonatalogie et de maternité concernant les troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés (Girard & Negre, 2020). Ces outils supplémentaires permettraient de répondre à la demande des professionnels d'être davantage informés concernant les troubles de la succion-déglutition **[Annexe 17]** afin d'ajuster leur pratique et de mieux accompagner les parents souvent en détresse.

VII CONCLUSION

L'objectif principal de ce mémoire était de proposer et de valider un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez les nourrissons alimentés au biberon à destination des professionnels de la petite enfance. En effet, ces professionnels étant amenés à rencontrer les nourrissons très tôt dans leur parcours de soins, ils représentent des acteurs de premier ordre dans le dépistage précoce de toute déviance développementale (ANESM & HAS, 2014; INSERM, 2021). Parmi ces professionnels, nous avons ciblé au sein des PMI les médecins, sages-femmes, infirmiers.ères et auxiliaires de puériculture ainsi que les sages-femmes ayant une activité en libéral.

La première partie de l'étude consistait à effectuer l'état des lieux des connaissances et des pratiques de ces professionnels concernant le trouble de la succion-déglutition chez le nourrisson présentant des difficultés d'alimentation au biberon. Les résultats ont ainsi mis en évidence que les professionnels sont intéressés par un outil de dépistage spécifique qui pourrait les guider dans l'évaluation de l'alimentation au biberon et le repérage des signes spécifiques du trouble succion-déglutition. Ce désir s'explique par la manifestation du phénomène dans leur pratique clinique, l'absence d'outils à disposition et le manque de connaissances de certains signes traduisant une atteinte de la séquence succion-déglutition.

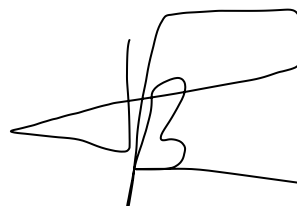
Par la suite, nous avons apporté quelques modifications à l'outil d'évaluation non instrumentale des capacités d'alimentation et de déglutition du nourrisson alimenté au biberon, initialement élaboré par Morgane Péron (2018). Ces modifications répondent aux demandes d'un outil plus simple de la part des professionnels ainsi qu'à certaines suggestions émises pour contribuer à la validation de l'outil (Leboucher, 2022; Péron, 2018; Stosskopf, 2022). L'outil revu a été envoyé aux professionnels afin qu'ils puissent l'utiliser sur une observation de tétée au biberon. Il leur a été demandé dans un second questionnaire d'émettre leurs avis concernant la facilité, la compréhension et la présentation de l'outil afin d'en valider son apparence et étudier son acceptation pour envisager un recours systématique à l'outil dans la pratique clinique. Les résultats ainsi que les retours qualitatifs tendent vers une validation de l'apparence de l'outil ainsi qu'à une acceptation de celui-ci de la part des professionnels ciblés.

Malgré des résultats positifs, le travail autour de l'outil de dépistage doit encore être poursuivi afin d'en étudier la validité de critère item par item et la fidélité inter-juge selon les recommandations que nous avons fournies. Ces travaux permettront de rendre disponible un outil de dépistage entièrement validé, fiable, simple d'utilisation et spécifique qui est un des critères essentiels pour la mise en place d'une action de dépistage. Cette action pourrait être renforcée par l'élaboration d'une note d'information ou d'un arbre décisionnel pour guider le professionnel dans la réorientation du nourrisson en difficulté vers des examens et une prise en soin adaptée.

Mme Julie BOLLARD, orthophoniste



Dr Pascale FICHAUX BOURIN



BIBLIOGRAPHIE

- 1000 premiers jours.fr. (2019, juin 25). *Qu'est-ce que la PMI ?* 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/quest-ce-que-la-pmi>
- 1000 premiers jours.fr. (2021, juillet 12). *Comment tirer son lait ?* 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/comment-tirer-son-lait>
- 1000 premiers jours.fr. (2022, mai 9). *Pourquoi 1000 jours ?* 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-1000-premiers-jours>
- Abadie, V. (1999). Examen de l'enfant atteint de troubles de la déglutition. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 12(5), 269- 276. [https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(99\)80148-0](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(99)80148-0)
- Abadie, V., & Couly, G. (2013). Congenital feeding and swallowing disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 113, 1539- 1549. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-59565-2.00024-1>
- Ameli. (2020, décembre 29). *Dispositif du médecin traitant*. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
- Ameli. (2022a, avril 12). *Suivi médical du nourrisson entre 3 mois et 18 mois*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/suivi-medical-du-nourrisson-entre-3-mois-et-18-mois>
- Ameli. (2022b, septembre 29). *Suivi de l'enfant après l'accouchement*. ameli.fr. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/depistage-neonatal-suivi-mere-bebe>
- Ameli. (2022c, octobre 6). *Prado, le service de retour à domicile*. ameli.fr. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

- Ameli. (2022d, octobre 19). *Suivi médical jusqu'aux 2 mois du nourrisson*.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/suivi-medical-jusqu-aux-2-mois-du-nourrisson>
- ANAES. (2004). *Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?* https://www.has-sante.fr/jcms/c_433375/fr/comment-evaluer-a-priori-un-programme-de-depistage
- ANESM & HAS. (2014). La précocité du repérage, du dépistage et de l'accueil de l'enfant et de ses parents. In *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)* (p. 11-31). ANESM. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/chapitre1.pdf>
- Arvedson, J. C. (2006). Swallowing and feeding in infants and young children. *GI Motility Online*. <https://doi.org/10.1038/gimo17>
- Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders : Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 118-127. <https://doi.org/10.1002/ddrr.17>
- Association nationale des sages-femmes territoriales. (s. d.). *Le métier de sage-femme territoriale*. ANSFT. Consulté 25 janvier 2023, à l'adresse <https://www.ansft.org/sage-femme-pmi/fiche-metier-referentiel>
- Décret n° 2009-1216, 2 (2009).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000021136496/?isSuggest=true>
- Borowitz, K. C., & Borowitz, S. M. (2018). Feeding Problems in Infants and Children : Assessment and Etiology. *Pediatric Clinics of North America*, 65(1), 59-72.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.08.021>

- Chandran, R., & Alagesan, J. (2021). Oro-Motor Intervention Protocol to Improve Sucking Behavior among Neonates with Immature Sucking : An Experimental Protocol. *International Journal of Surgery Protocols*, 25(1), 129-134. <https://doi.org/10.29337/ijsp.152>
- CNNSE. (2013). *Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf
- Cochran, W. J. (2021). *Atrésie œsophagienne et fistule trachéo-œsophagienne—Problèmes de santé infantiles*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/malformations-cong%C3%A9nitales-du-tube-digestif/atr%C3%A9sie-%C5%93sophagienne-et-fistule-trach%C3%A9o-%C5%93sophagienne>
- Code de la santé publique. (2023, mars 24). *Chapitre 1er : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10)—Légifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000043424013/2023-03-24/?isSuggest=true>
- Colombo, M.-C. (2013). Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants. *Enfances & Psy*, 60(3), 91-101. <https://doi.org/10.3917/ep.060.0091>
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie* (5e édition). La Découverte.
- Comité interministériel pour la Santé. (2018). *Priorité Prévention—Rester en bonne santé tout au long de sa vie*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

- Compagnon, L., Bail, P., Huez, J.-F., Stalnikiewicz, B., Ghasarossian, C., Zerbib, Y., Piriou, C., Ferrat, É., Chartier, S., Breton, J. L., Renard, V., & Attali, C. (2013). *Définitions et descriptions des compétences en médecine générale*. 108, 148-155.
- Conseil général des Hauts-de-Seine. (2009). *La PMI : des professionnels disponibles*. http://blog.ac-versailles.fr/classe1landy/public/journal-images/plaquette_pmi_2011.pdf
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (2015). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'étude de documents*. De Boeck.
- Dodrill, P., & Gosa, M. M. (2015). Pediatric Dysphagia : Physiology, Assessment, and Management. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 66 Suppl 5, 24-31. <https://doi.org/10.1159/000381372>
- DREES. (2022, mars 25). *La protection maternelle et infantile (PMI)-Activité et Personnels des services*. <https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi-activite-et-personnels/information/>
- Emond, A. M., Blair, P. S., Emmett, P. M., & Drewett, R. F. (2007). Weight faltering in infancy and IQ levels at 8 years in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Pediatrics*, 120(4), e1051-1058. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2295>
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : Entretien et questionnaire*. Dunod.
- Fermanian, J. (2005). Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : Comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(6), 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.04.004>

- Filnemus. (2022, octobre 19). *Projet DEPISMA / Pilote dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale Grand Est et Nouvelle Aquitaine*. <https://www.filnemus.fr/les-evenements-filnemus/redaction-infolettre/projet-depisma-pilote-depistage-neonatal-de-lamyotrophie-spinale-grand-est-et-nouvelle-aquitaine>
- Girard, A., & Negre, S. (2020). *L'oralité du prématuré : Comment prévenir et repérer les troubles ? Élaboration d'une plaquette d'informations à destination des professionnels de maternité et de néonatalogie* [Mémoire d'orthophonie, Aix Marseille Université - Faculté des sciences médicales et paramédicales]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02996357/document>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- HAS. (2005). *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28__15_55_46_52.pdf
- HAS. (2013, novembre 8). *Luxation congénitale de la hanche : Dépistage*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1680275/fr/luxation-congenitale-de-la-hanche-depistage
- HAS. (2014). *Sortie de maternité après accouchement : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_
_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

HAS. (2016). *Dépistage : Objectif et conditions*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions

HAS. (2021, novembre 18). *Dépistage néonatal : S'informer pour décider*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3285576/fr/depistage-neonatal-s-informer-pour-decider

HAS & AFPA. (2005). *Allaitement maternel suivi par le pédiatre—Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allatement_pediatrie_epp_ref.pdf

HAS & Fédération Française de Nutrition. (2019). *Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte*.

HAS & Fédération Française de Nutrition. (2021). *Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte et la personne de 70 ans et plus—Fiche outil*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf

INSERM. (2021). *Enquête nationale périnatale 2021*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/surdite-permanente-neonatale/documents/enquetes-etudes/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>

Kakodkar, K., & Schroeder, J. W. (2013). Pediatric dysphagia. *Pediatric Clinics of North America*, 60(4), 969-977. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.04.010>

- Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric Feeding Disorder : A Nationwide Prevalence Study. *The Journal of Pediatrics*, 228, 126-131.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>
- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills : What do we know? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2), 616S-21S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.109603>
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2014). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation* (3e édition). De Boeck.
- Lawlor, C. M., & Choi, S. (2020). Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia : A Review. *JAMA Otolaryngology-- Head & Neck Surgery*, 146(2), 183-191. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2019.3622>
- Leboucher, É. (2022). *Validation de la fidélité d'un outil d'évaluation non instrumentale des capacités d'alimentation et de déglutition* [Mémoire d'orthophonie]. Université Toulouse 3 Paul Sabatier.
- Les pros de la petite enfance. (2018, septembre 17). *Top départ pour le Parcours santé-accueil-éducation des 0-6 ans*. [lesprosdela petiteenfance.fr](https://lesprosdela petiteenfance.fr/top-depart-pour-le-parcours-sante-accueil-education-des-0-6-ans).
- Maillet, M. (1954). *Le Nourrisson : Puériculture pratique, éléments d'hygiène physique et psychique du premier âge*. Maloine.
- Manfreda, K. L., Bosnjak, M., Berzelak, J., Haas, I., & Vehovar, V. (2008). Web Surveys versus other Survey Modes : A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *International Journal of Market Research*, 50(1), 79-104. <https://doi.org/10.1177/147078530805000107>

- Martin, N. P. Y. (2018). *Acceptabilité, acceptation et expérience utilisateur : Évaluation et modélisation des facteurs d'adoption des produits technologiques* [These de doctorat, Rennes 2]. <https://www.theses.fr/2018REN20014>
- Mathew, O. P. (1991). Science of bottle feeding. *The Journal of Pediatrics*, 119(4), 511-519. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(05\)82397-2](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(05)82397-2)
- Maynard, T. M., Zohn, I. E., Moody, S. A., & LaMantia, A.-S. (2020). Suckling, Feeding, and Swallowing : Behaviors, Circuits, and Targets for Neurodevelopmental Pathology. *Annual Review of Neuroscience*, 43(1), 315-336. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-100419-100636>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022, décembre 13). *Auxiliaire de puériculture*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/auxiliaire-de-puericulture>
- Morin, Y. (2006). *Larousse médical* (Nouvelle édition). Larousse.
- Murcier, N. (2015). Petite enfance (professionnel(le)s de). In *Dictionnaire pratique du travail social: Vol. 2e éd.* (p. 357-365). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.rulla.2015.01.0357>
- Myer, C. M., Howell, R. J., Cohen, A. P., Willging, J. P., & Ishman, S. L. (2016). A Systematic Review of Patient- or Proxy-Reported Validated Instruments Assessing Pediatric Dysphagia. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 154(5), 817-823. <https://doi.org/10.1177/0194599816630531>
- Ordre des sages-femmes. (2015, novembre 30). *Les compétences des sages-femmes*. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

- Péron, M. (2018). *Élaboration et prévalidation d'une grille d'évaluation non instrumentale des capacités d'alimentation et de déglutition du nourrisson alimenté au biberon* [Mémoire d'orthophonie]. Université Toulouse 3 Paul Sabatier.
- Pla, S. (2022). *Élaboration, faisabilité et pré-validation d'un questionnaire d'observation de la tétée au biberon à destination des pédiatres dans le cadre de l'ATU ocytocine pour des nourrissons présentant un syndrome de Prader-Willi* [Mémoire d'orthophonie]. Université Toulouse 3 Paul Sabatier.
- Poumarède, C. (2019). *Validation de la fidélité d'un outil d'évaluation non instrumentale des capacités d'alimentation et de déglutition du nourrisson alimenté au biberon*. [Mémoire d'orthophonie]. Université Toulouse 3 Paul Sabatier.
- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2009). An overview of pediatric dysphagia. *Clinical Pediatrics*, 48(3), 247-251. <https://doi.org/10.1177/0009922808327323>
- Sasegbon, A., & Hamdy, S. (2017). The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology and Motility: The Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 29(11). <https://doi.org/10.1111/nmo.13100>
- Sauvaire-Jourdan, S. (2018). *Séquence de Pierre Robin : Vécu, attentes des parents et connaissances des sages-femmes* [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Aix Marseille Université - École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01957789/document>
- Société Française de Pédiatrie. (2005). *Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>

Stoskopf, C. (2022). *Étude de validité de critère d'une grille d'évaluation du nourrisson lors de la prise alimentaire au biberon* [Mémoire d'orthophonie]. Université Toulouse 3 Paul Sabatier.

Weir, K., McMahon, S., Barry, L., Masters, I. B., & Chang, A. B. (2009). Clinical signs and symptoms of oropharyngeal aspiration and dysphagia in children. *The European Respiratory Journal*, 33(3), 604-611. <https://doi.org/10.1183/09031936.00090308>

Wilson, J. M. G., & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease* (N° 34; Public Health Papers). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>

ANNEXES

Annexe 1 : Intégralité du questionnaire concernant le besoin d'un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez les professionnels de la petite enfance.....	61
Annexe 2 : Mail de recrutement à destination des professionnels ciblés par l'enquête.....	63
Annexe 3 : Dernière version de l'outil d'évaluation de la prise alimentaire au biberon (Leboucher, 2022)	64
Annexe 4 : Outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition élaboré.....	69
Annexe 5 : Intégralité du questionnaire concernant la validation de l'apparence et l'acceptation de l'outil	70
Annexe 6 : Résultats concernant l'expérience et la fréquence du trouble au cours de la pratique clinique des professionnels (critère 1).....	74
Annexe 7 : Résultats concernant la connaissance ou non des signes du trouble chez les professionnels (critère 2).....	74
Annexe 8 : Classification des signes spécifiques cités par les professionnels (critère 2).....	75
Annexe 9 : Classification des signes non spécifiques cités par les professionnels (critère 2).....	76
Annexe 10 : Signes du trouble de la succion-déglutition cités par les professionnels (réponses non traitées).....	77
Annexe 11 : Résultats concernant la connaissance ou non d'outils d'évaluation clinique de la prise au biberon (critère 2)	77
Annexe 12 : Résultats concernant l'utilisation ou non d'outils d'évaluation par les professionnels (critère 2).....	78
Annexe 13 : Résultats concernant l'intérêt pour l'outil de dépistage (critère 2)	78
Annexe 14 : Résultats concernant les décisions thérapeutiques des participants (critère 3)	79
Annexe 15 : Classification des professionnels cités par les participants qui décident d'orienter (critère 3).....	79
Annexe 16 : Résultats concernant l'orientation vers d'autres professionnels (critère 3)	80
Annexe 17 : Remarques qualitatives des participants concernant l'étude et l'outil de dépistage	81

Annexe 1 : Intégralité du questionnaire concernant le besoin d'un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez les professionnels de la petite enfance

FAISABILITÉ ET VALIDATION D'UN OUTIL DE DÉPISTAGE DES TROUBLES DE LA SUCCION-DÉGLUTITION CHEZ LE NOURRISSON

Enquête auprès de professionnels de la petite enfance sur les éventuels besoins d'outil d'évaluation spécifique dépistant les troubles de la succion-déglutition durant la prise alimentaire au biberon chez le nourrisson (0 à 6 mois).

Madame, Monsieur,

Je suis Manon Collas, étudiante en 5e année d'orthophonie au centre de formation de Toulouse. Je vous invite à participer à une étude dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, dirigé par le Dr Fichaux-Bourin (médecin phoniatre) et Mme Bollard (orthophoniste).

L'objet de ce mémoire est de mettre en place un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition par l'observation des capacités d'alimentation et de déglutition du nourrisson au biberon. L'enjeu est de permettre un repérage précoce des nourrissons en difficulté pour prévenir et minimiser les complications nutritionnelles et développementales par la mise en place d'interventions appropriées. Ces difficultés de prise alimentaire peuvent être liées à des atteintes organiques et/ou fonctionnelles des différentes structures anatomiques impliquées durant la séquence succion-déglutition-respiration. Une étude récente a montré qu'ils pouvaient concerner jusqu'à 25% des nourrissons ne présentant aucun trouble ou pathologie associés et 85% des nourrissons avec troubles développementaux associés.

En tant que professionnels de la petite enfance étant amenés à rencontrer des nourrissons dont certains peuvent présenter des difficultés de succion et de prise alimentaire au biberon, vous êtes sollicités pour répondre à ce questionnaire.

L'objectif de ce questionnaire est de recueillir votre expérience et vos pratiques à propos des nourrissons et de ceux présentant des difficultés d'alimentation au biberon. Ainsi serait-il possible de dégager les éventuels besoins d'outil d'évaluation dépistant les troubles de la succion-déglutition.

À la suite de ce 1er questionnaire, vous serez invité.e.s si vous le souhaitez à répondre ultérieurement à un second questionnaire. Celui-ci consistera à recueillir vos avis concernant un outil spécifique créé, en français, pour le dépistage des troubles de la succion-déglutition au biberon afin qu'il réponde au mieux à vos besoins.

Le temps de réponse pour ce questionnaire est estimé à 5 minutes. Les données récoltées* ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude et traitées de manière anonyme (seule une adresse mail vous sera demandée si vous désirez participer à la validation de l'outil de dépistage élaboré dans le second questionnaire). En cliquant sur suivant, vous consentez à répondre à cette étude.

Je vous remercie pour votre contribution.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à me joindre : manon.collas@univ-tlse3.fr

Manon COLLAS

***Traitement de données à caractère personnel**

Votre participation à cette étude nécessite de réaliser un traitement de données à caractère personnel. Ce traitement poursuit une finalité de recherche universitaire et a pour base légale votre consentement, que vous pouvez exprimer via un formulaire de consentement spécifique. La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse.

Vos données sont traitées par l'étudiant porteur de l'étude. Un processus de tri et d'anonymisation sera mis en œuvre afin qu'au terme de l'étude seules les informations anonymisées et d'intérêt scientifique soient conservées pour rédiger le rapport d'étude et évaluer le travail universitaire effectué. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, et de portabilité de vos données ; ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement. L'exercice de vos droits doit être adressé par e-mail au Délégué à la protection des données de l'université à dpo@univ-tlse3.fr

Il vous est également possible de porter toute réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

*** 1- Quelle est votre profession ?**


- Auxiliaire de puériculture exerçant en PMI
- Infirmière puéricultrice exerçant en PMI
- Médecin exerçant en PMI
- Sage-femme exerçant en libéral (ou exercice mixte)
- Sage-femme exerçant en PMI

*** 2- Au cours de votre pratique, avez-vous déjà rencontré ou vous a-t-on fait part de nourrissons présentant des difficultés de prise alimentaire au biberon ?**

- Oui ↓
- Non

↑ * 2 bis- Parmi l'ensemble des nourrissons que vous rencontrez dans votre pratique, à combien estimez-vous la proportion de nourrissons présentant ces difficultés ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre 50 et 75%
- Plus de 75%

* 3- Selon vous, existe-t-il des signes cliniques* qui traduisent des troubles succionnels chez le nourrisson impactant la prise alimentaire au biberon ? 

- Oui 
 Non



↑ * 3 bis- Si oui, lesquels ?

* 4- Plusieurs outils d'évaluation de la succion au biberon chez le nouveau-né et le nourrisson ont été élaborés, à destination des professionnels de la petite enfance et des parents. En connaissez-vous ?


- Oui 
 Non

↑ * 4 bis- Si oui, le ou lesquels ?

* 5- Utilisez-vous certains de ces outils ou d'autres pour vous aider à évaluer les capacités de succion d'un nourrisson présentant des difficultés de prise alimentaire au biberon ?

- J'utilise les outils d'évaluation existants 
 J'utilise ma propre grille d'évaluation 
 Je n'utilise aucun outil

↑ * 5 bis- À quoi vous sert l'outil d'évaluation que vous utilisez (plusieurs réponses possibles) ?

- À repérer les signes cliniques traduisant des difficultés de succion et de déglutition au biberon
 À suivre l'évolution des capacités de l'enfant dans sa prise alimentaire au biberon
 Autre (une précision vous sera demandée à la suite) 



↑ * Pouvez-vous préciser les autres raisons possibles ?

* 6- Seriez-vous intéressé.e par l'utilisation d'un outil spécifique créé, en français, pour le dépistage des troubles de la succion-déglutition impactant la prise alimentaire au biberon ?

- Oui 
 Non

↑ * Merci de renseigner une adresse mail afin de vous faire parvenir cet outil de dépistage ainsi que le second questionnaire qui lui est associé :

* 7- Lorsque vous êtes confronté.e.s à un nourrisson ayant des difficultés de prise alimentaire au biberon, que faites-vous la plupart du temps (plusieurs réponses possibles) ?

- Je propose moi-même une prise en soin et des adaptations en fonction de ce que j'ai observé
 J'oriente vers un autre professionnel pour des examens approfondis et une prise en soin adaptée 
 Autre (une précision vous sera demandée à la suite) 

↑ * Pouvez-vous préciser ce que vous faites d'autre que les raisons évoquées dans la question précédente ?

↑ * 7 bis- Pouvez-vous préciser vers quels professionnels orientez-vous les nourrissons en difficulté de prise alimentaire au biberon ?

Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire. Avez-vous des remarques, questions, suggestions ?

Annexe 2 : Mail de recrutement à destination des professionnels ciblés par l'enquête

Bonjour,

Je suis Manon COLLAS, étudiante en 5e année d'orthophonie à Toulouse.

Je suis actuellement en train de préparer mon mémoire dont l'objet est d'étudier la **mise en place d'un outil spécifique de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez le nourrisson auprès de professionnels du secteur de la petite enfance.**

Pour cela, nous avons besoin de recueillir l'avis des professionnels étant amenés dans leur pratique à rencontrer des nourrissons dont certains peuvent présenter des difficultés de succion et de prise alimentaire au biberon. Parmi ces professionnels, nous avons ciblé les **[liste des professionnels ciblés par l'enquête]** car ils ou elles représentent des acteurs de 1er ordre dans le dépistage de ces troubles par leur place dans le parcours de soin du nourrisson à la sortie de la maternité.

Si les professionnels le souhaitent, ils pourront accéder à cet outil dans un 2e questionnaire afin de donner leur avis sur celui-ci.

Je vous contacte donc pour savoir s'il vous était possible de diffuser ce questionnaire (lien ci-dessous) à l'ensemble des professionnels cités ci-dessus exerçant au sein de votre **[PMI ou département]** afin de recueillir un maximum de réponses ? Et si cela est possible, pourriez-vous me le confirmer en réponse à ce mail ?

Voici le lien qui redirige vers le questionnaire

: <https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/Enquetedepistagesuccionnourrisson>

Le temps de réponse est estimé à **5 minutes**. **Les participants peuvent y répondre jusqu'au [date].**

Toutes les informations relatives au contenu du questionnaire et à la protection des données sont détaillées dans la note d'information au début du questionnaire.

Je vous remercie d'avance pour votre aide et pour le temps que vous prendrez pour lire ce mail et pour répondre à ma requête.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de mes sincères salutations.

Manon COLLAS
Étudiante en 5e année d'orthophonie
manon.collas@univ-tlse3.fr

Annexe 3 : Dernière version de l'outil d'évaluation de la prise alimentaire au biberon (Leboucher, 2022)

Lèvres - L'ouverture des lèvres à l'approche de la tétine est-elle présente, spontanée ? *

- 1 - OUI - Présente, spontanée
- 2 - NON - Provoquée par simple contact de la tétine sur les lèvres : la succion démarre quand la tétine est dans la bouche.
- 3 - NON - Aidée par une sollicitation appuyée de la personne qui nourrit : la succion tarde à démarrer : la tétine est dans la bouche mais la succion ne démarre pas.

Lèvres - La continence des lèvres durant la tétée est-elle maintenue ? - (pendant le train de succion uniquement) *

- 1 - OUI - Maintenue (pas de perte de lait)
- 2 - NON - Non maintenue (écoulement de lait de manière ponctuelle : la continence des lèvres ne tient pas sur la durée)
- 3 - NON - Absente (écoulement de lait en continu sur les 5 premières minutes)

Mandibule/mâchoire. Les mouvements de la mandibule sont-ils adaptés à la succion ? *

Attention à la "tétée souriante" (Palmer) : la mâchoire fait un mouvement vers l'arrière (étirement des commissures) et non vertical comme cela devrait être // ne coter que la qualité du mouvement haut/bas : s'il peut être présent mais non maintenu tout le long, il faut coter positivement.

- 1 - OUI - Mouvements verticaux de la mâchoire adaptés à la succion
- 2 - NON - Mouvements trop amples impactant la continence et l'expression du lait
- 3 - NON - Mouvements très instables, peu marqués, très serrés (inefficaces pour l'expression du lait)

Plancher buccal - Observe-t-on une bonne contraction des muscles du plancher buccal ? *

- 1 - OUI - Bonne contraction des muscles du plancher buccal (contraction suivie d'une dépression sous-mandibulaire)
- 2 - NON - Faible contraction (faible dépression sous mandibulaire)
- 3 - NON - Pas de contraction perceptible du plancher en lien avec des mouvements mandibulaires trop amples

Joues - Les joues sont-elles toniques ? *

- 1 - OUI - Contraction des muscles des joues permettant l'alternance pression/dépression (apparition de fossettes ou impression de net gonflement/dégonflement des joues)
- 2 - NON - Contraction peu marquée ou absente (fossettes peu marquées ou absentes, ou impression d'un très léger gonflement/dégonflement des joues ou absence de mouvement)

Écoulement nasal de lait - Observe-t-on un écoulement nasal de lait ? *

Attention : si ronronnement à l'arrière du nez, alors coter 2

- 1 - NON - Absence de reflux de lait par le nez
- 2 - OUI - Léger reflux nasal (petites pertes visibles ou ronronnement à l'arrière du nez)
- 3 - OUI - Reflux nasal important (pertes bien visibles)

Langue - Observe-t-on une forte rétention de la tétine ? (lors de l'essai de retrait de tétine, à tester dans les premières minutes de tétée) *

REMARQUES : Si le nourrisseur retire le biberon, y a-t-il, en réaction, un mouvement d'aspiration ? // Si le nourrisseur ne tente pas de retirer la tétine, jauger la capacité de l'enfant à retenir la tétine. // Coter positivement si l'enfant a la capacité de retenir la tétine, même si ce n'est pas effectif tout au long de la tétée.

- 1 - OUI - Forte rétention, résistance au retrait de la tétine
- 2 - NON - Faible résistance au retrait de la tétine
- 3 - NON - Aucune résistance au retrait de la tétine
- 4 - Impossibilité de coter cet item

Bruits respiratoires - Entend-on des petits bruits respiratoires libres, sans gêne ?

*

Attention : à corréliser avec la synchronisation déglutition/respiration

- 1 - OUI - Petits bruits respiratoires libres, sans gêne, roucoulement
- 2 - NON - Bruits pharyngés intermittents, apparition d'un stridor ou majoration d'un stridor important
- 3 - NON - Majoration de l'encombrement respiratoire

Capacité à tenir un rythme de succion déglutition pendant 2 min - L'enfant a-t-il la capacité de tenir un rythme supérieur à 10 suctions-déglutitions pour 1 à 2 secondes de pause ? *

Attention : à coter sur les 2 premières minutes! Se concentrer sur la capacité motrice et non sur l'appétence à la tétée.

- 1 - OUI - Supérieur à 10 suctions-déglutitions pour 1 à 2 secondes de pause
- 2 - NON - Inférieur à 10 suctions-déglutitions avec pauses égales
- 3 - NON - Pas de rythme

Synchronisation des temps de la déglutition - Observe-t-on une bonne synchronisation succion-déglutition ? *

- 1 - OUI - Bonne synchronisation succion-déglutition : une à trois succion(s) immédiatement suivie(s) d'une déglutition
- 2 - NON - Désynchronisation succion - déglutition puis retour à une bonne synchronisation (Nombre de succion supérieur à 3 avant déglutition ou délai entre les suctions et la déglutition)
- 3 - NON - Majoration de la désynchronisation succion-déglutition menant à l'arrêt de la tétée. (Nombre de suctions supérieur à 3 avant déglutition, perte de lait, manifestations de retrait)

Synchronisation des temps de la déglutition - Observe-t-on une bonne synchronisation déglutition-respiration ? *

ATTENTION : à corréler avec les bruits respiratoires

- 1 - OUI - Bonne synchronisation déglutition-respiration (une déglutition immédiatement suivie d'une respiration)
- 2 - NON - Désynchronisation de type déglutition-respiration puis récupération après des pauses respiratoires. (Impression de bébé en apnée entre la déglutition et la reprise respiratoire ou Plusieurs déglutitions de suite avant la reprise respiratoire ou Respiration avant déglutition)
- 3 - NON - Désynchronisation déglutition - respiration, sans récupération, menant à l'arrêt de la tétée. (Manifestations de retrait liées à la gêne respiratoire).

Mécanismes d'expulsion (Toux, hémage/raclement, réflexes nauséeux, expiration forcée...) - Les mécanismes d'expulsion sont-ils normaux ? *

- 1 - OUI - Aucun signe apparent de fausse route nécessitant un mécanisme d'expulsion (pas d'encombrements pharyngés, cyanose, malaise,...) OU présence d'un mécanisme d'expulsion justifié, en réponse à une désynchronisation déglutition/respiration ponctuelle.
- 2 - NON - Présence de mécanismes d'expulsion récurrents au cours de l'ensemble de la tétée (Toux, hémage/raclement, réflexes nauséeux, expiration forcée...)
- 3 - NON - Aucun mécanisme d'expulsion malgré des signes de fausse route (Ex : encombrements pharyngés, cyanose, malaise,...)

État d'éveil lors du repas - L'enfant a-t-il une bonne endurance pendant les 2 premières minutes de la tétée ? *

- 1 - OUI - A une bonne endurance sur les 2 premières de la tétée
- 2 - NON - Se fatigue ou semble sur le point de s'endormir
- 3 - NON - Profondément endormi ou au contraire très agité

Comportement d'évitement (repousse le biberon, repousse la tétine avec la langue, recrache volontairement le lait, protège son visage ou sa bouche) - L'enfant manifeste-t-il des comportements d'évitement ? *

- 1 - NON - Pas de comportement d'évitement
- 2 - OUI - Apparition progressive de comportements de refus OU comportements rapidement apaisés par des conduites adaptées de l'adulte qui nourrit.
- 3 - OUI - Évitements continus ou très récurrents sur la durée de la tétée

Contact visuel pendant la prise alimentaire - L'enfant est-il en contact visuel avec l'adulte qui nourrit ? *

Si l'enfant a été capable de regarder sa mère ponctuellement pendant la tétée, le coter "Normal".

- 1 - OUI - Accroche du regard de l'adulte qui nourrit ou exploration de l'environnement
- 2 - NON - Absence de fixation
- 3 - NON - Révulsion

Appréciation globale de la prise alimentaire - L'enfant participe-t-il à la tétée ? *

- 1 - OUI - L'enfant participe
- 2 - NON - L'enfant manifeste une refus actif
- 3 - NON - L'enfant est passif, n'a pas de réaction.

Annexe 4 : Outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition élaboré

Questionnaire de dépistage des troubles de la succion-déglutition au biberon

- 1 L'ouverture des lèvres à l'approche de la tétine est-elle présente, spontanée ?**

Présente, spontanée avec initiation immédiate de la succion **OUI** **NON** Provoquée par simple contact de la tétine sur les lèvres : la succion démarre quand la tétine est dans la bouche (contraint pour le bébé) Source: Dr. L. Pons

Aidée par une sollicitation appuyée de la personne qui nourrit : la succion tarde à démarrer lorsque la tétine est dans la bouche.
- 2 La continence des lèvres durant la tétée est-elle maintenue efficacement ?**

Maintenue, pas de perte de lait **OUI** **NON** Écoulement de lait de manière ponctuelle (non maintenue)

Écoulement de lait en continu (absente)
- 3 Les mouvements de la mandibule sont-ils adaptés à la succion ?**

Ne coter que la qualité du mouvement haut/bas (coter positivement même s'il n'est pas maintenu)

Mouvements verticaux de la mâchoire adaptés à la succion **OUI** **NON** Mouvements trop amples ne permettant pas le maintien de la tétine en bouche et l'expression du lait

Mouvements peu marqués ou absents, très serrés, ne permettant pas l'expression du lait
- 4 L'enfant présente-t-il un rythme de succion régulier durant la tétée ?**

Repérer les moments où le bébé fait des pauses : la pause signe la fin d'un train de suctions-déglutitions
(la référence est de 10 suctions-déglutitions pour 1 à 2 secondes de pause)

Le rythme des trains est régulier et les pauses sont courtes **OUI** **NON** Le rythme est régulier mais les pauses sont aussi longues que les trains de succion

Le rythme est irrégulier
- 5 Observe-t-on une forte rétention de la tétine ?**

Faire un essai de retrait de tétine durant la tétée

Forte rétention, résistance au retrait de la tétine **OUI** **NON** Faible résistance au retrait de la tétine

Aucune résistance au retrait de la tétine
- 6 Le reflux nasal de lait est-il absent ?**

Aucun reflux nasal de lait observé ou perçu **OUI** **NON** Présent par petites pertes visibles OU ronronnement perçu venant de l'arrière du nez (comme si le bébé était enrhumé)

Reflux visible et permanent
- 7 Entend-on des petits bruits respiratoires libres, sans encombrement ?**

Petits bruits perçus sur l'expiration (roucoulement, expiration audible) **OUI** **NON** Bruits d'encombrement respiratoire intermittents, apparition d'un stridor* (**bruit sur l'inspiration*)

Bruits d'encombrement constants, majoration de l'encombrement respiratoire pouvant mener à l'arrêt de la tétée
- 8 La tétée est-elle confortable pour l'enfant sur le plan de la respiration ?**

Aucun signe d'essoufflement ou de toux **OUI** **NON** L'enfant s'essouffle (impression de bébé en apnée)


L'enfant tousse (signe de fausse route)
- 9 L'endurance du bébé est-elle stable sur l'ensemble de la tétée ?**

L'endurance est stable **OUI** **NON** Le bébé se fatigue ou semble sur le point de s'endormir
- 10 L'enfant est-il actif dans sa tétée ? Manifeste-t-il l'envie de téter ?**

L'enfant participe, prend plaisir **OUI** **NON** Apparition intermittente de comportements d'évitement*, apaisés par l'adulte (**repousse le biberon avec sa langue, recraché volontairement le lait, protège son visage ou sa bouche avec ses mains*)

Évitements constants ou très récurrents sur la durée de la tétée
- 11 Le contact visuel est-il maintenu entre l'enfant et l'adulte qui le nourrit ?**

Accroche continue/fréquente du regard de l'adulte qui nourrit ou exploration de l'environnement **OUI** **NON** Absence de fixation



UNIVERSITÉ TOULOUSE III
PAUL SABATIER

Questionnaire élaboré dans le cadre du mémoire d'orthophonie de Manon COLLAS (2023) sous la direction du Dr FICHAUX-BOURIN (médecin ORL) et Mme BOLLARD (orthophoniste).

Annexe 5 : Intégralité du questionnaire concernant la validation de l'apparence et l'acceptation de l'outil

Recueil de l'avis des professionnels de la petite enfance sur l'apparence et l'adoption de l'outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez le nourrisson (0-6 mois) alimenté au biberon

Présentation de l'outil :

Comme présenté dans le mail, l'outil de dépistage est constitué de 11 questions interrogeant la présence ou non de signes pouvant traduire des difficultés de succion-déglutition au biberon.

Les items peuvent s'intéresser aux capacités motrices des différents organes impliqués lors de la tétée au biberon, au déroulement de la séquence de succion-déglutition et au comportement global de l'enfant pour avoir un aperçu de potentielles difficultés alimentaires autres que motrices.

Pour chaque item, vous devez répondre par modalité dichotomique :

- OUI : cela signifie que l'enfant ne présente pas de difficulté en lien avec le mécanisme présenté dans la question ;
- NON : cela signifie que l'enfant présente des difficultés en lien avec le mécanisme présenté dans la question. Si l'enfant est en difficulté, vous pouvez préciser la sévérité des difficultés à partir des situations exemplifiées.

L'objectif de cet outil est de guider les professionnels dans le repérage de signes sensibles traduisant une atteinte des capacités d'alimentation et de déglutition chez le nourrisson alimenté au biberon.

Présentation du questionnaire :

À travers ce questionnaire, nous souhaitons recueillir votre avis concernant l'outil afin qu'il réponde au mieux à vos attentes. Les paramètres que nous souhaitons évaluer sont : la compréhensibilité, la facilité, le format, la modalité de réponse et l'utilité.

Certaines questions s'intéressent à l'outil en général et d'autres concernent chacun des items. Aucune donnée à caractère personnel n'est récoltée pour ce questionnaire.

Le temps de réponse est estimé à 10min. Les données récoltées ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude et traitées de manière anonyme.

En répondant à ce questionnaire, vous consentez à participer à l'étude.

Je vous remercie pour votre contribution.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à me joindre : manon.collas@univ-tlse3.fr

Manon COLLAS

- * Veuillez indiquer le code d'anonymisation qui vous a été fourni dans le mail :

4 character(s) maximum

- * 1- Avez-vous utilisé le questionnaire au moins une fois sur une observation de tétée au biberon ?

- Oui ↓
 Non ↓

Pour chacune des questions qui vont suivre, vous serez invité.e.s à juger la clarté et la simplicité des différents items du questionnaire selon une échelle de 1 à 4.

1 L'ouverture des lèvres à l'approche de la tétine est-elle présente, spontanée ?

Présente, spontanée avec initiation immédiate de la succion OUI ← → NON

Présence par simple contact de la tétine sur les lèvres. La succion démarre quand la tétine est dans la bouche.
Présence de la succion

Absée par une redistribution appuyée de la gencive qui ressort. La succion tarde à démarrer lorsque la tétine est dans la bouche.
Absence de la succion

- * 2- Pour l'item 1, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

- 1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

- * 3- Pour l'item 1, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

- 1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

2 La continence des lèvres durant la tétée est-elle maintenue efficacement ?

Maintenue, pas de perte de lait OUI ← → NON

Écoulement de lait de manière ponctuelle (non maintenu)
Écoulement de lait en continu (absente)

- * 4- Pour l'item 2, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

- 1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

- * 5- Pour l'item 2, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

- 1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile


3 **Les mouvements de la mandibule sont-ils adaptés à la succion ?**
Ne coter que la qualité du mouvement haut/bas (coter positivement même s'il n'est pas maintenu)

Mouvements verticaux de la mâchoire adaptés à la succion OUI  NON Mouvements trop amples ne permettant pas le maintien de la tétine en bouche et l'expression du lait
 Mouvements peu marqués ou absents, très serrés, ne permettant pas l'expression du lait

* 6- Pour l'item 3, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :
 1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 7- Pour l'item 3, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :
 1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

4 **L'enfant présente-t-il un rythme de succion régulier durant la tétée ?**
Repérer les moments où le bébé fait des pauses : la pause signe la fin d'un train de suctions-déglutitions
(la référence est de 10 suctions/déglutitions pour 1 à 2 secondes de pause)

Le rythme des trains est régulier et les pauses sont courtes OUI  NON Le rythme est régulier mais les pauses sont aussi longues que les trains de succion
 Le rythme est irrégulier

* 8- Pour l'item 4, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :
 1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 9- Pour l'item 4, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :
 1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

5 **Observe-t-on une forte rétention de la tétine ?**
Faire un essai de retrait de tétine durant la tétée

Fortes rétentions, résistance au retrait de la tétine OUI  NON Faible résistance au retrait de la tétine
 Aucune résistance au retrait de la tétine

* 10- Pour l'item 5, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :
 1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 11- Pour l'item 5, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :
 1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

6 **Le reflux nasal de lait est-il absent ?**

Aucun reflux nasal de lait observé ou perçu OUI  NON Présence par petites gouttes visibles (ou inconsciemment perçues) venant de l'arrière du nez (comme si le bébé était enrhumé)
 Reflux visible et permanent

* 12- Pour l'item 6, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :
 1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 13- Pour l'item 6, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :
 1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

7 **Entend-on des petits bruits respiratoires libres, sans encombrement ?**

Petits bruits perçus sur l'expiration (roucoulement, expiration audible) **OUI** **NON**

Bruits d'encombrement respiratoire intermittents, apparition d'un "accroche" (forcé sur l'expiration)
Bruits d'encombrement constants, majoration de l'encombrement respiratoire pouvant mener à l'arrêt de la tétée.

* 14- Pour l'item 7, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 15- Pour l'item 7, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

8 **La tétée est-elle confortable pour l'enfant sur le plan de la respiration ?**

Aucun signe d'essoufflement ou de toux **OUI** **NON**

L'enfant s'essouffle (impression de bébé en apnée)
L'enfant tousse (signe de fausse route)

* 16- Pour l'item 8, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 17- Pour l'item 8, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

9 **L'endurance du bébé est-elle stable sur l'ensemble de la tétée ?**

L'endurance est stable **OUI** **NON**

Le bébé se fatigue ou semble sur le point de s'endormir

* 18- Pour l'item 9, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 19- Pour l'item 9, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

10 **L'enfant est-il actif dans sa tétée ? Manifeste-t-il l'envie de téter ?**

L'enfant participe, prend plaisir **OUI** **NON**

Apparition intermittente de comportements d'évitement, apaisés par l'adulte (ressouffle le biberon avec sa langue, recule, volontairement le lait, protège son visage ou se bouche avec les mains)
Extremement constants ou très récurrents sur la durée de la tétée.

* 20- Pour l'item 10, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 21- Pour l'item 10, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

11 **Le contact visuel est-il maintenu entre l'enfant et l'adulte qui le nourrit ?**

Accroche continue/fréquente du regard de l'adulte qui nourrit ou exploration de l'environnement **OUI** **NON**

Absence de fixation

* 22- Pour l'item 11, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît compréhensible dans sa formulation :

1 : Pas du tout compréhensible 2 : Peu compréhensible 3 : Plutôt compréhensible 4 : Tout à fait compréhensible

* 23- Pour l'item 11, pouvez-vous indiquer s'il vous paraît facile à coter :

1 : Pas du tout facile 2 : Peu facile 3 : Plutôt facile 4 : Tout à fait facile

* 24- De manière générale, trouvez-vous le format du questionnaire sur une page adapté pour observer et évaluer en même temps la prise au biberon du nourrisson ?

- 1 : Pas du tout adapté 2 : Peu adapté 3 : Plutôt adapté 4 : Tout à fait adapté

* 25- De manière générale, trouvez-vous que la modalité de réponse dichotomique (OUI/NON) est pertinente ?

- 1 : Pas du tout pertinente 2 : Peu pertinente 3 : Plutôt pertinente 4 : Tout à fait pertinente

↑ * 26- Pensez-vous que le questionnaire vous permettrait de mieux évaluer les capacités de déglutition du nourrisson au biberon ?

- 1 : Pas du tout d'accord 2 : Peu d'accord 3 : Plutôt d'accord 4 : Tout à fait d'accord

↑ * 26- Pensez-vous que le questionnaire vous permet de mieux évaluer les capacités de déglutition du nourrisson au biberon ?

- 1 : Pas du tout d'accord 2 : Peu d'accord 3 : Plutôt d'accord 4 : Tout à fait d'accord

↑ * 27- Trouvez-vous que le questionnaire est facile à utiliser au cours de votre pratique clinique et durant l'observation d'une tétée au biberon ?

- 1 : Pas du tout d'accord 2 : Peu d'accord 3 : Plutôt d'accord 4 : Tout à fait d'accord

Avez-vous des remarques et/ou suggestions concernant l'outil de dépistage ?

Annexe 6 : Résultats concernant l'expérience et la fréquence du trouble au cours de la pratique clinique des professionnels (critère 1)

EXPÉRIENCE ET FRÉQUENCE :	Infirmier.ère de puériculture exerçant en PMI		Médecin exerçant en PMI		Sage-femme exerçant en libéral (ou exercice mixte)		Sage-femme exerçant en PMI		Total général au sein de l'échantillon	
NON	2	5,1%	0		1	9,1%	1	20%	4	5,9%
OUI	37	94,9%	13	100%	10	90,9%	4	80%	64	94,1%
Moins de 25%	35	89,7%	12	92,3%	10	90,9%	4	80%	61	89,7%
Entre 25 et 50%	2	5,1%	1	7,7%	0		0		3	4,4%

Tableau récapitulatif de l'expérience et de la fréquence d'apparition du trouble de la succion-déglutition dans la pratique clinique selon les professions et au sein de l'échantillon

Annexe 7 : Résultats concernant la connaissance ou non des signes du trouble chez les professionnels (critère 2)

Profession :	Non		Oui	
Infirmier.ère de puériculture exerçant en PMI	1	2,6%	38	97,4%
Médecin exerçant en PMI	1	7,7%	12	92,3%
Sage-femme exerçant en PMI	1	20%	4	80%
Sage-femme ayant un exercice en libéral	2	18,2%	9	81,8%
Total général	5	7,4%	63	92,6%

Tableau récapitulatif de la connaissance ou non des signes du trouble exprimée chez les professionnels interrogés

Signes rapportés :	Infirmier.ère de puériculture exerçant en PMI (n=38)		Médecin exerçant en PMI (n=12)		Sage-femme ayant un exercice en libéral (n=9)		Sage-femme exerçant en PMI (n=4)		Total général (n=63)	
Signes d'orientation étiologique										
Contexte médical et familial	3	7,9%	0		0		0		3	4,8%
Composante sensorielle	2	5,3%	0		0		0		2	3,2%
Contexte d'hypo ou hypertonicité	3	7,9%	2	16,7%	1	11,1%	0		6	9,5%
Malformations OMF	11	28,9%	8	66,7%	6	66,7%	0		25	39,7%
Signes de répercussion du trouble										
Retentissement alimentaire (difficulté et adaptation)	5	13,2%	1	8,3%	0		0		6	9,5%
État de santé	2	5,3%	0		0		0		2	3,2%
Stagnation ou perte pondérale	12	31,6%	3	25%	2	22,2%	2	50%	19	30,2%
Signes spécifiques										
Qualité de préhension de la tétine	18	47,4%	4	33,3%	3	33,3%	0		25	39,7%
Stabilité mandibulaire	5	13,2%	0		1	11,1%	2	50%	8	12,7%
Qualité de succion-expression	4	10,5%	2	16,7%	2	22,2%	1	25%	9	14,3%
Étanchéité labiale	6	15,8%	2	16,7%	0		3	75%	11	17,5%
Reflux nasal	0		0		1	11,1%	0		1	1,6%
Synchronisation succion-déglutition	4	10,5%	2	16,7%	0		0		6	9,5%
Fausse route	4	10,5%	3	25%	1	11,1%	1	25%	9	14,3%
Mécanismes d'expulsion	3	7,9%	0		0		1	25%	4	6,3%
Signes respiratoires	2	5,3%	1	8,3%	0		0		3	4,8%
Manifestations digestives	4	10,5%	2	16,7%	1	11,1%	1	25%	8	12,7%
Tétée inconfortable	19	50%	1	8,3%	3	33,3%	0		23	36,5%
Manque d'endurance	10	26,3%	0		0		0		10	15,9%
Durée de biberon anormale	0		3	25%	0		0		3	4,8%

Tableau récapitulatif du nombre de fois qu'un signe est rapporté et le % des professionnels le citant selon la profession et l'échantillon

Annexe 8 : Classification des signes spécifiques cités par les professionnels (critère 2)

SIGNES SPÉCIFIQUES du trouble de la succion-déglutition et aux atteintes des mécanismes en jeu												
Qualité de préhension de la tétine	Stabilité mandibulaire	Qualité de succion-expression	Étanchéité labiale	Reflux nasal	Synchronisation succion-déglutition	Fausse routes	Mécanismes d'expulsion	Signes respiratoires	Manifestations digestives	Tête inconfortable	Manque d'endurance	Durée de biberon anormale
Mise en bouche différente	Claquement de la langue	Succion hypotonique	Fuite par commissures	Jetage nasal	Observé si déglutit	Fausse routes	Nausées, vomissements	Signes respiratoires récidivants	Réglutitions	Signes de retrait	Fatigue	Durée des prises alimentaires
Mauvaise adhésion à la tétine	Machonnement	Insuffisance de prise en quantité	Écoulement latéral de lait		Difficile à têter en harmonie	Toux	Réflexe nauséux important	Signes respiratoires récidivants	Réglutitions	Agité et pleurs	Fatigue	Prise très lente
Détachement et mauvais positionnement de la langue	Essai d'observer le mouvement de la mâchoire lors de la tétée	Mouvements de succion non efficaces	Écoulement de lait le long de la tétine hors de la bouche		Difficulté à déglutir le lait aspire	Fausse route	Réflexe nauséux	Respiration	Troubles digestifs	Inconfort	Doit faire des pauses trop souvent pendant la prise	Prise longue
Lèvre rentrée vers l'intérieur	Bébé qui machoille	Quantités insuffisantes	Fuite de lait de sa bouche		Absence de déglutition	Enfant qui s'étouffe	Réflexe nauséux		Réglutitions	Pleurs	Fatigue	
Obsève bouche bien fermée autour du bibi	Absorption d'air majeure	Tête peu efficace	Écoulement de lait hors de la bouche		Difficile coordonner succion efficace et déglutition	FR pendant la prise alimentaire			Réglutitions	Comportement du bébé (pleurs, hyper-excitation, tensions)	Pauses fréquentes	
Mauvais positionnement de la langue	Bruit à la succion	Pas de bruit de succion	Mauvaise occlusion bouche/tétine		Difficulté de succion et de déglutition	Fausse route			Réglutitions instantanées	Pleurs d'inconfort	Pauses nombreuses	
Mauvaise ouverture bouche	Claquement langue	Présence d'un bon réflexe de succion	Perte de lait			Toux			Troubles digestifs	Réfus du bibi	Plusieurs pauses	
Diff à bien prendre la tétine	Claquement de langue	Joues creusées	Lait sort de la bouche			Fausse route			RGO	Faciles	Sépuise	
Impossible de garder la sucette		Difficulté de succion et de déglutition	Fuite de lait			Fausse route				Agitation	Fatigue	
Langue qui repousse tétine			Fuite lait							Agitation	Beaucoup de pauses	
Position langue et lèvres			Enfant qui recherche le lait tout en tétant							Bébé « grognon », pas à l'aise		
Bouche non fermée sur la tétine										Réfus, agitation, pleurs		
Diff de prise de la tétine dans la bouche										Gémissements		
Bouche « pas assez ouverte »										Bébé agacé		
Langue mal positionnée										Réfus de têter		
Mauvais positionnement des lèvres										Réfus du bibi		
Bouche pas suffisamment ouverte										Pleurs		
Défilé d'enroulement de la langue										Pleurs		
Lèvres mal positionnées										Pleurs		
Positionnement de la langue										Recul tête en arrière		
Mauvaise prise de la tétine										Posture langue tête en arrière		
Langue au palais à l'approche de la tétine										Torticollis		
Langue au palais										Positionnement tête en arrière		
Mauvaise position de la langue												
Cloque sur lèvre												

Tableau récapitulatif des signes spécifiques du trouble de la succion-déglutition rapportés par les professionnels

Annexe 9 : Classification des signes non spécifiques cités par les professionnels (critère 2)

SIGNES NON SPÉCIFIQUES apparentés aux causes et conséquences d'un trouble de la succion-déglutition au biberon				SIGNES DE RÉPERCUSSION DU TROUBLE		
SIGNES D'ORIENTATION ÉTIOLOGIQUE DU TROUBLE				Retentissement alimentaire (difficultés et adaptations)	Retentissement sur l'état de santé	Stagnation/Perte pondérale
Contexte médical et familial	Composante sensorielle	Hypo/Hypertonie	Malformations OMF			
Pathologies	Nourrison qui n'explore pas la sphère ORL	Hypo/hypertonie axiale	Frein de langue	Difficultés d'alimentation	Bronchite	Mauvaise prise de poids
Contexte familial défavorable	Réflexe nauséux lors l'introduction d'une tétine dans la bouche	Hypotonie buccale	Frein de langue	Mauvaise prise des biberons	Problèmes respiratoires	Prise de poids insuffisante
Histoire de grossesse ou de naissance compliquée		Tensions ligamentaires niveau mandibule inférieure (suite d'accouchement)	Malformation sphère buccale	Difficultés lors de la prise alimentaire		Mauvaise prise pondérale
		Hypotonie linguale, en permanence à l'extérieur de la cavité buccale	Frein de langue court	Difficultés alimentaires		Prise de poids insuffisante
		Tonicité linguale	Malformation	Lait épais		Faible prise de poids
		Hypo/hyper dans contexte médical (pématurité, trisomie 21)	Macroglossie	Rythme et quantité si adaptée		Mauvaise prise de poids
			Obstruction nasale			Mauvaise prise pondérale
			Macroglossie			Mauvaise prise de poids
			Frein de langue trop court			Stagnation de la courbe pondérale
			Frein de langue			Problème prise de poids
			Rétrognathie			Mauvaise prise de poids
			Fiens			Prise de poids faible
			Frein de langue			Prise de poids insuffisante
			Rétrognathie			Mauvaise prise de poids
			Frein de langue			Prise pondérale faible
			Frein de langue			Mauvaise prise de poids
			Frein de langue trop court			Repercussion sur prise de poids
			Frein de langue serré			Perte poids
			Malformations			Prise de poids insuffisante
			Pathologie (tente, macroglossie)			
			Frein de langue			
			Langue avec frein court, en forme de cœur			
			Fente palatine			
			Macroglossie			
			Frein buccal et/ou linguale			

Tableau récapitulatif des signes non spécifiques (facteurs et répercussions) du trouble de la succion-déglutition rapportés par les professionnels

Annexe 10 : Signes du trouble de la succion-déglutition cités par les professionnels (réponses non traitées)

RÉPONSES IMPRÉCISES
Bruit particulier
Bruit lors de la tétée
Bruits de succion anormaux
Bruits
Bruits à la déglutition
Bruit

Tableau répertoriant les réponses des participants rejetées pour le recueil des signes du trouble connus

Annexe 11 : Résultats concernant la connaissance ou non d'outils d'évaluation clinique de la prise au biberon (critère 2)

PROFESSION :	NON		OUI	
Infirmier.ère de puériculture exerçant en PMI	37	94,9%	2	5,1%
Médecin exerçant en PMI	13	100%	0	
Sage-femme exerçant en libéral (ou exercice mixte)	11	100%	0	
Sage-femme exerçant en PMI	5	100%	0	
Total général au sein de l'échantillon	66	97,1%	2	2,9%

Tableau récapitulatif de la connaissance d'outil d'évaluation exprimée chez les professionnels selon la profession et au sein de l'échantillon

Participant	Précision de l'outil connu
1	« Je suis IBCLC, je suis donc formée à l'évaluation digitale de la succion »
2	« inspirée doc orthophoniste et osteo »

Tableau précisant l'identité de l'outil chez les professionnels connaissant des outils d'évaluation

Annexe 12 : Résultats concernant l'utilisation ou non d'outils d'évaluation par les professionnels (critère 2)

UTILISATION ET PRÉCISION DE L'USAGE DE L'OUTIL	Infirmier.ère de puériculture exerçant en PMI		Médecin exerçant en PMI		Sage-femme exerçant en libéral (ou exercice mixte)		Sage-femme exerçant en PMI		Total général au sein de l'échantillon	
J'utilise les outils d'évaluation existants	1	2,6%	0		0		0		1	1,5%
<i>Suivre l'évolution des capacités alimentaires de l'enfant</i>	1	2,6%							1	1,5%
J'utilise ma propre grille d'évaluation	3	7,7%	0		1	9,1%	0		4	5,9%
<i>Repérer les signes cliniques de difficultés de succion-déglutition</i>	1	2,6%			1	9,1%			2	2,9%
<i>Repérer les signes cliniques et suivre l'évolution des capacités alimentaires de l'enfant</i>	2	5,1%							2	2,9%
Je n'utilise aucun outil	35	89,7%	13	100%	10	90,9%	5	100%	63	92,6%

Tableau récapitulatif de l'utilisation exprimée d'un outil et de la précision de l'usage de celui-ci selon la profession et au sein de l'échantillon

Participant	Type d'outil utilisé	Précision de l'usage	Autre
1	Utilise ma propre grille d'évaluation	Repérer les signes cliniques traduisant des difficultés de succion-déglutition au biberon	
2	Utilise ma propre grille d'évaluation	Repérer les signes cliniques traduisant des difficultés de succion-déglutition au biberon	
3	Utilise les outils d'évaluation existants	Suivre l'évolution des capacités alimentaires de l'enfant	Évaluer la succion au sein et son efficacité
4	Utilise ma propre grille d'évaluation	Repérer les signes cliniques et suivre l'évolution des capacités alimentaires de l'enfant	
5	Utilise ma propre grille d'évaluation	Repérer les signes cliniques et suivre l'évolution des capacités alimentaires de l'enfant	

Tableau précisant le type d'outil utilisé et l'usage de celui-ci chez les professionnels utilisant un outil d'évaluation dans leur pratique clinique

Annexe 13 : Résultats concernant l'intérêt pour l'outil de dépistage (critère 2)

PROFESSION :	NON		OUI	
Infirmier.ère de puériculture exerçant en PMI	1	2,6 %	38	97,4 %
Médecin exerçant en PMI	0		13	100 %
Sage-femme exerçant en libéral (ou mixte)	0		11	100 %
Sage-femme exerçant en PMI	0		5	100 %
Total général au sein de l'échantillon	1	1,5 %	67	98,5 %

Tableau récapitulatif de l'intérêt ou non pour l'outil de dépistage chez les professionnels de l'étude

Annexe 14 : Résultats concernant les décisions thérapeutiques des participants (critère 3)

Décisions prises :	Infirmier.ère de puériculture exerçant en PMI (n=38)		Médecin exerçant en PMI (n=13)		Sage-femme exerçant en libéral (ou exercice mixte) (n=11)		Sage-femme exerçant en PMI (n=5)		Total échantillon global (n=67)	
Je propose moi-même une prise en soin et des adaptations en fonction de ce que j'ai observé	2	5,3%	4	30,8%	1	9,1%	1	20%	8	11,9%
J'oriente vers un autre professionnel pour des examens approfondis et une prise en soin adaptée	20	52,6%	6	46,2%	9	81,8%	1	20%	36	53,7%
Je peux moi-même proposer une prise en soin et orienter vers d'autres professionnels	16	42,1%	3	23,1%	1	9,1%	3	60%	23	34,3%
Autre (une précision vous sera demandée à la suite)	1*								1*	

*Le participant n'a pas été inclus dans la conversion des valeurs en % car cette personne n'a pas déclaré de décisions thérapeutiques étant donné qu'il n'a jamais rencontré de nourrisson présentant des difficultés de tétée au biberon

Tableau récapitulatif des différentes décisions thérapeutiques prises par les professionnels selon leur profession et au sein de l'échantillon

Annexe 15 : Classification des professionnels cités par les participants qui décident d'orienter (critère 3)

Pédiatre	ORL	Médecin référent	Ostéopathe	Chiropracteur	Orthophoniste	Kiné	Puer	Autre
Pédiatre de l'hôpital	ORL pédiatrique	Médecin PMI	Ostéopathe	Chiropracteur pédiatrique	Orthophoniste spécialisé dans les troubles de l'oralité	Orientation kiné si le problème est important	Puéricultrice	Conseillère en lactation certifiée ICBLC
Pédiatre	ORL	Médecin ttt	Ostéopathe pédiatrique	Chiropracteur	Orthophoniste	kinésithérapeute	Puéricultrice	psychologue
Pédiatre sensibilisé aux troubles de l'oralité	ORL	Médecin traitant	Ostéopathe en priorité*	Chiropracteur	Orthophoniste	Kiné spécialisé	Puéricultrice de PMI	Stomatologue
Pédiatre	ORL	Médecin traitant	Ostéopathe**		Orthophoniste		Puéricultrice de PMI	
pédiatre	Bilan ORL	Médecin	Ostéopathe		Orthophoniste		Puer PMI	
Pédiatre	ORL	Médecin	Ostéopathe		Orthophonistes			
Pédiatre	Pédiatre ORL en 1 ^{er} intention	Médecin de PMI	Ostéopathe		Orthophoniste			
Pédiatre	ORL	Médecin PMI	Ostéopathe		Orthophoniste			
Pédiatre	ORL	Médecin	Ostéopathe		Orthophoniste			
Pédiatre	ORL	Médecin	Ostéo		Orthophoniste			
Pédiatre en 1 ^{er} lieu	ORL	Médecin de famille	Ostéo		Orthophoniste			
Pédiatre	Chirurgien ORL	Médecin	Ostéo		Orthophonistes formées aux tbs de la déglutition			
Pédiatre		Médecin PMI	Ostéopathe		Orthophoniste si gros trouble et retentissement staturopondéral			
Pédiatre		Pédiatre de PMI	Ostéopathe		Orthophoniste			
Pédiatre		Médecin PMI 1 ^{er} lieu	Ostéopathe		Orthophoniste			
Pédiatre		Médecin	Ostéopathe		+/- orthophoniste			
Pédiatre		Médecin traitant			Orthophoniste			
Pédiatre		Médecin qui suit cet enfant			Orthophoniste			
Pédiatre					Orthophoniste			
Pédiatre					Orthophoniste spécialisée dans le tb alimentaire			
Pédiatre					Orthophoniste			
Pédiatre					Orthophoniste			
Pédiatre					Orthophoniste			
					Orthophoniste oralité			
					Orthophoniste spécialisé			
					Orthophoniste			
					Orthophoniste			

*Ostéopathe en priorité au vu du délai d'attente pour un orthophoniste

**prise en charge trop longue chez l'orthophoniste

Autre remarque : Dans l'idéal j'aimerais orthophoniste mais personne ne propose de PEC nouveau-né sur notre secteur

Annexe 16 : Résultats concernant l'orientation vers d'autres professionnels (critère 3)

Profession citée :	Infirmier.ère exerçant en PMI		Médecin exerçant en PMI		Sage-femme exerçant en libéral		Sage-femme exerçant en PMI		Total général	
Chiropracteur	3	8,3%	0		0		0		3	5,1%
Conseillère en lactation	1	2,8%	0		0		0		1	1,7%
Kinésithérapeute	2	5,6%	1	11,1%	0		0		3	5,1%
Médecin référent	15	41,7%	0		2	20%	1	25%	18	30,5%
ORL	8	22,2%	3	33,3%	0		1	25%	12	20,3%
Orthophoniste	20	55,6%	6	66,7%	0		1	25%	27	45,8%
Ostéopathe	11	30,6%	0		4	40%	1	25%	16	27,1%
Pédiatre	17	47,2%	2	22,2%	4	40%	0		23	39%
Psychologue	1	2,8%	0		0		0		1	1,7%
Puériculteur.rice	0		0		2	20%	3	75%	5	8,5%
Stomatologue	0		1	11,1%	0		0		1	1,7%

Tableau répertoriant les professionnels vers qui orientent les participants de l'étude selon la profession et l'échantillon global

Annexe 17 : Remarques qualitatives des participants concernant l'étude et l'outil de dépistage

Appréciations des participants	<ul style="list-style-type: none"> - Très intéressant! Bravo - Étant jeune diplômée, en exercice depuis un peu plus d'1 an, je n'ai pas encore rencontré de nourrisson avec ce type de difficulté. Le manque d'expérience fait que je suis très intéressée pour avoir un outil simple d'utilisation (et de transport, notamment pour les visites à domicile). Merci à vous !
Besoin d'outils/informations supplémentaires concernant la problématique	<ul style="list-style-type: none"> - Il serait intéressant pour notre pratique au quotidien de pouvoir accéder à des contenus concernant les troubles de la déglutition. - je suis preneuse de toutes les informations qui pourrait m'aider à accompagner les familles ayant des nourrissons en difficulté pour les prises alimentaires au biberon - Pas trop de cas mais intéressée par le retour car certainement des choses à apprendre
Demande d'outils pour la prise au sein	<ul style="list-style-type: none"> - c'est un peu bizarre de répondre pour le biberon et pas pour le sein - pourquoi ne pas s'intéresser aussi aux bb au sein? - pourquoi seulement les nourrissons nourris au biberons et non ceux nourris au sein ??? - les troubles de la succion n'impacte pas que les bébés aux biberons, mais aussi les bébés allaités

Tableau recensant les remarques qualitatives des participants concernant l'étude à la suite du 1^e questionnaire

Format	<ul style="list-style-type: none"> - format A3 peu adapté - à remplir dans un second temps
Formulation des items	<ul style="list-style-type: none"> - item 6 à formuler à l'inverse: le reflux est présent?
Modalités de réponse	<ul style="list-style-type: none"> - le format en questions fermées empêche peut-être la possibilité de graduer les troubles / difficultés - pour certaines questions comme la respiration, le confort, le contact visuel il me semblerait plus juste de noter type sur une échelle de 1 à 10 par exemple, puisque certaines tétées son longue, il y aura une partie avec contact visuel puis non, idem pour le confort...
Ajout d'items/d'exemples	<ul style="list-style-type: none"> - quel moment de la tétée doit-on observer (début, milieu, fin)? - Pour des bébés immatures j'ai déjà observé également des malaises : pâleur extrême, cyanose péri buccale ; je ne sais pas si ça peut être un item ou si c'est le résultat de l'item 8 et/ou 9. - Il n'y a pas de question concernant le bon placement de la langue, j'ai observé fréquemment l'ouverture de la bouche mais la langue reste au palais bien hermétique et l'enfant amorce même des mouvements de suctions ce qui entraîne une perte de lait car la tétine est sous la langue.
Appréciation de l'outil	<ul style="list-style-type: none"> - Outil facilitant l'observation de la prise du biberon mais à remplir dans un second temps après la consultation - Je vous remercie pour ce travail tout à fait pertinent - Questionnaire très intéressant et facile d'utilisation. Félicitations
Professionnels à cibler	<ul style="list-style-type: none"> - en tant que sage femme libérale il est rare de voir un bébé têter au biberon lors de nos visites à domicile, en milieu hospitalier c'est bien plus réalisable

Tableau recensant les remarques qualitatives des participants concernant l'outil à la suite du 2^e questionnaire

TITRE : Faisabilité et validation d'un outil de dépistage des troubles de la succion-déglutition chez le nourrisson (0 à 6 mois) : enquête auprès de professionnels de la petite enfance.

RÉSUMÉ :

Depuis plusieurs années, l'incidence du trouble de la succion-déglutition ne cesse d'augmenter chez les nourrissons. Il est alors nécessaire de savoir les repérer au plus tôt afin d'en limiter les répercussions majeures sur le développement et l'état de santé des nourrissons par l'intermédiaire d'une action de dépistage.

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de rendre disponible un outil pour le dépistage systématique des troubles de la succion-déglutition chez les nourrissons de 0 à 6 mois alimentés au biberon. Cet outil, adapté de celui élaboré par Morgane Péron (2018), se veut à destination des professionnels de la petite enfance de par leur place dans le suivi des nourrissons.

Dans cette étude, médecins, puériculteurs, auxiliaires de puériculture et sages-femmes ont été interrogés sur leurs connaissances et pratiques à propos du trouble de la succion-déglutition dans le but d'évaluer l'importance de la mise en place d'une telle action de dépistage auprès d'eux. Par la suite, les professionnels ont été sollicités pour donner leurs avis concernant l'outil pour s'assurer qu'il réponde à leurs attentes et prédire son acceptation dans la pratique clinique.

Les principaux résultats montrent que les professionnels ont une connaissance variée des signes du trouble de la succion-déglutition, voire faible pour certains ou imprécise. De plus, ils expriment un grand intérêt pour avoir un outil de dépistage à disposition. L'outil, validé en partie et bien accepté par les professionnels, leur permettra d'être informés des signes spécifiques du trouble à savoir repérer.

De futurs travaux seront nécessaires afin de poursuivre la validation de l'outil de dépistage et définir un protocole de prise en charge pour réunir l'ensemble des paramètres nécessaires à la mise en place d'un dépistage systématique des troubles de la succion-déglutition chez le nourrisson.

MOTS-CLÉS : dépistage – nourrissons – allaitement au biberon – professionnels de la petite enfance – difficultés alimentaires

TITLE : Feasibility and validation of a screening test for sucking and swallowing disorders in infants (0 to 6 months) : a survey of early childhood professionals.

ABSTRACT :

For several years now, the incidence of sucking and swallowing disorders in infants has been rising steadily. It is therefore essential to identify them as early as possible, in order to limit the repercussions on the development and state of health of infants through screening.

It is in this context that we have decided to make available a tool for the systematic screening of sucking and swallowing disorders in bottle-fed infants aged 0 to 6 months. This tool, adapted from the one developed by Morgane Péron (2018), is aimed at early childhood professionals, given their role in monitoring infants.

In this study, doctors, nursery nurses, nursery auxiliaries and midwives were questioned about their knowledge and practices concerning sucking and swallowing disorders, with the aim of assessing the importance of implementing such a screening action among them. Professionals were then asked to give their opinions on the tool, to ensure that it met their expectations and to predict its acceptance in clinical practice.

The main results show that professionals have varying degrees of knowledge of the signs of sucking and swallowing disorders, some of which are poor or imprecise. Moreover, they expressed great interest in having a screening tool at their disposal. The tool, partly validated and well accepted by professionals, will enable them to be informed of the specific signs of the disorder to be spotted.

Future work will be needed to further validate the screening tool and define a management protocol to bring together all the parameters required for systematic screening of sucking and swallowing disorders in infants.

KEYWORDS : screening – infants – bottle-feeding – childhood professionals – feeding difficulties