
Sténose subglottique : aussi appelée sténose trachéale, elle correspond à une diminution anormale du calibre de la trachée. (www.dictionnaire.academie-medecine.fr).

Séquence de Pierre Robin : « se caractérise par la présence à la naissance de trois anomalies bucco-faciales : une mâchoire inférieure plus petite que la normale avec un menton en retrait (rétrognathisme), une tendance de la langue à chuter en arrière dans la gorge (glossoptose) et l'absence de fermeture à l'arrière du palais (fente vélo-palatine postérieure). » (www.orpha.net).

Syndrome de Ravine : « trouble neurologique génétique extrêmement rare rapporté chez un petit nombre de patients au sein d'une communauté spécifique de l'Ile de la Réunion (région Ravine). Il se caractérise par une anorexie infantile avec des vomissements répétés et irrépessibles, une atteinte aigüe du tronc cérébral, un retard de croissance staturo-pondérale sévère et une encéphalopathie progressive. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) révèle la disparition de la moelle allongée et de la substance blanche cérébelleuse, une atrophie sévère du pont, des hyperintensités au niveau de la substance blanche péri-ventriculaire sus-tentorielle et des anomalies des ganglions de la base. » (www.orpha.net).

Trachéostomie : « un acte chirurgical concomitant à une laryngectomie totale, et qui consiste à aboucher la trachée à la paroi antérieure du cou et à supprimer toute communication pharyngolaryngée » (Brin-Henry et al., 2014, p.283).

Trachéotomie : « ouverture réalisée au niveau de la paroi antérieure du cou et de la trachée, par laquelle est introduite une canule qui permettra à l'air de parvenir jusqu'aux poumons » (Brin-Henry et al., 2014, p.283).

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie, V. (2004). Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 55-68.
- Abraham, S., & Wolf, E. L. (2000). Swallowing Physiology of Toddlers with Long-Term Tracheostomies: A Preliminary Study. *Dysphagia*, 15(4), 206-212.
- Abraham, S., (2003). Babies With Tracheostomies. The Challenge of Providing Specialized Clinical Care. *American Speech Language Hearing Association*.
- Adam, S. I., Srinet, P., Aronberg, R. M., Rosenberg, G., & Leder, S. B. (2015). Verbal communication with the Blom low profile and Passy-Muir® one-way tracheotomy tube speaking valves. *Journal of Communication Disorders*, 56, 40-46.
- Akcan, F. A., Dündar, Y., Uluat, A., Cebeci, D., Sungur, M. A., Salman, N., & Ünlü, İ. (2018). Pediatric Tracheotomies: A 5-Year Experience In 152 Children. *ENT Updates*, 71-78.
- Arvedson, J. C., & Brodsky, L. (1992). Pediatric tracheotomy referrals to speech-language pathology in a children's hospital. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 23(3), 237-243.
- Bishard, S., & Loste, P. (2004). *L'orthophonie en réanimation pédiatrique*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Lille, Lille.
- Brigger, M. T., & Hartnick, C. J. (2009). Drilling speaking valves : A modification to improve vocalization in tracheostomy dependent children. *The Laryngoscope*, 119(1), 176-179.
- Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2014). *Dictionnaire d'orthophonie* (OrthoEdition).
- Buckland, A., Jackson, L., Ilich, T., Lipscombe, J., Jones, G., & Vijayasekaran, S. (2012). Drilling speaking valves to promote phonation in tracheostomy-dependent children. *The Laryngoscope*, 122(10), 2316-2322.
- Buswell, C., Powell, J., & Powell, S. (2017). Paediatric tracheostomy speaking valves : Our experience of forty-two children with an adapted Passy-Muir® speaking valve. *Clinical Otolaryngology*, 42(4), 941-944.
- Calais-Germain, B. (2009). *Respiration - anatomie geste respiratoire* (Desiris). Canada.
- Carron, J. D., Derkay, C. S., Strope, G. L., Nosonchuk, J. E., & Darrow, D. H. (2000). Pediatric Tracheotomies: Changing Indications and Outcomes. *The Laryngoscope*, 110(7), 1099-1104.
- Cascales, T., Pirlot, G., & Olives, J.-P. (2014). L'alimentation du nourrisson : Une histoire de sens. *La psychiatrie de l'enfant*, 57(2), 491.
- Cho Lieu, J. E., Muntz, H. R., Prater, D., & Blount Stahl, M. (1999). Passy-Muir® valve in children with tracheotomy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 50(3), 197-203.
- Décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales. (1999). *Journal Officiel de la République Française*, no 121, 28 mai. Repéré à : <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000000378169>
- Delaney, A. L., & Arvedson, J. C. (2008). Development of swallowing and feeding : Prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 105-117.

-
- Donzelli, J., Brady, S., Wesling, M., & Craney, M. (2001). Simultaneous Modified Evans Blue Dye Procedure and Video Nasal Endoscopic Evaluation of the Swallow: *The Laryngoscope*, 111(10), 1746-1750.
- Faure, P., & Hart, J. (2010). *Proposition de prise en charge précoce du jeune enfant trachéotomisé: protocole de stimulations des fonctions laryngées visant à prévenir les troubles de l'oralité : études de cas.* (Mémoire d'orthophonie). Toulouse, France.
- Fraga, J. C., Souza, J. C. K. de, & Kruehl, J. (2009). Pediatric tracheostomy. *Jornal de Pediatria*, 85(2), 97-103.
- Funamura, J. L., Durbin-Johnson, B., Tollefson, T. T., Harrison, J., & Senders, C. W. (2014). Pediatric tracheotomy: Indications and decannulation outcomes: Pediatric Tracheotomy Indications and Outcomes. *The Laryngoscope*, 124(8), 1952-1958.
- Gereau, S. A., Navarro, G. C., Cluterio, B., Mullan, E., Bassila, M., & Ruben, R. J. (1996). Selection of pediatric patients for use of the Passy-Muir valve for speech production. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 35(1), 11-17.
- Greene, Z. M., Davenport, J., Fitzgerald, S., Russell, J. D., & McNally, P. (2019). Tracheostomy speaking valve modification in children: A standardized approach leads to widespread use. *Pediatric Pulmonology*.
- Guide TRACHEOTOMIE [En ligne]. Paris: ADEP assistance; 2013. 37p. Disponible: http://www.myobase.org/index.php?lvl=notice_display&id=19703#.XqFW7NMzZE4
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2011). Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Repéré à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf
- Hull, E. M., Dumas, H. M., Crowley, R. A., & Kharasch, V. S. (2005). Tracheostomy speaking valves for children: tolerance and clinical benefits. *Pediatric Rehabilitation*, 8(3), 214-219.
- Jiang, D., & Morrison, G. A. (2003). The influence of long-term tracheostomy on speech and language development in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67, S217-S220.
- Joseph, R. A., Evitts, P., Bayley, E. W., & Tulenko, C. (2017). Oral Feeding Outcome in Infants with a Tracheostomy. *Journal of Pediatric Nursing*, 33, 70-75.
- Kraemer, R., Plante, E., & Green, G. E. (2005). Changes in speech and language development of a young child after decannulation. *Journal of Communication Disorders*, 38(5), 349-358.
- Kremer, B., Botos-Kremer, A. I., Eckel, H. E., & Schlöndorff, G. (2002). Indications, complications, and surgical techniques for pediatric tracheostomies—An update. *Journal of Pediatric Surgery*, 37(11), 1556-1562.
- Kuhn, P., Zores, C., Astruc, D., Dufour, A., & Casper, Ch. (2011). Développement sensoriel des nouveau-nés grands prématurés et environnement physique hospitalier. *Archives de Pédiatrie*, 18, S92-S102.
- Mahadevan, M., Barber, C., Salkeld, L., Douglas, G., & Mills, N. (2007). Pediatric tracheotomy: 17 year review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(12), 1829-1835.

-
- Menier, I., Dejonkheere, C., Baou, O., Moreno, M., Mattioni, V., & Madre, C. (2014). Prévention des troubles de l'oralité en réanimation pédiatrique : Mise au point et expérience récente de l'hôpital Robert Debré. *Réanimation*, 23(4), 445-454.
- Mercier, A. (2004). La nutrition entérale ou l'oralité troublée. *Rééducation orthophonique*, 220, 33-46.
- Mitchell, R. B., Hussey, H. M., Setzen, G., Jacobs, I. N., Nussenbaum, B., Dawson, C., ... Merati, A. (2013). Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 148(1), 6-20.
- Nassif, C., Zielinski, M., Francois, M., & Van Den Abbeele, T. (2015). Tracheotomy in children: A series of 57 consecutive cases. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 132(6), 321-325.
- Ongkasuwan, J., Turk, C. L., Rappazzo, C. A., Lavergne, K. A., Smith, E. O., & Friedman, E. M. (2014). The Effect of a Speaking Valve on Laryngeal Aspiration and Penetration in Children With Tracheotomies: Pediatric PMV and Swallowing. *The Laryngoscope*, 124(6), 1469-1474.
- Özmen, S., Özmen, Ö. A., & Ünal, Ö. F. (2009). Pediatric tracheotomies: A 37-year experience in 282 children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(7), 959-961.
- Robert, D. (2004). Les troubles de la déglutition postintubation et trachéotomie. *Réanimation*, 13 (6-7), 417- 430.
- Rosingh, H. J., & Peek, S. H. (1999). Swallowing and speech in infants following tracheotomy. *Acta Oto-Rhino-Laryngologica Belgica*, 53(1), 59-63.
- Rul, B., Quijano-Roy, S., Golse, A., Beynier, D., Estournet, B., Desguerre, I., Herve, C. (2013). Les principaux changements apportés par la trachéotomie chez des enfants atteints de maladies neuromusculaires. *Recherche en soins infirmiers*, 114(3), 46.
- Sataloff, R. T. (2013). In Response to the Letter to the Editor: "Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care". *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 149(1), 174-174.
- Schaal, B. (1997). L'olfaction : Développement de la fonction et fonctions au cours du développement. *Enfance*, 50(1), 5-20.
- Senez, C. (2004). Hyper nauséeux et troubles de l'oralité chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 220, 93-116.
- Schanen-Bergot, MO. (2007), *Trachéotomie et maladies neuromusculaires*, AFM-Téléthon. Repères Savoir & Comprendre. Repéré à : <https://www.afm-telethon.fr/ventilation-mecanique-assistee-1736>
- Sherman, J. M., Davis, D., Albamonte-Petrick, S., Chatbrun, R. L., R.L., Fitton, C., & Green, C. (2000). Care of the child with a chronic tracheostomy. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161, 297-308.
- Simon, B. M., Fowler, S. M., & Handler, S. D. (1984). Communication development in young children with long-term tracheostomies: preliminary report. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 6, 37-50.

-
- Szmuk, P., Ezri, T., Evron, S., Roth, Y., & Katz, J. (2008). A brief history of tracheostomy and tracheal intubation, from the Bronze Age to the Space Age. *Intensive Care Medicine*, 34(2), 222-228.
- Tan, C.-Y., Chiu, N.-C., Lee, K.-S., Chi, H., Huang, F.-Y., Huang, D. T.-N., ... Huang, C.-Y. (2018). Respiratory tract infections in children with tracheostomy. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, S1684118218302846.
- Terzi, N., Prigent, H., Lejaille, M., Falaize, L., Annane, D., Orlikowski, D., & Lofaso, F. (2010). Impact of tracheostomy on swallowing performance in Duchenne muscular dystrophy. *Neuromuscular Disorders*, 20(8), 493-498.
- Thibault, C. (2007). Les deux oralités alimentaire et verbale. *Orthophonie et oralité. La sphère orofaciale de l'enfant*. Masson, Issy-les-Moulineaux.
- Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2011). SOS Approach to Feeding. SIG 13 Perspectives on 29 Swallowing and Swallowing Disorders. *Dysphagia*, 20(3), 82-87.
- Tweedie, D. J., Cooke, J., Stephenson, K. A., Gupta, S. L., Pepper, C. M., Elloy, M. D., Wyatt, M. E. (2018). Paediatric tracheostomy tubes: recent developments and our current practice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 961-968.
- Vancleenputte, P. P. (2018). *Caractéristiques des enfants ayant eu une trachéotomie temporaire ou définitive de 2007 à 2017 au CHU de Lille*. Lille.
- Vidal, A. (2015). Prévention et lutte contre les troubles de l'oralité chez le petit enfant trachéotomisé sous nutrition entérale. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(164 165), 70-75.
- Wallis, C., Paton, J. Y., Beaton, S., & Jardine, E. (2011). Children on long-term ventilatory support: 10 years of progress. *Archives of Disease in Childhood*, 96(11), 998-1002.
- Waoisard-Brassols, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Le point sur la prise en charge fonctionnelle* (Solal).
- Ward, E., Agius, E., Solley, M., Cornwell, P., & Jones, C. (2008). Preparation, Clinical Support, and Confidence of Speech-Language Pathologists Managing Clients With a Tracheostomy in Australia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 265-276.
- Ward, E., Morgan, T., McGowan, S., Spurgin, A.-L., & Solley, M. (2012). Preparation, clinical support, and confidence of speech-language therapists managing clients with a tracheostomy in the UK : Tracheostomy training and support in the UK. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(3), 322-332.
- Woodnorth, G. H. (2002). Assessing and Managing Medically Fragile Children: Tracheostomy and Ventilatory Support. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 12(3), 7.
- Zabih, W., Holler, T., Syed, F., Russell, L., Allegro, J., Amin, R. (2017). The use of speaking valves in children with tracheostomy tubes. *Respiratory Care*, 62(12), 1594-1601.

ANNEXES

Annexe 1. Décret de Légifrance, n°99-424, 27 mai 1999. Repéré à l'adresse suivante : <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000378169>

Le [décret n°99-426 du 27 mai 1999](#) a ouvert la possibilité de faire réaliser des aspirations endo-trachéales hors hospitalisation, sur prescription médicale et en l'absence de personnel infirmier, par des personnes ayant validé une formation spécifique :

- D'une durée de 5 jours, comprenant 2 jours d'enseignement théorique suivis de 3 jours d'enseignement clinique dans un service prenant en charge des patients trachéotomisés ;
- Ayant pour objet de permettre aux personnes qui la suivent d'effectuer des aspirations endo-trachéales en toute sécurité pour assurer la prise en charge des personnes trachéotomisées ;
- Avec évaluation des connaissances théoriques et cliniques acquises par le candidat pendant le cycle de formation.

Annexe 2. Développement staturo-pondéral. Repéré à l'adresse suivante : <https://slideplayer.fr/slide/469872/>

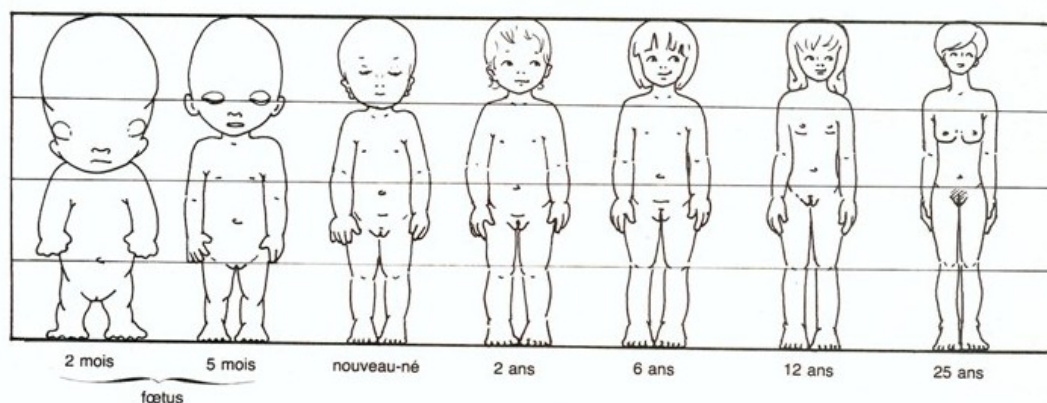
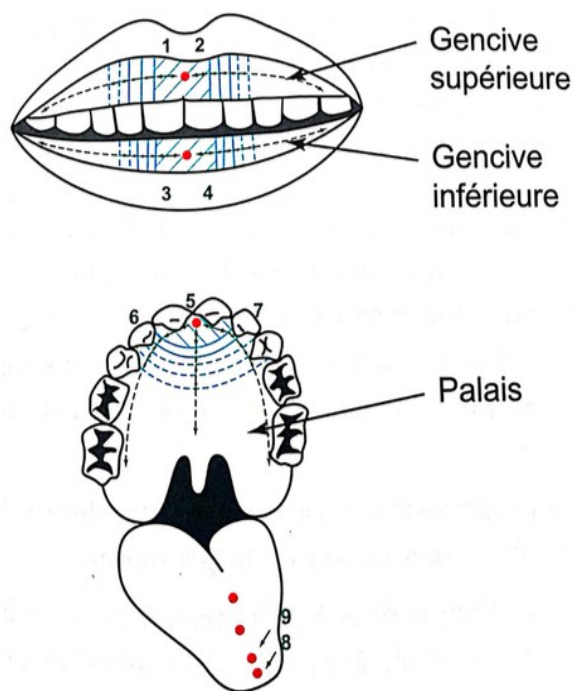


FIG. 11. — Evolution des proportions du corps, du 2^e mois fœtal à l'âge adulte.

Annexe 3. Massages de désensibilisation. Senez, (2004) p.85 :



Annexe 4. Trame d'anamnèse :

Informations générales

- Nom, prénom : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Age : _____
- Date de la trachéotomie : ____ / ____ / ____
- Age de l'enfant au moment de la trachéotomie : _____
- Date de l'examen : ____ / ____ / ____

Contexte médical

- Histoire médicale du patient avant la trachéotomie :

- Contexte de mise en place de la trachéotomie : (obstruction des voies aériennes, apnée centrale,

laryngomalacie, sténose laryngée, traumatisme laryngé...)

Alimentation

- Mode et qualité de l'alimentation avant la chirurgie (biberon, allaitement, cuillère, sonde nasogastrique ou sonde de gastrostomie...) :

- Mode actuel d'alimentation :

- Eventuelles difficultés :

Parole, langage, communication

- Qualité de la communication de l'enfant avec son entourage avant la chirurgie :

- Décrire le niveau de langage avant la trachéotomie : (type de babillage, mots isolés, association de mots, phrases...)

- Aujourd'hui avec la trachéotomie l'enfant : ☐ vocalise ☐ babille ☐ n'émet aucun son

☐ fait des signes
☐ autre

☐ fait des bruits de langue

Informations sur la trachéotomie

- Comment le patient tolère sa trachéotomie (indiquer les signes de gêne s'ils existent) :

- Trachéotomie : ☐ transitoire ☐ permanente
- Présence d'une ventilation mécanique : ☐ oui ☐ non
- Durée d'usage de la ventilation mécanique sur 24h : _____
- Marque de la trachéotomie et du fournisseur : _____
- Présence d'un ballonnet gonflé de façon : ☐ permanente ☐ intermittente
- Présence d'un nez artificiel : ☐ oui ☐ non
- L'enfant tolère le nez artificiel : ☐ oui ☐ non

Si présence d'une valve phonatoire

- Comment le patient tolère la valve (indiquer les signes de gêne s'ils existent) :

- Si essai de valve phonatoire, la valve est-elle expulsée subitement (effet bouchon de champagne = pressions transtrachéales trop élevées)?

- Combien de temps peut-il la porter ? _____
- A quelle fréquence la porte-t-il ? _____

Autres informations

- scolarisation ou projet de scolarisation :

- autres prises en charge médicales ou paramédicales :

Annexe 5. Trame d'évaluation :

Observation clinique

POSTURE

- Tête : ☐ antéchoïe ☐ rétrochoïe ☐ de côté ☐ maintenue dans l'axe
- Tronc : ☐ vers l'avant ☐ vers l'arrière ☐ de côté ☐ dans l'axe

TONUS

- Global : ☐ hypotonie ☐ hypertonie ☐ normal
- Bucco-facial : ☐ hypotonie ☐ hypertonie ☐ faciès inexpressif
- ☐ mouvements anormaux ☐ bavage
- Confort de l'assise : _____
- Anatomie crânio-faciale : _____

- Anatomie endo-buccale et exo-buccale : (examen du palais, articulé dentaire, langue, voile du palais)

- Respiration : ☐ assistance respiratoire ☐ pas d'assistance respiratoire ☐ présence d'une valve phonatoire
- Fatigabilité : ☐ normale ☐ excessive
- Possibilité de se séparer de l'assistance respiratoire (temps) : _____
- Si présence d'un ballonnet, possibilité de s'en séparer (temps) : _____
- Nombre d'inspirations dans la journée : _____
- Autres remarques : _____

Evaluation/observation de la communication

- Type de communication (signes, bruits, claquements de langue, vocalisations, langage, autre...) : _____

- Efficacité de la communication avec :
 - ☐ son entourage proche : _____
 - ☐ l'entourage plus éloigné : _____
- Expressions faciales : _____

- Regard : ☐ soutenu ☐ fuyant ☐ absorbé

- Poursuite visuelle avec un jouet apprécié (bulles, balle lumineuse...) : ☐ oui ☐ non

- Attention conjointe *compétence à observer entre 9 et 24 mois* : ☐ oui ☐ non

- Attention et orientation aux bruits environnants (boite à meuh) : ☐ oui ☐ non

- Imitation (selon l'âge tirer la langue, taper sur un tambour, faire rouler une voiture, faire semblant avec figurines d'animaux...) *compétence à observer dès 2 mois* : ☐ oui ☐ non

- Sourire-réponse : ☐ oui ☐ non

- Pointage (pour le pointage proto-impératif, mettre objet désiré hors de portée, le pointage proto-déclaratif s'observera en situation de jeu) : ☐ proto-impératif ☐ proto-déclaratif

- Autres remarques :

PHONATION

- Mode de phonation : ☐ le patient n'émet aucun son ☐ le patient vocalise sur les fuites d'air ☐ le patient vocalise grâce à une valve phonatoire

- Temps de phonation sur un « a » tenu :

- Intensité de la phonation : ☐ forte ☐ faible

- Pleurs/rires audibles : ☐ oui ☐ non

Cette évaluation est possible même si le patient ne porte pas de valve phonatoire. Ne pas boucher la canule si le patient ne le supporte pas ; le souffle est possible grâce aux fuites d'air. Si présence d'un ballonnet, veiller à le dégonfler avant l'évaluation.

Proposer au patient de souffler sur quelque chose de léger : plume, mousse, polystyrène, bougie, farine, faire des bulles...

- Puissance du souffle : ☐ forte ☐ faible ☐ intermédiaire

- Possibilité de diriger le souffle : ☐ oui ☐ non

- Durée du souffle (secondes) :

- Préférence : ☐ buccale ☐ nasale

- Fatigabilité :

RESPIRATION

Cette évaluation est réalisable si les critères suivants sont respectés. L'obturation de la canule se fait manuellement avec un doigt ganté.

- absence de sténose laryngotrachéale et d'obstruction supérieure
- état médical stable avec bon niveau de vigilance (surveillance au scope, saturation à + de 90%)
- séparation partielle du ventilateur possible ou bien tolérance du ballonnet dégonflé
- moins de quatre aspirations trachéales par heure
- pression transtrachéale inférieure à 10 cm H₂O (manomètre)

- possibilité d'obstruer la canule sur l'expiration : ☐ oui ☐ non
 - (si étape précédente ok) possibilité d'obstruer la canule sur l'inspiration : ☐ oui ☐ non
 - (si étape précédente ok) possibilité d'obstruer sur des cycles respiratoires (inspiration+expiration) : ☐ oui ☐ non
 - (si étape précédente ok) possibilité de porter le bouchon : ☐ oui ☐ non
 - stimulation olfactive (proposer une à deux odeurs fortes : café, vanille) et observer les réactions (sourire, regard, dilatation des ailes du nez, recul...) :
-
-

Evaluation de la parole/langage

L'évaluation langagière proposée ci-dessous est succincte, il est conseillé d'utiliser un bilan adapté à l'âge de l'enfant.

Production de parole/langage

- Si l'enfant émet des sons, qualifier le type de production : ☐ babillage rudimentaire ☐ babillage canonique

☐ phonèmes☐ syllabes☐ mots
 - Recensement des productions :

 - Juxtaposition de mots : ☐ oui ☐ non
 - Production de phrases type SV(C) : ☐ oui ☐ non
 - L'enfant est capable de raconter une histoire (montrer un livre « raconte-moi ce qu'il se passe », « qu'as-tu fait ce week-end ? »...) :
-
-

Compréhension du langage

- L'enfant réagit à son prénom (regard, localisation de la source sonore, vocalisation...) : ☐ oui ☐ non
- L'enfant réagit à certains mots, si oui préciser lesquels: ☐ oui ☐ non

- L'enfant comprend des phrases simples « donne-moi la balle, donne-moi la poupée, montre-moi le chat, fais un bisou au chat... »

- L'enfant comprend une histoire, il est capable d'en restituer les principaux éléments : ☐ oui ☐ non
- Autres remarques : _____

Evaluation de l'oralité alimentaire

MOTRICITE ORO-BUCCALE

Vérifier amplitude, tonicité, vitesse, précision, régularité

NORMAL - PERTURBE - ABSENT

LEVRES	REALISATION
Pincement (recouvrement des lèvres)	
Étirement (sourire)	
Protrusion (baiser bruité ou souffler sur une bougie)	
Enchaîner étirement/protrusion	
JOUES (si valve phonatoire ou canule obturée)	
Gonfler (souffler dans un ballon)	
Aspirer/creuser	
Gonfler une joue, puis l'autre	
MANDIBULE	
Ouvrir grand la bouche	
Diduction droite/gauche	
Enchaîner ouverture/fermeture	
LANGUE	
Protrusion vers l'avant	
Balayer le palais d'avant en arrière	
Mobiliser la langue aux commissures des lèvres	
Monter la langue vers le nez	
Descendre la langue vers le menton	
Claquer la langue	

SENSIBILITE

- Présence de défenses tactiles : ☐ oui ☐ non
- Zone(s) de sensibilité ? ☐ pieds ☐ joues ☐ lèvres ☐ langue ☐ mains
☐ tronc ☐ visage ☐ zone de la trachéotomie
☐ zone de la gastrostomie
- Quelles textures ne sont pas supportées ? ☐ franches (bois, plastique) ☐ sèches (pâtes crues, fruits secs)
☐ molles (pâte à modeler, riz cuit) ☐ aériennes (plumes, farine, coton)
☐ collantes (peinture, confiture) ☐ mouillées (fruits juteux)
- Réflexe nauséeux : ☐ normal ☐ antérieur ☐ à la vue/au contact (ou autre) d'un objet, d'un aliment en particulier

DEGLUTITION

- Déglutition spontanée : ☐ oui ☐ non
- Bavage : ☐ permanent ☐ intermittent ☐ abondant ☐ fuite centrale
☐ fuite latérale
- Toux : ☐ présente ☐ absente ☐ efficace ☐ peu efficace

Observation pendant un repas, un goûter

- Installation (dans les bras, landau, chaise haute, petite chaise, fauteuil....) :

-
-
- Attitude de l'enfant à la vue du repas : ☐ enthousiasme ☐ haut le cœur ☐ évitement
☐ impatience

De 0 à 6 mois

Réflexes oraux : *après 6 mois, ne pas chercher à provoquer les réflexes mais les observer s'ils apparaissent*

- ☐ frouissement (avec le doigt caresser d'un coin de lèvre vers l'oreille)
- ☐ points cardinaux (toucher la lèvre supérieure et les commissures)
- ☐ protrusion de langue (stimuler lèvre inférieure)
- ☐ rotation de langue (stimuler gencive)

Succion non nutritive du doigt

- langue en gouttière : ☐ oui ☐ non
- force d'aspiration : ☐ puissante ☐ faible
- mouvements linguaux antéro-postérieurs : ☐ oui ☐ non
- enchaînement des suctions : ☐ rapide ☐ lente

Evaluation au biberon/sein

- enserrement du sein ou de la tétine : _____
- étanchéité des lèvres : _____
- besoin d'aide : _____

6 mois et +

Essai compote à la cuillère : _____

Essai déglutition au verre : _____

Mastication (présenter un morceau de madeleine sur les molaires) : _____

Si vous suspectez un risque de fausse route, un essai de déglutition avec du bleu de méthylène ou du sirop mentholé est possible :

- conditions médicales propices (vigilance, tolérance du ballonnet dégonflé, état respiratoire et cardiaque stables)

- déglutition d'une cuillère à café d'un semi-liquide (compote, crème...) après avoir ajouté du bleu de méthylène ou du sirop mentholé

- aspiration trachéale pendant la déglutition, et quelques instants après la déglutition (si vous suspectez des fausses routes secondaires)

Si le liquide récolté après l'aspiration est coloré, on peut supposer qu'il y a eu inhalation du bol alimentaire.

Avoir en tête que ce test est peu fiable (ne détecte que 50% des fausses routes), seules les fausses routes importantes sont détectées !

Annexe 6. Tableau des réponses des centres de formation :

À noter : « CM » = cours magistral ; « TD » = travaux dirigés

Centre de formation 1	Pas de cours spécifique à la trachéotomie pédiatrique. Entre 4 et 8h d'enseignement sur la trachéotomie chez l'adulte.
Centre de formation 2	Pas de cours dédié à la trachéotomie (adulte ou pédiatrique).
Centre de formation 3	2h de CM et 2h de TD concernant la trachéotomie pédiatrique.
Centre de formation 4	Pas de cours spécifique à la trachéotomie pédiatrique. 4h d'enseignement concernant la trachéotomie chez l'adulte.
Centre de formation 5	4h de CM où la trachéotomie pédiatrique est abordée. 2h de TD avec manipulation et changements de canules. 2 séminaires proposés en 5e année, mais non spécifiques à la trachéotomie pédiatrique.
Centre de formation 6	Pas de cours spécifique à la trachéotomie pédiatrique. La trachéotomie est abordée dans les cours concernant la laryngectomie.
Centre de formation 7	Pas de cours spécifique à la trachéotomie pédiatrique. Entre 2 et 3h d'enseignement sur la trachéotomie chez l'adulte.
Centre de formation 8	Pas de cours spécifique à la trachéotomie pédiatrique. 20h d'enseignement concernant la trachéotomie chez les laryngectomisés + 20h de

	stage à réaliser dans ce domaine.
Centre de formation 9	Les enseignements concernant la trachéotomie sont en cours d'élaboration.
Centre de formation 10	3h 30 d'enseignement sur la trachéotomie pédiatrique (2h de CM et 1h30 de TD spécifique à la rééducation orthophonique).
Centre de formation 11	Maquette en construction, les étudiants n'ont pas encore reçu de cours spécifique à la trachéotomie.
Centre de formation 12	Pas de cours spécifique à la trachéotomie pédiatrique. Entre 30 et 40h d'enseignement sur la trachéotomie chez le laryngectomisé.
Centre de formation 13	Pas de cours spécifique à la trachéotomie pédiatrique. Entre 10 et 15h d'enseignement sur la trachéotomie chez le laryngectomisé.