

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

soutenu publiquement en juin 2023

## Apports et utilisation de la thérapie manuelle en rééducation orthophonique

MEMOIRE dirigé par

**Marie ARNOLDI**, orthophoniste, service ORL Hôpital Claude Huriez, Lille

Lille – 2023

# Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements :

A ma directrice de mémoire, Madame ARNOLDI, pour sa bienveillance et son accompagnement tout au long de ce projet de mémoire.

A ma lectrice, Madame DEBAVELAERE, qui a accepté de prendre du temps pour m'accompagner.

Aux nombreux orthophonistes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et qui ont très souvent montré leur intérêt pour mon travail.

A mes maîtres de stage, pour leur soutien indéfectible et leur confiance qui ont participé à la construction de mon identité professionnelle jusqu'à aujourd'hui.

A Oriane, mon amie depuis quelques années et pour un long moment encore. Merci pour les nombreuses relectures de mon mémoire, pour les conseils pertinents, les encouragements et pour notre amitié sans faille qui ne fait que grandir.

A Eve, ma découverte de cette année, pour sa bonne humeur et les bons moments partagés.

A Laura, ma fidèle alliée dans cette aventure pleine de rebondissements.

A ma famille, et particulièrement à mes parents qui ont toujours cru en moi et qui continuent à me montrer leur soutien et leur fierté un peu plus chaque jour.

A ma marraine, Hélène, qui m'a donné l'envie d'exercer le magnifique métier qu'est celui d'orthophoniste.

## **Résumé :**

Au cours de ces dernières années, les thérapies manuelles se sont fortement développées en orthophonie. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux de l'utilisation de ces techniques en pratique clinique pour rendre compte de leur apport en orthophonie à ce jour. Pour ce faire, nous avons proposé une étude transversale sous forme de questionnaire que nous avons diffusé sur les réseaux sociaux ainsi que via une liste de contact d'orthophonistes certifiés de la formation Ostéovox®, en accès libre sur internet. Ainsi, les informations récoltées ont été confrontées à la littérature scientifique et nous sommes arrivés à la conclusion que les professionnels interrogés faisant appel à la thérapie manuelle dans leurs prises en soin peuvent le faire à n'importe quel moment de la rééducation mais qu'ils l'utilisent rarement tout au long d'une prise en soin. Aussi, les orthophonistes préfèrent en faire usage dans les domaines de la voix et des atteintes oto-rhino-laryngologiques (ORL). Grand nombre d'entre eux mentionnent l'indispensabilité de ces techniques en pratique, cependant, nous avons relevé des critères d'éviction liés à la condition d'un patient ou à un manque de confiance de la part du professionnel concerné. Enfin, il semblerait pertinent d'approfondir le sujet autour de la pluridisciplinarité en thérapie manuelle, auprès d'ostéopathes mais aussi de phoniatres, dentistes et orthodontistes.

## **Mots-clés :**

Orthophonie – Thérapie Manuelle – Formation – Questionnaire – Prise en charge

## **Abstract :**

In recent years, manual therapies have developed strongly in speech therapy. The aim of this study is to review the use of these techniques in clinical practice and to report on their contribution to speech therapy to date. To achieve this, we proposed a cross-sectional study in the form of a survey which we distributed on social networks and via a contact list of certified speech therapists from the Osteovox® training course, freely available on the internet. The information collected was compared with the scientific literature and we came to the conclusion that the professionals interviewed who use manual therapy in their treatment can do so at any time during rehabilitation but that they rarely use it throughout the course of treatment. Also, speech and language therapists (SLTs) preferred to use it in the areas of voice and ear, nose, and throat (ENT) problems. Many of them mentioned the indispensability of these techniques in practice, however, we noted criteria for avoidance linked to a patient's condition or a lack of confidence from the professional concerned. Finally, it would seem relevant to look further into the subject of multidisciplinary manual therapy, with osteopaths but also with phoniatrists, dentists and orthodontists.

## **Keywords :**

Speech therapy (speech language therapy) – Manual Therapy – Training – Survey – Care

# Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Rappels anatomo-physiologiques .....	2
1.1. Le système postural .....	2
1.2. Le système fascial.....	2
1.3. L'anatomie de la sphère orofaciale .....	3
1.4. Les fonctions de la sphère orofaciale.....	3
2. Thérapie manuelle .....	4
2.1. Historique.....	4
2.2. Définition .....	4
2.3. Complémentarité entre ostéopathie et orthophonie .....	5
2.4. Pourquoi la proposer ? .....	5
2.5. Limites de la thérapie manuelle .....	6
3. Principes en ostéopathie .....	6
3.1. L'unité du corps humain .....	6
3.2. La structure gouverne la fonction .....	7
3.3. La loi de l'artère est suprême.....	7
3.4. La capacité d'autoguérison .....	7
4. Intérêt en orthophonie .....	7
5. Buts .....	8
Proposition de méthodologie .....	9
1. Population de l'étude .....	9
1.1 Critères de sélection.....	9
1.2 Choix de l'échantillon.....	9
2. Méthode d'intervention.....	9
2.1 Choix du mode de recueil de données : le questionnaire.....	9
2.2 Pré-requis à l'élaboration du questionnaire .....	9
2.3 Création du questionnaire .....	10
2.4. Méthodes de diffusion .....	10
3. Analyse des résultats.....	11
Résultats .....	11
1. Résultats du questionnaire à destination des orthophonistes .....	11
1.1. Description de l'échantillon.....	11
1.2. Données concernant les formations en thérapie manuelle.....	12

1.3. Thérapies manuelles en rééducation orthophonique.....	15
Discussion.....	21
1. Rappels des objectifs.....	21
2. Confrontation des résultats aux hypothèses.....	21
3. Limites de l'étude et perspectives.....	23
3.1. Questionnaire.....	23
3.2. Diffusion du questionnaire.....	24
3.3. Perspectives.....	24
4. Implication orthophonique et intérêts pour la pratique.....	25
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	27
Annexes.....	
1. Questionnaire.....	A1

# Introduction

Depuis maintenant plus de vingt ans, les orthophonistes et logopèdes ont la possibilité de se former en thérapie manuelle.

En théorie, celle-ci est applicable à de nombreux champs de compétences en orthophonie puisque la thérapie manuelle a pour mission principale de traiter les déséquilibres tensionnels des organes impliqués dans les fonctions de phonation, déglutition et respiration. Il paraît donc pertinent de se questionner quant aux préférences d'utilisation de cette thérapie en orthophonie, selon les professionnels eux-mêmes.

Les thérapies manuelles sont des techniques innovantes et leurs bénéfices sont largement mis en lumière grâce aux formations proposées aux orthophonistes et autres professionnels du milieu paramédical.

Nous souhaitons nous pencher tout particulièrement sur l'utilisation des thérapies manuelles par les orthophonistes, de façon plus générale et complète que ce qui avait été fait jusqu'ici. En effet, certains mémoires visant des pathologies très précises en lien avec la thérapie manuelle avaient une approche plus fine, tandis que d'autres, datant de quinze années ou plus, mériteraient d'être complétés, voire de constituer une suite : ce sera le cas, pour une partie de notre travail.

Dans la continuité du mémoire sur l'analyse subjective de l'impact de la thérapie manuelle en orthophonie (Cochemé, 2006), il pourrait être intéressant de faire à nouveau un état des lieux de l'utilisation de la thérapie manuelle Ostéovox®, quinze ans plus tard, sans oublier de s'intéresser à la naissance d'éventuelles autres formes de thérapies manuelles telles que Sensophonie® par exemple. En effet, notre étude consistera à faire une analyse la plus exhaustive possible de l'utilisation des thérapies manuelles, et, pourquoi pas, à comparer nos résultats avec les précédents dans l'optique de visualiser l'évolution de ce type de pratique en orthophonie.

Dans son mémoire sur les dysphonies dysfonctionnelles de l'adulte, en 2015, Sophie Boulanger en vient à la conclusion suivante : « si les orthophonistes puisent en grande partie leurs outils dynamiques en rééducation vocale au sein de pratiques confirmées et établies, nécessitant pour certaines des formations spécifiques, la part des pratiques plus confidentielles et novatrices est supérieure à ce que nous envisagions. »

En partant de ce constat, nous pouvons nous demander en quoi ces pratiques nécessitant une formation sont utilisées en orthophonie. C'est ainsi que nous souhaitons nous informer dans quelle mesure les orthophonistes préfèrent l'utilisation d'une formation en thérapie manuelle, au profit des patients, plutôt que celle de pratiques ou d'outils plus personnels.

Dans une première partie, nous ferons quelques rappels anatomiques et physiologiques sur le larynx, ses résonateurs et les fonctions qui lui sont associées. Par la suite, nous nous intéresserons à la thérapie manuelle, sa définition et les avantages et limites de son utilisation. Enfin, nous reviendrons sur les principes ostéopathiques abordés et entrant en vigueur dans la thérapie manuelle. Une méthodologie de création d'un questionnaire sera décrite en référence aux questionnaires déjà existants, suivie de l'état actuel de l'enquête sur les apports et utilisation de la thérapie manuelle en pratique orthophonique que nous avons créée. Enfin, les résultats à ce questionnaire seront présentés et discutés.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## 1. Rappels anatomo-physiologiques

### 1.1. Le système postural

#### 1.1.1. Définition

Le système postural fait référence à l'ensemble des mécanismes impliqués dans le maintien de la posture et de l'équilibre corporel. Cela inclut la coordination des muscles, des articulations et des systèmes sensoriels pour permettre une position debout stable et une mobilité fluide (Villeneuve & Villeneuve-Parpay, 2004).

Il possède des entrées, composées de capteurs sensoriels informant sur les variations entre le corps et l'environnement, et des capteurs sensitifs informant sur les variations de position et d'emplacement des éléments du système postural. Cependant, malgré la présence de plusieurs entrées, il est composé d'une unique sortie en rapport avec le tonus et l'activité musculaire du corps. Ce système est contrôlé par une boucle de rétroaction : les variations posturales par rapport à l'environnement sont transmises au système nerveux central via la rétine, la plante des pieds, le système vestibulaire de l'oreille et les muscles des mollets, dont le rôle est d'organiser et maintenir un mouvement stabilisateur permanent (Villeneuve & Villeneuve-Parpay, 2004).

### 1.2. Le système fascial

#### 1.2.1. Les fascias

Dans une continuité anatomique, le rôle des fascias n'est pas négligeable puisqu'il s'agit du tissu conjonctif qui entoure les muscles et relie les muscles du corps entre eux, de façon mécanique. Son rôle est semblable à celui d'une « gaine enveloppante passive » puisqu'il a une influence limitée sur le système de mouvements mais son intérêt reste très probable en ce qui concerne la proprioception et la perception de la douleur (Wilke et al, 2018). De plus, les fascias informent en permanence l'ensemble des muscles de leur état de tension réciproque favorisant des ajustements tensionnels constants et spontanés des chaînes myofasciales (Courraud, 2019).

En ostéopathie, même si le fascia est placé depuis longtemps au centre de l'approche thérapeutique, la part de méconnaissance anatomique de ce tissu est toujours présente, qu'elle concerne son fonctionnement au sein de l'organisme ou la pertinence de son traitement. Ainsi, de nombreux auteurs considèrent le fascia comme « le chaînon manquant de la thérapie manuelle » (Courraud, 2019).

#### 1.2.2. La fasciathérapie

La fasciathérapie ou méthode Danis Bois, au même titre que l'ostéopathie, est considérée comme une approche globale fonctionnelle et intégrative prenant ainsi en compte l'ensemble du corps, des éléments anatomiques en interdépendance (Courraud, 2019). Elle sollicite les forces d'autorégulation de l'organisme et s'adresse à la personne dans la globalité physique et psychique. En effet, la fasciathérapie est davantage utilisée dans le cadre de souffrances somatiques et dans les relations qu'elles peuvent tisser avec le corps (Andrieu, 2007).

## **1.3. L'anatomie de la sphère orofaciale**

### **1.3.1. Le larynx**

Le larynx est un organe divisé en trois étages par les bandes ventriculaires et les cordes vocales : l'étage sus-glottique qui s'étend de la base de la langue jusqu'aux bandes ventriculaires, l'étage glottique qui correspond à l'espace entre les bandes ventriculaires et les cordes vocales, et l'étage sous-glottique qui débute sous les cordes vocales et se poursuit vers la trachée (Calais-Germain & Germain, 2020).

Situé au-dessus de la trachée, en avant du pharynx et sous l'os hyoïde, le larynx comporte une armature fibro-cartilagineuse composée de trois cartilages reliés par des membranes, ligaments et muscles. Sa musculature est composée de muscles intrinsèques, tenseurs ou adducteurs des cordes vocales, et extrinsèques, pairs et symétriques dont le nom vient de l'insertion cartilagineuse (Cornut, 2009).

### **1.3.2. Les résonateurs**

On donne le nom de résonateurs aux cavités que le son laryngé traverse avant d'arriver à l'air libre (Cornut, 2009). Ces cavités sont situées le long du conduit vocal, du larynx jusqu'aux lèvres, et modulent les fréquences émises par les cordes vocales en les amplifiant, en les réduisant ou en les atténuant (Raby & Chagnon, 2012). Les taille et forme des résonateurs peuvent varier dans des proportions considérables, notamment car leurs parois dépendent d'organes mobiles. Les parois des résonateurs étant molles, elles ont la capacité d'amortir la résonance et de changer de forme et de volume en fonction de la position de chacune (Cornut, 2009).

On distingue alors deux grands types de résonateurs : les résonateurs sus-glottiques et les résonateurs glottiques. Alors que les cavités de résonance glottiques sont situées au niveau des cordes vocales, et donc au plus proche de la source sonore, les cavités de résonance sus-glottiques sont divisées en trois étages en plus des fosses nasales qui sont, elles, rarement impliquées dans le phénomène de résonance. Au premier étage, on trouve le rhinopharynx qui équivaut à la partie supérieure de la gorge derrière le nez. Au deuxième étage, on trouve l'oropharynx qui comprend l'entièreté de la cavité buccale en plus de la partie située à l'arrière de la gorge. Au troisième étage, on trouve l'hypopharynx qui correspond à la partie basse du pharynx derrière le larynx (Raby & Chagnon, 2012).

## **1.4. Les fonctions de la sphère orofaciale**

### **1.4.1. La respiration**

En plus de participer à la protection des voies respiratoires grâce à une bonne coordination respiration-déglutition et par le mécanisme de toux (McFarland & Netter, 2020), la respiration est une fonction vitale regroupant l'ensemble des phénomènes permettant les échanges gazeux avec le corps, qu'ils soient mécaniques ou chimiques.

A l'inspiration, le muscle du diaphragme s'abaisse, la cage thoracique se dilate et l'air afflue en grande quantité dans les poumons (Amy de La Bretèque, 2018). De ce fait, l'expiration consiste à faire sortir l'air par le nez après que la cage thoracique et le diaphragme sont revenus en position initiale de repos et que les muscles se décontractent (Le Huche & Allali, 2020).

### **1.4.2. La déglutition**

La déglutition correspond au passage de solides, de liquides ou de salive depuis la cavité buccale et jusque l'estomac : elle permet d'alimenter l'organisme tout en préservant les voies respiratoires (Marmouset, Hammoudi, Bobillier & Morinière, 2015). Elle débute par un temps buccal, se poursuit avec un temps pharyngien et aboutit sur un temps œsophagien (Brin, Courrier, Lederlé & Masy, 2021).

Aussi, le larynx joue un rôle très important dans le mécanisme de déglutition : il protège les voies respiratoires et empêche les fausses routes en assurant l'étanchéité des voies aériennes au moment de la déglutition d'un aliment ou d'un liquide (Chevrel, 1997).

### **1.4.3. La phonation**

La physiologie de la phonation correspond à l'ensemble des dispositifs permettant la vibration des cordes vocales. Le mécanisme sonore à l'origine de la phonation est dû à l'action des cordes vocales et du larynx (Giovanni, Lagier & Henrich, 2014).

La fréquence du son dépendra de la tension des plis vocaux et de la taille des résonateurs que l'air traversera par la suite. C'est le mouvement des lèvres, de la langue et parfois du voile du palais qui permet l'articulation de sons en mots (Baude & Lacaille Desse, 2008).

## **2. Thérapie manuelle**

### **2.1. Historique**

Pour ce qui est de la formation Ostéovox®, première formation en thérapie manuelle à être recensée, c'est en 1998 qu'Alain Piron, ostéopathe belge, crée une formation destinée d'abord aux logopèdes, puis aux orthophonistes. L'enseignement se propage en France, notamment grâce à l'aide de Jean-Blaise Roch, phoniatre lyonnais et cofondateur d'Ostéovox®. Cet organisme de formation fonde ses grands axes sur la thérapie manuelle et la réhabilitation sensori-motrice appliquées à la sphère cervico-maxillo-faciale (Ostéovox, 2019).

De plus, même si la formation Ostéovox® semble la plus connue, la plus utilisée et celle dont on parle davantage en France en raison de son succès auprès des orthophonistes et autres professionnels concernés, il ne faut pas oublier l'existence d'autres formations en lien avec la thérapie manuelle : par exemple, la formation Sensophonie®.

La formation Sensophonie® est fondée en 2016 au sein de l'organisme Actensis de Toulouse par Myriam Douche, orthophoniste toulousaine, et Christophe Roman, ostéopathe toulousain spécialisé en oto-rhino-laryngologie (ORL ci-après). Aussi, comme précisé dans le descriptif de la formation et à la différence de la thérapie manuelle Ostéovox®, des techniques manuelles, vocales et corporelles sont intégrées à la formation dès son commencement en raison de la combinaison de plusieurs types de thérapies : fasciathérapie, ostéopathie, approches respiratoires globales et psychophonie-MLA (Sensophonie, 2022). Le but étant de rendre le patient acteur de son parcours de soin.

### **2.2. Définition**

D'après J-B. Roch & A. Piron, la thérapie manuelle consiste en un travail sur la mobilisation et la normalisation des restrictions musculaires qui portent atteinte au fonctionnement optimal de

l'organisme. L'intervention manuelle est locale et périphérique afin de permettre la compensation des déficits et d'augmenter l'homéostasie.

Rappelons que l'homéostasie est un processus physiologique qui se traduit par un « équilibre dynamique » permettant à l'organisme de maintenir constant et fonctionnel un milieu interne adapté à la vie alors que les conditions du milieu externe peuvent fortement varier (Beukman et al., 2018).

Selon l'organisme de formation, la thérapie manuelle en orthophonie est utilisée principalement pour la rééducation de la phonation et la rééducation des troubles touchant la sphère orofaciale. Plus précisément il s'agirait de rééducations de dysphonies, d'articulation ou de malposition, de paralysies et de déglutition atypique ou dysfonctionnelle, mais aussi de patients en post-chirurgie (Ostéovox, 2019).

### **2.3. Complémentarité entre ostéopathie et orthophonie**

Suite à la présentation des bases anatomo-physiologiques communes à ces deux spécialités, il est désormais possible de décrire plus précisément le rôle de l'orthophoniste dans la complémentarité des prises en soin.

L'ostéopathe opère sur le déblocage de zones de restrictions de mobilité, le relâchement des tensions, le rétablissement des structures et le traitement des troubles fonctionnels. L'orthophoniste effectue un travail de rééducation, d'entraînement des restrictions libérées et de maintien des fonctions rétablies, permettant au travail ostéopathique de se généraliser (Gauchey-Mallet, 2022).

Un autre argument en faveur de cette complémentarité serait que « les techniques manuelles sont un excellent moyen pour corriger [les] dysfonctions inconscientes, inaccessibles à l'exercice classique volontaire » (Roch, 2005).

### **2.4. Pourquoi la proposer ?**

Tout d'abord, toujours selon Roch et Piron (dans Cabanne, 2011), il convient de rappeler que la thérapie manuelle en orthophonie s'apparente aux techniques ostéopathiques et peut prendre une place prépondérante, en fonction du type d'affection prise en charge. En effet, les manipulations de l'appareil vocal et des muscles laryngés, réalisées au cours de la rééducation, peuvent apporter une aide plus ou moins importante aux patients qui en bénéficient.

Comme évoqué en 2011 dans son mémoire sur les apports objectifs de la thérapie manuelle dans les dysphonies dysfonctionnelles de l'adulte, Marie-Charlotte Cabanne explique que les orthophonistes certifiés en thérapie manuelle ne réalisent pas uniquement des manipulations ostéopathiques mais que la formation qu'ils ont suivie leur donne l'opportunité de proposer, aux patients qui le souhaitent, des micromanipulations d'organes comme le larynx, la mandibule, le sternum ainsi que les côtes.

De plus, la thérapie manuelle permettrait de traiter un panel varié de pathologies de la sphère ORL : la dysphonie, l'insuffisance vélaire, les troubles de déglutition et la malposition linguale. Elle serait aussi parfois utilisée dans le cadre de troubles du langage oral (Baude & Lacaille-Desse, 2008).

Également dans leur étude, Baude et Lacaille-Desse révèlent les effets de la thérapie manuelle chez les patients, sur trois plans différents :

- Amélioration de la proprioception
- Détente et confort généralisés

- Normalisation des dysfonctions

Le développement de ces thérapies a aussi permis de montrer l'intérêt grandissant d'une prise en soin pluriprofessionnelle. Dans ce cas précis, l'alliance orthophoniste-ostéopathe semble pertinente et justifiée.

## **2.5. Limites de la thérapie manuelle**

Comme l'ont évoqué Van Lierde et al. (2004), la rééducation par une thérapie vocale européenne est traditionnellement très longue et ne fonctionne pas de manière systématique chez tous les patients. De nombreux auteurs corroborent et précisent que la thérapie manuelle est généralement proposée comme alternative, en complément de la thérapie traditionnelle vocale, dans le cadre d'une rééducation orthophonique. Pour Schirr (dans Giovane, 2012) la thérapie manuelle est un outil pour les patients : la difficulté ou l'échec d'une prise en charge s'explique par la pauvreté apportée dans l'application des principes de prise de conscience du comportement vocal. Par la suite, Roch et ses collègues (dans Giovane, 2012) précisent qu'après un temps de rééducation, dans certains cas de figures, le geste vocal ne s'améliore pas et la thérapie manuelle vient s'offrir comme alternative thérapeutique à utiliser en complément d'une thérapie traditionnelle. Cependant, malgré l'apport certain qu'elle offre par manipulation du patient, « aucun auteur ne préconise une utilisation unique de la thérapie manuelle comme moyen de rééducation. » (Cabanne, 2011).

De plus, même si les formations en thérapie manuelle permettent d'améliorer les connaissances anatomiques et physiologiques du domaine vocal, elles supposent des notions approfondies en ce qui concerne la rééducation de la voix. Ainsi, nous supposons que les orthophonistes, formés ou en formation, sont des professionnels ou étudiants portant un intérêt à ce type de prise en charge.

## **3. Principes en ostéopathie**

Les techniques de thérapies manuelles s'appuient sur quatre grands principes en ostéopathie premièrement définis en 1953 par un comité : « The Osteopathic Concept », puis modifiés à de nombreuses reprises les années ultérieures (Stark, 2013). Nous définirons ceux utilisés à ce jour, introduits par le docteur Andrew Taylor Still, fondateur de l'ostéopathie.

Selon l'American Osteopathic Association (2022), l'ostéopathie est un « système de l'art de guérir qui place l'accent principal sur l'intégrité structurale de la mécanique corporelle comme étant le plus important facteur simple pour maintenir le bien-être de l'organisme dans la santé et la maladie ». Dans cette définition, la notion de thérapie manuelle n'apparaît à aucun moment. Pourtant, l'ostéopathie y est fortement associée du fait de son mode d'action manuel (Tinturier, 2011).

### **3.1. L'unité du corps humain**

Tout système vivant est une unité regroupant plusieurs parties en interrelations avec la globalité. Chaque partie vit « pour le tout et par le tout ». Still fait comprendre ce principe d'unité en comparant le corps à une entreprise dont tous les services ont un rôle à jouer dans le fonctionnement général. On évalue la santé de l'entreprise par un état des lieux global en considérant l'ensemble des parties de celle-ci, et non uniquement par la considération de quelques-unes d'entre elles (Tricot, 2002).

### **3.2. La structure gouverne la fonction**

La structure et la fonction sont fondamentalement indissociables puisque interdépendantes. Still dit que la maladie résulte d' « anomalies anatomiques suivies de désordres physiologiques ». Ainsi, pour guérir, elle nécessite d'un ajustement la menant vers la normalité. Pour simplifier, ce principe considère que l'altération de la mobilité d'une structure corporelle entraîne la dégradation de sa fonction (Tricot, 2002). Autrement dit, pour être fonctionnelles, les structures du corps doivent être libres de contraintes (Still, 1902).

### **3.3. La loi de l'artère est suprême**

Par ce principe incluant l'ensemble des fluides corporels, Still note l'importance de la libre circulation des fluides au sein du corps. En effet, selon lui, par l'ajustement de la « charpente osseuse », l'ostéopathe cherche d'abord la « perfection physiologique dans la forme » afin de permettre aux artères de libérer suffisamment de sang pour alimenter et bâtir chacune des parties. En outre, les veines pourront emporter les impuretés avec elles et ainsi nettoyer les nerfs de toute obstruction dans une optique de régénération (Tricot, 2002). La règle de l'artère et de la veine est universelle : l'ostéopathe doit en avoir connaissance et la respecter, au risque de ne pas parvenir à ses fins en tant que professionnel guérisseur (Still, 1902).

### **3.4. La capacité d'autoguérison**

Malgré ce qu'il avançait, Still avait conscience qu'un praticien ne guérit pas un patient mais permet à l'organisme de mobiliser les ressources qui lui sont indispensables à la création d'un équilibre nécessaire pour s'autoréguler et se défendre lui-même : c'est le principe d'homéostasie. Il permet la régulation de la température, l'équilibre de la tension artérielle et de diverses concentrations ioniques du corps (Auquier, 2007). Le rôle de l'ostéopathe consiste donc à raisonner sur ses connaissances et à trouver les éléments pouvant entraver les processus, dits normaux, à les ajuster et à laisser le corps humain faire le reste du travail (Tricot, 2002).

Ainsi, la manipulation des structures corporelles permettrait d'agir sur les fluides internes et d'entraîner l'équilibrage homéostatique des fonctions comme une forme d'autoguérison (Sandoz, 2005).

L'ostéopathie est une thérapie manuelle qui permet de rendre au corps sa souplesse et sa mobilité articulaire et tissulaire. Elle se définit comme un art de diagnostiquer et de traiter les dysfonctionnements de mobilité articulaire et tissulaire perturbant l'état de santé. Elle est une science thérapeutique manuelle fondée sur la connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie. L'ostéopathie sollicite les systèmes d'autorégulation du corps afin de rétablir un fonctionnement harmonieux. L'ostéopathe se propose de rééquilibrer le squelette, les muscles, les ligaments, afin que les liquides circulent correctement (Andrieu, 2007).

Par des palpations attentives, l'ostéopathe recherche ces « lésions ostéopathiques » avant de rétablir le mouvement là où il est perturbé. L'ostéopathie est un art et une science, autant qu'une technique pour diagnostiquer et traiter par les mains les dysfonctionnements du corps humain (Andrieu, 2007).

## **4. Intérêt en orthophonie**

En ce qui concerne l'orthophonie, la démarche clinique en thérapie manuelle est composée du diagnostic et du traitement des déséquilibres tensionnels des organes impliqués dans les fonctions

étudiées un peu plus haut. En pratique l'orthophoniste peut souvent être amené à mettre en place des techniques manuelles, sans formation, pour la part de conscientisation, surtout dans la rééducation des troubles de la voix. Ainsi, quelques formations sont proposées aux orthophonistes dans l'objectif de poser un diagnostic évolutif et d'établir un traitement, lui aussi évolutif, qui sera directement adapté au patient et à son trouble.

Sur son site internet, la formation Ostéovox© dévoile quatre objectifs pédagogiques en lien avec la formation proposée. Parmi eux, nous en relevons deux qui semblent intéressants car en rapport avec notre sujet qui consiste à identifier l'usage de ces formations par les orthophonistes certifiés des formations en thérapie manuelle (Ostéovox, 2019) :

- Intégrer la prise en charge du patient dans un modèle bio-psycho-social
- Savoir se positionner dans une équipe pluridisciplinaire, avec qui travailler ? quand référer ?

La formation Sensophonie® (Reliance Santé, 2022), quant à elle, présente six objectifs pédagogiques. Trois d'entre eux attirent particulièrement notre attention et semblent pertinents pour répondre en partie à la problématique de l'utilisation des thérapies manuelles en orthophonie :

- Adopter une approche pédagogique basée sur le ressenti du patient
- Analyser les besoins du patient sur le plan somato-émotionnel
- Adapter son intervention en fonction du bilan du patient

La formation ostéopathie transversale® (*Ostéopathie transversale*, 2020) aborde cinq objectifs généraux. Parmi ceux présentés, trois attirent particulièrement notre attention puisqu'ils concernent la thérapie manuelle en pratique ou s'intéressent plus directement au patient :

- Approfondir le bilan diagnostic des troubles oro-myo-fonctionnels en incluant des tests englobant la plainte du patient, l'observation globale, l'observation spécifique du patient et la pratique de tests manuels
- Améliorer les capacités palpatoires afin d'utiliser des techniques manuelles vues dans le séminaire
- Développer une vision globale du patient afin d'avoir la capacité de réorienter le patient si nécessaire vers d'autres professionnels

## 5. Buts

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de celui de Guillemette Cochemé. Le but principal de ce mémoire sera de faire un état des lieux de l'utilisation des thérapies manuelles en orthophonie depuis la création des formations proposées. L'objectif principal sera de renseigner sur l'évolution, la diffusion et l'impact des thérapies manuelles sur la pratique orthophonique, la relation entre patient et professionnel.

Dans l'optique d'une réflexion sur des questions que nous nous posons avant la création et la soumission du questionnaire, différentes hypothèses peuvent être émises. Tout d'abord, nous pouvons penser que les orthophonistes faisant appel à la thérapie manuelle dans leurs prises en charge se limitent aux domaines de la voix et des atteintes ORL (hypothèse 1). Ensuite, nous partons du postulat que les orthophonistes formés utilisant la thérapie manuelle, en font usage tout au long de la rééducation (hypothèse 2). Nous pouvons également supposer que les orthophonistes qui utilisent la thérapie manuelle le font par choix et non par méconnaissance d'autres techniques de rééducation à leur disposition (hypothèse 3). Sur la part d'orthophonistes certifiés n'utilisant pas la thérapie

manuelle en prise en charge, nous émettons l'hypothèse que c'est parce que cette thérapie ne correspond pas parfaitement aux attentes de ces orthophonistes (hypothèse 4).

## **Proposition de méthodologie**

Cette partie vise à présenter la méthode sélectionnée pour réaliser l'enquête de ce mémoire. Nous exposerons pourquoi et comment nous avons utilisé le questionnaire électronique, la population que nous souhaitons étudier, la manière dont les questionnaires seront diffusés et, par la suite, nous présenterons la façon dont les résultats seront analysés.

### **1. Population de l'étude**

#### **1.1 Critères de sélection**

Pour participer à l'enquête et répondre au questionnaire, les deux principaux critères de sélection étaient d'être orthophoniste, logopède ou logopédiste, diplômé et d'être certifié d'une formation en thérapie manuelle. Les caractéristiques telles que le sexe, l'âge, la localisation géographique, l'année d'obtention du diplôme ou encore le lieu de formation ne constituaient pas des critères de sélection. En revanche, ces informations étant intéressantes à interpréter, nous avons souhaité les intégrer au sein du questionnaire, pour nous faire une idée générale du profil étudié.

#### **1.2 Choix de l'échantillon**

Selon Vilatte (2007), il faut un minimum de 30 réponses à un questionnaire pour que l'échantillon analysé soit le plus représentatif de la population générale, en considérant qu'aucun facteur ou variable ne jouera sur les réponses. Cela ne nous posera pas de problème puisque ces variables, ou caractéristiques de population, ne sont pas prises en compte dans l'interprétation et l'analyse statistique des résultats obtenus. Ainsi, nous avons obtenu un total de 96 réponses complètes d'orthophonistes entrant dans les critères d'inclusion de notre étude.

### **2. Méthode d'intervention**

#### **2.1 Choix du mode de recueil de données : le questionnaire**

D'après Parizot (dans Meaudre, 2020), deux catégories de questionnaires coexistent : le questionnaire administré par l'enquêteur et le questionnaire auto-administré, rempli par le participant. En ce qui concerne l'enquête de notre étude, nous avons choisi de réaliser un questionnaire électronique auto-administré, pour des raisons pratiques. Notre questionnaire, totalement anonyme, a été réalisé sur la plateforme *LimeSurvey* dans l'objectif d'anonymiser et de protéger les données des participants de notre étude. Ce choix permettrait aussi d'apporter des données quantitatives à un instant T, plus nombreuses, plus concrètes, et sur lesquelles nous pourrions nous appuyer dans l'analyse précise des résultats.

#### **2.2 Pré-requis à l'élaboration du questionnaire**

Dans le but de garantir la pertinence de notre enquête, nous avons, en amont de l'élaboration du questionnaire, effectué un travail de recherches personnelles et de documentation grâce à des lectures et autres articles scientifiques (Piron, 2007) afin d'approfondir les connaissances à propos des principes en ostéopathie, des thérapies manuelles et de l'utilisation de ces dernières en rééducation orthophonique.

Puis, dans un objectif de comparaison avec le mémoire sur l'analyse subjective de l'impact de la thérapie manuelle en orthophonie (Cochemé, 2006), nous nous sommes permis de reprendre quelques questions du questionnaire effectué afin de pouvoir comparer les données obtenues dans notre mémoire avec celles obtenues quinze années avant, tout en évitant les biais liés à la formulation de la question et au mode de réponse.

## **2.3 Création du questionnaire**

Rappelons tout d'abord que l'objectif de notre enquête était de réaliser un état des lieux de l'utilisation des thérapies manuelles en orthophonie, depuis la création des formations et tout en renseignant sur l'évolution, la diffusion et l'impact des thérapies manuelles en rééducation orthophonique, ainsi que sur la relation patient-professionnel.

Dans un premier temps, il nous a fallu constituer un questionnaire précis, le plus exhaustif possible mais pas trop long, car, rappelons-le : « la longueur du questionnaire peut avoir des incidences importantes sur la stabilité des réponses collectées et compromettre ainsi à la fois la validité interne d'une étude, puisque les variations des réponses sont susceptibles de provenir de la longueur du questionnaire et non de la variable indépendante étudiée, et la fiabilité, dans le cas où des mesures consécutives seraient effectuées en recourant parfois à des questionnaires courts et d'autres fois à des questionnaires longs » (Dianoux, 2007).

Si nous nous fions aux résultats de l'étude réalisée par le Professeur Christian Dianoux, le décrochage se situe aux alentours de la 110ème question, ce qui amène à préconiser des questionnaires ne dépassant pas une centaine de questions. Notre enquête (annexe A1) comportant 47 questions au total, nous respectons les indications et limitons les biais liés à l'auto-passation.

Dans un second temps et afin de respecter le cadre légal de la création du questionnaire, nous avons contacté le délégué à la protection des données (DPO), lequel nous a délivré un récépissé attestant un dossier de déclaration formellement complet signant l'exonération de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où nous respectons les consignes d'information du participant, d'anonymisation et de confidentialité des données, ainsi que leur suppression à la fin de l'étude.

Dans un troisième temps, il a fallu effectuer une demande d'ouverture d'enquête sur le logiciel sécurisé *LimeSurvey* via un formulaire électronique. Le dossier étant complet, nous avons rapidement obtenu le lien d'accès à la plateforme et avons pu nous familiariser avec le logiciel et ainsi entamer la conception du questionnaire électronique.

## **2.4. Méthodes de diffusion**

Le questionnaire a été réalisé via l'outil d'enquêtes en ligne *LimeSurvey* puisqu'il s'agit d'un logiciel dont le recueil de données est fiable et sécurisé, permettant la création d'un questionnaire, la publication de celui-ci et l'extraction des données, par une analyse statistique poussée si cela est souhaité. La plateforme laissait en effet accès à des outils graphiques et tableurs, utiles dans le traitement des données, et facilitant ensuite l'analyse.

Nous avons initialement prévu une diffusion informatique par le biais de réseaux sociaux, sur des groupes d'orthophonistes dont l'accès est contrôlé par des modérateurs, en plus du classique bouche à oreille. Nous avons également évoqué une transmission par e-mail dans la mesure où les coordonnées d'une partie des orthophonistes certifiés est en libre accès sur le site concerné (ici, Ostéovox).

Ainsi, après vérification et validation du questionnaire électronique, nous pouvons entamer la phase de diffusion via *Facebook*, réseau social et principal vecteur de communication pour ce genre d'étude. De cette manière, le but était de toucher un panel assez large d'orthophonistes et de constituer un corpus de réponses le plus étendu possible. Nous avons malheureusement obtenu moins d'une dizaine de réponses.

En conséquence au peu de réponses récoltées après diffusion sur Facebook, nous avons dans un premier temps cherché à contacter des formateurs en thérapie manuelle mais ceux-ci n'ont jamais répondu. Dans un second temps, nous avons entamé la transmission par e-mail aux orthophonistes certifiés de la formation en thérapie manuelle Ostéovox© dont les coordonnées étaient accessibles sur internet. Nous avons pu obtenir les adresses mails de plus de 1000 orthophonistes, mais, parmi elles de nombreuses adresses n'existaient plus. Cela nous a permis de recueillir 96 réponses au total.

### 3. Analyse des résultats

Les résultats seront analysés entre eux, et en comparaison avec les mémoires précédents à notre disposition. L'interprétation de ceux-ci différera selon si la question est fermée, semi-fermée ou ouverte. Comme dit précédemment, la plateforme *LimeSurvey* donne accès à des outils d'analyse de données permettant de générer des statistiques et d'illustrer les résultats à l'aide de graphiques et de diagrammes permettant l'analyse plus fine des résultats obtenus.

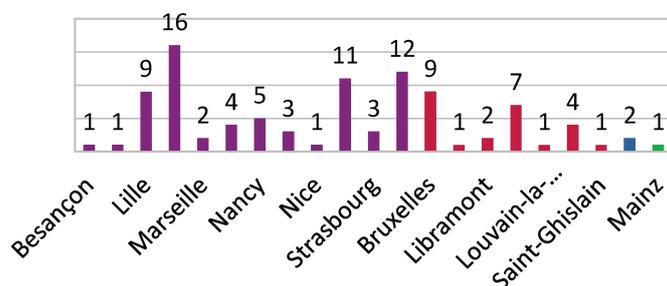
## Résultats

### 1. Résultats du questionnaire à destination des orthophonistes

Le questionnaire a été activé le 18/11/2022 et a expiré le 11/02/2023. Au total, nous avons réussi à obtenir 192 réponses, dont 96 complètes et 96 partielles. Dans un souci de méthodologie, seules les réponses complètes ont été analysées.

#### 1.1. Description de l'échantillon

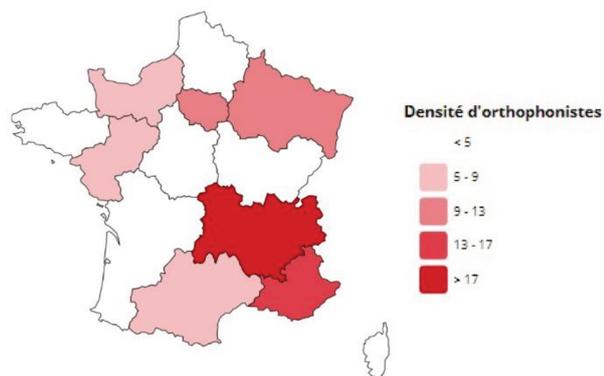
Notre échantillon est composé de 96 orthophonistes ayant obtenu leur diplôme entre 1979 et 2022. Parmi les répondants, nous recensons 94 femmes pour 2 hommes. Dans l'échantillon étudié, 71 % (N=68) des orthophonistes ont effectué leur formation initiale en France, 26 % (N=25) en Belgique, 2 % (N=2) en Suisse et 1 % (N=1) en Allemagne.



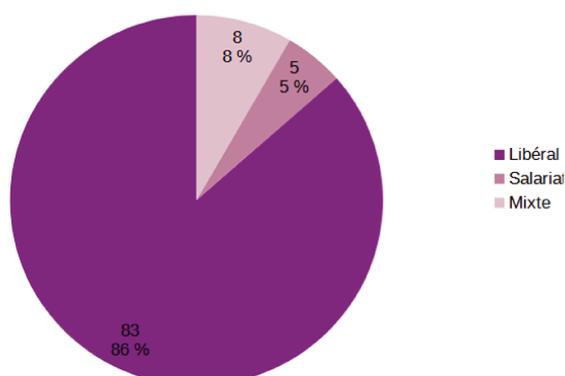
**Figure 1 : Répartition des orthophonistes par centre de formation**

Nous avons également questionné les orthophonistes sur leur région d'exercice au moment de la formation (figure 2). Dans l'échantillon, 90 % des orthophonistes interrogés (N=86) travaillent en France, la grande majorité se situant plus précisément en Auvergne-Rhône-Alpes (24 %, N=23) et en Occitanie (16 %, N=15). En ce qui concerne le mode d'exercice, 86 % de la population interrogée

(N=83) travaille en libéral, 8 % (N=8) en mixte et seulement 5 % (N=5) en salariat (figure 3).



**Figure 2 : Répartition par région d'exercice en France**



**Figure 3 : Répartition par mode d'exercice**

## 1.2. Données concernant les formations en thérapie manuelle

### 1.2.1. Choix de formation.s

Notre étude ayant pour objectif principal de s'intéresser à la formation en thérapie manuelle, il semblait pertinent d'interroger les orthophonistes sur leur.s choix de formation.s et sur ce que cela a impliqué dans leur pratique professionnelle par la suite.

Comme annoncé dans les critères d'inclusion de notre enquête, les orthophonistes ayant répondu au questionnaire sont certifiés d'au moins une formation en thérapie manuelle. Les orthophonistes interrogés ont tous obtenu leur certificat en thérapie manuelle entre 2003 et 2023. Nous avons également demandé le nom de la/des formation.s effectuée.s et avons pu recenser pas moins de 13 noms de formations différents. Nous avons relevé que 100 % des répondants (N=96) ont effectué la formation Ostéovox©. Aussi, nous avons pu mettre en lumière que 79 % des orthophonistes (N=76) ont uniquement réalisé la formation Ostéovox©, tandis que les 21 % restants (N=20) ont effectué au moins une autre formation en complément. Parmi l'ensemble des réponses, nous avons relevé 12 noms de formations citées par les orthophonistes de l'échantillon, en plus de la formation Ostéovox© :

Nom de la formation	Nom du formateur	Nom de l'organisme de formation
Sensophonie – Techniques manuelles pour la voix	Christophe Roman (ostéopathe) Myriam Douche (orthophoniste)	Actensis (Reliance santé)
Réflexes archaïques et Intégration Motrice Primordiale (IMP)	Stéphanie Le Saout (orthophoniste)	Dys'Kate formation
Thérapie manuelle énergétique (TME)	Anne-Laurence Fritsch (kinésiologue, magnétiseuse et hypnothérapeute)	
Techniques manuelles appliquées aux troubles oro-myo-fonctionnels	Frédérique Schricke (kinésithérapeute, ostéopathe)	Ostéopathie transversale
Troubles liés à l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)	Christophe Roman (ostéopathe) Jean-Claude Farenc (orthophoniste)	Actensis (Reliance santé)
Paralysies faciales – Prise en charge globale et apports des techniques manuelles	Christophe Roman (ostéopathe) Jean-Claude Farenc (orthophoniste)	Actensis (Reliance santé)
Shiatsu		
Ventilation articulation déglutition	Christophe Roman (ostéopathe) Jean-Claude Farenc (orthophoniste)	SORR formation
Réflexologie faciale		
Relaxation pneumo-phonique (RPP)	Delphine Macke (orthophoniste) Jacqueline Bru (orthophoniste) Méline Antoniqui (psychologue) Robert de Guardja (orthophoniste)	Association relaxation pneumo-phonique
Thérapie manuelle des fascias	C. Courraud, I. Bertrand, C. Dupuis, C. Galli, V. Poton, V. Dutheil, C. Sassier-Poudraj, E. Bosphore et A. Serre, (kinésithérapeutes et médecins)	TMG concept
Thérapie somato-émotionnelle	Céline Mahé (kinésithérapeute, ostéopathe) Marc Massoteau (kinésithérapeute)	L.T – Lecture Thérapeutique

**Tableau 1 : Formations en thérapie manuelle des orthophonistes de l'échantillon**

Suite à cette question, il semblait intéressant d'interroger la population sur la raison de ce choix de formation.s afin de mieux en comprendre les motivations. Le format choisi étant la réponse ouverte, cela nous a conduit à réaliser un nuage de mots (figure 4) afin de percevoir les termes les plus récurrents, après lecture appliquée de chaque réponse. Les termes les plus utilisés par les orthophonistes de l'échantillon sont « patient », « voix », « rééducation », « intérêt » et « outil ». Un grand nombre de répondants mentionnent que la thérapie manuelle complète leur formation initiale et leur permet de prendre en charge les patients de manière plus globale.

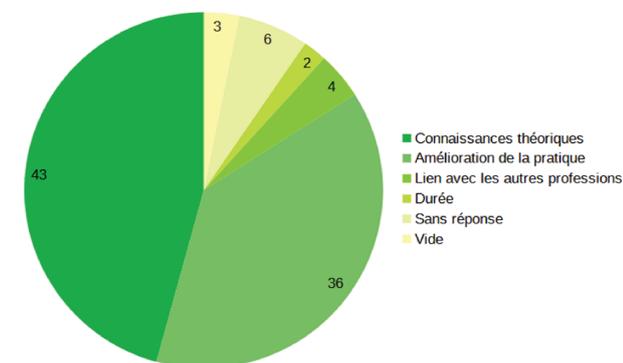


**Figure 4 : Nuage des mots – choix de formation**

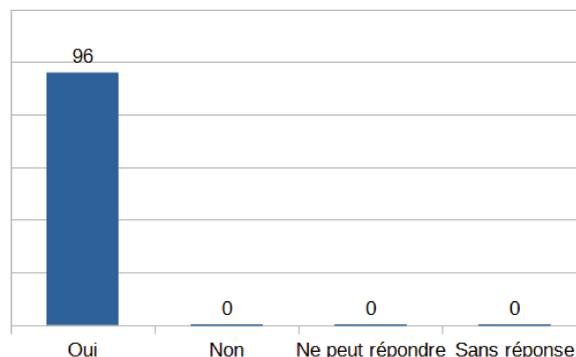
### 1.2.2. Recommandations et réseau professionnel des thérapies manuelles

Dans notre questionnaire, nous avons également demandé aux participants s'ils recommandaient ce type de formation : 98 % des orthophonistes certifiés (N=94) le recommandent, 2 % des répondants (N=2) préfèrent ne pas se prononcer, mais aucun des participants ne juge les formations comme peu recommandables.

Nous avons par la suite cherché à comprendre le choix des orthophonistes qui recommandaient ou non ce type de formation (N=94, dont 3 vides), ce qui nous a amené à les laisser s'exprimer au travers d'une question ouverte. Parmi les réponses obtenues, nous sommes parvenus à dégager deux thèmes principaux (figure 5). Alors que la plus grande partie des répondants (N=43) évoque un apport théorique considérable venant compléter des connaissances personnelles et/ou acquises en formation initiale, une autre part importante de la population (N=36) souligne une amélioration significative de leur pratique professionnelle, allant même jusqu'à leur permettre de voir le patient dans sa globalité. L'ensemble des orthophonistes de l'échantillon, soit 100 % des répondants (N=96), affirme que la formation en thérapie manuelle a enrichi leur pratique professionnelle (figure 6).



**Figure 5 : Pourquoi recommander les formations**



**Figure 6 : Apport des formations en pratique**

A la question « Comment avez-vous entendu parler de la formation en thérapie manuelle ? » indiquant un choix unique ou multiple, les pourcentages obtenus se basent sur un total de 117 réponses pour 96 orthophonistes interrogés. Pour cela, nous préférons les scores bruts aux pourcentages et ces derniers seront à interpréter avec précaution. Une grande majorité des orthophonistes interrogés a entendu parler de la formation en thérapie manuelle par des professionnels de santé (N=62).

Au sein de l'échantillon, 27 % de la population (N=26) a entendu parler de ce type de formation lors de la formation initiale, 13,5 % (N=13) lors de formations autres et 5 % des répondants (N=5) via les réseaux sociaux. Parmi les réponses, la case « autre » a été choisie à 11 reprises, donnant les réponses référencées dans le tableau ci-dessous (tableau 2).

Réponses autres
Parce que je m'intéressais à l'ostéopathie
Mailing
Annonce sur un logiciel de télétransmission
Recherche sur internet d'une formation voix
Remplacements
Par un des formateurs
Conférence
Collègues
En stage d'équivalence
Organismes de formation
Je ne sais plus...

**Tableau 2 : Réponses « autres »**

En ce qui concerne le réseau des professionnels ayant répondu à l'enquête, 92,7 % d'entre eux (N=89) connaissent des orthophonistes utilisant la thérapie manuelle en rééducation, contre 7,3 % des répondants (N=7) n'en connaissant pas à l'heure actuelle.

### 1.2.3. Documentation et application en rééducation

Dans l'échantillon, seuls 13,5 % des orthophonistes interrogés (N=13) ont ressenti le besoin de compléter leur formation par des lectures personnelles avant de l'appliquer en rééducation. Nous leur avons donc demandé pourquoi ainsi que de donner une référence bibliographique, dans la mesure du possible. Pour les 9 orthophonistes ayant répondu, la raison principale de leur besoin de documentation concerne la partie théorique, que ce soit pour revoir des notions, pour les approfondir ou pour mieux appréhender l'anatomie et le vocabulaire avant d'appliquer en rééducation les techniques apprises lors de la formation. En ce qui concerne les références bibliographiques, nous obtenons 10 réponses, directement référencées dans le tableau ci-dessous (tableau 3). Nous relevons que l'ouvrage d'Alain Piron est cité à 5 reprises.

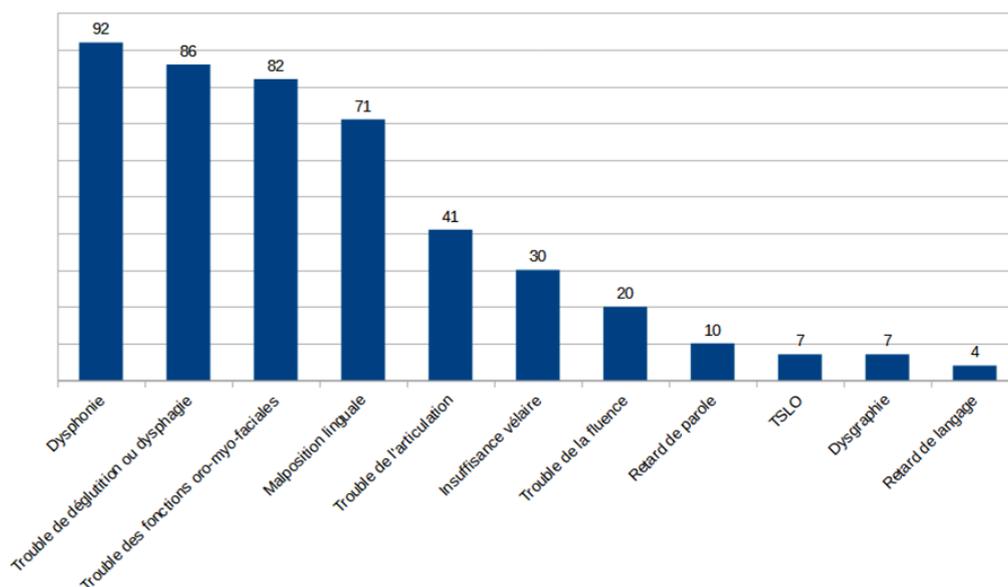
Références bibliographiques
<i>Aurélié Ravera Lassale, André Allali, groupes Facebook</i>
<i>Alain Piron</i>
<i>Techniques Ostéopathiques appliquées à la phoniatrie (Alain Piron)</i>
<i>Techniques Ostéopathiques appliquées à la phoniatrie (Alain Piron)</i>
<i>Précis d'anatomie en orthophonie</i>
<i>Techniques Ostéopathiques appliquées à la phoniatrie (Alain Piron)</i>
<i>Ouvrages de formateurs (Alain Piron et Robert de Guardia)</i>
<i>Anatomie en orthophonie</i>
<i>Livre de M. Piron (le formateur)</i>
<i>Blandine Calais-Germain « Respiration : anatomie, geste respiratoire », Elaine Marie « Anatomie et physiologie humaines », Johannes Sobotta « Atlas d'anatomie »</i>

**Tableau 3 : Références bibliographiques**

## 1.3. Thérapies manuelles en rééducation orthophonique

### 1.3.1. Pathologies prises en charge

Dans cette partie de l'enquête, nous avons questionné les orthophonistes sur l'utilisation qu'ils faisaient des techniques manuelles en rééducation. Parmi les répondants, 31,25 % utilisent la thérapie manuelle dans moins d'un quart des rééducations (N=30), 32,25 % entre un quart et la moitié (N=31), 23 % entre la moitié et les trois-quarts (N=22), 10,5 % pour plus des trois-quarts (N=10) et 3 % pour la totalité des prises en charge. Tous l'utilisent, même pour une petite part des rééducations.



**Figure 7 : pathologies prises en charge à l'aide de techniques manuelles**

Les résultats (figure 7) ont montré que les pathologies les plus fréquemment prises en charge par les orthophonistes à l'aide de techniques manuelles sont la dysphonie à presque 96 % (N=92), la dysphagie à 89,5 % (N=86), les troubles des fonctions oro-myo-faciales à 85,5 % (N=82), la malposition linguale à 74 % (N=71) et les troubles de l'articulation pour près de 42,7 % des orthophonistes interrogés (N=41). Les autres pathologies proposées dans les réponses ont recueilli des pourcentages moins élevés. Parmi elles, on retrouve l'insuffisance vélaire, les troubles de la fluence, les retards de parole et de langage, le trouble spécifique du langage oral (TSLO ci-après) et la dysgraphie, qui récoltent des pourcentages situés entre 7,3 % et 31,25 %. En ce qui concerne la catégorie « autre », qui représente près de 23% des réponses (N=22), on retrouve principalement des pathologies neurologiques (maladie de Parkinson, syndromes parkinsoniens, AVC, démences type Alzheimer), ainsi que des troubles de l'oralité et des paralysies faciales. La prise en charge des patients atteints de cancers ORL, de syndrome d'apnée du sommeil et d'acouphènes a également été mentionnée, ainsi que celle des troubles de l'attention et de patients atteints de troubles du spectre autistique.

Nous avons questionné l'échantillon sur leur proportion approximative d'utilisation de la thérapie manuelle au cours d'une prise en charge orthophonique ciblée (tableau 4). La question étant initialement posée sous forme de tableau, nous avons conservé cette forme afin de regrouper les résultats, dans un but de comparaison. Parmi les résultats recueillis, nous notons que la dysphonie (71.88%, N=69) compte parmi les pathologies les plus systématiquement prises en charge à l'aide de techniques manuelles, avec la malposition linguale (39.58%, N=38) et les troubles de déglutition ou la dysphagie (38.54%, N=37). Plus de la moitié des orthophonistes ( $51 \leq N \leq 61$ ) n'ont jamais eu

recours à la thérapie manuelle dans la prise en charge des pathologies du langage oral telles que le retard de langage, le TSLO et le retard de parole.

Nous avons questionné l'échantillon sur leur proportion approximative d'utilisation de la thérapie manuelle au cours d'une prise en charge orthophonique ciblée (tableau 4). La question étant initialement posée sous forme de tableau, nous avons conservé cette forme afin de regrouper les résultats, dans un but de comparaison.

	Jamais	1/3	1/2	2/3	Toujours	Ne peut répondre
Dysphonie	1,04 %	2,08 %	4,17 %	15,62 %	71,88 %	5,21 %
Insuffisance vélaire	11,46 %	18,75 %	10,42 %	10,42 %	12,5 %	36,46 %
Trouble de déglutition ou dysphagie	1,04 %	9,38 %	13,54 %	31,25 %	38,54 %	6,25 %
Trouble des fonctions oro-myo-faciales	2,08 %	6,25 %	13,54 %	27,08 %	43,75 %	7,29 %
Malposition linguale	1,04 %	15,62 %	9,38 %	19,79 %	39,58 %	14,58 %
Trouble de la fluence	18,75 %	11,46 %	7,29 %	2,08 %	9,38 %	51,04 %
Trouble d'articulation	22,92 %	36,46 %	6,25 %	7,29 %	9,38 %	17,71 %
TSLO	54,17 %	12,5 %	2,08 %	2,08 %	0 %	29,17 %
Retard de parole	53,12 %	13,54 %	4,17 %	2,08 %	0 %	27,08 %
Retard de langage	63,54 %	5,21 %	1,04 %	2,08 %	0 %	28,12 %
Dysgraphie	45,83 %	7,29 %	1,04 %	2,08 %	0 %	43,75 %

**Tableau 4 : proportion approximative d'utilisation de la thérapie manuelle en fonction des PEC**

Nous avons également demandé aux orthophonistes leur fréquence d'utilisation des techniques manuelles en rééducation pour chacune des pathologies citées (tableau 5). Parmi les résultats obtenus,

- Une majorité de la population interrogée utilise la thérapie manuelle tout au long des prises en charge de la dysphonie (70,83 %, N=68), des troubles de la déglutition (56,25 %, N=54), des troubles oro-myo-faciaux (51,04 %, N=49) et de la malposition linguale (37,5%, N=36)
- L'utilisation ponctuelle de la thérapie manuelle est préférée dans les prises en charge d'insuffisance vélaire (23,96 %, N=23), de trouble de fluence (16,67 %, N=16), de trouble d'articulation (35,42 %, N=34), de TSLO (18,75, N=18), de retard de parole (17,11 %, N=17) et de langage (13,54 %, N=13) et de dysgraphie (6,25 %, N=6)

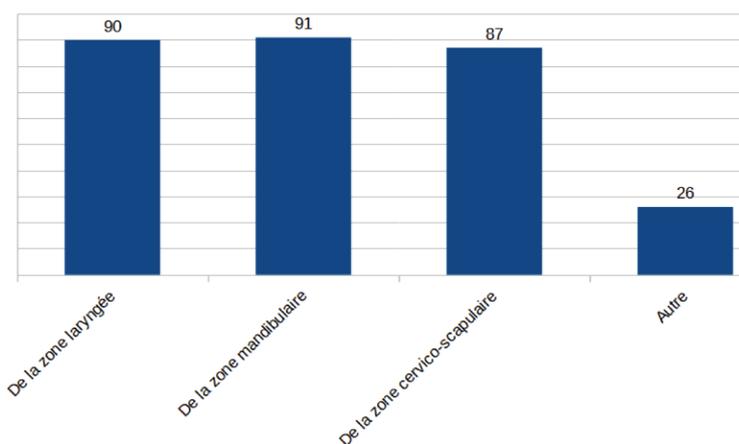
	Début	Milieu	Fin	Tout au long	Ponctuellement	Ne peut répondre
Dysphonie	14,58 %	1,04 %	0 %	70,83 %	8,33 %	5,21 %
Insuffisance vélaire	13,54 %	2,08 %	0 %	17,71 %	23,96 %	42,71 %
Trouble de déglutition ou dysphagie	11,46 %	6,25 %	0 %	56,25 %	21,88 %	4,17 %
Trouble des fonctions oro-myo-faciales	14,58 %	3,12 %	1,04 %	51,04 %	21,88 %	8,33 %
Malposition linguale	19,79 %	4,17 %	1,04 %	37,5 %	21,88 %	15,62 %
Trouble de la fluence	3,12 %	2,08 %	1,04 %	10,42 %	16,67 %	66,67 %
Trouble d'articulation	10,42 %	2,08 %	1,04 %	8,33 %	35,42 %	42,71 %
TSLO	3,12 %	0 %	1,04 %	3,12 %	18,75 %	73,96 %
Retard de parole	4,17 %	0 %	1,04 %	4,17 %	17,71 %	72,92 %
Retard de langage	3,12 %	0 %	1,04 %	2,08 %	13,54 %	80,21 %
Dysgraphie	4,17 %	0 %	1,04 %	4,17 %	6,25 %	84,38 %

**Tableau 5 : fréquence d'utilisation de la thérapie manuelle en fonction des PEC**

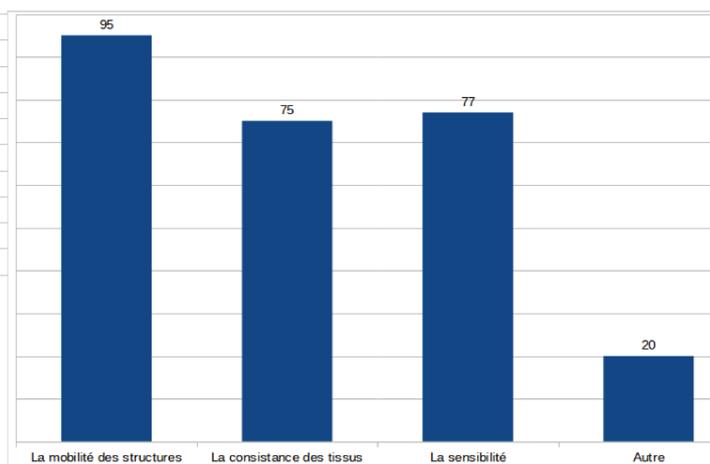
### 1.3.2. Le bilan orthophonique en thérapie manuelle

Nous avons posé la question ouverte suivante aux orthophonistes de l'échantillon : « Quels critères vous amènent à préférer un bilan somatique à un bilan orthophonique classique ? ». Ce qui ressort des réponses est que le bilan somatique en orthophonie est souvent pratiqué en complément du bilan classique orthophonique pour avoir un tableau clinique plus complet permettant de rechercher la cause du trouble. Il est choisi en fonction du motif de la demande, de la plainte du patient, de l'urgence constatée lors du bilan, du type de pathologie et du profil du patient (hypertonie, proprioception peu développée et douleurs éventuelles).

Les questions suivantes concernent l'examen oro-facial réalisé en bilan ou lors de la rééducation. Nous notons que seuls 16,7 % des orthophonistes interrogés (N=16) effectuent un enregistrement vocal de façon systématique lors des séances mais que l'ensemble des répondants pratique une palpation lors de l'examen initial. Nous avons alors questionné les participants sur le type de palpation qu'ils effectuaient (figure 8) : 94,7 % des orthophonistes palpent la zone mandibulaire (N=91), 93,7 % palpent la zone laryngée (N=90) et 90,6 % palpent la zone cervico-scapulaire (N=87). A cette même question, 27% des orthophonistes (N=26) évoquent d'autres zones que celles initialement proposées : parmi les réponses on trouve par exemple la zone thoraco-abdominale et les régions cervicale et intrabuccale et l'articulation temporo-mandibulaire. Certains mentionnent également que les zones palpées dépendent de la plainte initiale du patient, de sa disponibilité et de la pathologie.



**Figure 8 : Type de palpation lors du bilan**



**Figure 9 : Observation des orthophonistes lors du bilan**

Cela nous a amené à questionner l'échantillon sur ce qu'il observait lors de l'examen (figure 9). Alors que 99 %, 80 % et 78 % des orthophonistes observent respectivement la mobilité des structures (N=95), la sensibilité (N=77) et la consistance des tissus (N=75), 21 % d'entre eux ont à nouveau souhaité préciser leur réponse (N=20) en écrivant que l'observation porte sur différents aspects tels que les zones de tension, la dissociation des fonctions, la fonctionnalité et la position des structures, la symétrie, les déséquilibres, la posture, le tonus et les réactions douloureuses éventuelles du patient.

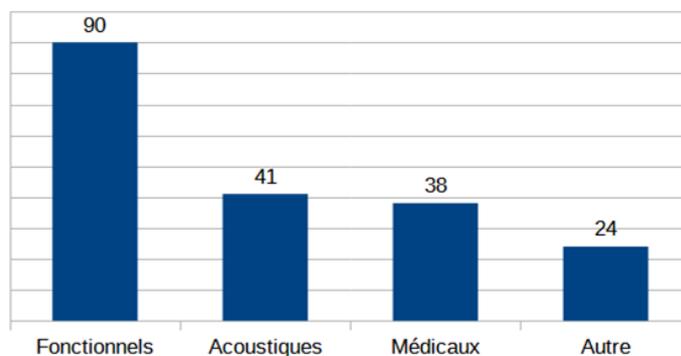
De plus, 76 % des examens orthophoniques sont axés sur la détection de dysfonctions de chaînes musculaires restreintes, tandis que 59,4 % visent à détecter des dysfonctions au niveau des grandes chaînes musculaires. Environ 93 % des examens portent sur la recherche de dysfonctions locales, et seulement 3,1 % ont pour objectif de rechercher d'autres types de dysfonctionnement tels que des dissociations ou syncinésies.

Selon les résultats de l'enquête menée auprès d'un échantillon d'orthophonistes certifiés en thérapie manuelle, il semble que la respiration soit examinée en priorité par l'ensemble des professionnels interrogés (N=96). Ensuite, la phonation est évaluée par 98 % des orthophonistes (N=94), suivie de la posture dans 97 % des cas (N=93), de la déglutition dans 94 % des cas (N=90) et enfin de la mastication dans 83 % des cas (N=80). Aussi, on note que 12,5% des orthophonistes interrogés qui ont choisi la catégorie « autre » (N=12) examinent également les éléments suivants : la ventilation, le sommeil, la compétence vélaire, l'articulation et les dissociations, la posture linguale, le repos occlusal, l'appui des pieds sur un tapis mou, l'équilibre, les tensions mandibulaires, la parole, les postures globale et loco-régionale.

### 1.3.3. La thérapie manuelle en théorie

Lorsque nous avons demandé aux participants de confier ce qui, selon eux, pourrait justifier l'utilisation ou l'exclusion des thérapies manuelles en rééducation, ces derniers ont exprimé plusieurs raisons expliquant leur choix. Les résultats obtenus soulignent que plusieurs facteurs semblent influencer la décision du professionnel, notamment l'âge et la sensibilité du patient, la présence d'une pathologie fonctionnelle, de douleurs ou de restrictions techniques. Le choix du patient, les contre-indications médicales et la cicatrisation des tissus sont aussi à prendre en compte avant toute manipulation. En outre, selon les orthophonistes de l'échantillon, si le patient refuse ces techniques ou ne les supporte pas, elles doivent être exclues. En général, les thérapeutes ont tendance à s'adapter à la mobilité et à la douleur du patient et à utiliser les techniques manuelles en cas de tension ou de limitation de la mobilité, mais également selon l'état d'avancement de la pathologie et de la prise en charge par d'autres thérapeutes.

En ce qui concerne la question de la fin d'une prise en charge orthophonique en thérapie manuelle (figure 10), les résultats obtenus montrent que la plupart du temps la décision est basée sur des critères fonctionnels qui représentent 93,75 % des cas (N=90). Les critères acoustiques sont également un facteur de décision pour 42,71 % des répondants (N=41), tandis que les critères médicaux sont retenus dans 39,58 % des cas (N=38). Enfin, d'autres facteurs sont venus compléter les réponses proposées initialement et représentent 25 % des réponses (N=24). Ainsi, on note que des critères tels que les souhaits et préférences du patient, la satisfaction du patient, l'amélioration nette de la condition, le manque d'investissement du patient ou la résolution de la condition par d'autres moyens, peuvent également influencer la décision de mettre fin à la prise en charge.



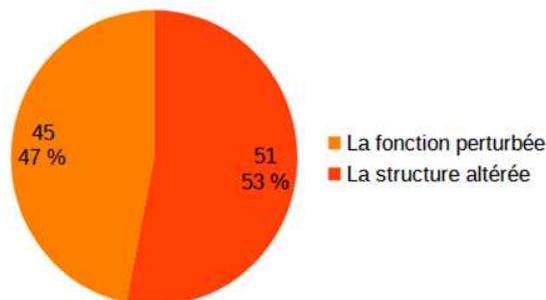
**Figure 10 : Critères de fin de prise en charge**

### 1.3.4. La thérapie manuelle en pratique

Dans cette partie, nous avons questionné les répondants sur leur pratique en séance. En ce qui concerne le choix de position du patient pour pratiquer les techniques manuelles, la plus utilisée par les orthophonistes de l'échantillon est l'allongement en décubitus dorsal, représentant presque 92% des cas (N=88). La position assise est également très courante puisqu'elle est utilisée dans 71,88 %

des cas (N=69). Les positions d'allongement latéral et debout sont également utilisées, avec des pourcentages respectifs de 35,42% (N=34) et 29,17% (N=28).

A la question « évitez-vous parfois certaines techniques ? », plus de 79 % des participants (N=76) ont répondu « oui », contre seulement 21 % (N=20) ayant répondu « non ». Nous souhaitons alors répertorier les techniques évitées, ainsi que les raisons poussant les orthophonistes à moins les utiliser en pratique. De plus, les participants de notre étude agissent en premier lieu préférentiellement sur la structure altérée pour 53 % des orthophonistes interrogés (N=51) et sur la fonction structurée pour 47 % d'entre eux (N=45).



**Figure 11 : Action choisie en premier lieu**

L'enquête menée sur l'utilisation de la thérapie manuelle par les orthophonistes révèle que 1,04 % d'entre eux n'utilisent cette technique ni avec les enfants, ni avec les adultes. Seuls 1,04% des répondants (N=1) l'utilisent uniquement avec les enfants, tandis que 17,71% l'utilisent uniquement avec les adultes (N=17). Environ 80,21% des orthophonistes (N=77) utilisent la thérapie manuelle avec les deux groupes d'âge. Nous nous sommes alors intéressés à l'âge des patients pris en charge et les résultats ont permis de constater que les orthophonistes de l'échantillon prenaient en charge des patients de tous les âges, allant de 0 à 105 ans. Cependant, la tranche d'âge la plus fréquemment rééduquée à l'aide de techniques manuelles se situe entre 6 ans (âge médian minimal) et 85 ans (âge médian maximal).

Décompte	95
Écart type	10,5
Moyenne	9,27
Minimum	0
1er quartile (Q1)	4
2ème quartile (Médiane)	6
3ème quartile (Q3)	10
Maximum	60

**Tableau 6 : âge minimum des patients pris en charge**

Décompte	95
Écart type	15,88
Moyenne	83,91
Minimum	3
1er quartile (Q1)	80
2ème quartile (Médiane)	85
3ème quartile (Q3)	95
Maximum	105

**Tableau 7 : âge maximum des patients pris en charge**

### 1.3.5. La thérapie manuelle pluriprofessionnelle

L'étude a également permis de montrer que la totalité des orthophonistes interrogés conseillent à leurs patients de consulter d'autres professionnels en plus d'une rééducation orthophonique. Les professionnels les plus souvent recommandés sont les ostéopathes à 98,96% (N=95), les psychologues à 85,42% (N=82), les ORL à 81,25% (N=78), les phoniatries à 76,04% (N=73) et les kinésithérapeutes à 64,58 % (N=62).

D'autres professionnels ont été cités en plus de ceux initialement proposés dans l'enquête, nous les avons classés par fréquence dans le tableau ci-dessous :

Thérapeute conseillé	Nombre de fois cité	Thérapeute conseillé	Nombre de fois cité
Sophrologue	6	Chirurgien maxillo-facial	1
Posturologue	4	Rhumatologue	1
Podologue	4	Généraliste	1
Chiropracteur	3	Naturopathe	1
Psychomotricien	3	Médecin acupuncteur	1
Neurologue	3	Médecin homéopathe	1
Orthodontiste	3	Thérapeute alternatif	1
Occluso-dentiste	2	Autres thérapeutes manuels	1
Ergothérapeute	2	Pneumologue	1
Diététicien	2	Orthoptiste	1
Hypnothérapeute	2	Orthopédiste	1
Gastro-entérologue	2	Graphothérapeute	1
Kinésiologue	1	IBCLC (consultant en lactation)	1

**Tableau 8 : Thérapeutes cités dans la catégorie « autre »**

### 1.3.6. Apports des techniques manuelles

Au sein de l'étude nous avons questionné les orthophonistes sur les apports qu'ils trouvaient aux thérapies manuelles dans la rééducation orthophonique des patients. Les réponses obtenues ont mis en lumière divers intérêts à utiliser ces techniques. En effet, selon les participants de l'étude, les techniques manuelles offrent plusieurs avantages à la rééducation orthophonique des patients. Elles permettent une approche globale du patient, une meilleure prise de conscience de leur corps, une détente musculaire et une amélioration de la proprioception. Les patients acquièrent une meilleure compréhension de leur état et s'approprient plus facilement les exercices. Les techniques manuelles permettent également une approche différente, centrée sur le corps et la sensorialité, permettant de travailler sur les zones spécifiques en lien avec la fonction altérée. Enfin, elles améliorent rapidement l'efficacité de la rééducation et permettent ainsi d'établir un lien de confiance entre le patient et le thérapeute.

Parmi les orthophonistes interrogés, près de 95 % (N=91) ont déjà utilisé une ou plusieurs techniques manuelles dans l'unique but d'obtenir une détente du patient. Aussi, plus de 56 % des répondants (N=54) admettent utiliser des techniques de relaxation en parallèle de la thérapie manuelle. Nous leur avons alors demandé des précisions sur les techniques mises en place en rééducation et les plus fréquemment citées incluent la cohérence cardiaque, la relaxation guidée, la respiration, le yoga, la méditation et la sophrologie. Les techniques de relaxation de Jacobson, Le Huche et Schultz ont également été mentionnées. D'autres techniques incluent la fasciathérapie, la méthode Feldenkrais, le contracté-relâché, la relaxation yeux ouverts et la détente par la respiration abdominale.

### 1.3.7. Evidence Based Practice

Parmi les professionnels sondés, seuls 12,5 % d'entre eux (N=12) utilisent les pratiques de l'Evidence Based Practice (EBP) ou pratique fondée sur les preuves dans un but d'évaluation de la prise en charge. Nous avons demandé davantage de précisions aux orthophonistes ayant répondu positivement à la question et avons résumé les résultats (tableau 7) et coloré en gris ceux n'apportant pas de précision sur la pratique.

Je recherche la cause et non le symptôme
M'aide à aller chercher les bons documents au bon endroit, à adapter au patient
Retest régulier et comparaison à la ligne de base
Réévaluations fréquentes
Des lignes de base
Pas pour ces prises en soin ci
Cette question n'est pas adaptée à ma pratique actuelle
Echelles VHI, DHI, PHI, mesures objectives ( <i>VocaLab</i> )
Recherche de références et articles, lignes de base
OCSM validé scientifiquement
Plutôt du « monitoring », pas systématiquement mais par exemple avec des patients qui ont une amplitude de mâchoire limitée on fait un graphique du gain en ouverture, avec des patients voix on fait régulièrement des mesures objectives (intensité, étendue vocale etc)
Sans réponse

**Tableau 7 : Techniques d'EBP utilisées en pratique orthophonique**

## Discussion

### 1. Rappels des objectifs

L'objectif principal de ce mémoire était de réaliser un état des lieux de l'apport et de l'utilisation des thérapies manuelles en orthophonie depuis la création des formations actuellement proposées aux praticiens. Le but étant de renseigner sur la réalité en pratique, nous avons diffusé un questionnaire adressé aux orthophonistes certifiés de formations en thérapie manuelle et avons récolté un nombre de réponses suffisant et supérieur à nos attentes en l'espace de quelques mois.

Les 96 orthophonistes ayant répondu à notre enquête ont permis le recueil des informations à notre disposition et que nous avons, par la suite, pu analyser qualitativement.

Le but de cette discussion est tout d'abord de mettre en perspective les résultats de la revue de littérature clinique et du questionnaire, afin de confronter les éléments de réponse récoltés aux hypothèses théoriques émises initialement. Ensuite, nous tenterons d'établir des liens avec les mémoires précédents, dans l'optique de vérifier si notre travail a permis l'émergence d'informations complémentaires sur le sujet.

### 2. Confrontation des résultats aux hypothèses

***Rappel de l'hypothèse 1 : Les orthophonistes faisant appel à la thérapie manuelle dans leurs prises en charge se limitent aux domaines de la voix et des atteintes ORL***

Au regard des données récoltées dans notre étude, nous notons que les orthophonistes privilégient l'utilisation de ces techniques dans le domaine de la voix et des atteintes ORL, avec un choix systématique de la thérapie manuelle dans le cadre de la rééducation d'une dysphonie, d'un trouble de fonctions oro-myo-faciales, d'une malposition linguale ou d'une dysphagie. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer cette hypothèse puisque ces techniques sont également utilisées dans d'autres domaines, tels que celui du langage oral et des troubles de la fluence par exemple.

Ainsi, pour valider cette première hypothèse, une reformulation aurait été nécessaire : « les orthophonistes faisant appel à la thérapie manuelle dans leurs prises en charge privilégient son utilisation aux domaines de la voix et des atteintes ORL ». Or ici, nous ne pouvons pas conclure en

disant que les professionnels se limitent à ces domaines précis puisque d'autres sont abordés par de nombreux répondants en pratique clinique.

→ La première hypothèse n'est pas validée

***Rappel de l'hypothèse 2 : Les orthophonistes formés utilisant la thérapie manuelle en font usage tout au long de la rééducation***

Les réponses données par les orthophonistes ayant répondu à l'enquête nous ont permis de faire le point sur la fréquence d'utilisation des techniques manuelles en rééducation. La thérapie manuelle peut être en effet utilisée par les orthophonistes tout au long de la rééducation, majoritairement dans les prises en charge des pathologies du domaine ORL (dysphonie, dysphagie, malposition linguale, trouble des fonctions oro-myo-faciales). Il arrive malgré tout que la thérapie manuelle ne soit utilisée que lors d'une partie de la rééducation ou ponctuellement selon les besoins réels du patient sur le moment.

Une interprétation de cette hypothèse aurait pu être la suivante : la thérapie manuelle est possiblement utilisable à tout moment de la rééducation. Dans ce cas de figure nous aurions pu valider l'hypothèse 2, or, nous souhaitons questionner les orthophonistes sur la fréquence et la durée d'utilisation de la thérapie lors d'une rééducation précise.

→ La deuxième hypothèse est donc partiellement validée du fait de son utilisation possible à n'importe quel moment de la rééducation. En revanche, elle n'est pas majoritairement pratiquée tout au long des rééducations dans tout type de pathologies.

***Rappel de l'hypothèse 3 : Les orthophonistes qui utilisent la thérapie manuelle le font par choix et non par méconnaissance d'autres techniques de rééducation à leur disposition***

La plupart des orthophonistes interrogés portaient déjà un intérêt à l'approche ostéopathique avant de se former et cherchaient à approfondir leur compréhension de l'anatomie, du toucher et des pathologies qu'ils prennent en charge. De nombreux participants mentionnent également que la formation en thérapie manuelle est devenue indispensable à leur pratique puisqu'elle vient stimuler, soulager ou débloquer en misant sur une prise en charge globale du patient.

Enfin, le manque de connaissance d'autres thérapies n'est mentionné par aucun orthophoniste comme critère de choix dans la pratique de la thérapie manuelle.

→ La troisième hypothèse est validée

***Rappel de l'hypothèse 4 : Sur la part d'orthophonistes certifiés n'utilisant pas la thérapie manuelle en prise en charge, nous émettons l'hypothèse que c'est parce que cette thérapie ne correspond pas parfaitement aux attentes de ces orthophonistes***

L'ensemble des réponses récoltées a permis de relever plusieurs critères d'éviction concernant le patient, tels que la douleur, les zones sensibles ou dans un état cicatriciel fragile, les restrictions cervicales et/ou radiales, la réticence à se faire toucher ou une sensibilité accrue, l'indice de masse corporelle du patient, les pathologies comme l'arthrose cervicale, la tétraplégie, les AVC ou les cancers. De plus, le praticien lui-même possède des critères préférentiels qui lui sont propres : parmi eux on retrouve notamment le manque de maîtrise d'une technique, le mauvais ressenti au niveau de l'alliance thérapeutique nécessitant une distance physique avec le patient, la non-compliance du patient, les conditions sanitaires dues à la crise du COVID-19, le lieu d'exercice ou encore la présence d'un trouble important de la mobilité rendant difficile l'accès à la « table de massage ». Nous avons

également noté que certains orthophonistes utilisent plus volontiers ces techniques à des fins de diagnostic dans un but de réorientation du patient vers un professionnel qui pourra répondre plus précisément à la demande.

Toujours dans une optique d'identification des raisons poussant les orthophonistes certifiés à se passer de la thérapie manuelle, nous avons questionné les participants sur les techniques qu'ils évitent dans leur pratique professionnelle. Les orthophonistes ayant répondu à l'enquête évoquent principalement un manque de maîtrise de certaines techniques, dû au peu de pratique ou à une compréhension insuffisante de leur mise en pratique, les amenant à douter de leurs compétences. Certains d'entre eux parlent même d'une peur de « mal faire » ou de « faire mal » et préfèrent éviter les techniques invasives si celles-ci ne sont pas estimées nécessaires, surtout si les possibilités motrices du patient sont limitées. Aussi, d'autres précisent que la thérapie manuelle n'est pas le meilleur choix si les mobilisations risquent d'être plus douloureuses que bénéfiques pour le patient et si elles n'apportent pas d'aide significative au patient. Auquel cas, le mieux selon eux est de rediriger vers un ostéopathe.

De plus, le critère d'âge est souvent considéré comme une raison de ne pas utiliser les techniques manuelles en orthophonie par près de 24% des orthophonistes interrogés (N=23). Certains précisent alors que, selon les formateurs, les techniques manuelles ne sont pas conseillées chez les enfants et les adolescents parce que ces derniers sont souvent réticents à être touchés et que leurs structures peuvent changer, ce qui rend la proprioception difficile. Les patients très âgés seraient également considérés comme plus fragiles et leur état pourrait ne pas permettre l'utilisation de techniques manuelles, pour cause de déficits cognitifs ou perceptifs pouvant affecter leur coopération par exemple. Ainsi, les techniques manuelles sont moins utilisées chez les patients très jeunes et très âgés en raison des multiples facteurs énoncés.

- ➔ La quatrième hypothèse est partiellement validée du fait de la justification des orthophonistes aux questions sur les critères de refus d'utilisation et sur les raisons d'éviction des techniques manuelles en rééducation, et ce malgré des évictions dues à un manque de confiance ou de pratique des manipulations et mobilisations apprises en formation

### **3. Limites de l'étude et perspectives**

#### **3.1. Questionnaire**

A plusieurs reprises, nous avons relevé des abandons de participation au questionnaire, ce qui correspond à un arrêt des réponses. Cela est très certainement lié au nombre de questions, plus important que dans la plupart des enquêtes de mémoires de fin d'étude. Une autre raison concernerait également le choix de présentation des questions sous forme de tableaux à double entrée.

Nous n'avons pu vérifier ni l'authenticité des informations professionnelles, ni la participation unique des participants au questionnaire du fait du caractère anonyme de la récolte des réponses.

Dans l'élaboration de notre questionnaire, nous avons souhaité reprendre plusieurs questions ayant déjà été posées dans une étude précédente, celui de Guillemette Cochemé concernant plus précisément la formation en thérapie manuelle Ostéovox©. Cependant, la comparaison des résultats entre les deux mémoires n'est pas très pertinente d'un point de vue géographique. En effet, dans son mémoire, le champ d'expérimentation était limité aux orthophonistes certifiés de la formation Ostéovox© et situés dans les villes de Lyon et Chambéry. Cela ne nous permet pas de conclure de façon franche sur les résultats aux questions communes puisque, en comparaison avec ce précédent

mémoire, nous nous sommes intéressés à la France et aux pays francophones alentours. En revanche, nous notons toujours un nombre important d'orthophonistes formés aux techniques manuelles localisé dans la région Rhône-Alpes, et plus particulièrement sortant du centre de formation de Lyon.

De plus, notre questionnaire comportant deux questions sous forme de tableau à double entrée, le téléphone portable gênait à la passation de l'enquête à cause du format non compatible avec un appareil mobile. De nombreux abandons ont fait suite à ce léger incident, malgré la précision d'un confort de passation sur ordinateur dans le mail de contact.

Au moment de l'analyse des résultats, nous nous sommes également rendu compte de l'absence de représentativité des pathologies neurologiques et neurodégénératives dans la prise en soin orthophonique, ce qui est un point qui nous aurait permis de perfectionner l'analyse subjective de l'apport de l'utilisation de la thérapie manuelle en pratique. Elles ont été citées à plusieurs reprises dans les réponses des participants au questionnaire. Par la suite, nous avons donc relevé l'absence d'autres items concernant divers troubles tels que la surdité, la déficience intellectuelle, le trouble de l'attention, etc. Cependant, malgré un choix des domaines largement critiquable, nous savons que, par souci pratique, nous n'avons pas la possibilité de représenter l'ensemble des pathologies prises en charge en orthophonie à l'heure actuelle au sein de notre étude ciblant la thérapie manuelle.

### **3.2. Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a uniquement été réalisé et diffusé exclusivement de façon informatique, ce qui constitue un biais dans la récolte des réponses. En effet, ce choix élimine de fait les orthophonistes n'ayant pas directement accès aux réseaux sociaux ou dont les coordonnées ne figurent pas en libre accès sur les sites web des formations concernées. Les deux principaux vecteurs de diffusion étant le réseau social Facebook et la liste des orthophonistes certifiés Ostéovox© en libre accès sur internet de la formation, nous nous sommes heurtés à un nouveau biais. Nous avons également été confrontés à d'autres problèmes tels que des boîtes mail pleines ne permettant pas la réception de notre courriel, des adresses électroniques erronées ou encore obsolètes.

Finalement, une partie importante des réponses ayant été récoltée grâce au contact par courriel électronique, nous n'avons pas jugé utile et pertinent de relancer sur Facebook étant donné les critères d'inclusion déjà précis.

### **3.3. Perspectives**

Dans un but d'appropriation des techniques manuelles, il semblerait pertinent de diversifier davantage les formations pour permettre aux orthophonistes qui s'y intéressent d'expérimenter différentes approches et ainsi de choisir la ou les thérapie.s qui semblent convenir à leur pratique. De plus, l'absence d'introduction à ces techniques en formation initiale peut rendre abstraits les concepts ostéopathiques abordés en thérapie manuelle.

La mise en place d'un ou plusieurs cours sur le.s lien.s existant entre ostéopathie et orthophonie pourrait être bénéfique à la diffusion des thérapies manuelles, pourquoi pas complétée d'une initiation ou une démonstration de son utilisation en pratique en formation initiale. Par la suite, cela pourrait donner l'opportunité à des orthophonistes néo-diplômés ou en quête de nouvelle formation de se renseigner sur le sujet, d'avoir les clés en main pour rediriger un patient vers le professionnel adapté, de se former aux techniques manuelles et de les utiliser en rééducation. En tant que futur professionnel, l'étudiant en orthophonie serait en capacité de jauger quelle proportion de sa clientèle pourrait profiter d'une rééducation en thérapie manuelle et ainsi mesurer l'intérêt de se

former à ce genre de thérapie tout en étant certain de l'apport qu'elle amènerait à sa pratique orthophonique.

Un nombre important d'orthophonistes fait varier la place de la thérapie manuelle en fonction des troubles, d'autres en fonction des patients, ou selon l'évolution de la prise en charge. Pour donner suite aux réponses récoltées, nous nous questionnons sur la place et la pertinence de l'utilisation des thérapies manuelles dans des pathologies telles que les troubles de la fluence (bégaiement, bredouillement), les troubles du langage écrit (dysgraphie) et les troubles du langage oral (trouble d'articulation, retard de parole/langage, TSLO) où les techniques manuelles sont, en pratique, moins utilisées par les orthophonistes. Il serait alors intéressant d'interroger les orthophonistes faisant appel à la thérapie manuelle dans le cadre de ces pathologies-là afin de mesurer son impact, voire questionner les patients concernés sur le vécu du suivi et ainsi se faire une idée subjective de ce qu'elle apporte en rééducation.

#### **4. Implication orthophonique et intérêts pour la pratique**

En premier lieu, notre étude a permis le recueil d'informations visant à améliorer la compréhension de l'utilisation des thérapies manuelles en pratique professionnelle au quotidien. Elle permet également en second lieu de se faire une idée de la proportion de chacune des pathologies prises en charge à l'aide de ces techniques en rééducation orthophonique.

Aussi, tous les orthophonistes de l'échantillon sont d'accord pour dire que le bilan somatique est complémentaire au bilan classique et qu'il est intéressant de le coupler à une observation posturale et orofaciale, d'autant plus qu'il permet de comprendre les mécanismes somatiques de compensation d'un patient et de lui en faire prendre conscience. Cela permet de se faire une idée de la place à donner à la thérapie manuelle en pratique orthophonique, en plus des prises en charge dites « classiques ».

En revanche, une minorité d'orthophonistes aborde la durée et le coût des formations : le constat est similaire, Ostéovox© serait trop coûteuse et chronophage en comparaison avec d'autres formations en thérapie manuelle plus accessibles.

Aussi, comme annoncé dans les résultats, plusieurs pathologies se démarquent par la fréquence de leur prise en charge à l'aide de techniques manuelles. En effet, les pathologies du domaine ORL, dont la dysphonie, la dysphagie, les troubles oro-myo-faciaux et la malposition linguale, sont les plus fréquemment prises en soin par utilisation de la thérapie manuelle selon les orthophonistes certifiés interrogés au sein de notre étude et utilisant ces thérapies en rééducation.

## **Conclusion**

Tout d'abord, rappelons que selon Roch et Piron, la thérapie manuelle consiste en un travail sur la mobilisation et la normalisation des restrictions musculaires portant atteinte au fonctionnement optimal de l'organisme. Son intervention manuelle demeure locale et périphérique dans un but de compensation des déficits et d'augmentation de l'homéostasie.

Notre étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux de l'apport et de l'utilisation des thérapies manuelles en orthophonie. Il a donc fallu, en premier lieu, s'intéresser aux données de la littérature scientifique ainsi qu'aux mémoires sur le même sujet avant de concevoir notre propre questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux ainsi que via une liste de coordonnées des orthophonistes certifiés de la formation Ostéovox©, en libre accès sur internet. La diffusion a permis d'obtenir 96 réponses complètes qui ont ensuite été récoltées et analysées. Elles ont révélé

que les orthophonistes faisant appel à la thérapie manuelle dans leurs prises en soin continuent à la privilégier dans les domaines de la voix et des atteintes ORL. Aussi, selon les participants, l'utilisation de la thérapie manuelle est possible à n'importe quel moment de la rééducation mais n'est pas majoritairement pratiquée tout au long des rééducations dans n'importe quel type de pathologies. Parmi les répondants, nombreux sont ceux qui mentionnent que la thérapie manuelle est indispensable à leur pratique professionnelle. Cependant il existe des critères de refus d'utilisation et des raisons d'éviction en rééducation, en plus de la subsistance d'un manque de confiance ou de pratique des manipulations chez les orthophonistes de notre étude.

D'un point de vue méthodologique, nous avons également relevé plusieurs limites à notre travail, qu'elles concernent le questionnaire directement ou bien sa diffusion. La plus importante est à propos de la méthode de diffusion du questionnaire puisque nous avons été contraints de nous restreindre à une seule liste de coordonnées d'orthophonistes certifiés, celle de la formation Ostéovox®, en accès libre sur internet. Malgré la présence de ces quelques limites, nous avons pu mener notre étude sans trop de difficulté, de la création du questionnaire jusqu'à son analyse quantitative et qualitative.

Enfin, notre étude aura enrichi la connaissance de l'utilisation des thérapies manuelles en pratique orthophonique et permis d'en percevoir les intérêts multiples de façon subjective. D'autres études permettront sans doute d'approfondir le sujet, notamment sur la place pluriprofessionnelle, encore trop peu méconnue, qu'occupe la thérapie manuelle dans les domaines médicaux et paramédicaux.

## Bibliographie

American Osteopathic Association | AOA. (2022). American Osteopathic Association. <https://osteopathic.org/>

Amy de La Bretèque, B. (2018). *À l'origine du son, le souffle : maîtriser sa respiration pour la voix et les instruments à vent*. De Boeck supérieur.

Andrieu, B. (2007). *Toucher : Se soigner par le corps* (Vol. 8). Belles Lettres.

Auquier, O. (2007). *Ostéopathie : Principes et applications ostéoarticulaires*. Elsevier-Masson.

Baude, C., & Lacaille Desse, F. (2008). *Apports et utilisation de la thérapie manuelle en rééducation orthophonique de l'enfant*. <http://n2t.net/ark:/47881/m6t72ffj>

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2021). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition.

Cabanne, M.-C. (2011). *Apports objectifs de la thérapie manuelle dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles de l'adulte*.

Cochemé, G. *Analyse subjective de l'impact de la thérapie manuelle en orthophonie*. (Mémoire) (2006, juillet) <https://www.sudoc.fr/110803566>

Cornut, G. (2009). *L'appareil vocal et son fonctionnement : Introduction*. Dans : Guy Cornut éd., *La voix* (pp. 3-42). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Courraud, C. (2019). *Du fascia au système fascial : contributions et enjeux pour la thérapie manuelle*. Mains libres.

Dianoux, C. (2007). *Incidence de la longueur du questionnaire sur la stabilité des réponses*. *Revue française du marketing*, 214, 27-40. <https://adetem.org/>

*Formation continue orthophoniste sensophonie Toulouse*. (2022, 15 mars). Reliance Santé. <https://reliance-sante.fr/formations-professions-liberales/professions/orthophonistes/sensophonie-techniques-manuelles-pour-la-voix/>

Gauchey-Mallet, J. (2022). *Etat des lieux des connaissances réciproques des orthophonistes et ostéopathes sur l'éventuelle complémentarité de leurs approches. Plaquette d'informations à destination de ces professionnels*. [Mémoire, Lille].

Giovanna, M. *État des lieux de la prise en charge orthophonique des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte*. (Mémoire) (2012, septembre) <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00730759>

Giovanni, A., Lagier, A., & Henrich, N. (2014). *Physiologie de la phonation*. *EMC - Oto-rhinolaryngologie*, 0(0), 1-16. [https://doi.org/10.1016/S0246-0351\(13\)58559-X](https://doi.org/10.1016/S0246-0351(13)58559-X)

Le Huche, F., Allali, A., & Hallay-Dufour, M. (2020). *La voix sans larynx (Voix, parole, langage)* (6<sup>e</sup> éd.). Solal.

Le Huche, F., Allali, A. (2002). *La voix : Thérapeutique des troubles vocaux* (3<sup>ème</sup> édition, Tome 4). Elsevier Masson.

Marmouset, F., Hammoudi, K., Bobillier, C., & Morinière, S. (2015). Physiologie de la déglutition normale. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*, 44(3), 1-12. [https://doi.org/10.1016/S02460351\(14\)63740-5](https://doi.org/10.1016/S02460351(14)63740-5)

McFarland, D. H., & Netter, F. H. (2020). *L'anatomie en orthophonie : Parole, déglutition et audition* (4<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.

Meaudre, M. (2020). *État des lieux de la prise en charge orthophonique libérale des troubles neurocognitifs dans le cadre des pathologies neuro-évolutives*.

Osteovox | Formation ostéopathie. (2019). Ostéovox. <https://osteovox.be/>

Ostéopathie Transversale. (2020). <https://osteopathie-transversale.fr/>

Raby, J., & Chagnon, F. P. (2012). *Chanter de tout son corps* (2<sup>e</sup> éd.). Editions Berger AC

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 de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 126(5), 361-364.

Sandoz, T. (2009). *Histoires parallèles de la médecine : Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Média Diffusion.

SENSOPHONIE®. (2022). Centre du mouvement. <http://centredumouvement.com/methodes/sensophonie/>

Sophie Boulanger. (2015). *Place et rôle du mouvement dans la rééducation orthophonique des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte*. Médecine humaine et pathologie. Hal-01833038

Stark, J. E. (2013). An historical perspective on principles of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.10.001>

Still, A. T. (1902). *The philosophy and mechanical principles of osteopathy 1902*. Facsimile Publisher.

Tricot, P. (2002). *Approche tissulaire de l'ostéopathie (tome 1) : un modèle du corps conscient* (Vol. 1). SULLY.

Van Lierde, K., De Ley, S., Clement, G., De Bodt, M. et Van Cauwenberge, P. (2004) « Outcome of Laryngeal Manual Therapy in Four Dutch Adults With Persistent Moderate-to-Severe Vocea Hyperfunction : A Pilot Study » *Journal of Voice* 18(4) : 467-474

Vilatte, J. C. (2007, 1<sup>er</sup> et 2 février). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. [Conférence]. Evaluation, Grisolles. <https://www.academia.edu/download/56203038/Methodologie-enquete-questionnaire.pdf>

Wilke, J., Schleip, R., Yucesoy, C. A., & Banzer, W. (2018). Not merely a protective packing organ? A review of fascia and its force transmission capacity. *Journal of Applied Physiology*, 124(1), 234-244. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00565.2017>

Villeneuve, P., & Villeneuve-Parpay, S. (2004). *Posturologie, un pont entre les thérapies fonctionnelles : Orthodontie, une rééducation de la tête aux pieds*. *Ortho magazine*, 54, 20-25.