

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



 **Université  
de Lille**



# **ANNEXES DU 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

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

Bonjour, je m'appelle Juliette Merckx et je suis étudiante en 5ème année d'orthophonie à Lille.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire à destination d'orthophonistes certifiés de formations en thérapie manuelle. Cette recherche scientifique aura pour but d'étudier les apports ainsi que l'utilisation qui est faite de cette thérapie en rééducation orthophonique.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez obligatoirement être orthophoniste en exercice et être certifié d'une formation en thérapie manuelle (critère d'inclusion).

Le questionnaire est facultatif, confidentiel et ne devrait pas prendre plus de 15 minutes de votre temps. Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses sont anonymes et ne seront pas conservées au-delà de la date de soutenance du mémoire.

Merci à vous.

Il y a 47 questions dans ce questionnaire.

### Informations personnelles

**Vous êtes : \***

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

une femme

un homme

Autre

**En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? \***

Veuillez entrer une date :

**Ville de formation initiale : \***

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Quel est votre mode d'exercice : \***

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

libéral

salarié

mixte

Autre

### Thérapie manuelle

**Nom de la formation en thérapie manuelle effectuée : \***

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Année de la certification en thérapie manuelle : \***

Veuillez entrer une date :

### Dans quelle région exercez-vous au moment de la formation ? (si pas en France, notez le pays) \*

☛ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Auvergne-Rhône-Alpes  
 Bourgogne-Franche-Comté  
 Bretagne  
 Centre-Val de Loire  
 Corse  
 Grand Est  
 Hauts-de-France  
 Île-de-France  
 Normandie  
 Nouvelle-Aquitaine  
 Occitanie  
 Pays de la Loire  
 Provence-Alpes-Côte d'Azur  
 Guadeloupe  
 Martinique  
 Guyane  
 La Réunion  
 Mayotte  
 Autre

### Pourquoi avoir suivi cette formation ? \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

### Comment avez-vous entendu parler de la formation en thérapie manuelle ? \*

☛ Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Lors de ma formation initiale  
 Lors d'autres formations  
 Par des professionnels de santé  
 Réseaux sociaux  
 Autre:

### Recommanderiez-vous ce type de formation ? \*

☛ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non  
 Ne peut répondre

### Pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Non' ou 'Oui' à la question '10 [Q10]' (Recommanderiez-vous ce type de formation ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Diriez-vous que cette formation a enrichi votre pratique ? \***

- Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non  
 Ne peut répondre

**Pourquoi ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' ou 'Non' à la question '12 [Q12]' (Diriez-vous que cette formation a enrichi votre pratique ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Avez-vous eu besoin de compléter la formation par des lectures personnelles avant de l'appliquer en rééducation ? \***

- Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**Pouvez-vous citer une référence bibliographique ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '14 [Q14]' (Avez-vous eu besoin de compléter la formation par des lectures personnelles avant de l'appliquer en rééducation ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Pourquoi avez-vous ressenti le besoin de vous documenter davantage ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '14 [Q14]' (Avez-vous eu besoin de compléter la formation par des lectures personnelles avant de l'appliquer en rééducation ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Connaissez-vous d'autres orthophonistes utilisant la thérapie manuelle dans votre réseau professionnel ? \***

- Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**Prise en charge en thérapie manuelle****Pour quelle proportion de patients avez-vous eu recours à la thérapie manuelle lors de vos séances de rééducation ? \***

- Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune  
 Moins de 25%  
 Entre 25% et 50%  
 Entre 50% et 75%  
 Plus de 75%  
 La totalité  
 Ne peut répondre

### Quelle(s) pathologie(s) prenez-vous en charge ou avez-vous pris en charge à l'aide de techniques manuelles ? \*

Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Dysphonie
- Insuffisance vélaire
- Trouble de déglutition ou dysphagie
- Trouble des fonctions oro-myo-faciales
- Malposition linguale
- Trouble de la fluence (bégaiement, bredouillement)
- Trouble de l'articulation
- TSLO
- Retard de parole
- Retard de langage
- Dysgraphie
- Aucune

Autre:

### Quels critères vous amènent à préférer un bilan somatique à un bilan orthophonique classique ? \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

### Effectuez-vous systématiquement un enregistrement vocal à chaque séance ? \*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### Pendant l'examen, pratiquez-vous une palpation ? \*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### Est-ce une palpation : \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '22 [Q22]' (Pendant l'examen, pratiquez-vous une palpation ?)

Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- De la zone laryngée
- De la zone mandibulaire
- De la zone cervico-occipitale

Autre:

**Observez-vous : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '22 [Q22]' (Pendant l'examen, pratiquez-vous une palpation ?)

Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La mobilité des structures  
 La consistance des tissus  
 La sensibilité

Autre:

**Recherchez-vous des dysfonctions : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '22 [Q22]' (Pendant l'examen, pratiquez-vous une palpation ?)

Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Locales  
 Des grandes chaînes musculaires  
 De chaînes musculaires restreintes

Autre:

**Examinez-vous : \***

Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La déglutition  
 La phonation  
 La respiration  
 La mastication  
 La posture

Autre:

**Quels critères vous amènent à utiliser ou à exclure l'utilisation de techniques manuelles avec vos patients ? \***

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Quelle(s) position(s) du patient utilisez-vous le plus fréquemment ? \***

Cochez la ou les réponses  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Allongé en décubitus dorsal  
 Allongé latéralement  
 Assis  
 Debout

Autre:

**Évitez-vous parfois certaines techniques ? \***

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### Lesquelles et pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '29 [Q29]' (Évitez-vous parfois certaines techniques techniques ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

### Quels critères vous amènent à mettre fin à une prise en charge ? \*

☛ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Fonctionnels  
 Acoustiques  
 Médicaux

Autres:

### Vous arrive-t-il de conseiller à vos patients de consulter d'autres thérapeutes ? \*

☛ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### Lesquels ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '32 [Q32]' (Vous arrive-t-il de conseiller à vos patients de consulter d'autres thérapeutes ?)

☛ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Ostéopathe  
 Phoniatre  
 Kinésithérapeute  
 ORL  
 Psychologue

Autres:

### Parmi les pathologies suivantes, quelle serait une proportion approximative de votre utilisation de la thérapie manuelle au cours de la prise en charge orthophonique ? \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

|                  | Trouble de des la fonctions déglutition | Trouble de la fluence | Retard de de          |
|------------------|---|-----------------------|-----------------------|
|                  | Insuffisance                            | Malproportionable     | de                    |
|                  | Dysphagie                               | trouble de la parole  | dysgraphie            |
| Jamais           | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1/3              | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1/2              | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2/3              | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Toujours         | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ne peut répondre | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Utilisez-vous les techniques manuelles à chaque séance de la RO ou bien leur utilisation est-elle plus importante à certains moments ? \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

|                      | Trouble<br>de<br>dégénération<br>fluente | Trouble<br>de<br>fonction<br>de de de | Trouble<br>de<br>fonction<br>de de de | Trouble<br>de<br>fonction<br>de de de | Trouble<br>de<br>fonction<br>de de de |
|----------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Début de rééducation | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 |
| Milieu               | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 |
| Fin                  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 |
| Tout au long         | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 |
| Ponctuellement       | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 |
| Ne peut répondre     | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 | <input type="radio"/>                 |

### Selon vous, qu'apportent les techniques manuelles à la rééducation orthophonique des patients ? \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

### Avez-vous déjà utilisé une ou plusieurs techniques manuelles dans l'unique but d'obtenir une détente du patient ? \*

Oui  
 Non

### Utilisez-vous des techniques de relaxation en parallèle de la thérapie manuelle ? \*

Oui  
 Non

### Lesquelles ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '38 (Q38)' (Utilisez-vous des techniques de relaxation en parallèle de la thérapie manuelle ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

### Agissez-vous en premier lieu préférentiellement sur : \*

La fonction perturbée  
 La structure altérée



### Selon vous, l'âge du patient peut-il être un critère de non utilisation des techniques manuelles ? \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### Pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '41 [Q41]' (Selon vous, l'âge du patient peut-il être un critère de non utilisation des techniques manuelles ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

### Pratiquez-vous les techniques manuelles avec : \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Des enfants  
 Des adultes  
 Les deux  
 Aucun

### Dans quelle tranche d'âge se situent les patients avec lesquels vous utilisez la thérapie manuelle en rééducation ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Des enfants' ou 'Des adultes' ou 'Les deux' à la question '43 [Q43]' (Pratiquez-vous les techniques manuelles avec :)

● Seuls des nombres entiers peuvent être inscrits dans ces champs.  
Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Entre

et

### Utilisez-vous les pratiques de l'Evidence Based Practice (EBP) ou pratique fondée sur les preuves, dans le but d'évaluer l'efficacité votre prise en charge ? \*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### Concrètement, qu'utilisez-vous ? (en quelques mots)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '45 [Q45]' (Utilisez-vous les pratiques de l'Evidence Based Practice (EBP) ou pratique fondée sur les preuves, dans le but d'évaluer l'efficacité votre prise en charge ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

## Remarques