

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



 Université
de Lille

 ufr35
faculté
de médecine

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Juliette GAUCHEY MALLET

soutenu publiquement en juin 2022

État des lieux des connaissances réciproques des orthophonistes et ostéopathes sur l'éventuelle complémentarité de leurs approches. Plaquette d'informations à destination de ces professionnels

MEMOIRE dirigé par

Christelle DODIN, Psychomotricienne, SESSADO, ROUBAIX – Enseignante à l'Institut
d'Orthophonie Gabriel DECROIX

Ingrid GIBARU, Orthophoniste, Service LEBOVICI – Centre Hospitalier, LENS –
Enseignante à l'Institut d'Orthophonie Gabriel DECROIX

Lille – 2022

« Vous n'abandonnez pas, vous vous battez jusqu'à la fin »

Louie ZAMPERINI.

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements :

A mes directrices de mémoire, Madame DODIN et Madame GIBARU, d'avoir porté leur confiance en ma proposition de sujet, pour leur bienveillance et leur accompagnement, sans qui tout cela n'aurait été possible.

A ma lectrice, Madame ZELTZ-BERNARD, qui a accepté de prendre du temps pour m'accompagner dans cette aventure.

A tous les orthophonistes et ostéopathes qui m'ont aidée, de près ou de loin, avec qui j'ai pu discuter de mon mémoire, qui ont répondu à mes questionnaires et qui ont donné leur avis concernant la plaquette. Et particulièrement à Sophie CAHUZAC, qui a soutenu ce projet et qui a répondu présente à toutes mes sollicitations.

A mes maîtres de stage, qui m'ont accueillie et m'ont aidée à créer mon identité professionnelle.

A mon mari, Alexandre, qui m'a aidée à concevoir le design de la plaquette et qui m'a apporté un soutien sans faille pour mes études, mais pour bien plus encore, et cela chaque jour de notre vie.

A mon amie, Camille, présente depuis notre première année d'orthophonie, pour la relecture de mon mémoire, ses conseils et avis, et pour notre amitié. Et à Mireille et Manon pour leur aide tout au long du cursus et les bons moments passés.

A ma famille, et particulièrement à mes parents, mes sœurs, mon frère et mes grands-parents, qui ont toujours cru en moi.

A ma tante, Pascale, une étoile qui n'a jamais cessé de veiller sur nous.

Résumé :

L'orthophonie et l'ostéopathie sont deux professions s'attachant à prendre en soin un patient de manière holistique. Le premier objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des connaissances réciproques de ces deux catégories de praticiens sur le champ de compétences de l'autre et d'évaluer leur conscience quant à la complémentarité de leurs approches. Le second objectif réside dans la réalisation d'une plaquette d'informations à destination de ces professionnels afin de les orienter dans l'amélioration du parcours de soins de leurs patients par le biais de ce partenariat. Pour ce faire, deux questionnaires ont été diffusés sur les réseaux sociaux de professionnels afin de récolter les informations nécessaires et de les confronter aux données issues de la littérature scientifique. Ainsi, nous avons pu conclure qu'un manque de connaissances à propos de l'autre discipline pouvait être une des raisons pour lesquelles la complémentarité est présente mais encore trop peu répandue. Enfin, il serait pertinent de pouvoir mener des études scientifiques de plus grande envergure afin de quantifier plus largement ce bénéfice de traitement complémentaire.

Mots-clés :

Orthophonie – Ostéopathie – Complémentarité – Questionnaire – Plaquette

Abstract :

Speech-language pathology and osteopathy are two professions that focus on the holistic care of a patient. The first objective of this study is to take a state of play of the reciprocal knowledge of these two categories of practitioners on each other's field of competence and to evaluate their awareness of the complementarity of their approaches. The second objective is to produce an information leaflet for these professionals in order to guide them in improving the care of their patients through this partnership. To do this, two questionnaires were published on professional social networks in order to collect the necessary information and to compare it with data from the scientific literature. Thus, we were able to conclude that a lack of knowledge about the other discipline could be one of the reasons why complementarity is existing but not yet widespread. Finally, it would be relevant to be able to carry out larger scientific studies in order to quantify more widely this benefit of complementary treatment.

Keywords :

Speech-language pathology (speech-therapy) – Osteopathy – Complementarity – Survey – Leaflet

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, problématique et objectifs	2
1. Présentation des deux professions	2
1.1. L'ostéopathie	2
1.1.1. Historique.....	2
1.1.2. Définitions.....	2
1.1.3. Cadre légal	3
1.2. L'orthophonie	3
1.2.1. Historique	3
1.2.2. Définition	3
1.2.3. Cadre légal	3
2. Structures et systèmes anatomo-physiologiques communs à l'intervention orthophonique et ostéopathique.....	4
2.1. Le système postural	4
2.1.1. Définitions et repères	4
2.1.2. Les capteurs posturaux.....	4
2.1.3. Le tonus.....	5
2.1.4. Le schéma corporel.....	5
2.2. Les fascias « cf. Annexe A2 »	5
2.3. La sphère oro-myo-faciale « cf. Annexe A3 »	5
2.3.1. Les fonctions de la sphère oro-myo-faciale	6
2.3.2. L'articulation temporo-mandibulaire (ATM)	6
2.3.3. Le système laryngo-pharyngé	6
2.3.4. Le système respiratoire	7
3. La complémentarité entre l'orthophonie et l'ostéopathie.....	7
3.1. Liens entre la fonction et la structure : quelques exemples.....	7
3.1.1. En phonation	7
3.1.2. En déglutition.....	7
3.1.3. En oralité.....	8
3.2. Un exemple de complémentarité : « Ostéovox »	8
4. Problématique.....	8
5. Objectifs généraux.....	9
Méthode.....	9
1. Population de l'étude	9
1.1. Critères de sélection	9
1.2. Choix de l'échantillon	9
2. Méthode d'intervention	10

2.1.	Choix du mode de recueil de données.....	10
2.2.	Prérequis à l'élaboration du questionnaire	10
2.3.	Création des questionnaires.....	10
2.4.	Méthode de diffusion.....	11
2.5.	Recueil des données de l'étude et interprétation.....	12
3.	La plaquette	12
3.1	Création de la plaquette.....	12
3.2.	Évaluation de la plaquette	12
3.3.	Diffusion de la plaquette	12
Résultats.....		13
1.	Diagramme de flux	13
2.	Résultats des questionnaires	14
2.1.	Données sur chaque profession.....	14
2.2	Relation avec l'autre profession.....	16
2.3.	Plaquette d'informations	23
3.	Présentation de la version finale de la plaquette.....	24
Discussion.....		24
1.	Confrontation des résultats à notre problématique et analyse	24
1.1.	Méconnaissance des champs de compétences	25
1.2.	Complémentarité des deux approches.....	25
2.	Limites de l'étude	27
2.1.	Questionnaires.....	27
2.2.	Plaquette d'informations	28
3.	Perspectives de l'étude	28
3.1.	Intérêts pour les pratiques	28
3.2.	Possibilités futures.....	28
Conclusion.....		29
Bibliographie		30
Liste des annexes.....		32
Annexe n°1 :	Glossaire des termes utilisés (par ordre alphabétique).....	32
Annexe n°2 :	Schémas – Les repères posturaux et les fascias.....	32
Annexe n°3 :	Schéma – Sphère oro-myo-faciale.....	32
Annexe n°4 :	Questionnaire final à destination des orthophonistes.	32
Annexe n°5 :	Questionnaire final à destination des ostéopathes.	32
Annexe n°6 :	Tableau des objectifs des questions.	32
Annexe n°7 :	Version finale de la plaquette.	32

Introduction

Le corps est un instrument social dont le bon fonctionnement retentit sur la survie de chaque individu. Certaines fonctions sont vitales sur le plan physique, et d'autres le sont sur le plan social. En effet, les fonctions oro-myo-faciales demeurent utiles et sont nécessaires dans la nutrition, la respiration, mais aussi dans la communication langagière et la relation sociale (Cahuzac, 2020). L'orthophonie et l'ostéopathie sont deux disciplines prenant en compte le caractère holistique de la prise en soin d'un patient, c'est-à-dire, que le corps est un ensemble indivisible allant au-delà de la somme de ses parties. Ces disciplines prennent, toutes deux, en charge des pathologies liées à une hypertension musculaire, une malformation faciale, etc., mais selon des approches différentes, et, très souvent, indépendamment l'une de l'autre. Cependant, il semble parfois nécessaire que l'ostéopathie puisse venir compléter la pratique orthophonique, et vice-versa. En effet, en 2005, Roch et al. (cité dans Defaux, 2016, p. 38) évoquent le fait que :

grâce à une prise en compte des déviations posturales, les orthophonistes pourraient mener leur rééducation en l'adaptant au mieux aux difficultés du patient, repérer les déviations importantes et orienter leur patient vers un autre professionnel (ostéopathe, kinésithérapeute) afin de libérer le corps des obstacles qui entravent la progression de la rééducation.

De plus, cette prise en soin pluridisciplinaire de certains troubles – tels que la dysphonie, le bégaiement, la dyslalie (trouble de l'articulation), la dysphagie, ... – a fait l'objet d'études scientifiques (Alexander et al., 2018 ; Marszalek et al., 2012) et de mémoires (Fournier & Trillaud, 2012) – qui tendent tous à prouver son efficacité. Par ailleurs, les techniques manuelles s'étendent de plus en plus dans les prises en soin orthophoniques, mais encore trop peu de travaux scientifiques ont été, à ce jour, réalisés au sujet de cette complémentarité des approches thérapeutiques de l'ostéopathe et de l'orthophoniste. Aussi, cette pluridisciplinarité implique une bonne connaissance réciproque des indications et limites des compétences de ces deux professionnels. Mais qu'en est-il sur le terrain ? L'enquête réalisée en 2018, auprès d'orthophonistes, décrit une faible collaboration ostéopathes / orthophonistes. Une des explications avancées étant la méconnaissance du champ de compétences des ostéopathes par les orthophonistes interrogés. Cependant, certaines limites ont pu influencer ces résultats, comme le fait que l'échantillon a révélé un biais de participation, et qu'il semblerait pertinent de prendre en compte le point de vue des ostéopathes (Massé, 2018).

Ainsi, notre démarche vise à permettre une prise en soin plus complète des patients. Pour ce faire, nous allons créer et diffuser deux questionnaires dont les réponses, associées à nos recherches bibliographiques, nous guideront dans l'élaboration d'une plaquette afin de pallier un manque de connaissances quant à la complémentarité des approches orthophoniques et ostéopathiques, et d'ouvrir de nouvelles perspectives de rééducation à intégrer dans le parcours de soin des patients.

Nous allons tout d'abord présenter le contexte théorique, les objectifs et la problématique de notre étude, qui aborde les deux professions, des notions d'anatomie en lien avec ces dernières, ainsi que quelques exemples de complémentarité thérapeutique. Puis, nous étudierons la méthodologie utilisée pour l'élaboration des questionnaires et de la plaquette. Enfin, nous procéderons à l'analyse des résultats et discuterons de ces derniers.

Contexte théorique, problématique et objectifs

1. Présentation des deux professions

1.1. L'ostéopathie

1.1.1. Historique

Développée aux Etats-Unis d'Amérique par le médecin Andrew Taylor Still, cette discipline évolue depuis 1874. Still fonda sa pratique thérapeutique sur le postulat selon lequel le corps est un ensemble unitaire. En effet, pour lui, il est régi par des processus mécaniques physiologiques, psychologiques et anatomiques, dont les fonctions organiques sont interdépendantes avec les éléments structurels. L'ensemble serait combiné à des capacités d'auto-guérison permettant ainsi sa réorganisation et sa restructuration (Littlejohn, 1934).

L'ostéopathie apparaît en Europe par le biais de John Martin Littlejohn qui fonde la première école britannique en 1917. En France, l'ostéopathie est pratiquée depuis les années 1950 avec la fondation de l'Ecole Française d'Ostéopathie en 1957. Faisant longtemps l'objet d'oppositions et de controverses, cette profession a fini par se populariser, faire l'objet d'études scientifiques, et obtenir une reconnaissance mondiale officielle en 2010.

1.1.2. Définitions

La toute première définition de l'ostéopathie a été formulée par Still et Littlejohn en 1900. Elle est :

la science, [...], qui met l'accent sur : (a) le diagnostic des maladies par des méthodes physiques avec l'objectif de découvrir non pas les symptômes, mais les causes de la maladie, en connexion avec les déplacements des tissus, l'obstruction des fluides [...] ; (b) le traitement de la maladie par des manipulations scientifiques par lesquelles le médecin traitant utilise et applique mécaniquement les ressources inhérentes de l'organisme soit en enlevant, soit en corrigeant les désordres mécaniques, pour surmonter la maladie et établir la santé, permettant ainsi à la nature de récupérer la partie malade, [...]. (Littlejohn, 1934, p. 2)

En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (Syndicat Français des Ostéopathes, 2016) stipule que l'ostéopathie :

repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps [...]. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur l'idée que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles.

Ainsi, Barry et al. (2012) énonçaient le fait que l'ostéopathie permettrait de libérer des restrictions de mobilité tissulaire et d'établir un lien entre un dysfonctionnement structurel et un trouble fonctionnel.

L'ostéopathie prend donc en soin des pathologies telles que les troubles de la posture, les perturbations de l'articulé dentaire, etc.

1.1.3. Cadre légal

L'exercice de l'ostéopathie en France demeure récent et est autorisé sous réserve d'obtention du Diplôme d'Ostéopathie (DO). En effet, il est régi par la *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002* concernant la qualité du système de santé et les droits des malades, et régi par le *Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007* relatif aux conditions et aux actes d'exercice de l'ostéopathie. C'est une pratique alternative liée à la santé et non-conventionnelle, c'est-à-dire, qu'elle n'offre pas, au patient, la possibilité d'être remboursé par l'Assurance Maladie. Cependant, un très grand nombre de mutuelles complémentaires acceptent de prendre en charge tout ou partie des frais avancés par le patient.

1.2. L'orthophonie

1.2.1. Historique

En 1800, Jean Itard, médecin oto-rhino-laryngologue (ORL) et l'un des précurseurs de cette discipline, s'attache à « faire parler » Victor de l'Aveyron, enfant présumé sourd et battu. Puis, en 1838, le Docteur Marc Colombat de l'Isère crée le tout premier Institut Orthophonique à Paris, afin de « redresser la parole » et, plus particulièrement, prendre en charge le bégaiement. C'est Suzanne Borel-Maissonny qui délivre les premières attestations d'études en 1955. D'abord centrée sur les troubles d'articulation, dans le cadre d'opérations de fentes palatines, la discipline évolue peu à peu, en diversifiant son champ de compétences.

1.2.2. Définition

L'orthophonie est une discipline paramédicale dont la définition officielle la présente comme une profession de santé traitant des difficultés ou troubles des fonctions oro-myo-faciales, du langage écrit et oral, de la communication, des fonctions cognitives liées à la phonation, au langage écrit et oral, et à la parole. C'est une profession rééduquant également les altérations de la sphère oro-faciale sur les plans physiologique, moteur et sensitif : altérations de phonèmes, troubles des modes respiratoires, dysfonctions linguales, dysphagie, troubles présents lors de paralysies faciales et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur. (Légifrance, 2004)

1.2.3. Cadre légal

La profession d'orthophoniste est régie depuis 1964 par l'obtention d'un Certificat de Capacité d'Orthophonie (CCO) et conventionnée avec l'Assurance Maladie. Sa pratique est autorisée par l'article L4341-1 du code de la santé publique, qui a été révisé par la *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 126*.

Les définitions et descriptions de ces deux professions ont montré que l'orthophonie et l'ostéopathie peuvent avoir des domaines d'intervention similaires, reposant sur des structures et systèmes anatomiques communs.

2. Structures et systèmes anatomo-physiologiques communs à l'intervention orthophonique et ostéopathique

Afin de découvrir comment ces deux spécialités peuvent être complémentaires, nous allons aborder les bases anatomiques sur lesquelles elles se fondent et agissent. Des annexes nous permettront de comprendre davantage les termes utilisés « cf. Annexe A1 », et de visualiser les structures évoquées, à l'aide de schémas « cf. Annexes A2 et A3 ».

2.1. Le système postural

2.1.1. Définitions et repères

La posture constitue le lien entre la pesanteur et l'organisation musculo squelettique du corps, régie par des capteurs posturaux. Elle nécessite donc des points d'ancrage efficaces. En 2002, Le Huche et Allali en ont écrit une définition qui stipule que la posture correcte correspond au fait que le rachis dorsal soutient et permet le mouvement, et que le bassin se situe dans une bonne position « cf. Annexe A1 ».

Pour être définie, la posture nécessite de posséder un référentiel prenant en compte un alignement idéal du corps allant de la malléole externe de la cheville au tragus de l'oreille, en passant par le corps vertébral de L3 « cf. Annexe A2 ». (Hamm, 2017)

2.1.2. Les capteurs posturaux

Dans son étude, Bricot (2010) a étudié le système postural comme « un tout structuré à entrées multiples » dont certains capteurs sont les suivants : l'articulation temporo-mandibulaire, l'œil, l'oreille interne, le pied, les muscles.

Par ailleurs, en 1992, Clauzade et Derrallians (cité dans Du Pontavice, 2006, p. 15) ont également pu étudier les capteurs posturaux du système nerveux et les mettre en évidence : l'oculomotricité et la vision, les vestibules, les muscles nucaux ainsi que la proprioception podale.

Ces capteurs permettent de faire le lien par une interaction entre l'environnement (exocapteurs) et les parties du corps (endocapteurs), ainsi qu'entre les endocapteurs « cf. Annexe A1 ».

2.1.3. Le tonus

Le tonus musculaire permet une activité permanente des muscles du corps pour assurer la posture et les mouvements de celui-ci. En 2009, Lalauze-Pol a décrit deux types de résistances : l'hypertonie résultant d'une résistance trop élevée des muscles, et l'hypotonie, conséquence d'une résistance trop faible.

Quelques études ont pu montrer que les bilans ostéopathiques et orthophoniques s'intéressent à ce tonus musculaire, de repos ou de mouvement.

2.1.4. Le schéma corporel

En 1998, Coslett a formulé un postulat selon lequel le schéma corporel est une représentation inconsciente de notre corps par notre cerveau. En effet, le schéma corporel permet à l'homme de s'approprier son corps en construisant la représentation de celui-ci dans l'espace. Il fait le lien automatiquement entre l'espace environnant et nos mouvements.

L'ostéopathie et l'orthophonie travaillent, toutes deux, sur les composantes de ce schéma corporel, construit grâce à l'intégration des stimulations sensorielles proprioceptives et extéroceptives. Dans certaines pathologies, ce schéma peut se trouver faussé.

2.2. Les fascias « cf. Annexe A2 »

Les fascias sont composés de tissu conjonctif (superficiel à profond) qui sert de support et de guide aux nerfs, muscles, veines et artères, afin de maintenir toutes les fonctions de toutes les parties du corps « cf. Annexe A1 ». Ils forment une sorte d'enveloppe autour des structures anatomiques, les reliant toutes entre elles. En effet, les fascias du tronc sont reliés dans un continuum avec ceux de la tête. (Hamm, 2017).

Les fascias ont toujours été largement utilisés par les ostéopathes et placés au centre de leur thérapie. Dans son article, Courraud (2019) a décrit l'existence de trois fonctions principales des fascias. En effet, il a mis en évidence les fonctions : de continuité, de contractilité et de sensibilité. Le principe de continuité signifie que toutes les structures anatomiques forment un tout fonctionnel. Celui de la contractilité implique le caractère actif des fascias et, donc, leur capacité à optimiser l'action de l'organisme. Enfin, la fonction de sensibilité est prégnante, au sein des fascias, grâce à une importante innervation des tissus, permettant, ainsi, la proprioception et la nociception « cf. Annexe A1 ».

2.3. La sphère oro-myo-faciale « cf. Annexe A3 »

La sphère oro-myo-faciale constitue un élément clé au carrefour de plusieurs fonctions indispensables à l'Homme. En effet, elle supporte tant la phonation et l'articulation que la déglutition, la mastication et la respiration. Plusieurs structures et organes sont impliqués dans ces fonctions. Nous allons nous concentrer sur les principaux systèmes qui entrent en jeu (laryngo-pharyngé et respiratoire), et sur une structure qui contrôle la posture (l'articulation temporo-mandibulaire).

2.3.1. Les fonctions de la sphère oro-myo-faciale

La fonction représente l'ensemble de ce qu'accomplissent une ou plusieurs structures (ou organes), dans un but servant à faire vivre le corps humain. Nous allons développer, ici, les fonctions communes prises en soin par les ostéopathes et les orthophonistes.

La respiration est une fonction vitale. C'est un mécanisme automatique faisant entrer de l'oxygène dans les poumons et sortir du dioxyde de carbone. Elle est nécessaire au bon fonctionnement des autres organes du corps humain (McFarland, 2016).

La déglutition est un mécanisme réflexe, mais également volontaire lors de la prise alimentaire. Elle se déclenche pour faire transiter la salive, ou le bolus alimentaire, jusqu'à l'estomac.

La mastication correspond à la fonction de préparation du bolus alimentaire pour être avalé. En effet, il s'agit, principalement, de mouvements bilatéraux de diduction, broyant les aliments à l'aide de la salive.

La phonation est la possibilité d'utiliser le langage par la voix. Bien souvent volontaire, elle nécessite la fonction de respiration qui va faire entrer en vibration les plis vocaux (cordes vocales) (McFarland, 2016).

L'articulation est une fonction permettant la production d'une grande quantité de sons, propres à l'être humain. Elle est efficiente lorsque tous les organes phonateurs et les structures nécessaires fonctionnent harmonieusement.

2.3.2. L'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

L'ATM est une structure reliant l'os temporal à la mandibule. Elle sert à réaliser des mouvements de translation, par glissement bilatéral ou unilatéral, et de rotation afin de permettre la mastication, mais également la phonation et l'articulation (McFarland, 2016). L'ATM est également traversée par des fascias allant du lobe temporal aux muscles masséters, ainsi que des propriocepteurs permettant d'en évaluer son équilibre et sa position (Hamm, 2017). Une dysfonction à ce niveau peut parfois entraîner des troubles des fonctions citées dans le paragraphe précédent, ainsi que des troubles posturaux.

2.3.3. Le système laryngo-pharyngé

Ce système comprend plusieurs structures. Nous allons nous intéresser particulièrement à la cavité buccale, le larynx et ses plis vocaux, et le pharynx.

La cavité buccale comprend tous les organes effecteurs de la parole, tels que les lèvres, la langue, les dents, le voile du palais, etc., dont le bon fonctionnement est nécessaire aux fonctions de déglutition, de phonation, d'articulation et de mastication.

Le larynx est constitué de nombreux cartilages et des plis vocaux, indispensables aux fonctions de phonation et de respiration. Les plis vocaux entrent en vibration afin de permettre la production de sons, mais sont également utiles à la protection des voies aériennes.

Concernant le pharynx, nous savons qu'il est composé de trois portions : le nasopharynx, l'oropharynx et le laryngopharynx. Les fonctions de déglutition, d'articulation, de phonation et de respiration sont également soutenues par cette structure (McFarland, 2016).

2.3.4. Le système respiratoire

Selon McFarland (2016), le système respiratoire est soutenu par la structure squelettique dont les principaux éléments sont le rachis dorsal, la cage thoracique, la ceinture scapulaire et la ceinture pelvienne « cf. Annexe A1 ». De plus, les voies respiratoires constituent un chemin allant des poumons à la cavité buccale. Si l'une de ces structures est touchée, une dysfonction de la phonation ou de la respiration peuvent en être une conséquence, et potentiellement devenir une cause du bégaiement, de la dysphonie, etc.

3. La complémentarité entre l'orthophonie et l'ostéopathie

Au sein des structures et systèmes anatomiques présentés précédemment, l'orthophonie effectue un travail de rééducation de la fonction (comme la déglutition, la phonation, etc.) afin d'entretenir, maintenir et généraliser les déblocages du traitement ostéopathique. En effet, ce dernier va jouer un rôle dans le relâchement des tensions, le déblocage de zones de restrictions de mobilité, le rétablissement de certaines structures, jusqu'au traitement de troubles fonctionnels. La prise en soin orthophonique s'inscrira donc dans une optique d'entraînement des restrictions libérées, de maintien de fonctions rétablies, etc.

3.1. Liens entre la fonction et la structure : quelques exemples

En 1987, Lapertosa (cité dans Cochemé, 2006, p.10) dit « Du moment qu'il n'existe pas de fonction sans structure pour l'engendrer, il n'existe pas de dysfonctionnement sans désorganisation de la structure. »

3.1.1. En phonation

En 1998, Scotto di Carlo a réalisé une étude portant sur les interactions entre le chant et la colonne cervicale. Elle a démontré des modifications de courbure du rachis à la pratique professionnelle du chant, sans entraîner de gêne puisque la structure osseuse s'était adaptée aux besoins de la fonction vocale. D'autres études ont permis de mettre en évidence le lien entre des pathologies vertébrales et la qualité de la voix. Des modifications structurelles ont entraîné des tensions, engendrant ainsi des dysfonctionnements ORL comme la dysphonie (Hülse & Höltz, 2004).

3.1.2. En déglutition

Concernant la fonction de déglutition, un ouvrage publié en 2007 a montré qu'une hypotonie musculaire de la langue pouvait être responsable de l'apparition de troubles de la déglutition, et pouvait également entraîner des modifications de certaines structures telles que la mandibule, le rachis cervical, etc. (Piron, 2007)

3.1.3. En oralité

Dans le cas des troubles de l'oralité chez le nourrisson prématuré, un traitement ostéopathique suivi d'une rééducation orthophonique a permis l'amélioration des compétences motrices des nourrissons (Cahuzac, 2020).

3.2. Un exemple de complémentarité : « Ostéovox »

« Ostéovox » est une formation enseignant la thérapie manuelle et la réhabilitation sensori-motrice de la sphère cervico-maxillo-faciale, à destination des orthophonistes, des ostéopathes, des orthodontistes, des dentistes et des phoniatres. Elle est née de la collaboration entre l'ostéopathe Alain Piron et le phoniatre Jean-Blaise Roch. Pour les orthophonistes, la formation s'articule autour de l'apprentissage d'une démarche clinique par diagnostic manuel. Elle enseigne également le traitement des déséquilibres tensionnels de certaines fonctions, telles que la phonation, la déglutition, la respiration, la posture, la mastication et l'occlusion (le positionnement des dents de la mandibule par rapport à celles du maxillaire).

Cette thérapie manuelle permet de traiter plusieurs types de pathologies prises en soin par les orthophonistes : dysphonie, paralysie faciale, bégaiement, déglutitions dysfonctionnelles, etc.

Quelques études ont pu être réalisées à propos de cette thérapie, comme le montre l'article de L'homme et al. publié en 2019. En effet, cette étude portait sur l'utilisation du « Concept d'Auto-Gestion Osteovox » pour des personnes souffrant de troubles temporo-mandibulaires douloureux, ainsi que de comportements parafunctionnels « cf. Annexe A1 ».

Ce concept visait l'évaluation d'un soulagement global et de ces comportements. Cette étude a permis de mettre en évidence une amélioration significative des comportements parafunctionnels et symptômes otologiques dans les troubles temporo-mandibulaires chez 107 patients. Or, nous savons que les troubles de l'ATM peuvent engendrer des troubles de l'articulation, de la phonation, etc., qui sont pris en soin par l'orthophoniste.

4. Problématique

La collaboration entre orthophonistes et ostéopathes a fait l'objet d'un nombre restreint d'études, à ce jour. D'une façon plus générale, il semble exister peu de liens entre l'ostéopathie et les autres professions paramédicales et médicales. Ce fait pourrait être expliqué par le manque de preuves scientifiques couplé à une méconnaissance de la discipline (Grimaud, 2013).

Bien que Bertras et Schweizer (2011) aient démontré que les orthophonistes questionnés dans leur étude adressaient parfois leurs patients à d'autres professionnels (ostéopathes ou physiothérapeutes), l'enquête réalisée en 2018 révèle une faible connaissance du champ de compétences des ostéopathes par les orthophonistes interrogés et une utilisation restreinte de la thérapie manuelle (Massé, 2018).

Cette problématique n'a pas été étudiée dans son entièreté puisque seuls les orthophonistes ont été interrogés à propos de cette collaboration. C'est pourquoi nous tentons ici de réaliser un état des lieux des connaissances réciproques des orthophonistes et des ostéopathes sur leur champ de compétences et l'éventuelle complémentarité de leurs approches.

5. Objectifs généraux

Ainsi, ce mémoire a pour but de pallier un manque d'informations quant à la complémentarité des approches orthophoniques et ostéopathiques, et d'ouvrir de nouvelles perspectives de rééducation à intégrer dans le parcours de soin d'un patient. Les deux principaux objectifs sont donc :

- Créer deux questionnaires à destination des deux professionnels de santé concernant les troubles pris en soin, pour d'éventuels partenariats.

- Créer une plaquette d'informations à destination des orthophonistes et des ostéopathes, réalisée grâce à l'analyse des questionnaires couplée aux données de la littérature scientifique, afin d'aider ces professionnels à repérer les situations où une prise en soin conjointe est pertinente.

Méthode

Nous allons à présent étudier la méthodologie utilisée pour la réalisation de la partie pratique de notre mémoire.

1. Population de l'étude

1.1. Critères de sélection

Les sujets ayant participé à cette étude étaient des orthophonistes et ostéopathes français, diplômés (CCO pour les orthophonistes, et DO pour les ostéopathes, selon la législation en vigueur) et exerçant en libéral, en salariat ou en exercice mixte. Les caractéristiques de la population telles que la localisation géographique, le sexe et l'année d'obtention du diplôme ne constituaient pas des critères de sélection.

1.2. Choix de l'échantillon

Selon Vilatte (2007), si aucune variable n'est considérée comme influençant la réponse aux items du questionnaire, alors un minimum de 30 répondants est suffisant. Ici, « variable » comprenait les caractéristiques de la population d'étude. Or, dans notre travail, ces caractéristiques n'étaient pas prises en compte. Ainsi, nous avons décidé de tenter d'obtenir 50 sujets répondants par profession, pour un total de 100 réponses minimum.

2. Méthode d'intervention

2.1. Choix du mode de recueil de données

Le mode de recueil de données via un questionnaire totalement anonyme a été décidé dans le but d'obtenir un maximum de réponses en un minimum de temps. L'entretien a été une des solutions envisagées mais non retenues pour la raison susmentionnée. Le questionnaire visait donc à réaliser une enquête descriptive en coupe instantanée. En effet, il avait pour but de décrire, à un instant T, une situation.

2.2. Prérequis à l'élaboration du questionnaire

Afin d'assurer la pertinence de ce questionnaire, nous avons défini le but de ces questionnaires dans les parties concernant la problématique et les objectifs généraux, comme le préconise Villate, en 2007. De plus, un tableau annexe présente les objectifs recherchés derrière chaque question posée « cf. Annexe A6 ».

Par ailleurs, un travail de recherches personnelles a été réalisé. En effet, nous nous sommes documentée, grâce à des articles scientifiques et lectures (Piron, 2007), sur l'approche ostéopathique afin de comprendre plus précisément les fondements thérapeutiques de cette profession.

Enfin, nous avons décidé de contacter des ostéopathes, que nous connaissions, afin de réaliser un entretien totalement informel, non enregistré et sans recueil de données personnelles ou soumises au secret médical et/ou professionnel. Cela nous a permis d'en apprendre davantage sur la complémentarité avec l'orthophonie et de nous aider dans la création du questionnaire.

2.3. Création des questionnaires

L'objectif du questionnaire était d'obtenir un état des lieux des connaissances réciproques des orthophonistes et ostéopathes sur leur champ de compétences et la complémentarité de leurs approches afin de connaître les manques et d'orienter la création d'une plaquette d'informations. Pour ce faire, nous avons élaboré deux questionnaires : un à destination des orthophonistes « cf. Annexe A4 », et un aux ostéopathes « cf. Annexe A5 ».

En effet, il était nécessaire que ces derniers soient bien ciblés, complets et rapides afin d'éviter que les participants n'abandonnent (Bouletreau et al., 1999). C'est pourquoi, nous avons privilégié les questions fermées à choix unique ou multiples, ainsi que les échelles de fréquence. Cependant, des questions ouvertes libres ont tout de même été rédigées afin de permettre une analyse qualitative de ce questionnaire. En effet, il nous semblait indispensable, pour certaines questions, d'obtenir des réponses qualitatives pour l'orientation de la plaquette, même si ces dernières se révèlent plus complexes à analyser. De plus, afin de garantir l'anonymat du questionnaire, nous l'avons créé sur le logiciel *LimeSurvey*. Cet outil permet de créer un formulaire, de le publier en ligne et d'en extraire facilement les données. D'autres outils ont été étudiés, comme *Google Forms*, mais n'ont pas été retenus, en raison des potentiels recueils de données personnelles indésirables.

Par ailleurs, afin de respecter le cadre légal de la création de ces deux questionnaires, nous avons pris contact avec le délégué du comité de protection des données (DPO), qui nous a communiqué des informations concernant les démarches à réaliser afin de respecter le traitement des données personnelles des sujets entrant dans l'étude. Nous avons ainsi obtenu le numéro de déclaration 202138, à la suite de la soumission préalable du formulaire que le DPO nous avait envoyé. Ce comité s'est ensuite chargé de faire le lien directement avec la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), chargée de valider le questionnaire à chaque étape de sa conception et d'autoriser sa diffusion.

2.4. Méthode de diffusion

Comme indiqué précédemment, les questionnaires ont été réalisés via un logiciel en ligne (*LimeSurvey*) dès septembre 2021. Après avoir contacté le DPO, ce dernier nous a donné son accord afin de diffuser les questionnaires via les réseaux sociaux (groupes *Facebook* d'orthophonistes et ostéopathes), des bases de données d'adresses électroniques en ligne et, s'ils acceptent : la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) et l'OF (Ostéopathes de France) afin qu'ils les mettent à disposition de leurs adhérents.

Ainsi, nous avons principalement diffusé les deux questionnaires via le réseau social *Facebook*, qui compte de nombreux groupes d'orthophonistes et d'ostéopathes, mais aussi via des adresses de messagerie électronique. Nous avons donc diffusé sur les groupes *Facebook* dont nous faisons partie : « Ch'tis Z'orthos » (2 700 membres), « Mémoires en orthophonie » (3 900 membres), « Orthophonie et LO » (5 900 membres), « Ortho-infos » (17 800 membres), « Techniques ostéopathiques appliquées au massif facial » (121 membres), « Ostéopathie » (1 400 membres), « Blabla de l'ostéopathie » (3 100 membres).

En revanche, sur les groupes *Facebook* dont nous ne faisons pas partie, nous avons soit obtenu une réponse négative de leur part, soit aucune réponse. Nous avons, au préalable, contacté les administrateurs en leur demandant s'ils pouvaient publier nos questionnaires sur leur groupe : « Orthophonistes autrement » (7 000 membres), « Orthophonie et enfants très jeunes sans langage » (2 500 membres), « Orthophonie et voix » (8 800 membres), « Orthophonie et salariat » (1 600 membres), « Actualités orthophoniques » (5 300 membres), « Ostéopathie Sud Ouest » (99 membres), « Les Annonces des Ostéopathes : Rempla, Assistanat, cession cab, vente matos » (303 membres), « Les formations en ostéopathie » (4 100 membres), « OP toutes vos formations et conférences » (891 membres), « RÉSEAU DES OSTÉOPATHES : annonces et infos » (11 981 membres), « Ostéopathie pédiatrique » (6 482 membres), « Les ostéopathes de l'est » (489 membres), « Forum de l'ostéopathie » (9 300 membres), « Soutien aux professions libérales et indépendants » (1 200 membres).

Concernant les adresses électroniques de la FNO et de l'OF, nous avons obtenu une réponse négative nous informant que les membres n'avaient pas donné leur accord pour recevoir ce genre de contenu. En revanche, nous avons obtenu d'autres réponses via la diffusion des questionnaires à nos connaissances personnelles orthophonistes ($n = 6$) et ostéopathes ($n = 5$), avec qui nous avons pu discuter de notre mémoire et qui nous avaient exprimé leur désir de répondre à notre questionnaire en les contactant directement.

Par ailleurs, nous avons donné la possibilité de nous contacter par notre adresse électronique universitaire, si les sujets répondants étaient intéressés pour recevoir la plaquette et notre mémoire final. Nous avons ainsi été contactée 26 fois à ce sujet.

2.5. Recueil des données de l'étude et interprétation

Les questionnaires qui sont revenus incomplets ont été exclus de l'analyse et ceux remplis entièrement ont été pris en compte.

Le recueil des données s'est fait grâce au logiciel *LimeSurvey* qui permet l'interprétation statistique de ces dernières. Cet outil a généré des graphiques pour chaque question fermée. Concernant les questions ouvertes, nous avons obtenu les réponses rédigées par les participants sous forme de listes et il nous a fallu étudier chaque réponse, une à une, sur un document *Excel*, les regrouper, générer un tableau et, parfois, calculer les pourcentages.

3. La plaquette

3.1 Création de la plaquette

L'élaboration de la plaquette a été réalisée grâce aux données recueillies par les questionnaires. En effet, cela a permis de quantifier et de connaître les manques et méconnaissances réciproques éventuels des deux professionnels sur leurs champs de compétences, afin d'orienter le contenu de la plaquette d'informations.

Elle a été réalisée grâce à l'outil *Photoshop*, que nous possédons à titre personnel. Afin de s'assurer d'une mise en page optimale et conforme aux normes en vigueur dans le cadre de la santé publique, nous nous sommes appuyée sur un référentiel de communication (Ruel et al., 2018). Ce dernier mentionne plusieurs éléments que nous avons utilisés en majorité comme la taille et la police de caractères, le contraste entre le fond et le texte, etc.

3.2. Évaluation de la plaquette

Afin d'assurer la pertinence du contenu de la plaquette, nous avons décidé de présenter sa version finale à plusieurs orthophonistes et ostéopathes de notre entourage, pour l'évaluer avant de la diffuser.

3.3. Diffusion de la plaquette

Une fois la plaquette terminée et si le jury validait cette étude, elle serait transmise aux 26 professionnels nous ayant contactée librement, grâce à notre adresse électronique fournie dans la note d'informations des questionnaires. Elle serait également diffusée sur les réseaux sociaux, au sein des groupes sollicités, si l'administrateur donne son accord. Par ailleurs, il nous semblerait aussi intéressant de pouvoir la proposer à la FNO, à l'OF, ainsi qu'à des associations comme « Association Parole Bégaiement », « Société Française de Déglutition et Dysphagie », etc.

Résultats

Nous présenterons tout d'abord un diagramme de flux reprenant l'ensemble du processus de réponses obtenues à l'enquête, puis nous exposerons chaque question de chaque questionnaire (orthophoniste / ostéopathe).

1. Diagramme de flux

Nous avons recueilli un total de 266 questionnaires via le logiciel *LimeSurvey*. Le diagramme de flux ci-dessous (Figure 1) rend compte du nombre total de professionnels qui sont susceptibles d'avoir eu accès aux questionnaires, par leur adhésion aux groupes *Facebook* sur lesquels ils ont été diffusés. Il présente également le processus de sélection des questionnaires cité dans la partie « Méthode ».

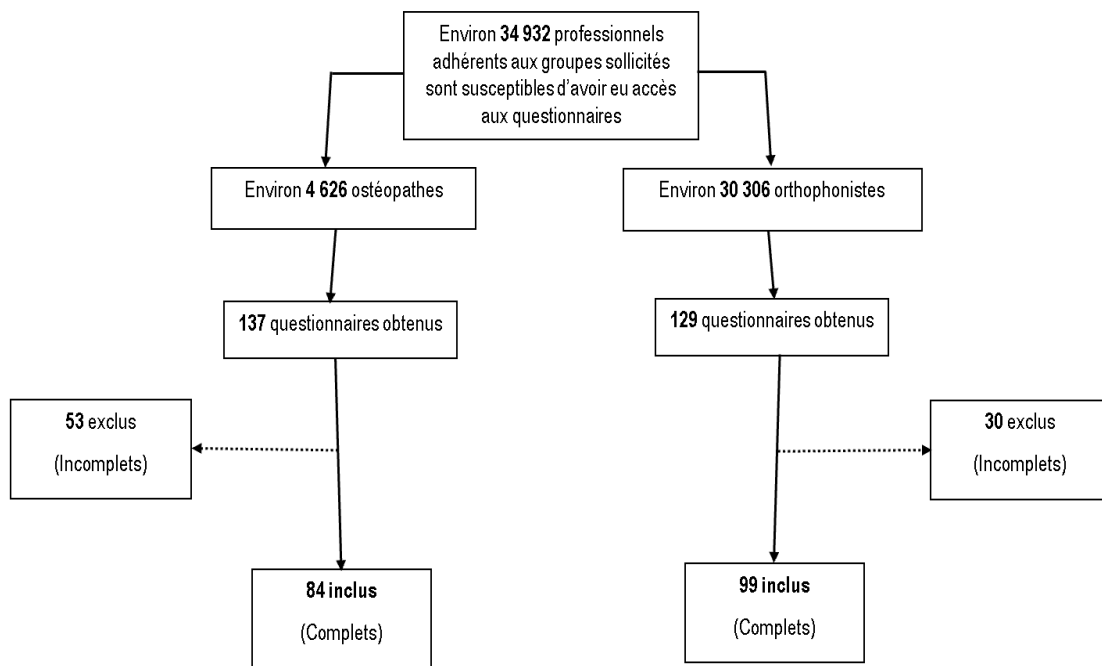


Figure 1 : Diagramme de flux des questionnaires.

Ainsi, parmi les professionnels susceptibles d'avoir vu le questionnaire, 86,7% sont des orthophonistes, 13,2% sont ostéopathes. De plus, 0,4% des orthophonistes des groupes contactés ont ouvert le questionnaire alors que ce taux s'élève à 2,9% pour les ostéopathes. Enfin, 76,7% des orthophonistes ayant ouvert le questionnaire ont répondu à toutes les questions, contre 61,3% pour les ostéopathes.

2. Résultats des questionnaires

Certaines questions étaient à choix multiples, c'est pourquoi il arrive que le total des effectifs soit supérieur à $n = 99$ pour les orthophonistes et $n = 84$ pour les ostéopathes. Par ailleurs, les pourcentages des items « Autre » ont été calculés en rapport avec les effectifs de ces derniers. De plus, les diagrammes en histogramme ont été générés à partir de l'outil *LimeSurvey* (l'axe des ordonnées est toujours en pourcentages), tandis que les tableaux ont été réalisés par nos soins. En effet, ces derniers correspondent aux réponses des questions ouvertes. Les réponses mises en gras dans ces tableaux sont les données les plus significatives. Enfin, certaines questions ne se sont pas affichées pour tous les répondants car une condition leur était attribuée et dépendait donc de la réponse cochée auparavant.

2.1. Données sur chaque profession

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

Plus de 70% des orthophonistes et ostéopathes travaillent en libéral contre moins de 10% en salariat ou en exercice mixte.

Question B : « *Avez-vous un.e ostéopathe / orthophoniste au sein de votre cabinet et/ou de votre structure professionnelle ?* »

Les orthophonistes sont 74,75% à affirmer ne pas avoir d'ostéopathes au sein de leur lieu de travail, contre 80,95% pour les ostéopathes.

Question C : « *Quelles sont les types de pathologies que vous prenez le plus en soin ?* »

Les Tableaux 1 et 2, ci-dessous, présentent respectivement les principales pathologies prises en soin par les orthophonistes et les ostéopathes.

Tableau 1. Représentation des principales pathologies prises en soin par les orthophonistes.

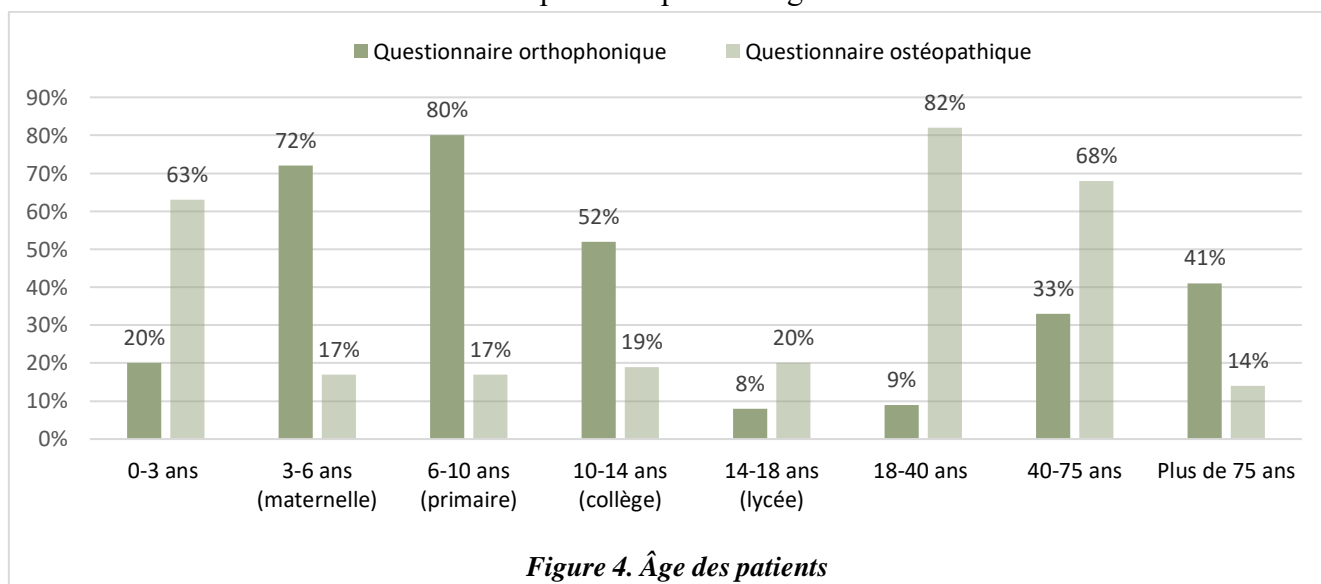
<i>Questionnaire orthophonique</i>			
<i>Items</i>	<i>Réponses libres</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
C1. « Oralité »		34	34,34%
C2. « Surdit�� »		5	5,05%
C3. « Troubles d'origine neurologique »		67	67,68%
C4. « Voix (dysphonie) »		33	33,33%
C5. « D��glutition (atypique, dysphagie) »		57	57,58%
C6. « Articulation »		65	65,66%
C7. « B��gaiement »		21	21,21%
C8. « Dysgraphie et autres troubles de l'��criture »		14	14,14%
	« Autre »	51	51,52%
	Troubles du langage oral	37	72,54%
	Troubles du langage ��crit	37	72,54%
	Troubles de la cognition math��matique	10	19,60%
	Troubles d��veloppementaux du langage (TDL)	8	15,68%
C9. « Autre »	Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	6	11,76%
	Troubles oro-myo-fonctionnel	4	7,84%
	D��ficience intellectuelle	2	3,92%
	Apn��es du sommeil	1	1,96%
	Dyspraxie verbale	1	1,96%

Tableau 2. Représentation des principales difficultés traitées par les ostéopathes.

<i>Questionnaire ostéopathique</i>			
<i>Items</i>	<i>Réponses libres</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
C1. « Perturbations de l'articulé dentaire (bruxisme, ATM, traitement orthodontique, etc) »		60	71,43%
C2. « Céphalées, migraines, vertiges »		68	80,95%
C3. « Etat d'hyper-nervosité, anxiété, troubles du sommeil, stress, irritabilité, etc »		48	57,14%
C4. « Travail post-chirurgical après cicatrisation (IVP, etc) »		20	23,81%
C5. « Troubles de la posture (défaut d'orientation de tête, épaules enroulées, etc) »		59	70,24%
C6. « Bébé inconfortable »		61	72,62%
C7. « Otites chroniques, sinusites »		25	29,76%
C8. « Tendinopathies (tendinites, etc) »		49	58,33%
	« Autre »	23	27,38%
	Algies (rachis, scapulaire, etc)	15	65,21%
	Prévention	2	8,69%
	Succion	2	8,69%
	Défaut de posture	1	4,34%
	Troubles des apprentissages	1	4,34%
	Troubles du spectre de l'autisme	1	4,34%
C9. « Autre »	Entorses	1	4,34%
	Troubles gastriques / digestifs	2	8,69%
	Troubles musculosquelettiques	1	4,34%
	Troubles viscéraux	1	4,34%
	Troubles gynécologiques	1	4,34%
	Périnatalité (grossesse, post-partum, fertilité)	2	8,69%
	Troubles du développement moteur	1	4,34%

Question D : « Quelles sont les tranches d'âge des patients que vous prenez le plus en soin ? »

Comme l'indiquent la Figure 4, les orthophonistes rééduquent majoritairement des patients âgés de 3 à 14 ans ; les ostéopathes, eux, traitent plus souvent des patients de 0 à 3 ans et des adultes. L'axe des ordonnées est exprimé en pourcentages.



2.2 Relation avec l'autre profession

Question E : « Avez-vous déjà été professionnellement en contact avec des ostéopathes / orthophonistes ? »

Dans cette question, les orthophonistes n'ont, pour la majorité, aucun contact professionnel avec les ostéopathes ($n = 60$). En revanche, la moitié des ostéopathes ($n = 42$) a déjà eu un contact avec un orthophoniste dans la sphère professionnelle.

Question EE : « Pour quelles raisons ? »

Tableau 3. Représentation des raisons pour lesquelles les orthophonistes et ostéopathes ont été en contact.

<i>Réponses libres</i>	<i>Questionnaire orthophonique</i>		<i>Questionnaire ostéopathique</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Adresser un patient (bilan ou prise en soin)	24	61,53%	22	52,38%
Recevoir un patient (bilan ou prise en soin)	16	41,02%	18	42,85%
Interdisciplinarité / Transdisciplinarité (travailler conjointement, même temporalité)	2	5,12%	2	4,76%
Echanger (sur un patient en commun, un cas clinique, avoir un avis, informations)	9	23,07%	13	30,95%
En formation continue	2	5,12%	3	7,14%
Lieu de travail commun (structure ou cabinet)	5	12,82%	4	9,52%

Cette question, présentée dans le Tableau 3, s'est affichée pour 39,39% des orthophonistes ($n = 39$) et 50% des ostéopathes ($n = 42$). Nous avons remarqué que les contacts entre ces deux praticiens existent principalement afin d'adresser ou de recevoir un patient.

Question F : « Concernant la profession d'ostéopathe / orthophoniste, vous estimez : »

Ici, plus des 50% des orthophonistes et des ostéopathes connaissent peu l'autre discipline tandis que moins de 40% déclarent bien la connaître.

Question G : « Avez-vous déjà été sensibilisé à la pratique ostéopathique / orthophonique au cours de votre formation initiale (cours donné par un ostéopathe / orthophoniste, principes du traitement, etc.) ? »

Dans cette question, plus de 80% des professionnels n'ont pas bénéficié de cours concernant l'autre pratique lors de leur formation initiale.

Question H : « Avez-vous suivi des formations alliant pratique ostéopathique et orthophonie ? »

Peu d'orthophonistes (23,23%) et d'ostéopathes (11,90%) participent à des formations continues alliant ces deux professions.

Question HH : « Laquelle / Lesquelles ? »

Tableau 4. Représentation des formations auxquelles les orthophonistes et ostéopathes ont participé.

<i>Réponses libres</i>	<i>Questionnaire orthophonique</i>		<i>Questionnaire ostéopathique</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
« Ostéovox » (A.Piron)	12	52,17%	1	10%
« Ostéopathie Transversale – Techniques ostéopathiques appliquées au massif facial » (F.Schricke)	7	30,43%	1	10%
Formations à propos de la déglutition (R.Lemaire – Gnosia Formations)	2	8,69%	0	0%
Formations du CETOF (Centre d'Enseignement aux Thérapies Oro-Faciales)	1	4,34%	0	0%
Formations à propos des réflexes archaïques	1	4,34%	2	20%
Congrès SFOP (Société Française d'Orthodontie)	1	10%	1	10%
Formations à propos de l'oralité	1	10%	1	10%
Formations à propos de l'ATM	1	10%	1	10%
« Au-delà de l'allaitement, les freins restrictifs buccaux » (C.Deville – Institut au sein en douceur)	2	20%	2	20%

Cette question s'est affichée pour 23,23% des orthophonistes ($n = 23$) et 11,90% des ostéopathes ($n = 10$). Nous remarquons que davantage d'orthophonistes ont pu réaliser des formations à propos de cette complémentarité.

Question I : « Vous renseignez-vous sur un éventuel traitement ostéopathique / orthophonique chez vos patients ? »

Les orthophonistes et les ostéopathes ont coché l'item « Rarement / Parfois » à plus de 30%. Par ailleurs, les orthophonistes ont répondu, pour plus de 20%, se renseigner « Très souvent » alors que ce taux s'élève à 16,67% pour les ostéopathes. Entre 20% et 30% d'entre eux estiment se renseigner « Souvent » et moins de 20% ont coché l'item « Jamais ».

Question J : « A quelle fréquence recevez-vous des patients envoyés par un.e ostéopathe / orthophoniste ? »

Les orthophonistes sont 76,77% à déclarer ne jamais recevoir de patients envoyés par un ostéopathe contre 60,71% pour les ostéopathes. Moins de 30% estiment que cela leur arrive « Rarement / Parfois » et seulement moins de 10% cochent l'item « Souvent ».

La *Question JJ* et la *Question KK* ont été regroupées dans un seul tableau pour chaque profession. Elles seront présentées à la suite de la *Question K*.

Question K : « A quelle fréquence orientez-vous vos patients vers un.e ostéopathe / orthophoniste ? »

Dans cette question, les deux professionnels estiment, en majorité, n'orienter que « Rarement / Parfois » leurs patients vers l'autre praticien (plus de 40%). Par ailleurs, 26,26% des orthophonistes et 23,81% des ostéopathes ont coché l'item « Jamais ». Entre 0% et 20% des deux professionnels déclarent orienter leurs patients « Souvent » ou « Très souvent ».

Question JJ : « Pour quels types de pathologies / troubles ? » et Question KK : « Pour quelles raisons ? »

Les Tableaux 5 et 6, ci-dessous, mettent en comparaison les réponses des deux catégories de professionnels. Nous avons mis en gras les items ayant obtenu plus de 10% des réponses. Certains items ont été cochés dans les deux questionnaires et d'autres ne l'ont été que par une seule catégorie de professionnels.

Tableau 5. Comparaison des réponses des deux professions concernant les pathologies reçues par les orthophonistes, envoyées par les ostéopathes.

<i>Réponses libres</i>	<i>Question JJ (Orthophonistes) – Pour quelles raisons vous recevez des patients par un ostéopathe</i>		<i>Question KK (Ostéopathe) – Pour quelles raisons les ostéopathes envoient leurs patients en orthophonie</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Troubles de la voix	9	39,13%	4	4,76%
Troubles du spectre de l'autisme	1	4,34%	0	0%
Troubles de l'oralité alimentaire	4	17,39%	12	14,28%
Troubles de la déglutition (atypique, dysphagie)	5	21,73%	11	13,09%
Déviation linguale / Placement de langue	4	17,39%	16	19,04%
Pathologies neurologiques (AVC, Alzheimer, etc)	2	8,69%	4	4,76%
ORL (cancérologie, post-chirurgie, otites, etc)	2	8,69%	2	2,38%
Troubles oro-myo-fonctionnels (succion, freins restrictifs, etc)	7	30,43%	4	4,76%
Troubles de l'articulation	5	21,73%	8	9,52%
Troubles des apprentissages	1	4,34%	4	4,76%
Dysarthrie	2	8,69%	0	0%
Troubles du langage oral	1	4,34%	11	13,09%
Respiration buccale	1	4,34%	2	2,38%
Bégaïement	0	0%	3	3,57%
Graphisme	0	0%	1	1,19%

Tableau 6. Comparaison des réponses des deux professions concernant les troubles reçus par les ostéopathes, envoyés par les orthophonistes.

<i>Réponses libres</i>	<i>Question JJ (Ostéopathes) – Pour quelles raisons vous recevez des patients par un orthophoniste</i>		<i>Question KK (Orthophonistes) - Pour quelles raisons les orthophonistes envoient leurs patients</i>	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Troubles de l'articulé dentaire (dentition, bruxisme, ATM, SADAM)	17	51,51%	9	9,18%
Troubles de la fluence (bégaiement, travail de respiration)	3	9,09%	4	4,08%
Traumatismes	1	3,03%	0	0%
Troubles déficitaires de l'attention / Hyperactivité	2	6,06%	3	3,06%
Apnées du sommeil	1	3,03%	0	0%
Déglutition (atypique, dysphagie)	9	27,27%	17	17,34%
Troubles de l'oralité alimentaire	9	27,27%	2	2,04%
Troubles de l'articulation	2	6,06%	12	12,24%
Angoisses, stress, trouble du sommeil	2	6,06%	2	2,04%
Blocages, tensions et/ou contractures (torticolis, etc)	5	15,15%	21	21,42%
Troubles neurologiques (AVC, SLA)	4	12,12%	3	3,06%
Troubles du spectre de l'autisme	1	3,03%	0	0%
Troubles des apprentissages	3	9,09%	0	0%
Déviations linguales / Placement de langue	5	15,15%	2	2,04%
Troubles oro-myo-fonctionnels (suction, freins restrictifs, etc)	2	6,06%	11	11,22%
Défaut de posture	5	15,15%	17	17,34%
Algies (rachis, cervicales, lombaires)	4	12,12%	11	11,22%
Douleurs somatiques	1	3,03%	0	0%
Troubles de la voix	0	0%	7	7,14%
Respiration buccale	0	0%	1	1,02%
Graphisme	0	0%	1	1,02%
Troubles gastriques / digestifs (RGO, etc)	0	0%	3	3,06%
Approfondir le travail orthophonique	0	0%	2	2,04%
Vérification de certaines fonctions motrices et/ou musculaires	0	0%	4	4,08%

Question L : « S'il vous arrive d'adresser des patients chez un.e ostéopathe / orthophoniste, remarquez-vous une progression au cours, ou à la suite, du traitement ? »

Ici, les orthophonistes et les ostéopathes déclarent à plus de 50% qu'ils ne sont pas dans la mesure de répondre à cette question. Par ailleurs, plus de 30% des deux professionnels remarquent une progression au cours ou à la suite du traitement.

Question M : « Selon vous, quels sont les principaux troubles pris en soin par les ostéopathes / orthophonistes ? »

Les Tableaux 7 et 8 ci-dessous mettent en évidence les troubles principalement traités par les deux praticiens. Les items en gras sont ceux ayant recueilli plus de 50% des réponses des participants.

Tableau 7. Représentation des principaux troubles traités par les ostéopathes selon les orthophonistes.

<i>Questionnaire orthophonique</i>		
<i>Items</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
M1. « Lombalgies, dorsalgies, cervicalgies (lumbagos, sciatiques, torticolis, etc) »	91	91,92%
M2. « Tendinopathies (tendinites, etc) »	40	40,40%
M3. « Traumatologie du sport »	49	49,49%
M4. « Perturbations de l'articulé dentaire (bruxisme, ATM, traitement orthodontique, etc) »	76	76,77%
M5. « Céphalées, migraines, vertiges »	65	65,66%
M6. « Etat d'hyper-nervosité, anxiété, troubles du sommeil, stress, irritabilité, etc »	43	43,43%
M7. « Névralgies (cruralgies, intercostales, etc) »	47	47,47%
M8. « Troubles de la digestion (constipation, diarrhées chroniques, ballonnements, brûlures d'estomac, etc) »	57	57,58%
M9. « Troubles génitaux-urinaires (grossesse, règles douloureuses, incontinences, etc) »	38	38,38%
M10. « Conséquences de chutes »	63	63,64%
M11. « Travail post-chirurgical après cicatrisation (IVP, etc) »	26	26,26%
M12. « Troubles de la posture (défaut d'orientation de tête, épaules enroulées, etc) »	79	79,80%
M13. « Bébé inconfortable »	67	67,68%
M14. « Otites chroniques, sinusites »	30	30,30%
M15. « Autre »	3	3,03%

Tableau 8. Représentation des principaux troubles rééduqués par les orthophonistes selon les ostéopathes.

<i>Questionnaire ostéopathique</i>		
<i>Items</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
M1. « Troubles de l'articulation »	44	52,38%
M2. « Déglutition dysfonctionnelle / atypique »	67	79,76%
M3. « Domaine vélo-tubo-tympanique (IVP, etc) »	18	21,43%
M4. « Troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle »	45	53,57%
M5. « Dyskinésies laryngées »	36	42,86%
M6. « Utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne (avec ou sans prothèse phonatoire) »	30	35,71%
M7. « Troubles des fonctions oro-myo-faciales »	42	50%
M8. « Troubles de l'oralité (sensoriels, oro-moteurs et/ou psycho-comportementaux) »	57	67,86%
M9. « Troubles de la communication »	58	69,05%
M10. « Troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, etc) »	72	85,71%
M11. « Troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique) »	42	50%
M12. « Troubles du graphisme et de l'écriture »	39	46,43%
M13. « Retards de parole et troubles du langage oral »	67	79,76%
M14. « Troubles de la fluence, bégaiements »	62	73,81%
M15. « Surdités acquises / congénitales appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire »	32	38,10%
M16. « Handicaps moteurs, sensoriels et/ou déficiences intellectuelles »	28	33,33%
M17. « Pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique »	43	51,19%
M18. « Pathologies neuro-dégénératives »	41	48,81%
M19. « Dysphasies »	50	59,52%
M20. « Autre »	1	1,19%

Question N : « Saviez-vous qu'une complémentarité ostéopathe / orthophoniste permettrait, dans certains cas, d'optimiser la rééducation de vos patients ? »

Plus de 80% des deux professionnels ont connaissance de l'optimisation de la rééducation en cas de complémentarité. Seulement moins de 20% d'entre eux ont coché l'item « Non ».

Question NN : « Dans quel.s domaine.s pensez-vous que cette complémentarité peut s'effectuer ? »

Comme l'indique le Tableau 9 ci-dessous, les items ayant récolté 50%, ou plus, de votes ont été mis en gras. Il s'agit ici des pathologies concernant l'oralité, la voix, la déglutition, l'articulation et le bégaiement. Les orthophonistes n'ont majoritairement pas coché l'item « Bégaiement », à l'inverse des ostéopathes.

Tableau 9. Représentation des domaines où une complémentarité est possible.

<i>Items</i>	<i>Réponses libres</i>	<i>Questionnaire orthophonique</i>		<i>Questionnaire ostéopathique</i>	
		<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
NN1. « Oralité »		75	75,76%	71	84,52%
NN2. « Surdité »		7	7,07%	18	21,43%
NN3. « Troubles d'origine neurologique »		25	25,25%	41	48,81%
NN4. « Voix (dysphonie) »		74	74,75%	54	64,29%
NN5. « Déglutition (atypique, dysphagie) »		91	91,92%	81	96,43%
NN6. « Articulation »		74	74,75%	56	66,67%
NN7. « Bégaiement »		26	26,26%	50	59,52%
NN8. « Dysgraphie et autres troubles de l'écriture »		41	41,41%	41	48,81%
NN9. « Autre »	« Autre »	8	8,08%	2	2,38%
	Troubles oro-myo-fonctionnels	3	37,50%	0	0%
	Dyspraxie	1	12,50%	0	0%
	Troubles phonologiques	1	12,50%	0	0%
	Théorie de l'esprit	1	12,50%	0	0%
	Troubles de la concentration	0	0%	1	50,00%
	Entrainer le travail effectué	0	0%	1	50,00%

Question O (Question uniquement présente dans le questionnaire orthophonique) :

« Etes-vous amené à pratiquer des thérapies manuelles sur vos patients dans vos r educations ? »

Les orthophonistes ont répondu à 47,47% pratiquer des thérapies manuelles « Rarement / Parfois », 34,34% ont noté ne jamais y avoir recours contre seulement 15,15% pour l'item « Souvent » et 3,03% pour l'item « Très souvent ».

Question OO (Question uniquement présente dans le questionnaire orthophonique) :

« Avez-vous certaines réticences ? »

Ici, 37,37% des orthophonistes ont coché l'item « Non » contre 28,28% pour l'item « Oui », sachant que cette question ne s'est pas affichée que pour 34,34% d'entre eux.

Question OOO (Question uniquement présente dans le questionnaire orthophonique) :

« Pourquoi ? »

Cette question s'est affichée pour seulement 32,32% ($n = 32$) des orthophonistes. La plupart ont répondu ne pas se sentir capable ou ne pas être formé ($n = 14$), ainsi que se sentir mal à l'aise ($n = 11$).

Concernant l'item « Autre » de la question OOO, quatre participants ont répondu en évoquant les motifs suivants : avis de l'ostéopathe avant tout contact manuel, peur d'aggraver et effet de genre (femme qui doit manipuler un homme).

Question P (Question uniquement présente dans le questionnaire orthophonique) :
« Vous sentez-vous parfois « coincé.e » dans l'avancement de votre projet de rééducation (rééducation trop longue, etc) ? »

Ici, 75,76% des orthophonistes ont coché l'item « oui » contre seulement 24,24% de « non ».

Question PP (Question uniquement présente dans le questionnaire orthophonique) :
« Dans quel.s domaine.s ? »

Le Tableau 10 présente les domaines pour lesquels les orthophonistes estiment se sentir « coincés » dans leur rééducation. Les items ayant été cochés à plus de 30% ont été mis en gras, hormis ceux notés par les orthophonistes eux-mêmes dans l'item « Autre » puisque, selon nous, ils ne font pas l'objet d'une éventuelle complémentarité.

Tableau 10. Représentation des domaines où l'avancée de la rééducation est perçue comme en perte de vitesse.

Questionnaire orthophonique			
Items	Réponses libres	Effectif	Pourcentage
PP1. « Oralité »		19	19,19%
PP2. « Surdité »		1	1,01%
PP3. « Troubles d'origine neurologique »		16	16,16%
PP4. « Voix (dysphonie) »		16	16,16%
PP5. « Déglutition (atypique, dysphagie) »		32	32,32%
PP6. « Articulation »		44	44,44%
PP7. « Bégaiement »		13	13,13%
PP8. « Dysgraphie et autres troubles de l'écriture »		8	8,08%
	« Autre »	17	17,17%
	Troubles du langage écrit	8	47,05%
	Troubles du langage oral	6	35,29%
	Troubles développementaux du langage	2	11,76%
PP9. « Autre »	Troubles du spectre de l'autisme	1	5,88%
	Dysarthrie	1	5,88%
	Troubles neurologiques (non)-dégénératifs	1	5,88%
	Dyspraxie	1	5,88%

2.3. Plaquette d'informations

Question Q : « L'objectif est la création d'une plaquette d'informations pour les professionnels, parents et patients. Qu'espérez-vous trouver dans cette plaquette ? »

Les réponses données par les orthophonistes et les ostéopathes sont approximativement les mêmes : plus de 50% ont coché les cases « Des exemples de situations concrètes par pathologie » et « Une courte présentation des deux professions, leurs missions et pathologies concernées ». De plus, les orthophonistes ont majoritairement sélectionné l'item « Des preuves scientifiques démontrant l'intérêt de cette complémentarité ».

Concernant l'item « Autre », les orthophonistes ont rédigé les réponses suivantes: « liens / références scientifiques », « nom de mutuelles prenant en charge l'ostéopathie », « champs de compétences de chacun » et « signes d'alerte menant à une consultation ostéopathique ». Un seul ostéopathe a formulé la réponse suivante : « Formations pour se former au diagnostic orthophonique ».

Question R : « Quel format vous semblerait le mieux adapté pour cette plaquette ? »

A plus de 45%, les deux professionnels souhaitent que la plaquette soit réalisée sous un format de type brochure ou document informatisé. Moins de 20% ont coché l’item « Poster ».

Concernant l’item « Autre », un seul orthophoniste l’a coché et a écrit « Vidéo éducative ». De plus, un seul ostéopathe y a également répondu en mentionnant « infographie ».

Question S : « Vous avez la possibilité de me faire part de vos remarques, si vous le souhaitez, dans le champ d’écriture ci-dessous : »

Concernant les orthophonistes, dix d’entre eux ont répondu à cette question facultative en indiquant leur intérêt pour le sujet et un orthophoniste a émis un avis négatif à ce propos (par exemple : « L’ostéopathie est basée sur des croyances »).

Concernant les ostéopathes, onze participants ont mentionné leur intérêt, et certains d’entre eux ont exprimé avoir peu de connaissances sur la complémentarité entre les deux professions. De plus, un ostéopathe sur les onze a dit ne pas comprendre en quoi l’orthophoniste pourrait venir entraîner le travail réalisé par l’ostéopathe.

3. Présentation de la version finale de la plaquette

La plaquette est présentée en annexes « cf. Annexe A7 ».

Discussion

Nous reviendrons tout d’abord sur notre problématique en la confrontant aux résultats obtenus. Puis, nous analyserons les limites de cette étude et discuterons enfin des perspectives envisagées.

1. Confrontation des résultats à notre problématique et analyse

L’objectif premier de ce mémoire était de dresser un état des lieux des connaissances réciproques des orthophonistes et ostéopathes sur leur champ de compétences et de la complémentarité de leurs approches. Nous avons diffusé deux questionnaires, adressés à chacune des deux professions, et avons obtenu un nombre de réponses supérieur à nos attentes. Ceci, corrélé au nombre important de commentaires positifs reçus, montre un certain intérêt pour le sujet, de la part de ces professionnels.

Notre problématique soulevait plusieurs aspects tels que la méconnaissance du champ de compétences des ostéopathes par les orthophonistes, une faible utilisation de la thérapie manuelle, ainsi qu’une connaissance restreinte de la complémentarité des deux professions. Cependant, les ostéopathes n’avaient pas encore fait l’objet d’une telle enquête. Nous avons donc étendu cette enquête aux deux disciplines.

Le second objectif était la réalisation d’une plaquette d’informations grâce aux réponses obtenues aux questionnaires et à nos recherches issues de la littérature scientifique.

1.1. Méconnaissance des champs de compétences

En premier lieu, il est important de comparer les réponses des orthophonistes et des ostéopathes concernant les pathologies les plus prises en soin et le champ de compétences de l'autre professionnel (*Question C* et *Question M*). Rappelons que seuls les items ayant obtenu 50% de réponses, ou plus, ont été analysés.

Ainsi, nous avons remarqué cinq pathologies communes cochées par les deux professionnels concernant la prise en soin orthophonique : troubles de l'articulation, troubles d'origine neurologique, troubles de la déglutition, troubles du langage écrit et du langage oral. Cependant, les orthophonistes déclarent souvent rééduquer un nombre plus important de pathologies (douze en tout) que les ostéopathes ne mentionnent pas comme faisant partie du champ de compétences des orthophonistes.

Concernant les troubles traités par les ostéopathes, les deux catégories de professionnels ont principalement coché les cinq réponses suivantes : bébé inconfortable, perturbation de l'articulé dentaire, céphalées / migraines / vertiges, troubles de la posture et algies (lombaires, rachis, scapulaire, etc.). Or, nous avons observé la présence de deux items supplémentaires, cochés par les ostéopathes mais pas par les orthophonistes. Cela indique donc que les indications ne sont pas totalement connues.

Deuxièmement, cette méconnaissance a plus particulièrement été mise en évidence par le fait que la majorité des deux professionnels estiment peu connaître l'autre pratique. Cela peut être expliqué par le manque d'informations au sein de la formation initiale et, par la suite, le peu de participation à des formations continues alliant ces deux approches (seulement 23,23% pour les orthophonistes et 11,90% pour les ostéopathes). Malgré tout, il existe un certain nombre de formations que ces derniers ont nommées et qui sont notées dans la partie « Résultats » de ce mémoire.

Enfin, les professionnels ont eu la possibilité de s'exprimer librement sur le sujet et sur l'étude. Nous avons récolté quelques vifs commentaires désapprouvant, voire condamnant, la profession d'ostéopathe. Ces réactions peuvent également être nées de ce manque de connaissances ou de retours d'expériences personnelles malencontreuses.

1.2. Complémentarité des deux approches

D'une part, nous avons pu constater que peu d'orthophonistes avaient déjà eu un contact professionnel avec un ostéopathe. Les deux catégories de praticiens qui ont déjà été en communication, le faisaient principalement pour adresser ou recevoir un patient envoyé par l'autre professionnel. Le fait que les orthophonistes et les ostéopathes se renseignent régulièrement sur un éventuel traitement effectué par l'autre professionnel indique qu'ils ont déjà conscience de la possibilité de cette complémentarité.

De plus, nous avons remarqué que les praticiens ayant recours à un partenariat (en adressant ou en recevant un patient) notent une progression au cours ou à la suite du traitement proposé par l'autre professionnel. Cela constitue un argument en faveur d'un bénéfice lié à cette complémentarité.

Par ailleurs, la majorité des orthophonistes et des ostéopathes affirment savoir qu'une complémentarité entre eux permet d'optimiser la rééducation des patients. Selon eux, il s'agirait des pathologies suivantes : « troubles de l'oralité », « troubles de la voix », « troubles de la déglutition », « troubles de l'articulation » et « bégaiement ». Ainsi, ces réponses, issues de la pratique de chaque professionnel, viennent faire écho aux pathologies que nous avons trouvées dans la littérature scientifique.

Concernant les thérapies manuelles, nous avons constaté que les orthophonistes y avaient que très peu recours, soit en raison de réticences, soit parce que ces derniers ne se sentent pas forcément capables de le faire, ne sont pas formés, se sentent mal à l'aise, etc. Cela indique qu'il serait donc intéressant d'avoir davantage recours à un partenariat.

Enfin, un très grand nombre d'orthophonistes estiment se sentir « coincés » dans l'avancement de leur projet de rééducation. Ces derniers déclarent que cela survient principalement dans les domaines suivants : « Troubles de la déglutition (atypique, dysphagie) » et « Troubles de l'articulation », ce qui correspond à certains des troubles ayant un lien avec l'ostéopathie.

D'autre part, nous avons constaté que la majorité des orthophonistes et des ostéopathes ayant répondu aux questionnaires travaillent en libéral, sans la présence de l'autre professionnel au sein de leur cabinet. Cela pourrait donc être une des raisons pour lesquelles la pluridisciplinarité et le partenariat sont peu présents.

De plus, le sentiment d'une asymétrie, entre le nombre de patients orientés vers l'autre profession, et le nombre de patients réciproquement reçus, a pu être relevé. Cela peut être expliqué par un éventuel biais de perception à propos sa propre pratique. Concernant ce questionnement, la comparaison des réponses des deux catégories de professionnels ne s'avère pas tout à fait concordante. En effet, les troubles cités à la fois par les orthophonistes et les ostéopathes, pour une orientation en orthophonie, sont : « troubles de l'oralité alimentaire », « troubles de la déglutition (atypique, dysphagie) » et « déviation linguale / positionnement de langue ». En revanche, d'autres items ont été notés soit par l'un, soit par l'autre praticien (comme les items « troubles de la voix », « troubles de l'articulation », « troubles du langage oral » et « troubles oro-myo-fonctionnels (succion, freins restrictifs, etc) »). Concernant l'orientation en ostéopathie, les deux professionnels semblent d'accord sur les troubles suivants : « troubles de la déglutition (atypique, dysphagie) », « blocages, tensions et/ou contractures (torticolis, etc) et « algies (rachis, cervicales, lombaires) ». Cependant, certains praticiens ont noté d'autres difficultés pour lesquelles ils reçoivent / orientent un patient : « troubles de l'articulé dentaire (dentition, bruxisme, ATM, Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur) », « troubles de l'oralité alimentaire », « troubles de l'articulation », « troubles neurologiques (Accident Vasculaire Cérébrale, Sclérose Latérale Amyotrophique) », etc. Ainsi, nous remarquons que les réponses des deux professionnels ne correspondent pas totalement. Or, cela pourrait être en partie expliqué par le fait que les participants ayant répondu au questionnaire ne collaborent pas entre eux personnellement. Par exemple, un participant orthophoniste peut avoir collaboré avec un ostéopathe de son secteur, mais cet ostéopathe en question n'a peut-être pas répondu au questionnaire. Il faudrait alors pouvoir comparer les réponses des praticiens par zones géographiques, voire par villes ou par quartiers.

Ainsi, nous avons pu conclure que la complémentarité est déjà, en partie, présente sur le terrain. Cependant, ce partenariat souffre de certaines contraintes qui l'empêchent de s'étendre davantage et d'en venir à une interdisciplinarité / transdisciplinarité.

2. Limites de l'étude

Nous avons pu relever quelques limites quant à la réalisation de notre étude.

2.1. Questionnaires

Premièrement, nous avons découvert qu'il y a eu 83 démissions par les professionnels lors de leur participation aux questionnaires. En effet, ces derniers n'ont pas été complétés entièrement et cela est dû au fait que certains professionnels ont simplement cliqué sur le lien du questionnaire sans y répondre ou en répondant simplement à la première page de questions. Nous avons d'abord pensé que la raison était la longueur du questionnaire (22 questions pour les ostéopathes et 27 pour les orthophonistes). Cependant, nous avons remarqué que les ostéopathes ($n = 53$) ont davantage « abandonné » que les orthophonistes ($n = 30$) alors que ces derniers avaient un questionnaire plus long.

De plus, des biais quant à la méthode d'intervention ont été mis en évidence puisque le caractère anonyme des questionnaires nous a empêché de vérifier si tous les participants étaient bien orthophonistes ou ostéopathes. La participation unique par répondant n'a pu également être contrôlée.

Par ailleurs, nous avons constaté a posteriori qu'il aurait sûrement été plus judicieux d'utiliser exactement les mêmes termes dans les deux questionnaires. De plus, nous avons utilisé le terme « oralité » pour désigner les troubles de l'oralité alimentaire et oro-myo-fonctionnels. Ainsi, nous avons commis une erreur puisque certains participants ont pu se trouver confus face à l'absence de la terminologie « troubles oro-myo-fonctionnels » au sein des items des questionnaires. En effet, on observe cela dans les réponses à l'item « Autres » de la *Question NN*.

Pour finir, nous avons relevé des limites dues à la méthode de diffusion des questionnaires via les groupes sur les réseaux sociaux. En effet, le fait que les questionnaires ont seulement été réalisés et publiés informatiquement a pu empêcher l'accès à des professionnels n'ayant pas d'outils numériques. De plus, la publication sur les réseaux sociaux nécessite également des participants présents et actifs sur ces derniers. Par ailleurs, les personnes ayant répondu aux questionnaires se trouvaient être majoritairement des professionnels intéressés par le sujet, il s'agit donc d'un biais de volontariat. Enfin, une diffusion non équitable a été relevée puisqu'un total d'environ 34 932 professionnels sont susceptibles d'avoir vu les questionnaires dont seulement 4 626 ostéopathes, ce qui correspond à 6,5 fois moins que d'orthophonistes (ces chiffres sont approximatifs puisqu'il est possible que certains professionnels soient membres de plusieurs groupes sollicités).

2.2. Plaquette d'informations

Il n'a pas été possible, faute de temps, de réaliser un questionnaire de satisfaction visant à évaluer la plaquette par les orthophonistes et les ostéopathes. En effet, il aurait été intéressant, dans l'idéal, de pouvoir diffuser la plaquette avec un questionnaire permettant ainsi son amélioration selon les différents avis recueillis. En revanche, pour pallier, au mieux, cet aspect, nous avons présenté la plaquette à quelques orthophonistes et ostéopathes de notre entourage afin de prendre en compte leurs avis.

Par ailleurs, la méthode de diffusion de la plaquette étant la même que pour les questionnaires, les contraintes énoncées dans la sous-partie précédente s'appliquent ici aussi.

3. Perspectives de l'étude

3.1. Intérêts pour les pratiques

Tout d'abord, cette étude peut constituer un point d'appui pour les orthophonistes et les ostéopathes qui souhaiteraient se renseigner sur la complémentarité de leurs professions. En effet, nous avons pu recueillir des informations à visée d'amélioration du parcours de soins des patients et d'optimisation de leur rééducation, en se plaçant sur une posture davantage holistique.

Enfin, la diffusion de la plaquette sur les réseaux sociaux est également un moyen de pallier le manque d'informations sur ce sujet.

3.2. Possibilités futures

Afin de permettre une diffusion plus importante de ce constat, il serait intéressant de pouvoir réaliser plusieurs études cliniques scientifiques, à grande échelle, visant à quantifier davantage la plus-value de ce partenariat et de l'insérer au sein de la pratique fondée sur les preuves.

De plus, toujours dans un objectif holistique, il semblerait pertinent de pouvoir réaliser une étude permettant de mettre en lien plusieurs autres professions comme la psychomotricité, l'ergothérapie, etc.

Par ailleurs, concernant le manque de connaissances des champs de compétences et de la complémentarité, il pourrait être envisagé d'ajouter des cours plus approfondis sur ce sujet. En effet, les orthophonistes et les ostéopathes pourraient en bénéficier au cours de leur formation initiale, leur donnant les clés nécessaires pour savoir repérer et orienter un patient.

Enfin, pour aller encore plus loin, il serait intéressant d'effectuer des études scientifiques interdisciplinaires, voire transdisciplinaires, dans le sens où l'on tenterait de traiter au mieux les difficultés du patient ensemble, dans la même temporalité et sur le même lieu.

Conclusion

Cette étude avait deux objectifs principaux. Tout d'abord, la réalisation d'un état des lieux des connaissances réciproques des orthophonistes et des ostéopathes concernant leurs champs de compétences ainsi que la complémentarité de leurs approches. Deuxièmement, la création d'une plaquette d'informations à destination des deux professionnels afin de les aider à mettre en place cette complémentarité. Nous avons donc tout d'abord étudié la littérature scientifique pour ensuite réaliser un questionnaire, l'analyser et créer la plaquette d'informations.

Ainsi, les deux questionnaires diffusés sur les réseaux sociaux ont permis d'obtenir 266 réponses dont 183 exploitables ($n = 99$ pour les orthophonistes et $n = 84$ pour les ostéopathes). Une analyse de chaque question a été réalisée, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Cette dernière a révélé que les professionnels présentaient une faible connaissance du champ de compétences de l'autre praticien. De plus, leur partenariat a été mis en évidence comme étant installé dans une certaine mesure, mais non suffisamment connu à l'heure actuelle. Malgré la présence de certaines limites méthodologiques, nous avons pu mener à bien notre étude et nous appuyer sur les informations recueillies en les confrontant avec la littérature afin de réaliser notre plaquette.

Enfin, cette étude aura permis de rassembler un grand nombre de données afin d'étayer la connaissance des orthophonistes et des ostéopathes quant à leur complémentarité et d'améliorer le parcours de soins du patient. Des études plus approfondies et d'envergure plus importante permettront sûrement d'ancrer ce partenariat au sein de la pratique fondée sur les preuves.

Bibliographie

- Alexander, N., Boota, A., Hooks, K., & White, J. R. (2019). Rapid Maxillary Expansion and Adenotonsillectomy in 9-Year-Old Twins With Pediatric Obstructive Sleep Apnea Syndrome : An Interdisciplinary Effort. *Journal of Osteopathic Medicine*, 119(2), 126-134.
- Barry, C., & Falissard, B. (2012). Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale)
- Bertras, A., & Schweizer, V. (2011). Place du toucher "thérapeutique" dans la logopédie en Suisse romande. *Langage & pratiques*, 47, 2-6.
- Bouletreau, A., Chouanière, D., Wild, P., & Fontana, J. M. (1999). *Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST*. [Rapport de recherche] Notes scientifiques et techniques de l'INRS NS 178, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)
- Bricot, B. (2010). Système postural et scoliose. *R.E.R.*, 13 (39), 1605.
- Cahuzac, S. (2020). *Alliance thérapeutique orthophoniste – ostéopathe dans le cadre de la prise en charge de l'enfant prématuré avec trouble de l'oralité de 0 à 3 ans* [Mémoire de Certificat de Capacité d'Orthophonie, Département Universitaire de Montpellier].
- Clauzade, M. A., & Darrallians, B. (1992). *L'homme, le crâne, les dents*. Perpignan : SEOO Editeur. Dans Du Pontavice, M. (2006). *Langue et posture : Apport de la méthode Feldenkrais dans la rééducation linguale* [Mémoire de Certificat de Capacité d'Orthophonie, Institut des sciences et techniques de réadaptation de Lyon].
- Coslett, H. B. (1998). Evidence for a disturbance of the body schema in neglect. *BrainCogn*, 37(3), 527-44.
- Courraud, C. (2019). Du fascia au système fascial : contributions et enjeux pour la thérapie manuelle. *Mains libres*.
- Fournier, G., & Trillaud, F. (2012). *La place du corps dans la prise en charge du bégaiement, transdisciplinarité. Etude auprès des différents acteurs : patients, parents, orthophonistes, psychomotriciens, ostéopathes et kinésithérapeutes* [Mémoire de Certificat de Capacité d'Orthophonie, Institut d'Orthophonie Gabriel DECROIX].
- Grimaud, E. (2013). *Médecins et ostéopathes : des rapports difficiles. Eléments d'analyse de la situation* [Mémoire de Diplôme d'Ostéopathie, Bretagne Ostéopathie].
- Hamm, N. (2017). *Efficacité d'un traitement ostéopathique des articulations temporo-mandibulaires évalué par la posture*. [Mémoire de Diplôme d'Ostéopathie, Institut Supérieur d'Ostéopathie de Lille].
- Hülse, M., & Hölztz, M. (2004) : The efficiency of spinal manipulation in otolaryngology. A retrospective long-term study. *HNO*, 52, 227-234.
- Jospin, L., Guigou, E., & Kouchner, B. (2002). Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. Journal officiel de la République Française. Paris.

- Lalauze-Pol, R. (2009). Evaluation de l'état du nouveau-né, adaptation néonatale. Dans R. Lalauze-Pol, Berge, Deboutey & Brouard (dirs.), *Le crâne du nouveau-né (2^{ème} édition)* (p. 571-618).
- Lapertosa, G. (1987). *Quelle médecine ? Les médecines dans le monde. La médecine manipulative*. Edition Etiosciences. Dans Cochemé, G. (2006). *Analyse subjective de l'impact de la thérapie manuelle en orthophonie* [Mémoire de Certificat de Capacité d'Orthophonie, Institut des sciences et techniques de réadaptation de Lyon].
- Le Huche, F., & Allali, A. (2002). *La voix : Thérapeutique des troubles vocaux (3^{ème} édition, Tome 4)*. Paris : Masson.
- L'homme, S., Piron, A., Pirard, B., Thiry, X., Sbarbaro, M., & Garcion, C. (2019). Osteovox self-management concept study. Part 2 : focus on the therapy. *CRANIO®*, 1-10.
- Littlejohn, J. M. (1934, 12 octobre). *Evolution et futur de l'ostéopathie*. [Conférence]. Convention de l'Association des Ostéopathes.
- Massé, G. (2018). *Enquête sur la collaboration des orthophonistes avec les ostéopathes* [Mémoire de Diplôme d'Ostéopathie, Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes].
- Marszałek, S., Niebudek-Bogusz, E., Woźnicka, E., Malińska, J., Golusiński, W., & Śliwińska-Kowalska, M. (2012). Assessment of the influence of osteopathic myofascial techniques on normalization of the vocal tract functions in patients with occupational dysphonia. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(3), 225-235.
- McFarland, D. H. (2016). *L'anatomie en orthophonie : Parole, déglutition et audition. (3^{ème} édition)*. Elsevier Masson.
- Piron, A., & Cornut, G. (2007). *Techniques ostéopathiques appliquées à la phoniatrie : Biomécanique fonctionnelle et normalisation du larynx (Seconde édition, Tome 1)*. SYMETRIE.
- République Française. (2004). *Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste*. Legifrance. Consulté le 21.02.2021 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000413069/>
- République Française. (2016). *Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie*. Legifrance. Consulté le 20.02.2021 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000462001/>
- Roch, J. B., Piron, A., Collet-Beillon, F., Benali, J., Ayrault, S., Moreau, A. C. (2005). Les gestes de thérapie manuelle en rééducation de la voix. *Revue Laryngologie Otologie Rhinologie*, 126, 5, 361-364. Dans Defaux, C. (2016) *Le sigmatisme interdental : étude de l'influence d'un traitement ostéopathique* [Mémoire de Diplôme d'Ostéopathie, IDO Paris].
- Scotto Di Carlo, N. (1998). Cervical Spine Abnormalities in Professional Singers. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 50(4), 212-218.
- Syndicat Français Des Ostéopathes (2016). L'ostéopathie, définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). SFDO. Consulté le 30 mars 2021 sur <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>

- Vilatte, J. C. (2007, 1er et 2 février). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. [Conférence]. Grisolles.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Glossaire des termes utilisés (par ordre alphabétique).

Annexe n°2 : Schémas – Les repères posturaux et les fascias.

Annexe n°3 : Schéma – Sphère oro-myo-faciale.

Annexe n°4 : Questionnaire final à destination des orthophonistes.

Annexe n°5 : Questionnaire final à destination des ostéopathes.

Annexe n°6 : Tableau des objectifs des questions.

Annexe n°7 : Version finale de la plaquette.