

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

ÉCOLE DE SAGES – FEMMES

ANNÉE 2013

LA FRÉNOTOMIE : CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES

SAGES-FEMMES DU LIMOUSIN

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Présenté et soutenu publiquement

le 16 Mai 2013

par

Marie CHALARD

née le 8 mars 1987, à Limoges

M. FOURGEAUDGuidant du mémoire
Mme PAUZETMaître de mémoire

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

ÉCOLE DE SAGES – FEMMES

ANNÉE 2013

LA FRÉNOTOMIE : CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES

SAGES-FEMMES DU LIMOUSIN

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Présenté et soutenu publiquement

le 16 Mai 2013

par

Marie CHALARD

née le 8 mars 1987, à Limoges

M. FOURGEAUDGuidant du mémoire
Mme PAUZETMaître de mémoire

REMERCIEMENTS

Je remercie ...

Mon maître de mémoire, Madame Marie-Pierre PAUZET, sage-femme à l'HME, pour avoir guidé ma réflexion.

Mon enseignant référent, Monsieur Vincent FOURGEAUD, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et ses relectures attentives.

Les cadres sages-femmes pour avoir facilité la distribution des questionnaires.

Toutes les sages-femmes ayant participé à cette étude.

Je remercie ...

Ma famille, pour leur présence et leur soutien.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : ARGUMENTAIRE

1. L'ANATOMIE DE LA LANGUE

1.1 LA CONFIGURATION EXTÉRIEURE

1.2 LA CONSTITUTION

2. À PROPOS DE L'ANKYLOGLOSSIE

2.1 LES DÉFINITIONS

2.2 L'ÉTIOLOGIE

2.3 LES CONSÉQUENCES

2.4 LES DIFFÉRENTES PRISES EN CHARGE DE L'ANKYLOGLOSSIE

2.5 LES COMPLICATIONS DE LA FRÉNOTOMIE

3. LA SAGE-FEMME ET LA FRÉNOTOMIE

3.1 LA FRÉNOTOMIE À LA MATERNITÉ DE L'HME DE LIMOGES

3.2 LA NOTION DE COMPÉTENCE

DEUXIÈME PARTIE : PROTOCOLE

1. LA JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1.1 LE CONSTAT

1.2 LA PROBLÉMATIQUE

1.3 LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2. LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

2.1 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

2.2 LES HYPOTHÈSES

2.3 LE CRITÈRE PRINCIPAL DE JUGEMENT

3. LE SCHÉMA D'ÉTUDE

- 3.1 LE TYPE D'ÉTUDE
- 3.2 LA SÉLECTION DES SUJETS
- 3.3 LES MODALITÉS DE L'ÉTUDE
- 3.4 LES VARIABLES ÉTUDIÉES
- 3.5 LE RECRUTEMENT DES SUJETS

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

1. RÉPARTITION DE LA POPULATION

- 1.1 ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT
- 1.2 DURÉE D'EXERCICE
- 1.3 LIEU DE FORMATION
- 1.4 MODE D'EXERCICE
- 1.5 LIEU D'EXERCICE

2. LES TAUX DE RETOUR

- 2.1 LES SAGES-FEMMES EN MATERNITÉ
- 2.2 LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES
- 2.3 LES SAGES-FEMMES DE PMI

3. RÉPONSES AUX QUESTIONS

- 3.1 CONNAISSANCES THÉORIQUES
- 3.2 FORMATION THÉORIQUE INITIALE
- 3.3 FORMATION PRATIQUE INITIALE
- 3.4 FORMATION COMPLÉMENTAIRE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL
- 3.5 COMPAGNONNAGE
- 3.6 PRATIQUE PERSONNELLE DE LA FRÉNOTOMIE
- 3.7 PRATIQUE DE LA FRÉNOTOMIE PAR ÉTABLISSEMENT
- 3.8 INSCRIPTION DANS LE DOSSIER MÉDICAL
- 3.9 INSCRIPTION DANS LE CARNET DE SANTÉ

QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. RÉPONSES AUX HYPOTHÈSES

- 1.1 HYPOTHÈSE PRINCIPALE
- 1.2 HYPOTHÈSE SECONDAIRE

2. CONCERNANT LA POPULATION ÉTUDIÉE

3. LE TAUX DE RETOUR DU QUESTIONNAIRE

4. LE QUESTIONNAIRE

- 4.1 FOCUS SUR LES CONNAISSANCES THÉORIQUES
 - 4.2 FOCUS SUR LES FORMATIONS THÉORIQUES INITIALES
 - 4.3 FORMATION PRATIQUE
 - 4.4 FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN ALLAITEMENT MATERNEL
 - 4.5 COMPAGNONNAGE
 - 4.6 PRATIQUE PERSONNELLE DE LA FRÉNOTOMIE
 - 4.7 PRATIQUE DE LA FRÉNOTOMIE PAR ÉTABLISSEMENT
 - 4.8 INSCRIPTION DANS LE DOSSIER MÉDICAL ET LE CARNET DE SANTÉ
- ## 5. BIAIS DE L'ÉTUDE
- ## 6. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE
- ## 7. VALORISATION DES RÉSULTATS

CONCLUSION

ANNEXES

- 1. ANNEXE I
- 2. ANNEXE II
- 3. ANNEXE III : QUESTIONNAIRE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Pendant de nombreuses années les sages-femmes ont pratiqué la frénotomie de langue chez le nouveau-né. Pourtant il n'y a aucune référence à cette pratique dans la législation concernant les compétences des sages-femmes. Suite à la prise de conscience collective de cette lacune, cette pratique est tombée en désuétude. Pourtant elle était réalisée vraisemblablement dans le but de favoriser la succion et d'éviter une frénotomie plus lourde sous anesthésie à un âge plus avancé.

On peut alors légitimement se demander si aujourd'hui notre corporation a les connaissances nécessaires à cette pratique.

Dans un premier temps nous étudierons l'anatomie de la langue puis nous définirons l'ankyloglossie ainsi que ses différentes prises en charge possibles. Puis nous aborderons le rapport actuel des sages-femmes avec la frénotomie, sujet de mon étude. Ensuite dans un deuxième temps, la problématique, les objectifs, les hypothèses et les intérêts de ce mémoire seront exposés. Enfin, le schéma d'étude sera détaillé, suivi de l'analyse des questionnaires et de leur interprétation.

PREMIÈRE PARTIE : ARGUMENTAIRE

1. L'ANATOMIE DE LA LANGUE [1-9]

La langue occupe la partie moyenne du plancher de la cavité buccale et y fait saillie. Irrégulièrement ovalaire, à grosse extrémité postérieure, la langue est aplatie de haut en bas. Sa face dorsale, ses bords, sa pointe et la partie antérieure de sa face inférieure sont revêtus par la muqueuse et libres dans la cavité buccale. Par le reste de son étendue, qui constitue la base ou racine de la langue, cet organe reçoit des vaisseaux, et des nerfs, et s'attache par de nombreux muscles à l'os hyoïde, à la mandibule, à la voûte palatine et à l'apophyse styloïde.

La langue est un organe musculaire et muqueux. La muqueuse linguale recouvre toute la partie libre de l'organe ; elle est le siège des organes du goût. Par ses muscles, la langue est douée d'une grande mobilité, grâce à laquelle elle intervient dans la mastication, la déglutition et l'articulation de certains sons et de la plupart des consonnes.

1.1 La configuration extérieure

La partie libre de la langue présente deux faces, deux bords et un sommet.

1.1.1 La face supérieure ou dorsale

Cette face est divisée en deux parties, l'une, antérieure ou buccale, l'autre, postérieure, ou pharyngienne, par un sillon en forme de V ouvert en avant, appelé sillon terminal. Le sommet de l'angle dessiné par le sillon terminal, plus profondément déprimé que le reste du sillon, porte le nom de foramen caecum.

La partie buccale de la face supérieure de la langue regarde en haut. Une muqueuse épaisse, partout très adhérente à la musculature sous-jacente, la recouvre.

Elle est parcourue par un sillon médian supérieur qui s'étend du foramen caecum à la pointe de la langue. Sa surface est inégale. Cela tient à ce que la muqueuse est recouverte sur toute son étendue, de petites saillies très rapprochées les unes des autres ; ce sont les papilles linguales.

On distingue les papilles, d'après leur forme, en papille filiformes, fongiformes ou caliciformes.

La partie pharyngienne de la face dorsale de la langue est à peu près verticale et regarde le pharynx. Ici la muqueuse est moins adhérente que sur la partie buccale. Sa surface est inégale, mamelonnée. Elle présente, en effet, de petites saillies, irrégulièrement arrondies, disposées en séries linéaires, obliques en bas et en dedans. Ces mamelons sont dus à la présence, dans le derme de la muqueuse, de follicules clos dont l'ensemble constitue l'amygdale linguale.

L'extrémité inférieure de la partie pharyngienne de la face dorsale de la langue est unie à l'épiglotte par trois replis glosso-épiglottiques, un médian et deux latéraux. Ces replis muqueux sont soulevés par de minces lamelles élastiques qui unissent la langue à l'épiglotte, le repli médian contient aussi des fibres du muscle lingual supérieur. Ils limitent entre eux, de chaque côté de la ligne médiane, une dépression appelée fossette glosso-épiglottique.

1.1.2 La face inférieure (Annexe I)

La face inférieure de la langue est recouverte par une muqueuse lisse, mince, transparente et lâche. Cette face présente :

- ✓ selon la description classique, une gouttière médiane plus large et plus profonde que le sillon de la face dorsale ; contrairement à la description classique, Machado de Sousa a constaté, par l'examen d'un très grand nombre de sujets, que cette gouttière n'est pas fréquente et qu'il existe le plus souvent une crête médiane plus ou moins saillante.
- ✓ un repli muqueux médian, le frein de la langue, qui s'étend de l'extrémité postérieure de la gouttière ou de la crête médiane à la partie moyenne du sillon alvéolo-lingual.
- ✓ deux larges bourrelets longitudinaux, situés de part et d'autre de la gouttière médiane, formés par les muscles génio-glosses ; il existe parfois sur ces bourrelets de petits prolongements muqueux, vestiges du repli frangé que l'on observe chez le nouveau-né.
- ✓ les veines ranines qui transparaissent sous la muqueuse des bourrelets.
- ✓ enfin, deux dépressions longitudinales, les gouttières latérales, qui séparent les bourrelets musculaires des bords latéraux de la langue.

1.1.3 Les bords

Les bords latéraux de la langue, épais en arrière, vont en s'amincissant d'arrière en avant. Ils répondent aux arcades dentaires et présentent au voisinage de la face dorsale les mêmes caractères que celle-ci. On remarque à leur extrémité postérieure les papilles foliées, représentées par une série de petits replis verticaux parallèles.

1.1.4 Le sommet

Le sommet ou pointe de la langue est creusé d'un sillon médian par lequel le sillon médian de la face dorsale se continue avec la crête médiane de la face inférieure. Il répond aux incisives.

1.2 La constitution

La langue est constituée par un squelette, des muscles et une muqueuse.

1.2.1 Le squelette de la langue

La langue possède une charpente squelettique ostéo-fibreuse formée :

- ✓ par l'os hyoïde : impair et médian, situé dans la concavité de l'arc mandibulaire à la hauteur de la quatrième vertèbre cervicale. Il a une forme de fer à cheval à concavité postérieure. Il est formé d'un corps antérieur et médian, prolongé à ses extrémités postérieures par deux apophyses : les grandes cornes. Un peu en dedans de la base des grandes cornes naissent les petites cornes, presque verticales, obliques en haut et en arrière.
- ✓ par deux membranes fibreuses, la membrane hyo-glossienne et le septum lingual.

La membrane hyo-glossienne s'attache en bas au bord supérieur du corps de l'os hyoïde, entre les deux petites cornes ; de là, elle monte en avant et en haut, et se perd dans l'épaisseur de l'organe après un trajet d'un centimètre environ. Le septum lingual ou septum médian est une lame fibreuse, falciforme, verticale et médiane. Il s'insère par sa base sur le milieu de la face antérieure de la membrane hyo-glossienne et sur le bord supérieur de l'os hyoïde. Le septum se termine en avant par une extrémité effilée entre les faisceaux musculaires de la pointe de la langue. Son bord supérieur, convexe, est près de la muqueuse dorsale. Son bord inférieur, concave, est libre ou croisé par des fibres des muscles génio-glosses.

1.2.2 Les muscles de la langue (Annexe II)

La musculature de la langue se compose de dix-sept muscles. Huit sont pairs. Un seul, le lingual supérieur ou longitudinal supérieur, est impair. Les uns naissent des os voisins de la langue : d'autres prennent leur origine dans la langue elle-même ; d'autres, enfin, proviennent de la musculature du pharynx.

- ✓ Génio-glosse : adjacent au septum lingual, il naît sur l'épine de la mandibule. Il a la forme d'un large éventail, aplati transversalement, situé au-dessus du génio-hyoïdien et se termine sur la face profonde de la muqueuse linguale, depuis le sommet de la langue jusqu'à la membrane hyo-glossienne.

Les fibres inférieures portent l'os hyoïde et la langue en haut et en avant ; ses fibres moyennes attirent également la langue en avant ; ses fibres antérieures attirent la pointe de la langue en bas et en arrière. Quand il se contracte en totalité, le génio-glosse applique la langue sur le plancher buccal.

- ✓ Longitudinal inférieur (ou lingual inférieur) : c'est un mince faisceau charnu, aplati transversalement, situé en dehors du génio-glosse. Il est tendu de la petite corne de l'os hyoïde à la face profonde du sommet de la langue.

Il abaisse et rétracte la langue.

- ✓ Hyo-glosse : aplati, quadrilatère et placé sur la partie latérale de la langue. Il naît sur l'os hyoïde pour se terminer sur le bord latéral de la langue.

Il abaisse et rétracte la langue.

- ✓ Stylo-glosse : ce muscle, long et mince, s'étend de l'apophyse styloïde de l'os temporal et la partie adjacente du ligament stylo-mandibulaire au bord latéral de la langue.

Il élargit la langue et la porte en haut et en arrière.

- ✓ Palato-glosse (ou glosso-staphylin) : il naît de la face inférieure de l'aponévrose palatine et se termine sur la base et le bord de la langue.

Il élève la langue, la porte en arrière et rétrécit l'isthme du gosier.

- ✓ Amygdalo-glosse : c'est un mince faisceau musculaire, très rare, qui naît de la face externe de la capsule amygdalienne.

Il élève la base de la langue.

- ✓ Pharyngo-glosse ou chondro-glosse : on désigne sous ce nom un faisceau du constricteur supérieur du pharynx qui se prolonge sur le bord latéral de la langue où ses fibres se confondent avec celles du stylo-glosse, du longitudinal inférieur et du génio-glosse.

Il attire la langue en arrière et en haut.

- ✓ Transverse : il est tendu du septum lingual à la muqueuse des bords de la langue.

Il allonge et rétrécit la langue.

- ✓ Longitudinal supérieur (ou lingual supérieur) : ce muscle, impair et médian, est une lame mince, sous-jacente à la muqueuse dorsale de la langue. Il est tendu du pli glosso-épiglottique médian et des petites cornes de l'os hyoïde au sommet de la langue.

Il abaisse et raccourcit la langue.

1.2.3 La muqueuse de la langue

En continuité avec la muqueuse buccale et la muqueuse pharyngée, elle revêt la totalité de la partie mobile de la langue.

Au niveau de la face dorsale elle est épaisse et fortement adhérente aux muscles sous-jacents (fascia linguae).

Au niveau de la base de la langue, elle s'amincit et est séparée du plan musculaire par une couche celluleuse.

Au niveau de la face inférieure, très facilement clivable, elle devient très mince et transparente par endroits.

Elle est formée histologiquement d'un chorion sur lequel repose un épithélium pavimenteux stratifié.

Elle est caractérisée par la présence de papilles gustatives sur la face dorsale et les bords de la langue.

En outre elle contient dans son épaisseur de petites glandes linguales de type salivaire qui se répartissent habituellement en trois groupes : un groupe postérieur au niveau de la base, un groupe latéral au niveau des bords de la langue et un groupe antéro-inférieur à la face inférieure près de la pointe.

1.2.4 Les vaisseaux et les nerfs

1.2.4.1 Les artères

Les artères de la langue proviennent surtout de l'artère linguale (branche de la carotide externe). Celle-ci donne à la langue une branche collatérale, la dorsale de la langue, et deux branches terminales : l'artère ranine, irrigant toute la partie mobile de la langue, et l'artère sublinguale, qui vascularise la glande du même nom et donne un rameau pour le frein de la langue. La langue reçoit encore quelques ramifications de la palatine ascendante (branche de la faciale) et de la pharyngienne inférieure (branche de la carotide externe).

1.2.4.2 Les veines

Le sang veineux s'écoule dans les veines linguales profondes, satellites de l'artère linguale, les veines linguales principales ou ranines et les veines dorsales pour finir dans le tronc veineux thyro-linguo-facial (affluent antérieur de la jugulaire interne).

1.2.4.3 Les vaisseaux lymphatiques

Les lymphatiques de la pointe de la langue vont aux ganglions sub-mentonniers. Tous ceux des autres parties de la langue se rendent aux ganglions sub-mandibulaires, aux ganglions jugulaires internes et surtout aux ganglions antérieurs de la chaîne jugulaire interne qui s'échelonnent depuis le digastrique jusqu'à l'omo-hyoïdien. Les collecteurs lymphatiques tributaires de ces derniers ganglions aboutissent principalement à un gros élément ganglionnaire, le ganglion principal ou sous-digastrique de Küttner, placé immédiatement au-dessous du ventre postérieur du digastrique.

1.2.4.4 Les nerfs

Les nerfs moteurs viennent tous du nerf hypoglosse (XII) sauf pour le stylo-glosse et le palato-glosse qui sont innervés par le nerf facial (VII).

Les nerfs sensitifs proviennent des nerfs lingual, glosso-pharyngien et pneumogastrique.

- ✓ le nerf lingual, branche terminale du nerf mandibulaire lui-même branche du trijumeau (V), innerve la muqueuse en avant du V lingual après une anastomose avec la corde du tympan (branche du nerf facial qui constitue en fait l'innervation sensorielle) ;
- ✓ le glosso-pharyngien (IX) distribue ses rameaux terminaux aux papilles caliciformes et à la muqueuse située en arrière du V lingual ;

- ✓ le nerf vague donne quelques rameaux, par le nerf laryngé supérieur puis externe, à la muqueuse qui recouvre les replis et les fossettes glosso-épiglottiques.

1.2.5 Le sillon alvéolo-lingual

Le sillon alvéolo-lingual est compris entre l'arcade gingivo-dentaire inférieure et la racine de la langue. Pour le découvrir, il faut soulever la partie antérieure libre de la langue.

On remarque sur la partie médiane du sillon alvéolo-lingual, à l'extrémité inférieure du frein, une saillie qui se termine de chaque côté par un petit tubercule appelé caroncule sublinguale. Au sommet de chaque caroncule se voit un orifice, l'ostium ombilicale, par lequel le canal de Wharton s'ouvre dans la cavité buccale. Sur la caroncule et en dehors de l'ostium ombilicale, se voit l'orifice de l'un des canaux excréteurs de la glande sublinguale, appelé canal de Rivinus.

En dehors des caroncules, le sillon alvéolo-lingual présente de chaque côté une saillie elliptique, allongée d'avant en arrière et de dehors en dedans ; c'est l'éminence sublinguale ou repli sublingual qui recouvre la glande sublinguale. À la surface de ce repli, on peut voir à la loupe les orifices des canaux excréteurs de la glande sublinguale.

2. À PROPOS DE L'ANKYLOGLOSSIE

2.1 Les définitions

2.1.1 L'ankyloglossie

Le terme « ankyloglossie » vient des mots grecs « ankilos », déformé ou boucle, et « glossa », langue [10, 11]. L'ankyloglossie (adhérence de la langue, brièveté du frein de la langue) s'observe chez les nouveau-nés et les enfants lorsque le frein de la langue est trop court et adhère jusqu'au bout de la langue, ce qui en limite les mouvements normaux. Elle se définit selon sa fonction, plutôt que selon une mesure anatomique objective [12-14]. Cette pathologie est diagnostiquée lorsqu'un patient ne peut avancer la langue plus loin que le bord incisif de la gencive inférieure. Quand il tente de le faire, le bout de la langue devient cordiforme et ne dépasse pas le bord de la gencive inférieure. S'il a la bouche ouverte, le patient est incapable de se toucher le palais du bout de la langue.

2.1.2 L'ankyloglossie partielle

Il s'agit d'un frein de langue de longueur diminuée. Elle n'est pas définie par d'autres éléments [15].

2.2 L'étiologie

Au début du développement, la langue est fusionnée au plancher de la bouche. La mort et la résorption cellulaire au niveau de la zone de jonction, entre la langue et le plancher de la cavité buccale, libèrent la langue, et le frein demeure le seul vestige de l'adhérence initiale [16].

L'ankyloglossie résulte d'un frein lingual court et fibreux ou d'un muscle génioglosse très attaché [14] et touche de 0,02 % à 4,4 % des nouveau-nés [17-19].

D'ordinaire, lorsque la crête alvéolaire (futur processus alvéolaire de la mandibule) croît et que les dents commencent à sortir, le frein de la langue se résorbe quelque peu dans le cadre du processus naturel de croissance et de développement de l'enfant [20]. Ce processus se produit entre 6 mois et 5 ans.

2.3 Les conséquences

L'ankyloglossie limite la réalisation de certains mouvements linguaux nécessaires à la déglutition typique et/ou à l'articulation, notamment des consonnes dites apicodentales ou apicoalvéolaires comme [t], [d], [n], [l] exigeant que l'apex se lève pour aller toucher les alvéoles ou les papilles palatines situées au palais [21].

Le rôle d'un frein trop court dans les troubles d'allaitement a été décrit dans bien des rapports isolés reliant l'ankyloglossie partielle à une réduction de la mobilité de la langue et à une incapacité potentielle du nouveau-né à bien saisir le sein pour la tétée [12, 22-26].

2.4 Les différentes prises en charge de l'ankyloglossie [21]

Il existe différentes prises en charge dont aucune n'a d'indication spécifique. De par son apparence bénigne et le peu d'intérêt que lui porte la littérature, il ne semble pas se dégager de consensus sur ce sujet.

2.4.1 La frénotomie

Le frein est exposé en élevant la langue avec une sonde cannelée et on sectionne avec des ciseaux sur une longueur de 2 à 3 mm. Le praticien doit éviter de sectionner la zone vascularisée pour éviter toute hémorragie et rester à distance des ostiums des canaux de Wharton.

2.4.2 La frénectomie

Elle consiste en une exérèse du frein de la langue.

2.4.3 La fréno-myotomie

Elle est définie par la section, sans aucune exérèse, du frein de langue et des deux muscles génioglosses, afin de redonner au massif lingual une mobilité maximale.

2.5 Les complications de la frénotomie

Les complications que j'ai relevées à ce jour sont :

- ✓ un risque hémorragique par blessures des veines linguales ranines [27],
- ✓ une infection [15],
- ✓ une lésion du conduit submandibulaire [15].

La cicatrisation postopératoire peut limiter davantage le mouvement de la langue [9].

Au-delà des recherches littéraires, la rencontre avec des praticiens pédiatres et ORL ne m'ont pas étayé d'avantage sur le sujet.

3. LA SAGE-FEMME ET LA FRÉNOTOMIE

3.1 La frénotomie à la maternité de l'hme de limoges

Les sages-femmes, qui sont au premier plan lors de la mise en route d'un allaitement maternel, semblent mettre facilement en évidence une ankyloglossie, ou du moins des signes cliniques qui y sont rattachés.

Il y a une dizaine d'années, les sages-femmes pratiquaient largement la frénotomie bien que cet acte ne fasse pas partie de la liste définie de leurs compétences. Pourtant, suite à la pression médicolégal grandissante, depuis trois ou quatre ans, cette pratique est laissée localement à la responsabilité des pédiatres. En effet, même s'il n'a pas été relevé de complication consécutive à ce geste, les sages-femmes craignent qu'on leur oppose de ne pas avoir la compétence requise.

Il semble que, depuis lors, cet acte soit de moins en moins pratiqué à l'intérieur des maternités. Cependant, dans l'exercice quotidien, cela demeure fait par de nombreuses sages-femmes qui travaillent en toute autonomie dans leur art médical.

3.2 La notion de compétence

Il semble licite de faire ici une analogie entre la frénotomie et l'ablation du cathéter de l'analgésie péridurale.

En effet, ce geste était réalisé par les sages-femmes bien avant qu'il soit reconnu dans leurs compétences. Pourtant celles-ci possédaient toutes les compétences nécessaires pour le pratiquer.

C'est grâce à la constatation de ce fait et à la persévérance des sages-femmes dans la réalisation de cet acte que cette compétence a été validée par le législateur sous l'approbation de l'ordre national des sages-femmes.

Ainsi, il se révèle que la compétence effective peut dans bien des cas exister avant sa reconnaissance officielle.

DEUXIÈME PARTIE : PROTOCOLE

1. LA JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1.1 Le constat

Nul ne conteste aujourd'hui aux sages-femmes leurs compétences dans l'encadrement d'un allaitement maternel.

Actuellement certaines sages-femmes réalisent la frénotomie en toute autonomie lorsque ce geste leur paraît nécessaire à la mise en place d'un allaitement maternel. Elles engagent alors leur responsabilité propre.

1.2 La problématique

Dans ce contexte, quel est réellement l'état des connaissances et des pratiques des sages-femmes sur la frénotomie chez le nouveau-né ?

1.3 Les objectifs de l'étude

- ✓ Montrer que les sages-femmes ont les connaissances nécessaires à la réalisation de la frénotomie et une pratique adaptée pour ensuite permettre l'intégration de ce geste dans la liste écrite des compétences des sages-femmes par les autorités compétentes.
- ✓ Montrer que les sages-femmes pratiquent ce geste actuellement.

2. LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

2.1 Les objectifs de la recherche

2.1.1 Principal

Faire un état des lieux des connaissances de l'ankyloglossie et de la frénotomie par les sages-femmes du Limousin.

2.1.2 Secondaire

Faire un état des lieux du diagnostic d'ankyloglossie et de sa prise en charge par frénotomie par les sages-femmes du Limousin.

2.2 Les hypothèses

2.2.1 Principale

La sage-femme possède les connaissances médicales pour évaluer l'ankyloglossie chez le nouveau-né à terme.

2.2.2 Secondaire

La sage-femme pratique majoritairement la frénotomie en suites de naissance dans une indication d'amélioration de l'allaitement maternel.

2.3 Le critère principal de jugement

Il est en rapport avec les connaissances des sages-femmes sur la frénotomie.

3. LE SCHÉMA D'ÉTUDE

3.1 Le type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et régionale.

Elle vise exhaustivement les sages-femmes du Limousin exerçant :

- ✓ à l'HME de Limoges
- ✓ à la clinique des Emailleurs de Limoges
- ✓ au CH de St Junien
- ✓ au CH de Tulle
- ✓ au CH de Brive
- ✓ à la clinique St Germain de Brive
- ✓ au CH d'Ussel
- ✓ en PMI
- ✓ en libéral

3.2 La sélection des sujets

La population cible est représentée par toutes les sages-femmes du Limousin. Au total, elle est composée de 210 sages-femmes qui constituent notre population source.

Pour qu'une sage-femme soit incluse dans l'étude il faut qu'elle ait eu son diplôme avant 2011.

3.3 Les modalités de l'étude (ANNEXE III)

Les données ont été collectées par un questionnaire anonyme à questions majoritairement fermées.

Il comprend plusieurs parties :

- ✓ les connaissances des sages-femmes sur l'anatomie de la langue
- ✓ les connaissances des sages-femmes sur la frénatomie et l'ankyloglossie
- ✓ la pratique des sages-femmes en maternité

Une période de test a eu lieu en mars 2011 avec des étudiantes sages-femmes en 4^{ème} année, suivi d'une réadaptation du questionnaire.

Les questionnaires ont été envoyés aux cadres sages-femmes des maternités du Limousin ainsi qu'aux sages-femmes libérales et de PMI à partir de mai 2011.

Une relance a été réalisée durant le mois de septembre.

L'exploitation et l'analyse des résultats ont été faites en entrant les données sur un tableau Excel® ainsi qu'avec le logiciel Statview®.

Les connaissances des sages-femmes ont été appréciées selon une notation attribuée en fonction de la pertinence de leurs réponses aux questions. Le principe est qu'une sage-femme est considérée comme compétente dans les domaines de l'anatomie de la langue, de la frénotomie et de l'ankyloglossie si elle obtient une note finale supérieure ou égale à 10 sur 20.

J'ai étudié ma problématique selon des classes de sages-femmes en terme d'ancienneté, d'origine du diplôme d'État, leurs formations complémentaires, leurs expériences avec d'autres professionnels, le niveau de leur maternité d'exercice.

Ensuite les comparaisons entre les classes ont été faites à partir du test du χ^2 .

3.4 Les variables étudiées

Les variables sont qualitatives mis à part l'ancienneté professionnelle des sages-femmes et leur année d'obtention du diplôme d'État.

Les variables sont :

- ✓ les connaissances des sages-femmes concernant la position du frein de la langue et ses rapports anatomiques, la définition de l'ankyloglossie et ses conséquences.
- ✓ leur ancienneté professionnelle car les sages-femmes plus anciennes ont peut-être plus d'autonomie médicale en maternité de part un fonctionnement différent d'aujourd'hui.
- ✓ leur lieu de formation qui a une influence sur leur pratique future, en effet si la sage-femme a pu voir et faire de nombreuses frénotomies durant sa formation alors elle aura plus de facilité et sans doute moins d'appréhension à en réaliser durant sa pratique professionnelle.

- ✓ leurs formations complémentaires, sur l'allaitement par exemple, peuvent apporter de nouvelles connaissances et un point de vue différent à la sage-femme.
- ✓ leurs expériences partagées avec d'autres professionnels de santé (sages-femmes ou pédiatres) en termes de pratique.
- ✓ leur exercice en maternité de niveau 1 car l'autonomie médicale y est majorée du fait des ressources médicales (pédiatres et ORL) moins disponibles.

3.5 Le recrutement des sujets

La distribution des questionnaires a été effectuée de façon nominative dans des enveloppes individuelles.

Pour l'HME, les questionnaires ont été distribués dans chaque service et je me suis chargée de leur retour.

Pour les maternités extérieures les questionnaires ont été adressés aux cadres sage-femme de chaque établissement qui me les ont ensuite retournés.

Pour les sages-femmes territoriales et les sages-femmes libérales, le questionnaire leur a été envoyé avec une enveloppe timbrée pour le retour.

Au total, 210 questionnaires ont été distribués dont 143 me sont revenus après deux relances.

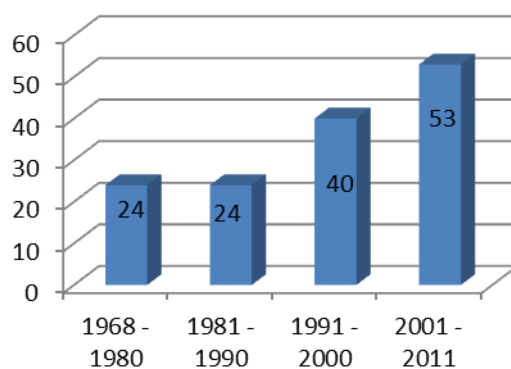
Parmi ceux-ci, 2 questionnaires m'ont été renvoyés par des sages-femmes travaillant actuellement en tant qu'infirmières et n'ayant pas rempli leur questionnaire car elles ne se sentaient pas concernées par mon étude.

Finalement mon étude concerne 141 questionnaires exploités, c'est-à dire 67% des sages-femmes du Limousin.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

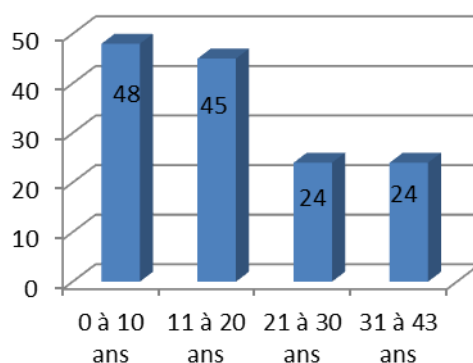
1. RÉPARTITION DE LA POPULATION

1.1 Année d'obtention du diplôme d'état



Les sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme entre 1968 et 2011.

1.2 Durée d'exercice



Les sages-femmes interrogées ont entre 43 ans et moins d'un an d'expérience.

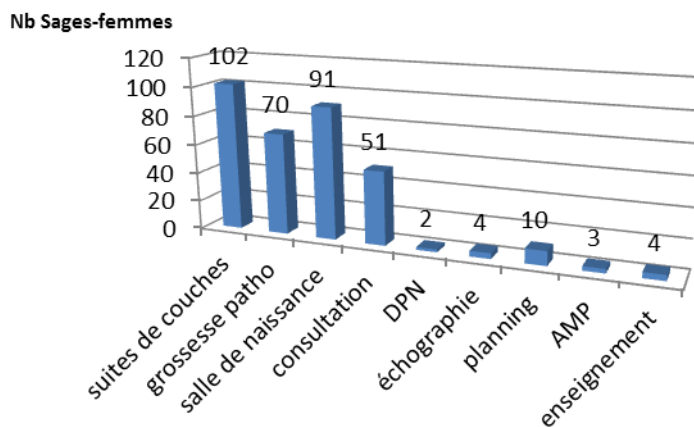
1.3 Lieu de formation

Lieux de formation	Nb de sages-femmes		
Angers	1	0,71%	IC non significatif
Angleterre	2	1,42%	IC non significatif
Baudelocque	1	0,71%	IC non significatif
Besançon	1	0,71%	IC non significatif
Bordeaux	5	3,55%	IC non significatif
Caen	1	0,71%	IC non significatif
Clermont-Ferrand	8	5,67%	IC [1,86 ; 9,49]
Grenoble	1	0,71%	IC non significatif
Lille	4	2,84%	IC non significatif
Limoges	98	69,50%	IC [61,90 ; 77,10]
Metz	1	0,71%	IC non significatif
Montpellier	2	1,42%	IC non significatif
Nancy	1	0,71%	IC non significatif
Nîmes	1	0,71%	IC non significatif
Paris	1	0,71%	IC non significatif
Paris St Antoine	1	0,71%	IC non significatif
Poissy	2	1,42%	IC non significatif
Poitiers	3	2,13%	IC non significatif
Reims	2	1,42%	IC non significatif
Rouen	1	0,71%	IC non significatif
Toulouse	2	1,42%	IC non significatif
Tours	2	1,42%	IC non significatif
Total général	141		

La majorité des sages-femmes a été formée à Limoges et dans une moindre mesure on peut noter que 8 sages-femmes ont été formées à Clermont-Ferrand.

1.4 Mode d'exercice

Nombre de sages-femmes exerçant dans chaque catégorie :



125 sages-femmes ont une activité en maternité (clinique privée ou hôpital) soit 88,6% (IC [83,35 ; 93,84]) parmi lesquelles :

47 sages-femmes travaillent dans une maternité de niveau 3 (Hôpital Mère-Enfant de Limoges)

45 dans une maternité de niveau 1

33 dans une maternité de niveau 2

15 sages-femmes travaillent exclusivement en libéral soit 10,6% (IC [5,52 ; 15,68]).

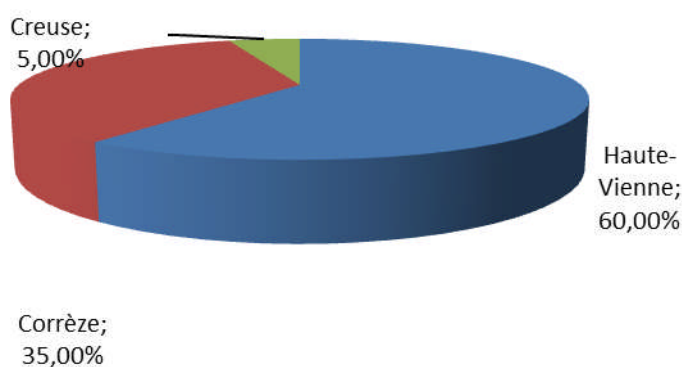
5 sages-femmes ont une activité diversifiée associant la pratique libérale et la pratique dans une maternité soit 3,5% (IC [0,47 ; 6,53]).

1 sage-femme travaille à la protection maternelle et infantile (PMI) en plus de son activité dans une maternité soit 0,7%.

1 sage-femme était à la recherche d'un emploi soit 0,7%.

1.5 Lieu d'exercice

1.5.1 Exercice libéral

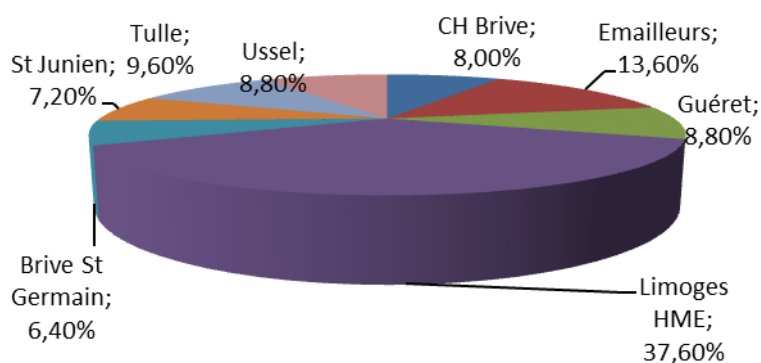


La majorité des sages-femmes libérales exerce en Haute-Vienne.

lieux d'exercice	Total	pourcentage	Indice de confiance
Haute-Vienne	12	60,00%	IC [38,53 ; 81,47]
Corrèze	7	35,00%	IC [14,10 ; 55,90]
Creuse	1	5,00%	IC Non significatif
Total général	20		

IC : intervalle de confiance

1.5.2 Exercice en maternité



La majorité des sages-femmes travaillant en maternité exercent à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges.

lieux d'exercice	Total		
CH Brive	10	8,00%	IC [3,24 ; 12,76]
Émailleurs	17	13,60%	IC [7,59 ; 19,61]
Guéret	11	8,80%	IC [3,83 ; 13,77]
Limoges	47	37,60%	IC [29,11 ; 46,09]
Brive St Germain	8	6,40%	IC [2,11 ; 10,69]
Saint-Junien	9	7,20%	IC [2,67 ; 11,73]
Tulle	12	9,60%	IC [4,44 ; 14,76]
Ussel	11	8,80%	IC [3,83 ; 13,77]
Total général	125		

2. LES TAUX DE RETOUR

2.1 Les sages-femmes en maternité

2.1.1 En Haute-Vienne

lieux	envoyés	reçus	% de réponse	% de non-réponse
HME	65	47	72	28
Émailleurs	23	17	74	26
Saint-Junien	12	9	75	25

28% des sages-femmes de l'hôpital mère-enfant n'ont pas répondu à mon questionnaire (IC [17,08 ; 38,92]).

26% des sages-femmes des Émailleurs n'ont pas répondu à mon questionnaire (IC [8,07 ; 43,93]).

25% des sages-femmes de Saint-Junien n'ont pas répondu à mon questionnaire (IC [0,5 ; 49,5]).

2.1.2 En Corrèze

lieux	envoyés	reçus	% de réponse	% de non-réponse
St Germain	14	8	57	43
Brive CH	21	10	48	52
Tulle	17	12	71	29
Ussel	11	11	100	0
intérim		1		

43% des sages-femmes de St Germain n'ont pas répondu à mon questionnaire (IC [17,07 ; 68,93]).

52% des sages-femmes du CH de Brive n'ont pas répondu à mon questionnaire (IC [30,63 ; 73,37]).

29% des sages-femmes de Tulle n'ont pas répondu à mon questionnaire (IC [7,43 ; 50,57]).

2.1.3 En Creuse

lieux	envoyés	reçus	% de réponse	% de non-réponse
Guéret	11	11	100	0

2.2 Les sages-femmes libérales

lieux	envoyés	reçus	% de réponse	% de non-réponse
Haute-Vienne	13	12	92	8
Corrèze	14	7	50	50
Creuse	1	1	100	0

2.2.1 En Haute-Vienne

13 questionnaires ont été envoyés et 12 ont été retournés soit 92% de réponse et **8%** de non-réponse.

2.2.2 En Corrèze

14 questionnaires ont été envoyés et 7 ont été retournés soit 50% de réponse et **50%** de non-réponse (IC [23,81 ; 76,19]).

2.2.3 En Creuse

1 questionnaire a été envoyé et il a été retourné.

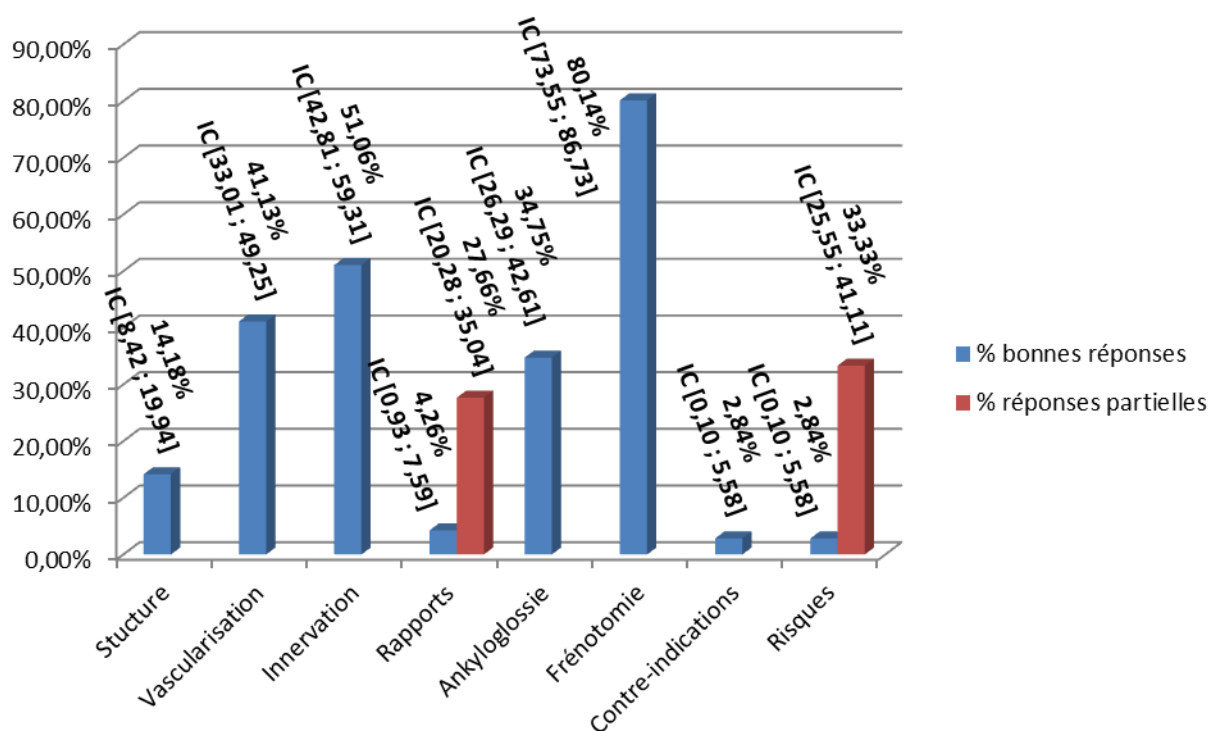
2.3 Les sages-femmes de pmi

Sur les **5** sages-femmes de PMI du Limousin, **1** seule a répondu, elle exerce une activité mixte entre la PMI et une maternité.

3. RÉPONSES AUX QUESTIONS

3.1 Connaissances théoriques

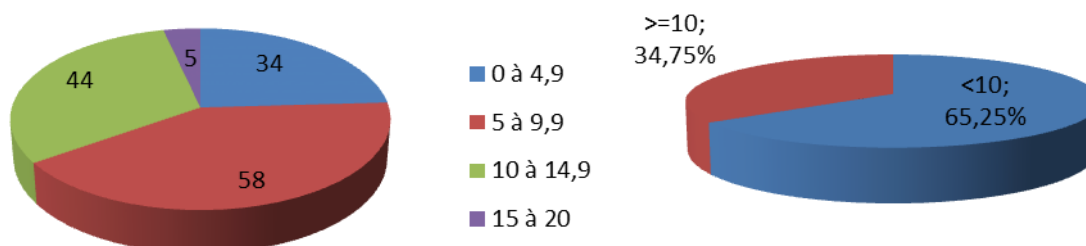
3.1.1 Pourcentages de bonnes réponses et de bonnes réponses partielles (pour les questions où plusieurs réponses étaient possibles) pour chaque item du questionnaire (cf. annexe III)



3.1.2 Note sur 20

La moyenne globale des sages-femmes est de 7,56/20.

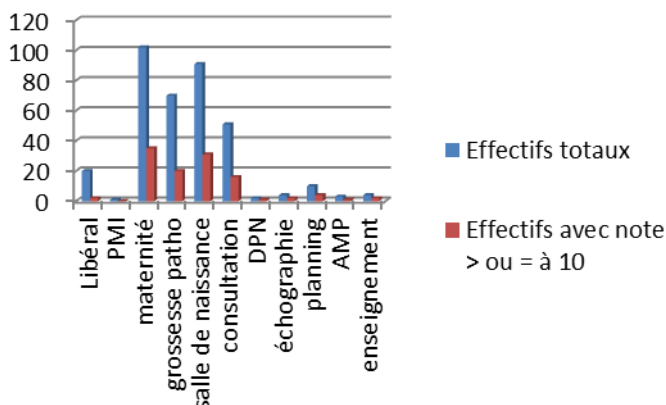
3.1.3 Répartition du nombre de sages-femmes par note obtenue



34,75% des sages-femmes ont eu une note supérieure ou égale à 10/20 (IC [26,89 ; 42,61]).

3.1.4 Connaissances satisfaisantes (note > ou = à 10/20) en fonction du mode d'exercice

Mode d'exercice	effectifs	Note >=10
Libéral	20	2
PMI	1	0
maternité	102	35
grossesse patho	70	20
salle de naissance	91	31
consultation	51	16
DAN	2	1
échographie	4	2
planning	10	4
PMA	3	1
enseignement	4	2



Il est à noter que l'on retrouve éventuellement une sage-femme à plusieurs reprises en fonction de ses différents modes d'exercice.

De plus, le calcul des différents chi2 concernant les différents modes d'exercice et les sages-femmes ayant eu une note supérieure ou égale à 10 n'a révélé aucune corrélation entre ces critères (p toujours > à 0.05).

3.1.5 Moyenne en fonction du lieu de formation

lieux de formation	Moyenne/20	Nombre de sages-femmes
Angers	6,25	1
Angleterre	13,44	2
Baudelocque	2,50	1
Besançon	10,63	1
Bordeaux	7,75	5
Caen	8,75	1
Clermont-Ferrand	7,19	8
Grenoble	3,75	1
Lille	9,06	4
Limoges	7,54	98
Metz	0,00	1
Montpellier	11,25	2
Nancy	10,00	1
Nîmes	3,75	1
Paris	8,13	1
Paris St Antoine	3,75	1
Poissy	9,38	2
Poitiers	8,75	3
Reims	3,75	2
Rouen	3,75	1
Toulouse	8,13	2
Tours	7,81	2
Total général	7,56	141

En outre, le test du chi² ne montre pas de corrélation entre le lieu de formation et une moyenne supérieure ou égale à 10 ($p > 0.05$).

3.2 Formation théorique initiale

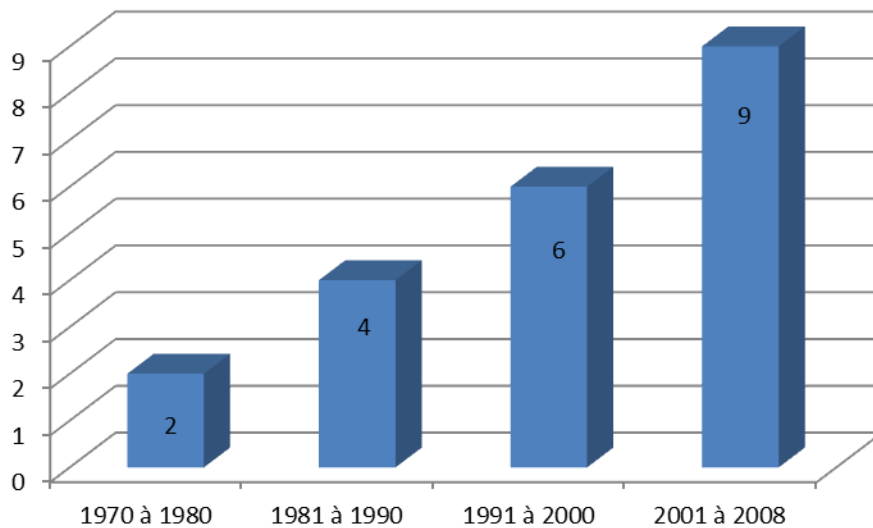
3 sages-femmes affirment avoir reçu une formation initiale théorique soit 2%.

Lieu de formation	Année d'obtention du diplôme d'État	Note/20	Formation pratique
Limoges	1987	10	non
Limoges	2007	3,75	non
Clermont-Ferrand	2004	6,25	non

De ce faible effectif, on ne peut pas déduire une influence de la formation théorique initiale sur la pratique personnelle de la frénotomie et sur le niveau de connaissance.

3.3 Formation pratique initiale

Nombre de sages-femmes ayant eu une formation pratique sur un terrain de stage en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'État :



22 sages-femmes ont eu une formation pratique sur un terrain de stage durant leurs études soit **15,60%** (IC [9,61 ; 21,59]). Parmi elles, 16 ont été formés à Limoges soit 72,73%.

Aucune sage-femme n'a eu de formation pratique lors de travaux pratiques en formation initiale.

Calcul du chi2 :

	pas de formation pratique	formation pratique sur un terrain de stage
ne pratique pas la frénotomie	1,461	7,902
pratique la frénotomie	3,017	16,320

Chi2=28,700 soit $p < 0,0001$

La formation pratique a une influence sur la pratique personnelle de la frénotomie.

3.4 Formation complémentaire sur l'allaitement maternel

96 sages-femmes ont eu une formation complémentaire sur l'allaitement maternel soit **68,08%** (IC [60,39 ; 75,77]), 21 ont vu la frénotomie abordée lors de cette formation soit **21,87%** (IC [13,60 ; 30,14]) d'entre elles.

Les formations Co-naître (6) et Am-f (5) reviennent comme les plus citées. Aucune formation n'aborde la frénotomie de façon systématique.

Calcul du chi2 :

	pas de formation complémentaire	formation complémentaire à l'allaitement maternel
ne pratique pas la frénotomie	2,485	1,165
pratique la frénotomie	5,133	2,406

Chi2=11,190 soit p=0,0008

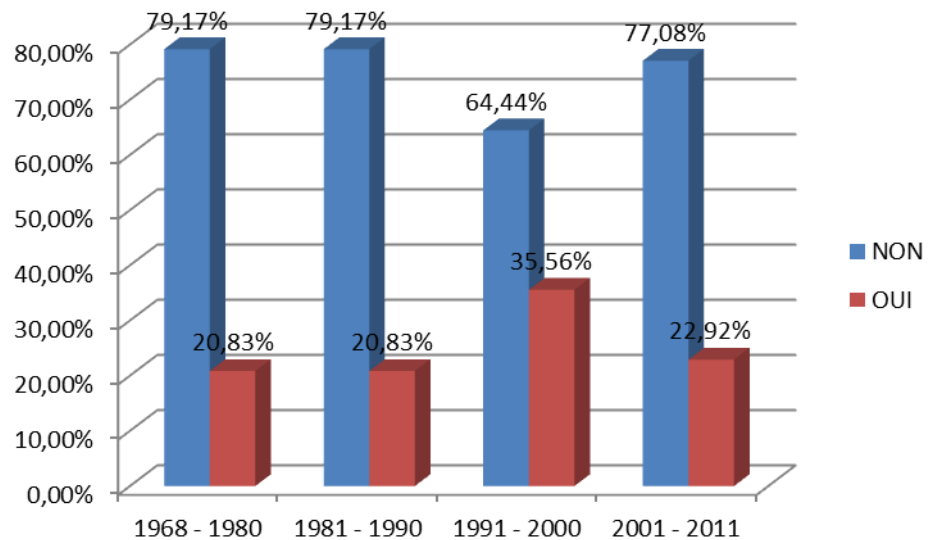
La formation complémentaire sur l'allaitement est corrélée à la pratique personnelle de la frénotomie.

3.5 Compagnonnage

37 sages-femmes ont bénéficié d'un compagnonnage sur la frénotomie après l'obtention de leur diplôme d'État soit **26,24%** (IC [18,98 ; 30,50]).

Lieux d'exercice	Nombre de sages-femmes ayant profité d'un compagnonnage
Brive CH	4
Corrèze en libéral	1
Émailleurs	1
Guéret	2
Limoges	21
St Germain	1
Saint-Junien	2
Tulle	4
Ussel	1
Total général	37

3.5.1 Pratique du compagnonnage en pourcentage en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'État



On ne peut pas conclure à une influence de l'année d'obtention du diplôme d'État sur le compagnonnage ($p > 0,05$).

3.5.2 Corrélation entre le compagnonnage et la pratique personnelle de la frénotomie

Calcul du chi2 :

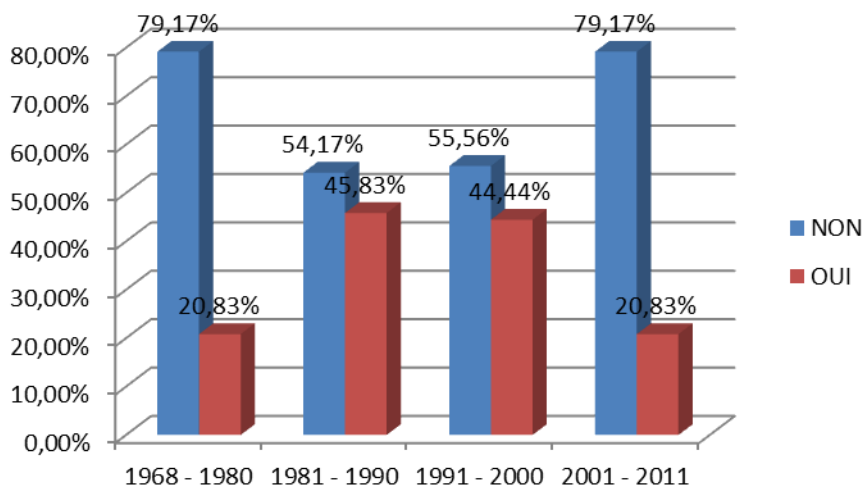
	pas de compagnonnage	compagnonnage
ne pratique pas la frénotomie	2,386	6,705
pratique la frénotomie	4,927	13,848

Chi2=27,866 soit $p < 0,0001$
 Le compagnonnage a une influence sur la pratique personnelle de la frénotomie.

3.6 Pratique personnelle de la frénotomie

32,62% (IC [24,88 ; 40,36]) des sages-femmes pratiquent ou ont pratiqué la frénotomie. La moyenne de ces sages-femmes à mon questionnaire est de **7,92/20**.

Pourcentage de pratique personnelle de la frénotomie en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'État :



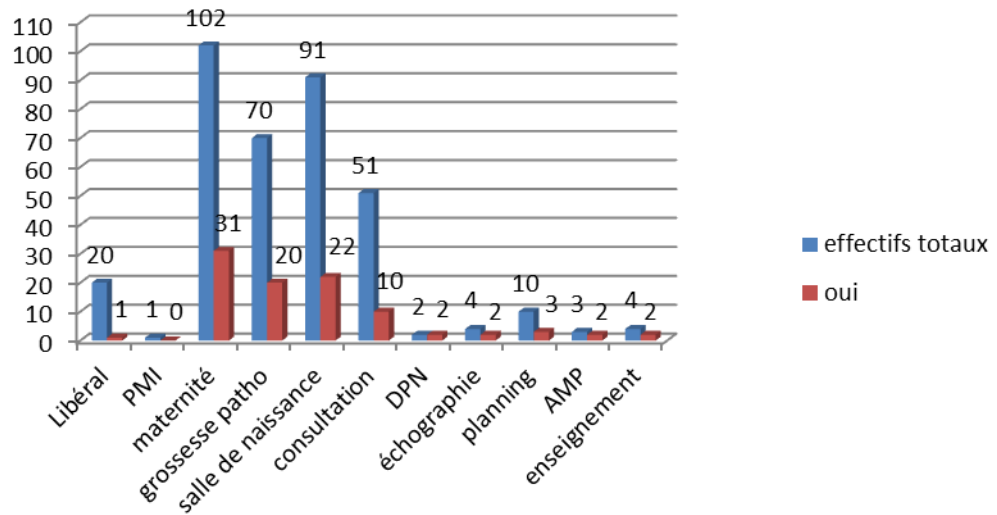
Calcul du chi2 :

	1968-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2011
ne pratique pas la frénotomie	0,495	0,622	0,933	0,990
pratique la frénotomie	1,023	1,284	1,927	2,045

Chi2=9,319 soit p=0,0253

L'année d'obtention du diplôme d'État a une influence sur la pratique personnelle de la frénotomie. En effet, on peut observer que les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme entre 1981 et 2000 pratiquent davantage la frénotomie que celles ayant obtenu leur diplôme avant ou après cette période.

Pratique personnelle de la frénatomie en fonction des secteurs d'activité :



Calcul chi2 :

	Activité hors consultation	Consultation
ne pratique pas la frénatomie	0,764	1,333
pratique la frénatomie	1,561	2,725

Chi2=6,384 soit p=0,0115

On peut noter que le secteur d'activité « consultation » a une influence sur la pratique personnelle de la frénatomie.

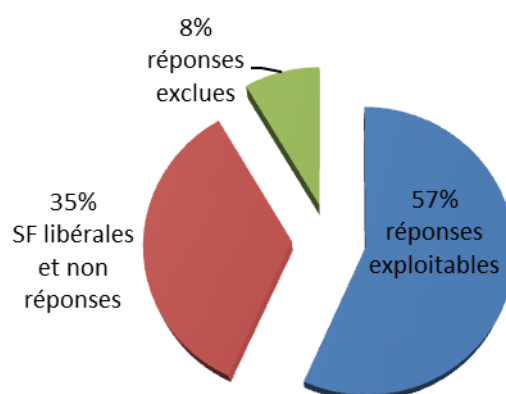
Par ailleurs, on ne peut pas conclure à une influence du lieu d'exercice géographique sur la pratique personnelle de la frénatomie ($p > 0,05$).

On ne peut pas conclure à une influence du lieu de formation sur la pratique personnelle de la frénatomie ($p > 0,05$).

3.7 Pratique de la frénatomie par établissement

J'ai exploité 80 questionnaires pour cette question soit 56,73% (IC [48,55 ; 64,91]).

Répartition de l'ensemble des questionnaires pour cette question :



72 sages-femmes affirment que la pratique de la frénatomie est effectuée par les pédiatres dans leur établissement soit 90,00% (IC [83,43 ; 96,57]). Ces réponses concernent l'ensemble des 8 établissements de l'étude.

Établissements	nombre de pratique par les pédiatres
Brive CH	4
Émailleurs	16
Guéret	2
Limoges	20
St Germain	7
Saint-Junien	3
Tulle	10
Ussel	10
Total général	72

8 sages-femmes affirment que la pratique de la frénatomie est effectuée par les sages-femmes soit 10% (IC [3,43 ; 16,57]). Les établissements concernés sont : Guéret, Saint-Junien, l'Hôpital mère-enfant et la clinique des Émailleurs.

Établissement	Nombre de Pratique par les sages-femmes
Émailleurs	1
Guéret	3
Limoges	3
Saint-Junien	1
Total général	8

Aucune sage-femme n'a mentionné la pratique de la frénatomie par les deux catégories professionnelles.

Il est aussi intéressant de noter que pour un même établissement certaines sages-femmes affirment que ce sont elles qui pratiquent la frénatomie et d'autres affirment le contraire.

3.8 Inscription dans le dossier médical

J'ai exploité 103 réponses pour cette question soit 73,04% (IC [65,72 ; 80,36]).

91 sages-femmes ont répondu positivement à cette question soit 88,34% (IC [82,14 ; 94,54]).

Établissements	nombre de sages-femmes inscrivant la frénatomie dans le dossier médical
Brive CH	9
Émailleurs	17
Guéret	3
Limoges	32
Saint-Junien	5
Tulle	9
Ussel	8
St Germain	8
total	91

3.9 Inscription dans le carnet de santé

J'ai exploité 96 réponses à cette question soit 68,08% (IC [60,39 ; 75,77]).

53 sages-femmes ont répondu positivement à cette question soit 55,20% (IC [45,25 ; 65,15]).

Établissements	Nombre de sages-femmes inscrivant la frénatomie dans le carnet de santé
Brive CH	5
Émailleurs	17
Guéret	2
Limoges	14
St Germain	4
Saint-Junien	3
Tulle	4
Ussel	4
Total général	53

QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. RÉPONSES AUX HYPOTHÈSES

1.1 Hypothèse principale : la sage-femme possède les connaissances médicales pour évaluer l'ankyloglossie chez le nouveau-né à terme

Cette hypothèse n'a pas été confirmée car la majorité des sages-femmes du Limousin ne possède pas les connaissances pour dépister l'ankyloglossie puisque la moyenne de leurs notes à mon questionnaire est de 7,56. Seules 34,75% (IC [26,89 ; 42,61]) d'entre elles ont eu une note supérieure ou égale à 10.

1.2 Hypothèse secondaire : la sage-femme pratique majoritairement la frénotomie en suites de naissance dans une indication d'amélioration de l'allaitement maternel

Cette hypothèse aussi est infirmée puisque seulement 32,62% (IC [24,88 ; 40,36]) des sages-femmes du Limousin pratiquent ou ont pratiqué la frénotomie.

2. CONCERNANT LA POPULATION ÉTUDIÉE

La majorité des sages-femmes a obtenu son diplôme entre 1991 et 2011. Elles ont donc entre moins d'un an et 20 ans d'expérience au moment de l'étude.

Les deux écoles de sages-femmes représentatives des sages-femmes formées en Limousin sont celles de Clermont-Ferrand mais surtout de Limoges.

88,6% des sages-femmes qui ont répondu à mon questionnaire travaillent actuellement en maternité. Parmi elles, 37,6% travaillent à l'Hôpital Mère-Enfant.

Les spécificités de notre population font qu'il n'a pas été possible d'analyser nos hypothèses dans ces détails, en particulier d'établir un profil desage-femme ayant les meilleures réponses.

3. LE TAUX DE RETOUR DU QUESTIONNAIRE

En Creuse toutes les sages-femmes de la seule maternité (Guéret) ont répondu au questionnaire.

En Haute-Vienne, 73% des sages-femmes travaillant en maternité ont répondu à mon étude tandis qu'en Corrèze le taux de retour a été de 66,6%. On peut penser que cette différence est due à la distance et à la moindre présence des étudiants sages-femmes sur les établissements corréziens qui ont généralement un effet facilitateur.

Pour l'exercice en libéral, nous pouvons observer les mêmes tendances de réponse. En effet, la seule sage-femme de Creuse a retourné son questionnaire, 92% des sages-femmes exerçant en Haute-Vienne ont répondu et seulement 50% des sages-femmes exerçant en Corrèze l'ont fait.

En ce qui concerne les sages-femmes exerçant en PMI, on peut noter que nous avons eu qu'un seul retour et celui-ci venait d'une sage-femme exerçant en parallèle dans une maternité. On peut se demander si les sages-femmes exerçant en PMI se sentaient concernées par mon étude de par leur pratique très spécifique qui ne justifie pas la pratique de la frénatomie.

4. LE QUESTIONNAIRE

4.1 Focus sur les connaissances théoriques

La moitié des sages-femmes a la notion que la frénatomie n'est pas un acte douloureux car elle sait qu'il n'y a pas d'innervation au niveau du frein de la langue. Cependant la vascularisation, la structure et surtout les rapports anatomiques du frein de langue sont mal connus. En ce sens, la pratique de la frénatomie par les sages-femmes peut s'avérer un acte dangereux.

En ce qui concerne les définitions de l'ankyloglossie et de la frénatomie, nous pouvons constater qu'environ 80% des sages-femmes connaissent la définition de la frénatomie et seulement 35% connaissent celle de l'ankyloglossie. Donc, même si théoriquement elles savent réaliser le geste technique, on peut supposer que celui-ci n'est pas pratiqué puisqu'elles ne posent pas usuellement le diagnostic d'ankyloglossie pour la majorité.

Les contre-indications et les risques à la pratique de la frénatomie sont très mal connus également par les sages-femmes ce qui explique leur réticence à la pratiquer.

On peut néanmoins observer que les sages-femmes savent factuellement réaliser la frénatomie.

Comme précédemment, le mode d'exercice et le lieu de formation n'ont pas d'influence sur les résultats du questionnaire.

Au total, les compétences des sages-femmes à réaliser la frénatomie peuvent être qualifiées d'empiriques.

4.2 Focus sur les formations théoriques initiales

Seules 3 sages-femmes affirment avoir reçu une formation théorique. Ces témoignages concernent deux écoles différentes (Limoges et Clermont-Ferrand) et trois promotions différentes (1987, 2004 et 2007). Aucune de ces sages-femmes n'a eu de formation pratique.

On peut toutefois noter que seule la sage-femme la plus ancienne des trois a eu une note de 10 au questionnaire, les autres ayant eu des notes inférieures. On peut donc supposer qu'à cette période la formation sur ce sujet était plus complète.

Au-delà, ces résultats sont surprenants car j'ai pu observer des réponses différentes concernant des sages-femmes issues des mêmes promotions et des mêmes écoles. Il existe donc peut être un biais du souvenir.

4.3 Formation pratique

On peut constater que de 1970 à 2008 les étudiants sages-femmes ayant bénéficié d'une formation pratique sur un terrain de stage étaient de plus en plus nombreux. Puis, après 2008, plus aucune sage-femme n'en a bénéficié. On peut supposer que c'est à cette période que la prise de conscience d'une lacune législative concernant la pratique de la frénatomie a émergé chez les sages-femmes, renforcée par une réticence administrative via les cadres sages-femmes. En effet, cet acte ne fait pas partie de la liste de nos compétences mais aucun texte n'en interdit formellement la pratique aux sages-femmes, qui sont face à leur responsabilité médicale. La pression sociétale actuelle débouchant sur une crainte accrue des sanctions judiciaires a conduit sans doute à l'abandon progressif de la pratique.

Au-delà, les sages-femmes ayant bénéficié de cette formation pratique utilisent statistiquement plus la frénatomie que les autres ($p < 0,0001$).

Il est à noter de plus qu'aucune sage-femme n'a bénéficié de travaux pratiques en formation initiale.

4.4 Formation complémentaire en allaitement maternel

Peu de sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire sur l'allaitement maternel affirment avoir reçu une information sur la frénatomie. De plus, concernant une même formation, les réponses à cette question varient. Paradoxalement, les sages-femmes ayant participé à une de ces formations ont une pratique de la frénatomie statistiquement significative plus élevée ($p = 0,0008$). Il est donc difficile de conclure sur cet item.

4.5 Compagnonnage

26,24% des sages-femmes ont bénéficié d'un compagnonnage sur le sujet après l'obtention de leur diplôme. Ces sages-femmes travaillent aujourd'hui dans des établissements différents ou en exercice libéral. Le questionnaire ne permet pas de préciser dans quels établissements ont eu lieu ces compagnonnages.

L'année d'obtention du diplôme n'a pas d'influence sur le compagnonnage, celui-ci a toujours été compris entre 20% et 35% tout au long des années.

On a pu noter que le compagnonnage favorise la pratique personnelle de la frénotomie.

Il reste en conclusion partielle que le compagnonnage reste un outil de formation important dans notre corporation.

4.6 Pratique personnelle de la frénotomie

Il est important de constater que la moyenne des notes au questionnaire des sages-femmes qui pratiquent la frénotomie est similaire à celle de l'ensemble des sages-femmes de l'étude.

On peut observer que les sages-femmes qui pratiquent la frénotomie ont, pour la plupart, obtenu leur diplôme entre 1981 et 2000. On peut en déduire qu'à cette période la pratique était historiquement très présente au sein des maternités.

Mais on a pu noter également que les sages-femmes travaillant en consultation ont une place importante dans la pratique de la frénotomie. En effet, le fonctionnement des maternités de la région implique que ce sont des sages-femmes le plus souvent en deuxième partie de carrière qui occupent ces postes actuellement.

On peut donc émettre l'hypothèse qu'elles exerçaient en suites de couche au moment où la pratique de la frénotomie était plus répandue.

Comme précédemment, le lieu d'exercice géographique et le lieu de formation n'a pas d'influence sur la pratique personnelle de la frénotomie.

4.7 Pratique de la frénatomie par établissement

De nombreuses réponses à cette question étaient contradictoires. On peut émettre l'hypothèse que, malgré le caractère anonyme du questionnaire, certaines sages-femmes n'ont pas voulu admettre que certaines collègues ou elles même avaient recours à cette pratique, étant donné que cet acte ne fait pas partie de la liste des compétences des sages-femmes. On peut légitimement se demander dans quelles proportions la pratique de la frénatomie serait une pratique médicale clandestine?

Par, ailleurs, dans tous les établissements du Limousin on retrouve que les pédiatres pratiquent la frénatomie mais elle est reconnue par les sages-femmes dans seulement quatre établissements.

4.8 Inscription dans le dossier médical et le carnet de santé

Là aussi, dans un même établissement, la mention dans le dossier médical et le carnet de santé varie d'une sage-femme à une autre. Cependant, parmi les réponses obtenues, 88% des sages-femmes notent le geste dans le dossier médical et 55% dans le carnet de santé. Cela renforce notre idée d'une certaine clandestinité de la pratique, qu'elle soit pratiqué par les pédiatres ou les sages-femmes.

5. BIAIS DE L'ÉTUDE

Il existe un biais de sélection puisque, selon le mode d'exercice, le pourcentage de retour des questionnaires a été très variable, notamment pour la PMI, peu concernée par cette étude. De plus il n'y a eu que 67% de retour à mon questionnaire. Mon étude n'a donc pas été exhaustive.

La discordance des réponses concernant un même établissement met en cause la fiabilité de certains de mes résultats tels que la pratique par établissement et l'inscription dans le dossier médical et le carnet de santé. C'est en relation avec un biais du souvenir et/ou peut être des pratiques non déclarées.

6. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est de faire avancer la profession de sage-femme en suggérant l'intégration du dépistage de l'ankyloglossie au cours de sa formation initiale ainsi qu'une modification de sa liste des compétences écrite pour y intégrer la frénotomie.

Cependant cet objectif n'est pas directement atteignable (c'est à dire proposable à nos instances dirigeantes comme l'ordre) de par les écarts observés entre les connaissances et les compétences des sages-femmes.

7. VALORISATION DES RÉSULTATS

Il est donc nécessaire de combler à mon sens ces écarts observés.

Étant donné le manque de connaissance des sages-femmes du limousin concernant l'ankyloglossie et la frénotomie et en considérant que 36,62% de celles-ci pratiquent ou ont pratiqué ce geste, on peut logiquement envisager l'intégration de l'apprentissage de ces notions durant les études de sage-femme.

En effet, leur place prépondérante au moment de la mise en place de l'allaitement maternel en fait des acteurs indispensables au diagnostic de l'ankyloglossie. La question de la compétence des sages-femmes à la pratique de la frénotomie est légitime de débats futurs, en prenant en compte le caractère médical de leur profession, elle passera, en amont, par l'apprentissage du diagnostic de l'ankyloglossie.

À mon sens, c'est déjà un élément indispensable à une prise en charge globale du nouveau-né

Factuellement, il serait aisé d'intégrer cette notion au cours de l'enseignement de l'allaitement maternel. En effet, au moment d'aborder les difficultés de succion du nouveau-né, l'ankyloglossie serait introduite en tant que diagnostic différentiel des pathologies à l'origine d'un défaut de succion.

À partir de là, la définition de l'ankyloglossie, son incidence et ses conséquences seraient enseignées ainsi que les rapports anatomiques du frein de la langue, sa constitution, sa vascularisation et son innervation.

Il suffirait aussi à notre avis d'une heure de cours théorique pour sensibiliser les étudiants sages-femmes à l'intérêt du diagnostic de l'ankyloglossie et à son dépistage. Si la sage-femme obtient la compétence de la pratique de la frénotomie, on pourrait associer à cette heure de théorie une heure de travaux pratiques avec un mannequin pour leur apprendre comment maintenir un nouveau-né et pour leur enseigner les modalités de la frénotomie ainsi que ses risques, indications et contre-indication.

De plus, cette formation pourrait être proposée aux sages-femmes déjà diplômées.

CONCLUSION

Ce travail avait pour but de faire un état des lieux sur la pratique de la frénotomie par les sages-femmes du Limousin ainsi que sur leurs connaissances concernant l'ankyloglossie. Il se proposait d'étudier la faisabilité de l'ajout de ce geste technique à la liste des compétences professionnelles.

Un questionnaire a permis de mettre en évidence une grande hétérogénéité des pratiques et des connaissances médiocres.

Il est apparu notamment que les sages-femmes qui pratiquent la frénotomie ont exercées à une période particulière qui bénéficiait à la fois d'un compagnonnage et d'une tolérance médico-légale.

Au-delà, il nous semble que notre corporation est la plus à même de prendre en charge l'allaitement maternel en tenant compte de la singularité du couple mère-enfant.

En ce sens, les sages-femmes ne sont-elles pas les mieux placées pour dépister l'ankyloglossie et réaliser la frénotomie ? Notre avis positif sur cette question nous a fait envisager dès lors une proposition de formation initiale afin que notre corporation dépasse ses connaissances empiriques.

Le compagnonnage et la baisse des effectifs de pédiatres bâtiront peut-être la dernière marche d'accès à une reconnaissance de cette compétence.

ANNEXES

1. ANNEXE I

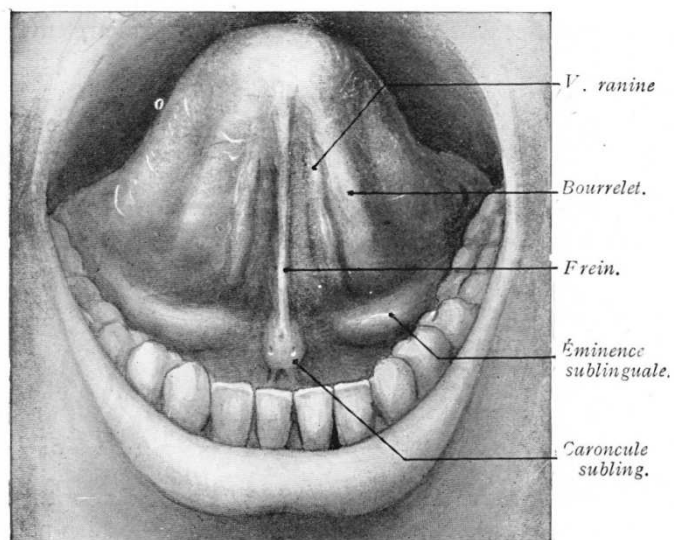


Fig. 260. — Face inférieure de la langue.

2. ANNEXE II

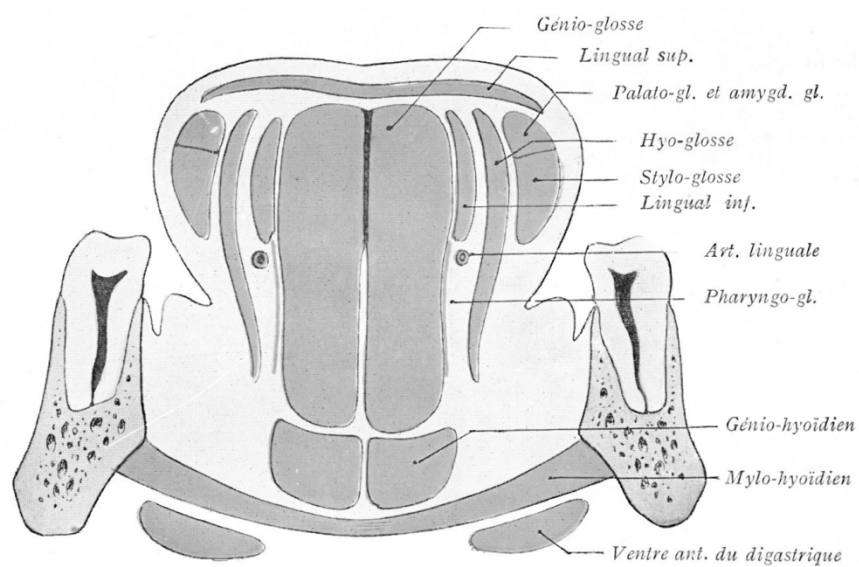


Fig. 262. — Coupe frontale des muscles de la langue (schématique).

3. ANNEXE III : QUESTIONNAIRE

Questionnaire

Bonjour,

Je suis une étudiante sage-femme en 3^{ème} année à l'école de Limoges. Je souhaite réaliser mon mémoire sur les connaissances et les pratiques de la frénotomie par les sages-femmes du Limousin. Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire adressé aux sages-femmes du Limousin. Il est anonyme. Mon intention est de faire un état des lieux de cette pratique en Limousin pour aller vers une adaptation de la formation permettant de conforter la légitimité de ce geste. Merci de répondre le plus justement possible aux questions. 10 minutes vous suffiront.

Me tenant à votre écoute pour des renseignements complémentaires, je vous remercie de votre temps.

MARIE CHALARD

1. Année d'obtention du diplôme :

2. Durée d'exercice :

3. Lieu de formation :

4. Lieu d'activité actuel :

Cocher la ou les case(s) correspondantes :

5. Vous exercez (plusieurs réponses possibles) :

en hôpital :

- maternité
- grossesses pathologiques
- salle de naissance
- consultations
- diagnostic anténatal
- échographies
- planning familial
- procréation médicalement assistée
- enseignement

en libéral

en PMI

si vous exercez en hôpital précisez son niveau (une seule réponse possible) :

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

6. Le frein de la langue est (une seule réponse possible) :

- une lame fibreuse
- une lame tendineuse appartenant au muscle génioglosse
- un repli muqueux
- je ne sais pas

7. Le frein de la langue (une seule réponse possible) :

- n'est jamais vascularisé
- est parfois vascularisé
- est toujours vascularisé
- je ne sais pas

8. Le frein de la langue (une seule réponse possible) :

- n'est jamais innervé
- est parfois innervé
- est toujours innervé
- je ne sais pas

9. Le frein de la langue est en rapport avec :

- les deux muscles génioglosses
- les deux ostiums des canaux de Wharton
- le foramen caecum
- je ne sais pas

10. L'ankyloglossie, c'est lorsque le frein de la langue (une seule réponse possible) :

- est trop court et adhère jusqu'au bout de la langue
- est trop long et n'adhère que sur le 1/3 basal de la langue
- présente une anomalie dans sa structure et ne permet pas la mobilité normale de la langue sans modification de sa longueur et/ou de son étendue
- je ne sais pas

11. La frénotomie, c'est (une seule réponse possible) :

- l'exérèse du frein de la langue
- une section du frein de la langue sur une longueur de 2 à 3 mm
- une section du frein de la langue et des deux muscles génioglosses
- je ne sais pas

12. Connaissez-vous une ou des contre-indications à la pratique de la frénotomie ?

- oui
- non

Si oui, la/lesquelles ?

-
-
-

13. Connaissez-vous un ou des risques à la pratique de la frénotomie ?

- oui
- non

Si oui, la/lesquels ?

-
-
-

14. Avez-vous eu une formation théorique sur la frénotomie lors de vos études ?

- oui
- non

15. Avez-vous eu une formation pratique sur la frénotomie lors de vos études ?

- oui
- non

Si oui :

- a-t-elle eu lieu sur un terrain de stage ?
- a-t-elle eu lieu lors de travaux pratiques ?

16. Avez-vous effectué une formation complémentaire sur l'allaitement maternel depuis l'obtention de votre diplôme ?

- oui
- non

Si oui (plusieurs réponses possibles) :

- Lactitude
- Co-naître
- Allaitement maternel-formation (Am-f)
- autre :
- la frénotomie y a-t-elle été abordée ?

17. Avez-vous appris la frénotomie depuis l'obtention de votre diplôme lors d'une expérience de compagnonnage avec une sage-femme ou un pédiatre ?

- oui
- non

18. Pratiquez-vous la frénotomie ou l'avez-vous déjà pratiqué en tant que sage-femme ?

- oui
- non

19. La frénotomie est-elle pratiquée dans la maternité où vous travaillez actuellement ?

- oui
- non

Si oui, par (plusieurs réponses possibles) :

- les sages-femmes
- les pédiatres
- autre :

20. La pratique de la frénotomie est-elle inscrite dans le dossier médical lorsqu'elle est pratiquée ?

- oui
- non

21. La pratique de la frénotomie est-elle inscrite dans le carnet de santé de l'enfant lorsqu'elle est pratiquée ?

- oui
- non

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ROUVIERE, H., Anatomie humaine descriptive et topographique, ed. 6. Vol. 1. 1948, paris: masson et Cie. 544.
2. BOUCHET, A., Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle, ed. è. édition. Vol. tome 1. 1991, Paris: Masson. 598.
3. KAMINA, P., Précis d'anatomie clinique. 2004, Paris: Maloine. 403.
4. ROUVIERE, H., Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. 14 ed. Vol. tome 1. 1997, paris: Masson. 608.
5. GREEN, J.H., Manuel d'anatomie humaine. 1986, Paris: Masson. 418.
6. DE PERETTI, F., Manuel d'anatomie générale. 2010, Paris: Ellipses. 331.
7. CHEVALIER, J.M., Anatomie. ORL, ed. Medecine-Sciences. Vol. 3, Paris: Flammarion. 402.
8. BEAUTHIER, J.P., Traité d'anatomie. Vol. 3. 1993, Bruxelles: De Boeck Université. 478.
9. CHEVREL, Anatomie clinique. Vol. 3. 1996, Paris: Springer. 490.
10. NEWMAN, D., The American Illustrated Medical Dictionary. 1985, Philadelphia: WB Saunders Co. 327.
11. WELLINGTON, J., New Gould Medical Dictionary, ed. 1. 1949, Toronto: The Blakiston Co. 175.
12. FLETCHER, S., Lingual function and relative length of the lingual frenulum. J Speech Hear Res 1968. 11: p. 90.
13. WILLIAM, N., Assessment of lingual function when ankyloglossia (tongue-tie) is suspected. J Am Dent Assoc 1985. 110: p. 6.
14. SCULLY, C., Color Atlas of Oral Diseases in Children and Adolescents. 1994, London: Wolfe. 128.

15. GORODZINSKY, F.P. L'ankyloglossie et l'allaitement. Comité de la pédiatrie communautaire Société Canadienne de Pédiatrie 2002 2009 [cited 2010 26 septembre]; Available from : <http://www.cps.ca/francais/enonces/CP/CP11-01.htm>.
16. MESSNER, A., Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000. 126: p. 9.
17. CATLIN, F., Tongue-tie. Arch Otolaryngol 1971. 94: p. 57.
18. JORGENSON, R., Intraoral findings and anomalies in neonates. Pediatrics, 1982. 69: p. 82.
19. FRIEND, G., Oral anomalies in the neonate, by race and gender, in an urban setting. Pediatr Dent, 1990. 12: p. 157-161.
20. WRIGHT, J., Tongue-tie. J Paediatr Child Health 1995. 31: p. 8.
21. BRIN, F., Dictionnaire d'orthophonie. 2004, Isbergues: ortho édition. 298.
22. CONWAY, A., "Ankyloglossia" to snip or not to snip: Is that the question? J Hum Lact 1990. 6: p. 2.
23. BERG, K., Tongue tie (Ankyloglossia) and breast feeding: A review. J Human Lact 1990. 6: p. 12.
24. NOTESTINE, E., The importance of the identification of ankyloglossia as a cause of breast feeding problems. J Hum Lact 1990. 6: p. 5.
25. MARMET, C., Frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. J Hum Lact 1990. 6: p. 21.
26. WIGHT, N., Management of common breastfeeding issues. Pediatr Clin North Am 2001. 48: p. 44.
27. KVERNELAND, B. L'examen de la bouche de l'enfant de 0 à 6 ans. Normalités, anomalies, recommandations et prévention. 2010 [cited 2011 29/01/11]; Available from: <http://www.jim.fr>.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	6
PREMIÈRE PARTIE : ARGUMENTAIRE.....	7
1. L'ANATOMIE DE LA LANGUE	7
1.1 LA CONFIGURATION EXTÉRIEURE.....	7
1.1.1 La face supérieure ou dorsale	7
1.1.2 La face inférieure	8
1.1.3 Les bords	9
1.1.4 Le sommet	9
1.2 LA CONSTITUTION	9
1.2.1 Le squelette de la langue	9
1.2.2 Les muscles de la langue.....	10
1.2.3 La muqueuse de la langue.....	11
1.2.4 Les vaisseaux et les nerfs.....	12
1.2.4.1 Les artères	12
1.2.4.2 Les veines	12
1.2.4.3 Les vaisseaux lymphatiques.....	12
1.2.4.4 Les nerfs	12
1.2.5 Le sillon alvéolo-lingual	13
2. À PROPOS DE L'ANKYLOGLOSSIE.....	14
2.1 LES DÉFINITIONS	14
2.1.1 L'ankyloglossie.....	14
2.1.2 L'ankyloglossie partielle	14
2.2 L'ÉTIOLOGIE.....	14
2.3 LES CONSÉQUENCES.....	15
2.4 LES DIFFÉRENTES PRISES EN CHARGE DE L'ANKYLOGLOSSIE.....	15
2.4.1 La frénotomie	15
2.4.2 La frénectomie.....	15
2.4.3 La frénotomie	15
2.5 LES COMPLICATIONS DE LA FRÉNOTOMIE.....	16

3.	LA SAGE-FEMME ET LA FRÉNOTOMIE.....	16
3.1	LA FRÉNOTOMIE À LA MATERNITÉ DE L'HME DE LIMOGES	16
3.2	LA NOTION DE COMPÉTENCE	17
DEUXIÈME PARTIE : PROTOCOLE		18
1.	LA JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	18
1.1	LE CONSTAT	18
1.2	LA PROBLÉMATIQUE.....	18
1.3	LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	18
2.	LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	19
2.1	LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	19
2.1.1	Principal.....	19
2.1.2	Secondaire	19
2.2	LES HYPOTHÈSES	19
2.2.1	Principale	19
2.2.2	Secondaire	19
2.3	LE CRITÈRE PRINCIPAL DE JUGEMENT	19
3.	LE SCHÉMA D'ÉTUDE.....	20
3.1	LE TYPE D'ÉTUDE.....	20
3.2	LA SÉLECTION DES SUJETS.....	20
3.3	LES MODALITÉS DE L'ÉTUDE	20
3.4	LES VARIABLES ÉTUDIÉES.....	21
3.5	LE RECRUTEMENT DES SUJETS.....	22
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE		23
1.	RÉPARTITION DE LA POPULATION.....	23
1.1	ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT	23
1.2	DURÉE D'EXERCICE	23
1.3	LIEU DE FORMATION	24
1.4	MODE D'EXERCICE	24
1.5	LIEU D'EXERCICE.....	25
1.5.1	Exercice libéral.....	25
1.5.2	Exercice en maternité	26

2.	LES TAUX DE RETOUR	26
2.1	LES SAGES-FEMMES EN MATERNITÉ.....	26
2.1.1	En Haute-Vienne	26
2.1.2	En Corrèze	27
2.1.3	En Creuse	27
2.2	LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES	27
2.2.1	En Haute-Vienne	27
2.2.2	En Corrèze	27
2.2.3	En Creuse	27
2.3	LES SAGES-FEMMES DE PMI	28
3.	RÉPONSES AUX QUESTIONS	28
3.1	CONNAISSANCES THÉORIQUES	28
3.1.1	Pourcentages de bonnes réponses et de bonnes réponses partielles	28
3.1.2	Note sur 20	28
3.1.3	Répartition du nombre de sages-femmes par note obtenue	29
3.1.4	Connaissances satisfaisantes (note > ou = à 10/20) en fonction du mode d'exercice	29
3.1.5	Moyenne en fonction du lieu de formation	30
3.2	FORMATION THÉORIQUE INITIALE	30
3.3	FORMATION PRATIQUE INITIALE.....	31
3.4	FORMATION COMPLÉMENTAIRE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	32
3.5	COMPAGNONNAGE	32
3.5.1	Pratique du compagnonnage en pourcentage en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'État.....	33
3.5.2	Corrélation entre le compagnonnage et la pratique personnelle de la frénotomie	33
3.6	PRATIQUE PERSONNELLE DE LA FRÉNOTOMIE	34
3.7	PRATIQUE DE LA FRÉNOTOMIE PAR ÉTABLISSEMENT	35
3.8	INSCRIPTION DANS LE DOSSIER MÉDICAL.....	37
3.9	INSCRIPTION DANS LE CARNET DE SANTÉ	37
	QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	38
1.	RÉPONSES AUX HYPOTHÈSES	38
1.1	HYPOTHÈSE PRINCIPALE.....	38
1.2	HYPOTHÈSE SECONDAIRE	38
2.	CONCERNANT LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	39

3.	LE TAUX DE RETOUR DU QUESTIONNAIRE	39
4.	LE QUESTIONNAIRE.....	40
4.1	FOCUS SUR LES CONNAISSANCES THÉORIQUES	40
4.2	FOCUS SUR LES FORMATIONS THÉORIQUES INITIALES.....	40
4.3	FORMATION PRATIQUE.....	41
4.4	FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN ALLAITEMENT MATERNEL.....	41
4.5	COMPAGNONNAGE	42
4.6	PRATIQUE PERSONNELLE DE LA FRÉNOTOMIE	42
4.7	PRATIQUE DE LA FRÉNOTOMIE PAR ÉTABLISSEMENT	43
4.8	INSCRIPTION DANS LE DOSSIER MÉDICAL ET LE CARNET DE SANTÉ	43
5.	BIAIS DE L'ÉTUDE	43
6.	POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	44
7.	VALORISATION DES RÉSULTATS	44
	CONCLUSION	46
	ANNEXES.....	47
1.	ANNEXE I	47
2.	ANNEXE II	48
3.	ANNEXE III : QUESTIONNAIRE	49
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
	TABLE DES MATIÈRES	56

CHALARD Marie

La Frénotomie : connaissances et pratiques des sages-femmes du Limousin

62 pages

**Mémoire de fin d'études – École de sages-femmes de Limoges –
Année Universitaire 2012 – 2013**

RÉSUMÉ :

Il n'y a aucune référence manifeste à la pratique de la frénotomie dans la législation concernant les compétences des sages-femmes. Pourtant, ce geste semble réalisé dans le but de favoriser la succion chez le nouveau-né.

Cette étude transversale, descriptive et régionale porte sur les sages-femmes du Limousin à qui a été distribué un questionnaire d'évaluation des connaissances et des pratiques sur le sujet.

Il en ressort que le diagnostic de l'ankyloglossie et l'indication de la frénotomie ne sont pas toujours connus par la sage-femme. Il serait important d'y remédier durant la formation initiale.

MOTS – CLÉS :

Ankyloglossie – frénotomie – frein de langue – défaut de succion –
sage-femme – pédiatrie – ORL.