



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

Enquête sur la collaboration des orthophonistes avec les ostéopathes

MASSÉ
Gwenaëlle

PROMOTION 9
Année 2017-2018



Bretagne Ostéopathie SARL.
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient ● 35000 RENNES ● Tél. : 02 99 36 81 93 ● Fax : 02 99 38 47 65
www.bretagne-osteopathie.com ● contact@bretagne-osteopathie.com
CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07
Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- **Jean-François Chatelais**, enseignant à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (I.F.S.O.R.), d'avoir accepté d'encadrer ce Travail d'Études et de Recherches (T.E.R.),
- **Soisik Verborg**, enseignante à l'I.F.S.O.R., pour sa réactivité et ses conseils méthodologiques avisés,
- **Sarra Maatouk, Aline Montlahuc, Lucille Graff**, orthophonistes libérales, pour leur aide, leur implication et leurs remarques constructives tout au long de ce travail,
- **Toutes les personnes** qui ont aidé à diffuser mon questionnaire ainsi que **les orthophonistes** qui y ont répondu ou m'ont fait part de leur intérêt pour le sujet.

*** **

Sur un plan plus personnel, je suis infiniment reconnaissante :

- **À mes parents, Nath, Dany** pour votre présence à mes côtés, votre soutien sans faille et vos encouragements qui ont rendu ce nouveau départ ostéopathique possible,
- **À Lucie** pour les révisions dans ton salon, la relecture de ce devoir et surtout tout ce que nous avons vécu depuis ton arrivée à l'I.F.S.O.R.,
- **À Marion** pour m'avoir permis, entre autres choses, de prendre enfin mon envol au sens propre comme au figuré,
- **À Marjorie & Quentin, Florine & Éric, Anne-Claire, Élise, Virginie, Joan** pour votre confiance, votre patience, vos pensées et ... les soirées à vos côtés qui ont agréablement ponctué ces cinq dernières années.

*** **

Enfin, une pensée toute particulière pour mon « piot coeur », Damien, sans qui j'aurais certainement pu finir ce T.E.R. un peu plus tôt ... !

SOMMAIRE

.....	4
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	6
ÉMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE.....	7
1. Orthophonie et ostéopathie : définitions et contextes réglementaires.....	7
1.1. L'orthophonie.....	7
1.1.1. Définition	7
1.1.2. Historique et contexte réglementaire	8
1.1.3. Données générales sur la profession.....	9
1.2. L'ostéopathie.....	9
1.2.1. Définitions officielles.....	9
1.2.1.1. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) - 2010	9
1.2.1.2. Selon le législateur français - 2014	10
1.2.2. Historique de la profession et contexte réglementaire [2].....	10
2. La collaboration entre orthophonistes et ostéopathes : la théorie confrontée à la réalité des chiffres.....	11
2.1. Théories de la relation structure-fonction : l'intérêt principal de la relation orthophoniste-ostéopathe.....	11
2.1.1. L'apport du Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale (M.F.O.S.) [19].....	12
2.1.2. Définition et processus d'installation de la L.T.R [19].....	13
2.1.3. Quand la fonction modèle la structure existante : l'exemple de la croissance des os de la face	13
2.1.3.1. La théorie de Moss M.L. [21].....	14
2.1.3.2. L'exemple de la langue au travers de la déglutition [21].....	15
2.2. Des champs de compétences communs.....	17
2.3. La réalité par les chiffres.....	17
PROBLÉMATIQUE.....	19
HYPOTHÈSES.....	19
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	20
1. Choix de la méthode	20
2. Critères d'inclusion, d'exclusion.....	20
3. Création et diffusion du questionnaire.....	21
4. Limites méthodologiques.....	21
RÉSULTATS.....	23
1. Profil professionnel des répondants	23
1.1. Expérience professionnelle	23
1.2. Mode d'exercice.....	24
1.3. Formation(s) complémentaire(s) suivie(s).....	24

1.4. Le quotidien professionnel des orthophonistes interrogés.....	25
1.4.1. Catégories d'actes les plus fréquentes.....	25
1.4.2. Contact physique avec les patients.....	27
1.4.3. Collaborations professionnelles.....	28
2. Les orthophonistes et l'ostéopathie.....	29
2.1. À titre personnel	29
2.2. À titre professionnel	30
2.2.1. Connaissance de l'ostéopathie.....	30
2.2.2. Liens avec l'exercice quotidien des orthophonistes	32
2.2.3. Orientation vers l'ostéopathe.....	34
DISCUSSION.....	36
1. Participation – puissance de l'échantillon	36
2. Arguments issus de l'enquête en faveur de la collaboration orthophonistes-ostéopathes	36
3. Limites à la collaboration orthophonistes-ostéopathes.....	37
4. Quelques réflexions.....	38
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	44
1. Sommaire des annexes.....	44
2. Annexe 1 : Définitions des indications communes à l'orthophonie et l'ostéopathie	45
1. Troubles de l'articulation d'origine fonctionnelle :	45
2. Déglutition atypique.....	45
3. Dysphonies dysfonctionnelles	46
4. Insuffisance vélo-pharyngée fonctionnelle.....	46
5. Otites moyennes séro-muqueuses de l'enfant	46
6. Accompagnement des traitements orthodontiques	47
7. Troubles de l'oralité	47
8. Bégaiement.....	48
3. Annexe 2 : Le questionnaire	49
4. Annexe 3 : Tableaux des résultats.....	61
5. Bibliographie des annexes.....	72

GLOSSAIRE

C.C.F. : Composante Crânio-Fonctionnelle

C.N.I.L. : Commission Nationale Informatique et Liberté

D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

E.F.O. : Ecole Française d'Ostéopathie

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

I.F.S.O.R. : Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

L.E. : Langage Écrit

L.O. : Langage Oral

L.T.R. : Lésion Tissulaire Réversible

M.F.O.S. : Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale

N.G.A.P. : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

O.N.D.P.S. : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

O.R.L. : Oto-Rhino-Laryngologique

P.E.C. : Prise En Charge

S.F.D.O. : Société Française Des Ostéopathes

S.F.O. : Société Française d'Ostéopathie

S.M.O.F. : Syndicat des Médecins Ostéothérapeutes Français

T.E.R. : Travail d'Études et de Recherches

T.S.A. : Troubles du Spectre Autistique

INTRODUCTION

Depuis 2012, je suis installée dans un cabinet dans lequel travaillent quatre masseurs-kinésithérapeutes dont un est également ostéopathe et trois orthophonistes. Ces trois professions sont relativement jeunes dans leurs reconnaissances réglementaires. Elles doivent encore faire leurs preuves au niveau scientifique comme le rappellent entre autres le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (O.N.D.P.S.)¹ et le mémoire de Grimaud E. (2014)². Mais surtout, ces trois professions ont pour dénominateur commun la prise en charge des patients. Si la coopération et les échanges interdisciplinaires entre les différents professionnels de santé intervenant autour d'un patient sont de plus en plus encouragés, cela nécessite une bonne connaissance des indications et des limites des compétences de chacun.

Lors de mes études à l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes (I.F.S.O.R.), j'ai réalisé que concernant l'orthophonie, ces éléments étaient pour moi une grande inconnue. Puis, en échangeant avec mes collègues orthophonistes, je me suis rendue compte qu'elles avaient également peu de connaissances sur le champ de compétences des ostéopathes et leur travail.

La méconnaissance de l'ostéopathie tant par le grand public que par les professionnels de santé n'est pas un problème récent. Ce point est régulièrement évoqué lors de travaux de fin d'études chez les ostéopathes notamment (Grimaud E. [2], Lenorman C.³, Ruellou M. ⁴).

Mes collègues orthophonistes reconnaissent orienter ponctuellement leurs patients vers un ostéopathe pour « *corriger leur posture* », mais avouent spontanément ne pas savoir « *ce qu'ils font réellement* », pourquoi orienter plutôt vers l'ostéopathe que chez un podologue ou un masseur-kinésithérapeute, ou encore quels sont les autres motifs d'orientations possibles. Enfin, dans leur discours, cette orientation paraît souvent être une sorte de dernier recours quand le traitement orthophonique n'apporte pas les résultats escomptés.

Ce constat particulier au sein de notre cabinet est-il révélateur d'une tendance générale chez les orthophonistes ? Cette question est le point de départ de mon travail. À travers une enquête réalisée auprès d'orthophonistes, l'objectif sera de mieux connaître l'état de leurs connaissances, leurs attentes et leurs éventuelles réticences vis-à-vis de la collaboration avec les ostéopathes.

1 ONDPS, Étude sur le métier d'orthophoniste, [document électronique], 2011, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf, consulté le 09/03/2018.

2 GRIMAUD E., Médecins et ostéopathes : des rapports difficiles. Éléments d'analyse de la situation, [document électronique], 2014, page 32, <https://www.bretagne-osteopathie.com/ifso/travaux-etudiants-promo4.html>, consulté le 10/03/2018.

3 LENORMAND C., L'ostéopathe : un (simple) vertébro-thérapeute ?, Bretagne Ostéopathie, 2017, page 6.

4 RUELLOU M., Enquête sur le rapport des internes en médecine générale avec l'ostéopathie, Bretagne Ostéopathie, 2017, pages 7-8.

ÉMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE

1. Orthophonie et ostéopathie : définitions et contextes réglementaires

1.1. L'orthophonie

1.1.1. Définition ^{5 6}

L'orthophonie est une profession de santé définie dans le Code de la Santé Publique ⁷ et par l'article 126 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite « de modernisation du système de santé »⁸. Cette discipline consiste à prévenir, évaluer et traiter les difficultés ou les troubles :

- de la communication, du langage oral et écrit,
- des fonctions oro-myo-faciales,
- des activités cognitives y compris celles liées à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique.

Elle vise également :

- à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans des pathologies dégénératives et neuro-dégénératives,
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales.

L'exercice de cette discipline « *comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales* » [8]. Elle concerne des patients de tous âges pouvant présenter des troubles congénitaux développementaux ou acquis.

L'orthophoniste exerce sa profession en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément aux règles professionnelles prévues par le Code de la Santé

5 F.N.O., « Qu'est-ce que l'orthophonie ? », [document électronique], <http://www.fno.fr/orthophonie/orthophonie-et-les-orthophonistes/quest-ce-que-orthophonie-2/>, consulté le 10/05/2018.

6 Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Annexe 1 – Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activité, BO, n°32, 05/09/2013, [document électronique], http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf, consulté le 23/10/2018.

7 Articles L4341-1 à L4341-9 et R4341-1 à R4341-4 du Code de la Santé Publique.

8 Article 126 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 10/05/2018.

Publique [7]. Lorsque l'orthophoniste reçoit un patient, une prescription médicale est nécessaire pour réaliser un bilan. Il constitue un examen préalable à toute rééducation. Celui-ci porte sur l'analyse de toutes les modalités du langage oral ou écrit ainsi que sur les différents éléments liés à leur élaboration. Il permet à l'orthophoniste de déterminer la nature des troubles et de juger de l'intérêt d'une rééducation. Si celle-ci est justifiée, l'orthophoniste décide lui-même des soins à mettre en œuvre et des modalités du traitement.

1.1.2. Historique et contexte réglementaire ⁹

Dès les années 1920, Suzanne Borel-Maissonny commence ses premières rééducations orthophoniques auprès d'enfants opérés de divisions palatines. Son champ d'intervention s'élargit rapidement aux pathologies de l'articulation et au bégaiement. Peu à peu, l'orthophoniste prend également en charge les troubles de la parole et du langage. Les pathologies de la communication dans son ensemble, quels qu'en soient l'origine et le versant : oral et/ou écrit, sont peu à peu prises en compte.

En 1947, la Sécurité Sociale commence à prendre en charge les remboursements des traitements orthophoniques et à partir de 1955, les premiers enseignements orthophoniques sont dispensés en France.

La **reconnaissance légale** de cette profession [1], la mise en route d'un cursus de formation et la structuration en un groupe professionnel commencent réellement grâce à la loi du 10 juillet 1964 ¹⁰. Cette loi régit les conditions d'exercice de la profession et instaure le Certificat de Capacité d'Orthophonie. En 1983, le champ de compétences est reconnu par un nouveau décret.

Mais c'est par le décret n°2002-721 du 02 mai 2002 que le législateur précise toutes les missions et les compétences de l'orthophoniste. Il lui reconnaît alors une certaine indépendance vis-à-vis des médecins [9]. Dès lors, seul le bilan orthophonique est soumis à prescription médicale. À l'issue de celui-ci, le nombre de séances nécessaires au traitement est déterminé par l'orthophoniste lui-même.

Plus récemment, en 2017, la nomenclature générale des actes orthophoniques a été enrichie notamment par la création d'un acte spécifique pour les troubles de l'oralité. Une revalorisation des actes a été décrétée par un nouvel avenant à la convention avec l'Assurance Maladie ¹¹ et est mise en place de façon progressive depuis avril 2018.

⁹ MOURANCHE A., Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique, 03/06/2004, [document électronique], http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2004_MOURANCHE_ALICE.pdf, consulté le 10/05/2018.

¹⁰ Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, JORF du 11 juillet 1964, n°0161, p 6174.

¹¹ Journal Officiel de la République Française, Avenant n°16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'Assurance Maladie signée le 31/10/1996, 26/10/2017, n°0251, texte n°127.

1.1.3. Données générales sur la profession

Les orthophonistes représentent la **3^{ième} profession paramédicale** en France, derrière les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, que ce soit en terme d'effectifs ou de volume de soins. En 2017, 25 467 orthophonistes exerçaient en France avec une activité **principalement libérale ou mixte** (81,28%)¹² contre 19 247 en 2010 [1]. L'évolution du nombre d'orthophonistes sur cette période est donc de + 32,3%.

D'après la D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), en 2016, leur activité représentait une consommation de soins de 1,1 milliard d'euros¹³. Si le champ de compétences des orthophonistes est **large**, en 2010, deux indications se détachaient nettement : « rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe » et « rééducation des retards de parole, des retards du langage oral ». Elles représentaient respectivement 27,6% et 29,5% des actes orthophoniques remboursés au niveau national [1].

Même si l'un des principaux écueils des orthophonistes libéraux reste la « **solitude** » [1], l'existence de réseaux pluridisciplinaires leur permet de travailler en équipe autour de patients suivis par des professionnels de domaines divers (médical, paramédical, scolaire, médicosocial).

1.2. L'ostéopathie

1.2.1. Définitions officielles

1.2.1.1. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) - 2010

« L'ostéopathie (également dénommée médecine ostéopathique) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir.

Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer les fonctions physiologiques et/ou soutenir l'homéostasie altérées par des dysfonctions somatiques (les structures du corps), c'est à dire une altération ou une dégradation de la fonction des composantes concernées du système somatique : les structures squelettiques, articulaires et myofasciales, ainsi que les éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques corrélés.

¹² DREES, Effectif des orthophonistes en 2017, [document électronique], <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3199>, consulté le 26/04/2018.

¹³ DREES, Les dépenses de santé en 2016, 2017, [document électronique], http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf, consulté le 10/05/2018.

Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'auto-réguler et à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles. »

1.2.1.2. Selon le législateur français - 2014

L'ostéopathie est définie dans le Référentiel d'Activités et de Compétences publié au Bulletin Officiel (B.O.) du 15/12/2014 ¹⁴ : « *L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain.*

Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique. »

1.2.2. Historique de la profession et contexte réglementaire [2]

L'ostéopathie commence à se structurer aux États-Unis sous l'impulsion d'Andrew Taylor Still à partir du XIX^{ème} siècle. Elle n'apparaît en Europe qu'au début du XX^{ème} siècle grâce à John Martin Littlejohn à Londres. En France, c'est le Docteur Lavezzani qui l'introduit par la création en 1952 de la Société Française d'ostéopathie (S.F.O).

En 1954 et 1956 sont respectivement créés le Syndicat des Médecins Ostéothérapeutes Français (S.M.O.F) et l'Ecole Française d'Ostéopathie (E.F.O). Le premier sous l'impulsion du Docteur Robert Maigne, la seconde par Paul Geny, masseur-kinésithérapeute.

Devant l'essor de l'ostéopathie, les pouvoirs publics s'intéressent à cette nouvelle pratique et s'en inquiètent. Ainsi, par l'arrêté ministériel du 6 janvier 1962 (article L 372 du Code de la Santé Publique), la législation établit un monopole d'exercice de l'ostéopathie au bénéfice exclusif des médecins. Les autres professionnels sont alors attaqués pour exercice illégal de la médecine.

En 1997, le Parlement Européen adopte un rapport sur le statut des médecines non conventionnelles (dont l'ostéopathie fait alors partie). Le Ministère de la Santé français met alors en place une commission de travail dont l'objectif est de légaliser les professions d'ostéopathe et de chiropracteur.

¹⁴ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, Référentiel d'Activités et de Compétences, Bulletin Officiel – Protection Sociale – Solidarité, n° 2014/11, 15/12/2014, page 7.

Il faudra attendre cinq ans pour que, le 4 mars 2002, la loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner » légalise l'ostéopathie en France. Cinq autres années seront nécessaires afin que les décrets d'application soient publiés au Journal Officiel¹⁵ et réglementent ainsi la pratique de l'ostéopathie.

En 2009, les modalités de formation sont révisées et un nouveau décret instaure un volume minimal d'heures de formation. Enfin en 2014, un décret relatif aux conditions d'agrément des écoles de formation en ostéopathie est publié. En 2015, environ 22 318 personnes étaient autorisées à user du titre d'ostéopathe.

2. La collaboration entre orthophonistes et ostéopathes : la théorie confrontée à la réalité des chiffres

2.1. Théories de la relation structure-fonction : l'intérêt principal de la relation orthophoniste-ostéopathe

Le corps humain est un ensemble dont les différentes parties communiquent sans cesse et étroitement entre elles afin que les besoins particuliers soient en accord avec les besoins généraux : le but étant de vivre au mieux dans notre environnement (Lapertosa G. - 1987)¹⁶. Ce système organisé comporte plusieurs niveaux de complexité : chimique, cellulaire, tissulaire, organique, systémique et enfin le niveau de l'organisme lui-même, constitué par l'ensemble des niveaux précédents (Marieb E. N. - 2005)¹⁷. À chacun de ces niveaux de complexité correspondent une ou plusieurs **structures** dont la composition et l'état vont déterminer leur(s) fonction(s) et la qualité de celle(s)-ci [17]. Ces différentes structures entretiennent des rapports entre elles à chaque niveau, ce qui leur permet d'agir comme un ensemble.

Les activités propres à chaque structure peuvent ainsi être appelées « **fonctions** ». La fonction étant définie comme des déstabilisations puis des adaptations permanentes qui nécessitent un ajustement incessant de la structure et de sa forme [16]. En effet, la fonction reflète toujours la structure : un organe ne pouvant accomplir que les fonctions qui lui sont permises. C'est le point de départ de la relation structure - fonction. C'est également l'un des postulats de départ de l'enseignement que nous recevons à l'I.F.S.O.R : **la structure génère la fonction**.

Cet axiome est utilisé depuis longtemps dans différents domaines et peut sembler une évidence. Pourtant, la définition classique de la lésion ostéopathique ne semble pas en

¹⁵ Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie publié au Journal Officiel de la République Française n°73 du 27 mars 2007 - Texte n°20.

¹⁶ LAPERTOSA G., Quelle médecine ? Les médecines dans le Monde – La médecine manipulative, Editions Etiosciences SA, Genève, 1987, 151 pages.

¹⁷ MARIEB E. N., Anatomie et physiologie humaines, Pearson Education, Paris, 6ième édition, 2005, 1288 pages.

tenir compte en s'axant sur une définition « fonctionnelle » de la lésion ostéopathique. En effet, en 2007, l'ostéopathie se définissait par « *une pratique exclusivement manuelle dont le but est de pallier aux dysfonctionnements de mobilité des tissus du corps humain. Pour la réalisation de l'acte, l'ostéopathe recherche le dysfonctionnement de mobilité tissulaire par un diagnostic ostéopathique dit « spécifique » qui se définit comme une recherche de la lésion fonctionnelle tissulaire. La lésion fonctionnelle tissulaire ou « dysfonction ostéopathique » au sens large est caractérisée par une modification de mobilité des tissus où qu'elle soit, et réversible par une manipulation appropriée.* »¹⁸

Plus récemment, dans le référentiel d'activités et de compétences publié en annexe du décret du 12 décembre 2014 [14], la « *dysfonction ostéopathique* » est définie de la façon suivante : « *Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique. Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse* ».

2.1.1. L'apport du Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale (M.F.O.S.) [19]

Pour Terramorsi J-F.¹⁹, dans la définition de la lésion ostéopathique telle qu'elle est présentée dans le M.F.O.S., nous utilisons un corollaire de « *la structure génère la fonction* » : « *il n'y a **pas de dysfonction sans dys-structure*** ». La perte ou l'altération de la fonction ne sont plus alors que la conséquence de l'altération de la structure. Il convient de préciser que seules les altérations **réversibles** de la structure seront accessibles à l'ostéopathe. Toute altération irréversible de la composition ou de l'état de la structure, qu'elle soit innée (mal construite) ou acquise par une hypersollicitation au-delà de ses capacités de résistance dans le temps et/ou l'espace (usure, cassure), ne pourra être du ressort de l'ostéopathe.

Ce principe nous donne une autre vision de la manipulation ostéopathique. Elle n'est plus une mobilisation, « *plus ou moins forcée, pour déplacer un segment, harmoniser, corriger une altération positionnelle ou une diminution d'amplitude* » [14]. Elle devient « *un acte mécanique, réglable en vitesse, en masse et en amplitude, en fréquence, appliqué le plus localement possible sur le tissu altéré, afin d'en modifier la consistance par voie réflexe* » [19]. Le but de l'ostéopathe structurel n'est plus de corriger une position, ni d'obtenir un gain d'amplitude ou de fonction. Il cherche à lever la barrière qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et les fonctionnalités dont il a besoin. Cette barrière qui siège dans le tissu conjonctif nous la nommons : **Lésion Tissulaire Réversible (L.T.R)** .

→ **L'ostéopathe structurel cherche à restaurer l'état optimal de la structure**

18 BARRY C., FALISSARD B., Évaluation de l'efficacité pratique de l'ostéopathie, INSERM, 30/04/2012.

19 TERRAMORSI J-F., Ostéopathie Structurale – Lésion structurée – Concepts structurants, Éditions Éoliennes, Bastia, 2013, 415 pages.

2.1.2. Définition et processus d'installation de la L.T.R [19]

La L.T.R est une modification réversible de l'état du tissu conjonctif entraînant une perte de ses qualités de souplesse et d'élasticité. Elle s'objective par la palpation d'un tissu devenu plus dur et dont le volume peut paraître augmenté. Une diminution du seuil de déclenchement de la douleur pour ce tissu est également souvent associée.

La souplesse et l'élasticité du tissu conjonctif résultent de sa teneur en eau et de sa bonne trophicité. La réalisation de ces deux conditions dépend des sollicitations mécaniques de la structure, de son contrôle neurologique et de l'apport sanguin qu'elle reçoit. Ce sont les variables d'entrée de la structure que nous appelons « **variables de régulation** ». Pour le tissu conjonctif, nous considérons qu'elles sont d'ordres **mécaniques, neurologiques et vasculaires**.

La L.T.R s'installe suite à une diminution des sollicitations mécaniques de la structure dans l'espace et le temps. Cette **hyposollicitation** provoque une baisse de ses besoins énergétiques et donc des apports et échanges liquidiens (dont sanguins) locaux. Cela augmente les processus statiques au détriment des processus dynamiques. Le changement d'état du tissu conjonctif s'installe. Si les sollicitations se modifient, ce changement d'état est réversible. Mais si rien ne change, il perdure. Comme le changement d'état (dys-structure) perturbe la fonction (dysfonction), la sous-utilisation de la structure s'en trouve renforcée. Un cercle vicieux se met en place : la L.T.R s'auto-entretient et ne peut plus s'auto-corriger.

→ « **La bonne fonction entretient l'état de la structure** ». **Le travail de l'orthophoniste, en tant que rééducateur fonctionnel semble donc nécessaire pour lutter contre l'installation ou la récurrence d'éventuelles L.T.R .**

2.1.3. Quand la fonction modèle la structure existante : l'exemple de la croissance des os de la face

Lautrou A.²⁰, exposant les concepts du Professeur Delaire J., écrit que « *tous les éléments du squelette crânio-facial se créent, s'accroissent, puis se conforment à l'influence des forces qu'ils reçoivent de leur environnement. [...] Arcy Thompson avait bien souligné ce fait en disant que la forme d'un objet, vivant ou inanimé, est la représentation du diagramme des forces qui s'exercent sur lui* ». Caps Lukowiac C. rappelle également dans sa thèse ²¹ qu'après sa construction (ou ossification primaire), l'os n'a pas atteint sa forme définitive. Il doit encore être remanié et remodelé (ossification secondaire) et doit s'adapter à la croissance de l'individu.

²⁰ LAUTROU A., Croissance et morphogenèse du squelette cranio-facial-Applications en orthopédie dento-faciale-Les conceptions de J. Delaire, *L'Orthodontie Française*, vol 73, n°1, mars 2002, pages 5-18.

²¹ CAPS LUKOWIAC C, Contribution à la prévention des troubles associés structuraux et fonctionnels de la sphère orofaciale chez l'enfant en cours de croissance, Thèse soutenue publiquement le 19/12/2007, consultée à la B.U. de Nancy le 10/05/2018.

2.1.3.1. La théorie de Moss M.L. ²²[21]

Plusieurs théories et expérimentations tentent d'expliquer comment la croissance des os de la face et du crâne est influencée par des facteurs autres que les facteurs génétiques. L'une d'entre elles est la théorie de Moss.

Selon lui, chaque fonction oro-faciale (déglutition, mastication, respiration, vision) est effectuée par une composante crânio-fonctionnelle (C.C.F) qui comprend:

- une **matrice fonctionnelle** constituée des tissus mous et des cavités nécessaires à l'accomplissement de la fonction ;
- une **unité squelettique** qui comprend tous les tissus durs (os, cartilages) qui soutiennent et protègent la matrice fonctionnelle.

La théorie de Moss considère que la croissance des os et du cartilage est régie en priorité par la croissance des matrices fonctionnelles. Cette croissance est notamment le résultat des sollicitations mécaniques qui s'exercent sur ces matrices lors de l'exécution des fonctions.

Deux types de matrices fonctionnelles ont été mis en évidence: les **matrices périostées** et les **matrices capsulaires**. Dans leur thèse, Parriaux C. et Poirot E. ²³ ont résumé leur mode d'action:

- les matrices périostées correspondent aux muscles qui agissent sur l'os par l'intermédiaire de leurs insertions périostées. L'alternance de contractions et étirements des muscles modifie la forme et la taille des unités squelettiques. Ce processus est appelé « *croissance active* ». Parriaux C. et Poirot E. donnent l'exemple de la matrice périostée massétérine où en cas de paralysie du muscle masséter, l'angle mandibulaire et toute la branche montante sont plus grêles que la normale.
- les matrices capsulaires correspondent aux tissus mous et aux espaces aériques entourés de capsule. Elles ne modifient ni la forme, ni la taille des unités squelettiques. L'augmentation de volume de la matrice capsulaire produit une extension des tissus de la capsule, modifiant ainsi la position dans l'espace de l'unité squelettique correspondante. C'est la « *croissance passive* ». Dans la matrice capsulaire orbitaire qui correspond au globe oculaire ainsi qu'aux muscles, vaisseaux, nerfs et tissus graisseux de l'orbite : en cas d'énucléation, la croissance de l'unité squelettique correspondante est, de façon significative, inférieure à la normale. Cette matrice capsulaire joue un rôle considérable puisqu'elle influe également sur l'allongement des branches montantes maxillaires, sur la situation et

²² MOSS M.L., The functional matrix hypothesis revisited, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, n°112(1), juillet 1997, p8-11.

²³ PARRIAUX C., POIROT E. Contribution expérimentale à l'étude d'une classification chronologique des phénomènes kinétiques propres à l'acquisition de l'ingestion alimentaire chez l'enfant, Thèse pour la Faculté Dentaire Nancy 1, 1990, 168 pages.

l'orientation des os malaires, sur le développement du cadre orbitaire et sur la taille et l'orientation du maxillaire.

D'après Moss, la croissance globale serait le résultat de ces deux processus de croissance : actif et passif.

2.1.3.2. L'exemple de la langue au travers de la déglutition [21]

De Biourge A. écrivait : « *La langue est l'âme qui détermine la forme et la grandeur des arcades dentaires* »²⁴. Cela s'observe à la fois par le phénomène de croissance passive décrit par Moss M.L. (influence de la position de la langue, de son volume dans la cavité buccale) et par le phénomène de croissance active notamment via la fonction de déglutition. Pour tenter d'illustrer l'intérêt d'une collaboration entre orthophonistes et ostéopathes, nous prenons donc l'exemple de cette fonction.

D'après l'article de Landouzy J-M et al.²⁵, la déglutition commence très tôt. À partir du 45^{ème} jour in utero, la langue prend forme et le fœtus commence à déglutir aux environs du 75^{ème} jour. Cela lui permet d'avalier du liquide amniotique pour activer la fonction rénale. Dès lors et jusqu'à l'âge adulte, la déglutition évolue. Nous commençons à passer d'une déglutition infantile à une déglutition adulte vers l'âge de 18 mois. La période de transition entre les deux peut être plus ou moins longue. La déglutition adulte est généralement obtenue vers l'âge de 2 ans. Elle intervient pour avaler la salive ou lors de la prise alimentaire pour ingérer les aliments.

La déglutition est habituellement divisée en 4 phases :

- la préparation à la déglutition,
- la phase buccale volontaire,
- la phase pharyngée sous contrôle réflexe,
- la phase oesophagienne également réflexe.

Rouviere H.²⁶ définit certaines conditions indispensables à la réalisation d'une déglutition « normale » de type adulte : les lèvres doivent être jointes mais non contractées, les arcades dentaires sont serrées avec les molaires en occlusion contenant ainsi la langue. La pointe de la langue doit quant à elle être en appui sur la partie antérieure du palatin. Son corps forme une gouttière inclinée vers le pharynx en arrière. En même temps, le voile du

24 DE BIOURGE A., Treatment of prognathism and protrusion of the lower alveolar process, *L'Orthodontie Française*, 23/11/1964, n°35, p35-42.

25 LANDOUZY J-M et al, La langue : déglutition, fonctions oro-faciales, croissance crânio-faciale, *International Orthodontics*, 2009, n°7, p227-256.

26 ROUVIERE H. Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle - Tome 1 : Tête et cou, Elsevier Masson, 15^{ème} édition, Paris, 2002, 688 pages.

palais s'élève et se porte au-devant de la paroi postérieure du pharynx pour venir obturer les fosses nasales.

Dans ces conditions, la déglutition (notamment par l'intermédiaire de la fonction linguale) contribue à une croissance orofaciale physiologique et symétrique ainsi qu'au bon placement des dents [25]. Lorsqu'elle est normale, la déglutition participe ainsi au développement et à l'entretien des structures orofaciales. L'intervention de l'orthophoniste, rééducateur fonctionnel, trouve alors toute sa place pour entretenir, corriger cette fonction lorsque cela est nécessaire.

Mais pour l'ostéopathe structurel, lorsque la déglutition est pathologique, nous sommes face à une dysfonction. D'après le M.F.O.S., une fois les causes irréversibles exclues, la dysfonction est nécessairement l'expression d'une altération des qualités mécaniques d'au moins une structure intervenant dans la déglutition. Si aucune action extérieure ne vient modifier ces L.T.R., la dysfonction va conditionner l'évolution des structures en devenir vers des structures « mal construites » une fois la croissance terminée.

Dans notre exemple, nous comprenons alors que la simple introduction répétée et prolongée d'un pouce, d'une tétine ou d'un doudou [25] dans la cavité buccale d'un enfant réduit l'espace intra-buccal, empêche la fermeture passive bilabiale et l'apposition de la pointe de la langue sur la partie antérieure du palais. Gardons à l'esprit que la déglutition salivaire se produit à une fréquence de 1800 et 2000 fois par jour [25]. Cela génère autant de déglutitions dysfonctionnelles et donc de sollicitations mécaniques inappropriées sur les différentes structures. L'installation des L.T.R. et leur auto-entretien s'en trouvent alors favorisés. Dès lors, même lorsque le sevrage de ces éléments de réconfort sera obtenu ou qu'une rééducation fonctionnelle aura été entreprise, les L.T.R. installées ne pourront s'auto-réduire sans une intervention extérieure.

Comme l'écrit Boudehen G.²⁷ « *si les techniques fonctionnelles sont indispensables à l'acquisition ou à l'entretien de la fonction linguale, la liberté structurelle des tissus osseux, membraneux et musculaires relève d'une prise en charge préliminaire à tout travail fonctionnel* » car « *la fonction entretient la structure, si et seulement si, la structure est libre* ».

En théorie, la prise en charge conjointe orthophonique et ostéopathique devrait donc être une évidence : le travail des uns permettant d'optimiser et d'entretenir celui des autres. C'est notamment ce qu'a mis en lumière le travail de Boula de Mareuil C.²⁸ dans son mémoire sur la collaboration entre orthophonistes, ostéopathes et orthodontistes.

27 BOUDEHEN G., Protocole de soins ostéopathiques du bébé et de l'enfant, Editions Sully, Paris, 2016, 351 pages.

28 BOULA DE MAREUIL C., Orthophonie Ostéopathie Orthodontie - Une approche holistique de la déglutition dysfonctionnelle et de ses conséquences, Mémoire pour l'Université de Nice Sophia Antipolis, 2011, p 140-141.

2.2. Des champs de compétences communs

Des travaux de fin d'études de futurs orthophonistes (Cocheme G.²⁹, Baude C. et Lacaille Desse F.³⁰) et ostéopathes (Tourand M.³¹, Nicard C.³²) tentent d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge associant orthophonie et ostéopathie dans différentes pathologies. Cette tendance semble montrer l'existence d'un intérêt des deux professions l'une pour l'autre, leur volonté d'optimiser les résultats de leurs prises en charge mais surtout la conscience partagée que, dans certaines pathologies, leurs compétences peuvent être complémentaires.

Les champs d'intervention des deux professions sont vastes et établir une liste exhaustive des pathologies concernées n'est pas évident. En effet, si l'orthophonie est une profession de santé reconnue et bénéficie donc d'un cadre légal précis définissant ses indications et d'une nomenclature générale des actes professionnels (N.G.A.P.), l'ostéopathie n'est pas tout à fait logée à la même enseigne. Néanmoins, au cours de nos recherches, nous avons pu identifier les indications communes suivantes (leurs définitions sont consultables en annexe 1) :

- troubles de l'articulation,
- déglutition atypique,
- dysphonies dysfonctionnelles,
- insuffisance vélo-pharyngée fonctionnelle,
- otites moyennes séro-muqueuses de l'enfant,
- accompagnement des traitements orthodontiques,
- troubles de l'oralité,
- bégaiement.

2.3. La réalité par les chiffres

D'après l'étude de 2011 sur les champs d'interventions des orthophonistes réalisée pour l'O.N.D.P.S. [1], ces actes étaient loin d'être majoritaires dans le quotidien professionnel des orthophonistes. L'ensemble des cinq premières indications représentait **moins de 2% des actes orthophoniques** remboursés par la sécurité sociale et 1,2% pour le bégaiement.

29 COCHEMÉ G., Analyse subjective de l'impact de la thérapie manuelle en orthophonie, Mémoire pour l'Université Claude Bernard – Lyon, 06/07/2006.

30 BAUDE C., LACAILLE DESSE F., Apport et utilisation de la thérapie manuelle en rééducation orthophonique de l'enfant, Mémoire pour l'Université Claude Bernard – Lyon, 03/07/2008.

31 TOURAND M., Intérêt d'une prise en charge complémentaire en ostéopathie dans le cadre de dysphonies fonctionnelles, Mémoire pour l'IDO Paris, 2016.

32 NICARD C., Intérêt d'un traitement ostéopathique sur les patients ayant un trouble vocal, Mémoire pour le Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie, 2016.

Néanmoins, avec l'augmentation régulière de l'activité de soins orthophoniques relevée par la D.R.E.S.S. [13] associée à la signature du nouvel avenant conventionnel ³³ revalorisant la plupart de ces actes et créant un acte pour les troubles de l'oralité, il est probable que la situation évolue vers l'augmentation de ces proportions dans les prochaines années.

Du côté des ostéopathes, selon le sondage OpinionWay (2014) réalisé pour le Syndicat Française Des Ostéopathes (S.F.D.O.) ³⁴, un français sur deux aurait déjà eu recours à une consultation d'ostéopathie. Là aussi, les indications citées précédemment semblent peu représentées. D'après l'étude de Dubois T. et al (2012) ³⁵, seuls **2% des patients consultent pour des troubles de la sphère oto-rhino-laryngologique (O.R.L.)**, du stress, des insomnies ou des rhumatismes inflammatoires. Ces données sont à mettre en perspective de la prévalence relativement importante de certaines des indications sus-citées :

- la déglutition salivaire atypique quel qu'en soit le degré ou la forme : Cotton G. (1996) ³⁶ estimait que **près de trois quarts de la population en souffrirait**,
- l'otite moyenne séro-muqueuse de l'enfance est une des affections les plus courantes de la petite enfance. D'après un rapport de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) ³⁷ : sa prévalence est répartie en 2 pics : 20% chez les enfants de moins de 2 ans et 16% chez les enfants de 5 ans puis décroît à partir de 6 ans.

33 Avenant n°16 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'Assurance Maladie signée le 31/10/1996, [document électronique], https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2017/07/ns20170725_fno_explicatif_avenant_16.pdf, consulté le 01/07/2018.

34 Sondage Opinion Way, pour le Syndicat Français Des ostéopathes, [document électronique], 2014, <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/document/1417-communique-de-presse-sondage-opinion-way-sfdo.pdf>, consulté le 01/07/2018.

35 DUBOIS T. et al, Douleurs en cabinet d'ostéopathie : étude prospective descriptive des motifs de consultations des patients consultant en cabinet d'ostéopathie, *Douleurs Evaluation -Diagnostic-Traitement*, n°13, Supplément 1, A59-A60.

36 COTTON G., Occlusodontologie et Orhtodontie, [document électronique], *Virtual Journal of Orthodontics*, Dr Gabriele Floria Editor, publié le 10/12/1996 – consulté sur www.vjo.it/wp-content/uploads/2010/09/occluf.pdf le 20/07/2018.

37 H.A.S., Fiche pertinence des soins – Pose d'aérateurs transtympaniques dans l'otite moyenne séro-muqueuse chronique bilatérale chez l'enfant, [document électronique], mars 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-04/dir1/rapport_app-17_fiche_pertinence_att_cd_2017_03_22_vfinale.pdf consulté le 20/07/2018.

PROBLÉMATIQUE

Il semble qu'il existe un défaut d'orientation des patients vers les orthophonistes et les ostéopathes. Le fait qu'il puisse être dû à un manque d'informations sur ces deux professions est un sujet qui a déjà été relevé dans des travaux de fins d'études [2,3,4,9]. Ceux-ci concernent souvent la méconnaissance et le manque de reconnaissance des champs de compétences de nos professions par le monde médical.

Dans sa thèse Baugas E. (2013)³⁸ précise que 24% des patients consultant un ostéopathe sont orientés par un professionnel de santé. Et qu'un tiers (8,6%) le sont par des professionnels de santé non médecins.

Qu'en est-il alors de la collaboration entre orthophonistes et ostéopathes ? Nous n'avons pas trouvé de données statistiques la concernant. Pourtant, le mémoire de Lenorman C. [3], laisserait penser que les paramédicaux seraient significativement plus au courant d'indications « secondaires » de l'ostéopathie comme les troubles O.R.L. ou l'accompagnement des traitements orthodontiques.

La problématique de notre travail sera donc de savoir si la méconnaissance de l'ostéopathie par les orthophonistes participe au manque de collaboration entre nos deux professions.

HYPOTHÈSES

Nous émettons les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : les orthophonistes interrogés collaborent peu avec les ostéopathes.
- Hypothèse 2 : les indications communes potentielles à l'orthophonie et l'ostéopathie ne sont pas les indications majoritaires pour lesquelles les orthophonistes interrogés sont consultés.
- Hypothèse 3 : la méconnaissance de notre champ de compétences par les orthophonistes interrogés limite la collaboration entre nos deux professions.

³⁸ BAUGAS E., Thèse : Profils et motivations des patients consultant en ostéopathie, Université de Nantes, 2013, soutenue publiquement le 10/10/2013.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Choix de la méthode

Afin de mener à bien ce travail, nous avons choisi de réaliser une enquête auprès des orthophonistes. Cette méthode permet de recueillir des informations en vue de comprendre et d'expliquer des faits. Elle s'applique à une population appelée échantillon et permet un traitement statistique. L'enquête a pris la forme d'un questionnaire en ligne qui nous semblait être la méthode de sondage la plus adaptée. Celui-ci permet d'avoir un échantillon conséquent dans un délai adapté aux conditions de l'élaboration de ce mémoire. La réalisation de l'enquête s'est déroulée en 3 phases.

La première phase avait pour but de construire le questionnaire par des échanges avec les trois orthophonistes de notre cabinet. Cette phase était essentielle pour définir les thèmes des questions à aborder. Dans un deuxième temps, nous avons ensuite calibré le questionnaire en le soumettant à ces trois orthophonistes afin de vérifier :

- que les questions posées étaient bien comprises et que les consignes de réponses étaient claires,
- que l'enchaînement des questions était cohérent,
- que les réponses à certaines questions n'influençaient pas le reste du questionnaire nous permettant ainsi de rectifier l'ordre des questions,
- que le questionnaire n'était pas trop long afin d'éviter une lassitude des répondants.

La troisième phase comportait la diffusion du questionnaire et le recueil des données.

2. Critères d'inclusion, d'exclusion

- Critères d'inclusion : être orthophoniste et exercer en France.
- Critères d'exclusion :
 - les orthophonistes ayant participé au calibrage du questionnaire ont été exclues de l'enquête,
 - ne pas être diplômé d'orthophonie,
 - exercer à l'étranger,
 - avoir déjà répondu au questionnaire : c'est dans ce but que nous avons choisi de n'autoriser qu'une seule connexion au sondage par adresse IP.

3. Création et diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été créé sur le site <http://www.dragnsurvey.com>. Il était accessible pour l'enquête du 18/06/2018 au 25/06/2018 inclus. Il est encore disponible dans sa version d'essai sur le lien ci-dessous :

<https://www.dragnsurvey.com/survey/test/dbd55e1a24d52009c904911800697151>

Afin de faciliter la participation à celui-ci et de ne pas être soumis à l'obtention d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (C.N.I.L.), le questionnaire était entièrement anonyme. En effet, aucune donnée permettant d'identifier les répondants n'a été recueillie. La gestion des adresses IP pour empêcher une éventuelle reconnexion au questionnaire était faite exclusivement par le site Drag N'Survey. Les numéros IP n'étaient pas affichés dans les résultats que nous avons recueillis. La garantie de l'anonymat évitait également au répondant de se sentir jugé quant à la qualité de ses réponses.

La diffusion de l'enquête s'est faite de façon indirecte afin, là encore, de préserver l'anonymat des répondants. Nous avons d'abord transmis le lien hypertexte du sondage à nos trois collègues orthophonistes, aux membres de la page « Bretagne Ostéopathie » sur Facebook, à nos contacts personnels et professionnels par e-mail ou messagerie instantanée. Le but était qu'ils le diffusent à leur tour à leurs contacts répondant aux critères d'inclusion du questionnaire. Nous précisions à chaque interlocuteur les critères d'inclusion / exclusion de l'enquête.

De cette façon, le lien a également été publié sur deux groupes dédiés aux orthophonistes sur les réseaux sociaux :

- Ortho-Infos qui comptait alors 12 800 membres,
- Orthos 54 : 250 membres.

Nous avons également sollicité l'aide de la Fédération Nationale des Orthophonistes (F.N.O.) qui nous a réorienté vers le Syndicat Régional des Orthophonistes de Lorraine. L'objectif était qu'ils puissent diffuser le lien du questionnaire à leurs adhérents par e-mail mais nous n'avons pas eu de retour confirmant leur participation.

4. Limites méthodologiques

La diffusion du questionnaire par internet possède l'avantage de pouvoir obtenir de nombreuses réponses en peu de temps. Mais elle entraîne aussi des faiblesses quant au contrôle des critères d'inclusion et d'exclusion.

- L'anonymat nous empêche de vérifier que les répondants sont bien des orthophonistes et qu'ils exercent exclusivement en France,
- La limitation à une seule connexion par adresse IP ne permet pas de contrôler le risque de connexion d'une même personne par l'intermédiaire de différents appareils (ordinateur, tablette, smartphone, ...),
- Le mode de diffusion numérique exclut d'emblée toute personne ne possédant pas d'accès internet et réduit les chances de toucher des répondants qui ne seraient pas présents sur des réseaux sociaux.
- Il existe un biais de volontariat : les personnes ayant répondu au questionnaire présentaient certainement un intérêt particulier pour le sujet.
- Notre volonté de ne pas être présent sur les groupes réservés aux orthophonistes sur lesquels le lien a été publié, nous empêche de vérifier qu'il n'y a pas eu d'échange ou de discussion à propos des réponses au questionnaire.

RÉSULTATS

Nous avons pu recueillir 201 questionnaires sur le collecteur en ligne : 38 d'entre eux ont été exclus de l'étude car les répondants n'avaient pas répondu à toutes les questions « obligatoires » et n'ont donc pas été jusqu'au bout du questionnaire. L'effectif total considéré pour les résultats exposés ci-dessous sera donc de **163 répondants**.

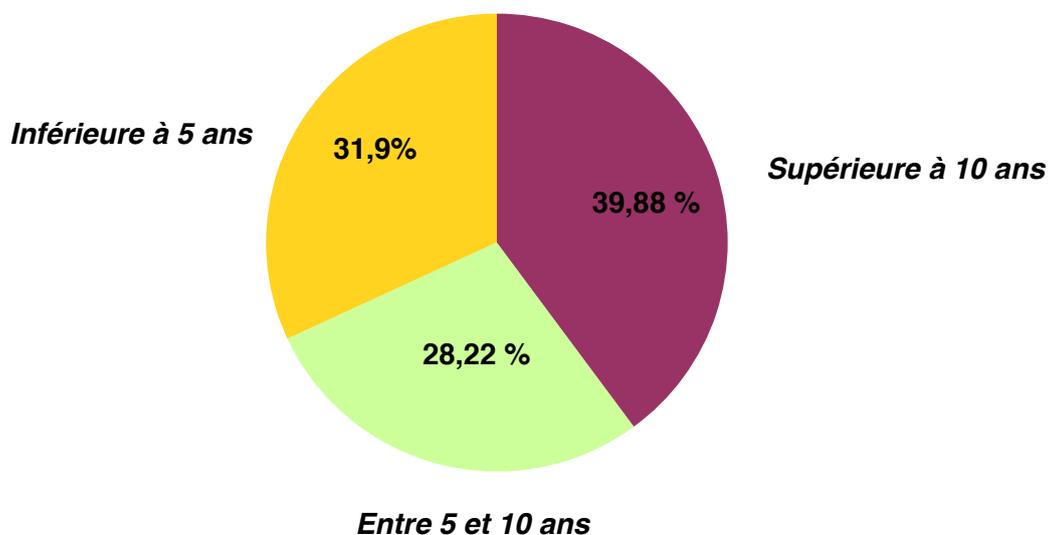
Cet effectif, bien que satisfaisant, ne permettra pas une extrapolation à la population générale des orthophonistes. Les résultats donneront donc seulement des tendances. Les diagrammes et calculs ont été réalisés sous Excel.

1. Profil professionnel des répondants

1.1. Expérience professionnelle

Question 1 : « Année de début de votre activité d'orthophoniste »

Les réponses varient de 1979 à 2017. Les jeunes diplômés (expérience inférieure à 5 ans) représentent 31,9% des répondants. 39,88% des répondants ont une expérience professionnelle supérieure à 10 ans.

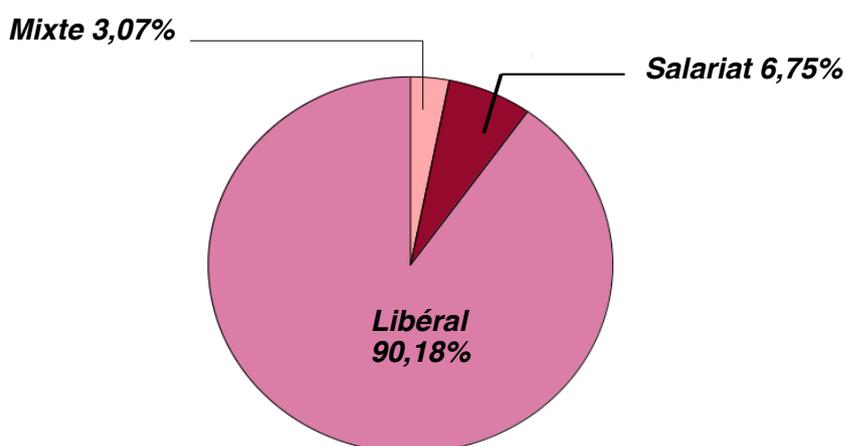


1.2. Mode d'exercice

Question 2 : « Précisez votre mode d'exercice actuel »

Une grande majorité des répondants exercent en libéral exclusif (90,18%). Les proportions de salariés et d'orthophonistes mixtes sont respectivement de 6,75% et 3,07%.

Notons que ces valeurs diffèrent des valeurs de la D.R.E.S.S. de 2017 où nous retrouvons 81,28% d'orthophonistes libéraux et mixtes et 18,72% de salariés. Cela confirme que les données recueillies auprès de notre échantillon ne pourront pas être généralisées.



1.3. Formation(s) complémentaire(s) suivie(s)

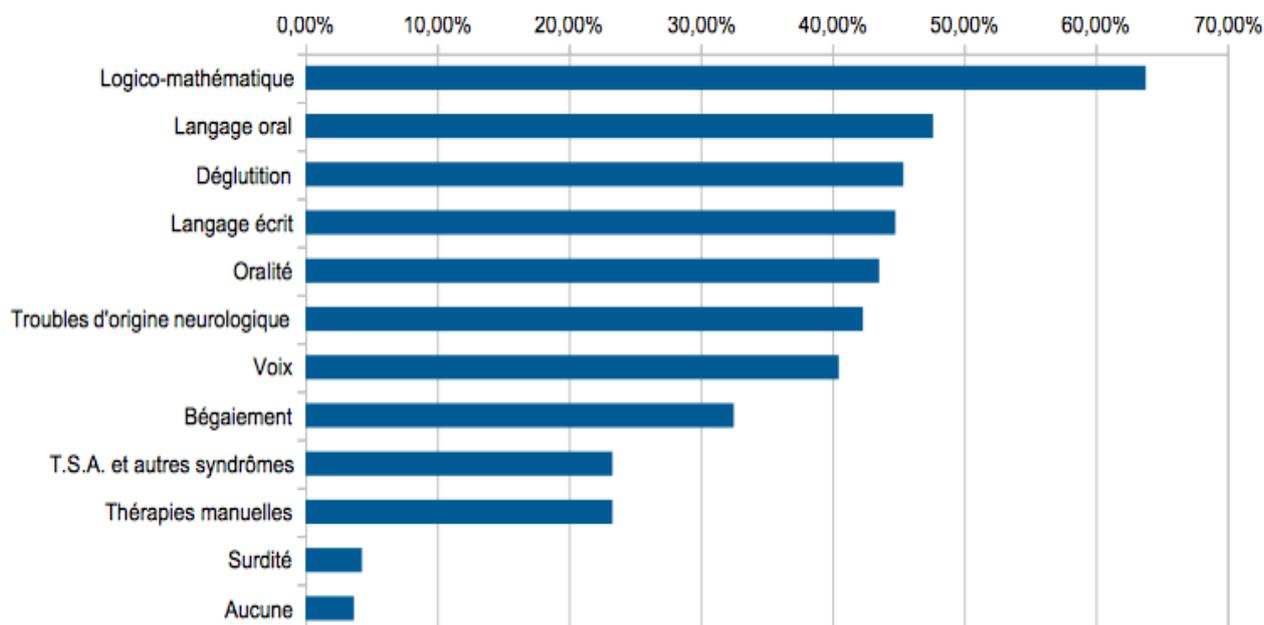
Question 3 : « Quelle(s) formation(s) complémentaire(s) avez-vous suivie(s) ? »

Les formations sont représentées sur le graphique ci-dessous de la plus fréquemment citée en haut, à la moins citée en bas.

Nous pouvons remarquer une nette supériorité du domaine « logico-mathématique » pour lequel plus d'un répondant sur 2 a suivi au moins une formation (63,80%). Plus d'un orthophoniste sur 3 s'est formé dans les domaines suivants : langage oral (47,65%), déglutition (45,40%), langage écrit (44,79%), troubles d'origine neurologique (42,33%) et voix (40,49%).

En fin de classement, nous retrouvons les formations concernant : le bégaiement (32,52%), les troubles du spectre autistique et les thérapies manuelles à égalité à 23,31% et enfin la surdité (4,29%).

Moins de 10% des répondants n'ont suivi aucune formation.



1.4. Le quotidien professionnel des orthophonistes interrogés

1.4.1. Catégories d'actes les plus fréquentes

Question 13 : « Classez ces actes selon leur fréquence dans votre quotidien professionnel sur une semaine-type. »

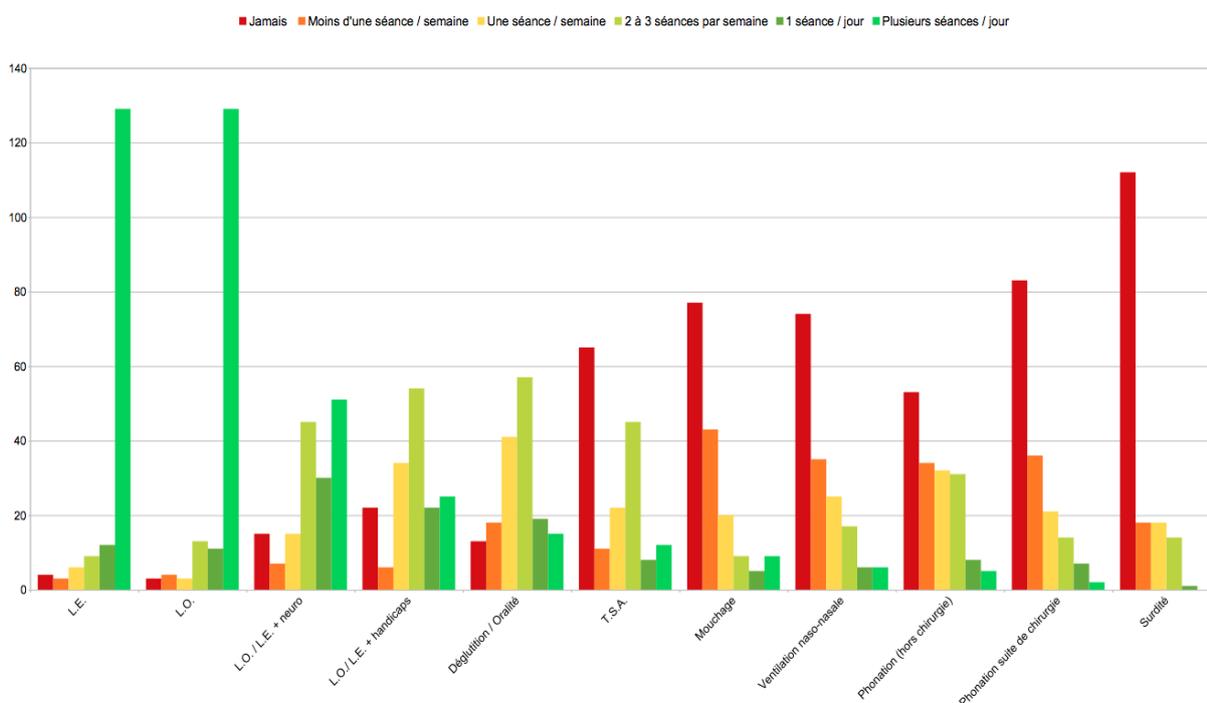
Pour cette question, le but était de voir quels domaines d'indications font le plus partie du quotidien des orthophonistes. Nous avons proposé de déterminer avec un curseur la fréquence de chaque sorte de rééducation sur une semaine-type. Les fréquences proposées étaient les suivantes :

- jamais
- moins d'une séance par semaine
- une séance par semaine
- 2 à 3 séances par semaine
- une séance par jour
- plusieurs séances par jour

Le diagramme (page suivante) présente les résultats obtenus. Plus la proportion de couleur dominante tire vers le vert, plus la classe d'actes est fréquente dans le quotidien orthophonique.

Pour simplifier la représentation graphique, les abréviations suivantes ont été utilisées :

- Troubles du langage écrit sans atteinte neurologique = « L.E. »
- Troubles du langage oral sans atteinte neurologique = « L.O. »
- Troubles du langage oral et/ou écrit avec atteinte neurologique ou neurodégénérative = « L.O. / L.E. + neuro »
- Troubles du langage oral et/ou écrit avec handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux = « L.O. / L.E. + handicaps »
- Troubles de la déglutition, de l'oralité = « Déglutition / Oralité »
- Troubles du spectre autistique = « T.S.A. »



Les actes les plus fréquents correspondent aux troubles du langage écrit et oral sans contexte neurologique (plus de 79% des orthophonistes estiment qu'ils réalisent plusieurs séances par jour pour chacune de ces indications).

Les indications communes avec l'ostéopathie que nous avons identifiées pourraient être incluses dans les domaines suivants : « Déglutition / Oralité » (pour déglutition atypique, troubles de l'oralité, otites moyennes séro-muqueuses, accompagnement des traitements orthodontiques), « Ventilation naso-nasale » (pour l'accompagnement des traitements orthodontiques également), « Phonation hors chirurgie » (pour les dysphonies dysfonctionnelles et l'insuffisance vélo-pharyngée fonctionnelle), « L.O. » (pour les troubles de l'articulation, le bégaiement), « Surdité » (pour les otites moyennes séro-muqueuses une nouvelle fois).

Nous pouvons ainsi observer qu'à part le domaine « L.O. » en 2^{ème} position au classement, les classes d'actes correspondants aux indications communes supposées avec l'ostéopathie sont relativement peu fréquentes dans le quotidien des orthophonistes :

- « Déglutition / Oralité » arrive en 5^{ème} position,
- « Ventilation naso-nasale » en 8^{ème} position,
- « Phonation hors chirurgie » en 9^{ème} position,
- « Surdité » en 11^{ème} position.

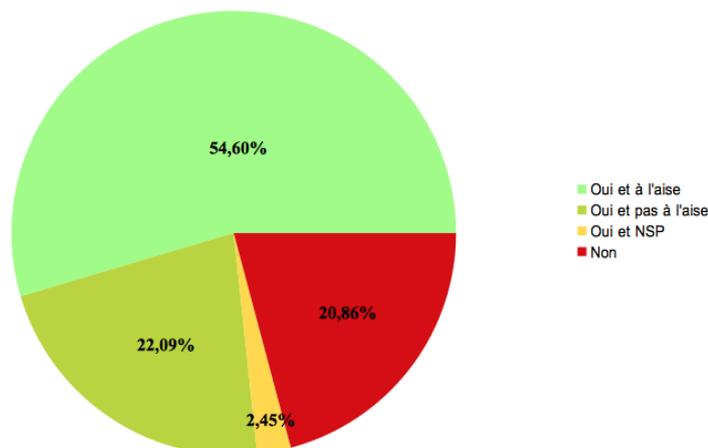
→ Ces résultats tendraient à aller dans le sens de l'hypothèse 2 selon laquelle les indications communes à l'orthophonie et l'ostéopathie ne seraient pas majoritaires dans le quotidien professionnel des orthophonistes interrogés. La position moyenne de ces indications étant la 7^{ème} sur 11. **Néanmoins, nous ne pouvons pas l'affirmer.** Nous en évoquerons les raisons dans la discussion de ce devoir (page 36).

1.4.2. Contact physique avec les patients

Question 5 : « Dans votre pratique quotidienne, êtes-vous amenés à toucher vos patients ? ». Il existait un embranchement conditionnel dans le questionnaire. Si la personne répondait « oui » à la question 5, elle accédait alors à la question 6 : « Lorsque vous devez toucher vos patients, êtes-vous à l'aise avec cela ? »

L'objectif des questions 5 et 6 était de savoir si les orthophonistes sont amenés à toucher leurs patients pendant leurs consultations et le cas échéant, s'ils sont à l'aise avec cela. Sur l'ensemble des répondants :

- 56,60% sont amenés à toucher leurs patients et sont à l'aise avec cela.
- **22,09% sont amenés à toucher leurs patients mais ne se sentent pas à l'aise.**
- 2,45% sont amenés à toucher leurs patients et ne se prononcent pas sur leur aisance.
- **20,86% ne touchent pas leurs patients soit 1 orthophoniste interrogé sur 5.**

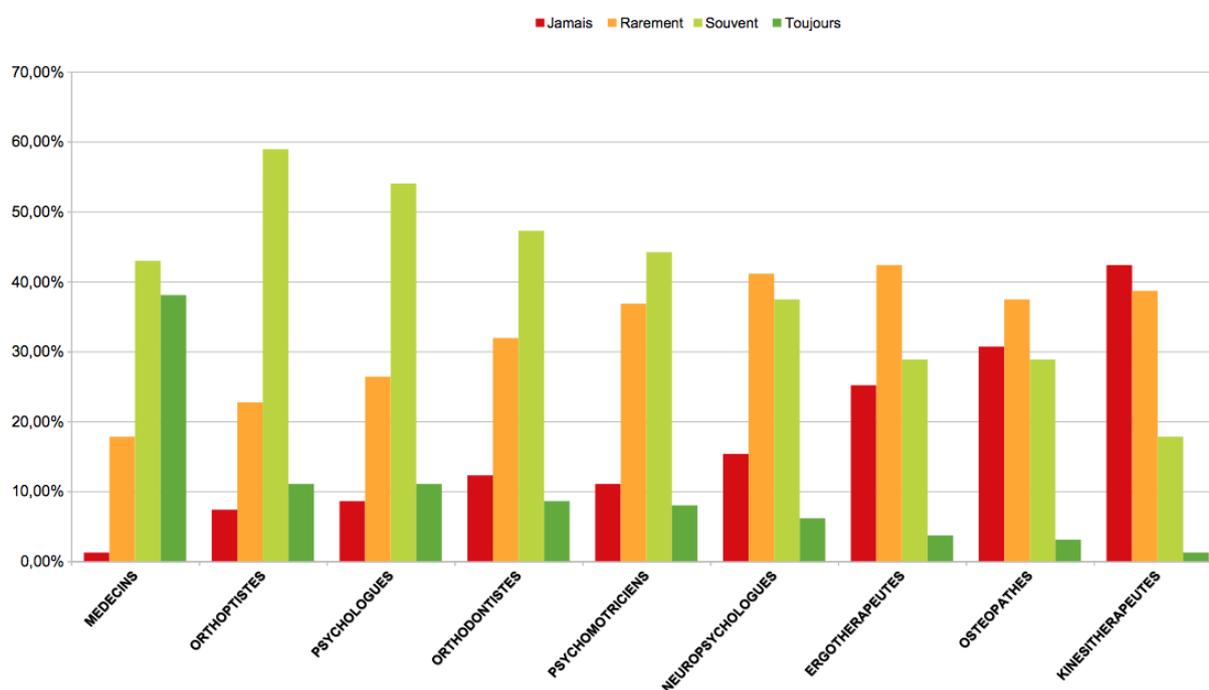


1.4.3. Collaborations professionnelles

Question 4 : « Avec quelle(s) profession(s) du domaine de la santé collaborez-vous ? »

Avec cette question, nous avons voulu intégrer les ostéopathes dans la liste des professionnels déjà proposés pour cette question dans l'étude de l'O.N.D.P.S. [1]. L'objectif est de vérifier si les orthophonistes collaborent et à quelle fréquence approximative avec les ostéopathes. Cela nous permet également de nous situer dans le panel de professions pouvant potentiellement collaborer avec les orthophonistes.

Les réponses proposées étaient « Jamais », « Rarement », « Souvent », « Toujours ». Les professions ont été ordonnées sur le graphique (page suivante) de gauche à droite, par ordre de fréquence de collaboration décroissante: de la collaboration la plus fréquente à la moins fréquente.



Sans surprise, les médecins, seuls professionnels prescripteurs de l'orthophonie, arrivent en tête du classement avec une proportion de « toujours » (38,03%) au moins 3 fois supérieure à celle de tout autre profession proposée.

Nous pouvons également remarquer que les deux professions manuelles : ostéopathes et masseurs-kinésithérapeutes sont les deux professions avec lesquelles les orthophonistes collaborent le moins souvent. Leurs pourcentages de « jamais » s'y rapportant sont respectivement de 30,67% et 42,33%.

→ **L'hypothèse 1 est vérifiée : les orthophonistes de notre étude collaborent peu avec les ostéopathes**

2. Les orthophonistes et l'ostéopathie

2.1. À titre personnel

Question 7 : « Avez-vous déjà consulté un ostéopathe à titre personnel ? »

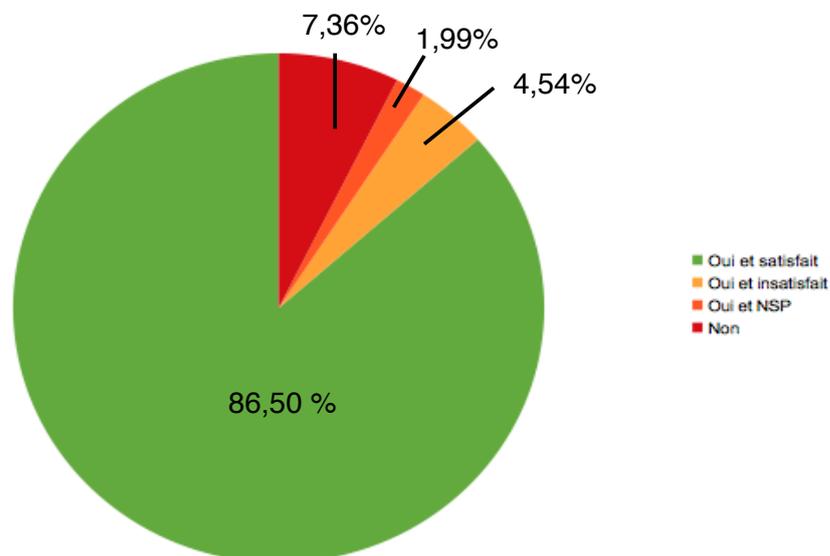
Question 8 (si oui à Q7) : « Étiez-vous satisfait(e) de sa prise en charge ? »

Question 10 (si non à Q7) : « Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais consulté d'ostéopathe ? »

Le but de cette partie est de savoir si nos répondants ont pu être influencés favorablement ou défavorablement dans leur rapport avec l'ostéopathie par le biais d'une consultation personnelle.

Plus de 9 répondants sur 10 ont déjà consulté un ostéopathe (92,64%) et 93,38% d'entre eux étaient satisfaits de sa prise en charge.

7,36% des répondants (12/163) n'ont jamais consulté d'ostéopathe. Dans la majorité des cas (66,67%) l'une des raisons invoquées est qu'ils n'ont pas ressenti le besoin d'en consulter un.



2.2. À titre professionnel

2.2.1. Connaissance de l'ostéopathie

- Question 11 : « Sur le plan professionnel, avez-vous déjà entendu parler ou été sensibilisé(e) à l'ostéopathie ? »

L'objectif de cette question est de savoir si les orthophonistes répondants ont été sensibilisés et si oui, dans quel cadre à l'éventuel intérêt d'une collaboration avec les ostéopathes. Nous utiliserons ces données lors du traitement des résultats à la question 12.

148 des 163 répondants ont déjà été sensibilisés à l'ostéopathie :

- 43,92% par un confrère,
- 40,54% en formation post-graduée,
- 37,84% lors d'une consultation personnelle,
- 22,97% lors de leur formation initiale,
- 13,51% en lisant la presse professionnelle,
- 4,05% en lisant la presse grand public.

Moins de 10% n'ont jamais été sensibilisés à l'ostéopathie.

- Question 12 : « Ces pathologies relèvent-elle selon vous de la compétence d'un ostéopathe ? »

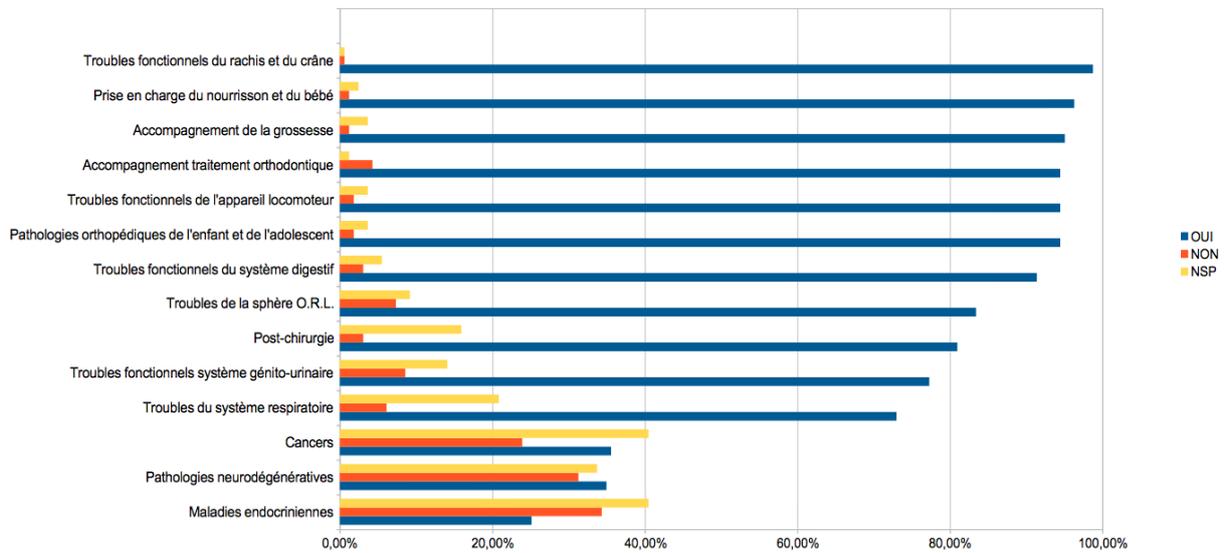
Le but de cette question est de tester la connaissance des indications de l'ostéopathie chez les orthophonistes. L'affichage des propositions de réponses se faisait de façon aléatoire afin de ne pas influencer les répondants. Nous avons considéré que sur les quatorze réponses proposées, les quatre propositions suivantes étaient des mauvaises réponses : « pathologies cardio-vasculaires », « pathologies neurodégénératives », « maladies endocriniennes », « cancers ». En effet, l'ostéopathe peut être amené à intervenir chez des patients souffrant d'une ou plusieurs de ces pathologies mais elles ne pourront pas constituer à elles-seules un motif de consultation sur lequel il pourrait avoir une quelconque action curative.

Dans l'ensemble du panel des répondants, plus de 80% estiment que les classes de pathologies ci-dessous relèvent de la compétence de l'ostéopathe :

- troubles fonctionnels du rachis et du crâne : 98,77%
- prise en charge (P.E.C.) du nourrisson et du bébé : 96,32%
- accompagnement de la grossesse : 95,09%

- accompagnement du traitement orthodontique : 94,48%
- troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur : 94,48%
- pathologies orthopédiques de l'enfant et de l'adolescent : 94,48%
- troubles fonctionnels digestifs : 91,41%
- troubles de la sphère O.R.L. : 83,44%
- suites d'intervention chirurgicale : 80,98%

À l'opposé, les mauvaises réponses ont, à juste titre, des proportions de « oui » bien inférieures comprises entre 24,54% et 35,58%.



→ **L'hypothèse 3 n'est pas validée : les orthophonistes semblent plutôt bien connaître notre champ de compétence. Nous ne pouvons donc pas affirmer que seule sa méconnaissance suffit à limiter la collaboration entre nos deux professions.**

La sensibilisation à l'ostéopathie a-t-elle un impact sur la connaissance des pathologies relevant de l'ostéopathie ? Afin d'étudier cela, nous avons réalisé les deux tableaux suivants sous Excel.

	Non sensibilisés à l'ostéopathie			Sensibilisés à l'ostéopathie				
	Types de pathologies	OUI	NON	NSP	Types de pathologies	OUI	NON	NSP
<50% de OUI	Maladies endocriniennes	13,33%	40,00%	46,67%	Pathologies cardio-vasculaires	22,97%	33,11%	43,92%
	Cancers	13,33%	33,33%	53,33%	Maladies endocriniennes	26,35%	33,78%	39,86%
	Pathologies neurodégénératives	26,67%	33,33%	40,00%	Pathologies neurodégénératives	35,81%	31,08%	33,11%
	Pathologies cardio-vasculaires	40,00%	20,00%	40,00%	Cancers	37,84%	22,97%	39,19%
50% < OUI < 90%	Accompagnement traitement orthodontique	73,33%	20,00%	6,67%	Système respiratoire	72,30%	6,08%	21,62%
	Système respiratoire	80,00%	6,67%	13,33%	Troubles fonctionnels système génito urinaire	77,03%	7,43%	15,54%
	Troubles fonctionnels système génito urinaire	80,00%	20,00%	0,00%	Post-chirurgie	81,08%	2,03%	16,89%
	Post-chirurgie	80,00%	13,33%	6,67%	Troubles de la sphère ORL	83,78%	6,76%	9,46%
	Troubles de la sphère ORL	80,00%	13,33%	6,67%				
OUI > 90%	Pathologie orthopédique de l'enfant et de l'adolescent	93,33%	6,67%	0,00%	Troubles fonctionnels du système digestif	90,54%	3,38%	6,08%
	Troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur	93,33%	0,00%	6,67%	l'adolescent	94,59%	1,35%	4,05%
	PEC du nourrisson et du bébé	93,33%	0,00%	6,67%	Troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur	94,59%	2,03%	3,38%
	Troubles fonctionnels du rachis et du crâne	93,33%	6,67%	0,00%	Accompagnement de la grossesse	94,59%	1,35%	4,05%
	Troubles fonctionnels du système digestif	100,00%	0,00%	0,00%	Accompagnement traitement orthodontique	96,62%	2,70%	0,68%
	Accompagnement de la grossesse	100,00%	0,00%	0,00%	PEC du nourrisson et du bébé	96,62%	1,35%	2,03%
					Troubles fonctionnels du rachis et du crâne	99,32%	0,00%	0,68%

Nous comparons ainsi les groupes suivants :

- « non sensibilisés à l'ostéopathie » d'effectif n=15 (personnes ayant répondu « Jamais » à la question 11)
- « sensibilisés à l'ostéopathie » d'effectif n=158.

Les résultats dans les tableaux sont organisés en 3 sous-groupes, classés en fonction des pourcentages de « oui » obtenus, pour plus de commodité visuelle. Globalement, la répartition des différentes indications potentielles reste la même entre les deux groupes « non sensibilisés » et « sensibilisés ».

Néanmoins, nous avons fait figurer en surlignage jaune l'item « accompagnement de traitement orthodontique » qui est le seul à changer de sous-groupe entre les deux échantillons. Après calculs, il s'avère que pour cette indication $p = 0,0045 < 0,005$. La sensibilisation à l'ostéopathie modifie donc de façon significative la connaissance de l'indication de l'ostéopathie dans l'accompagnement des traitements orthodontiques chez les orthophonistes interrogés.

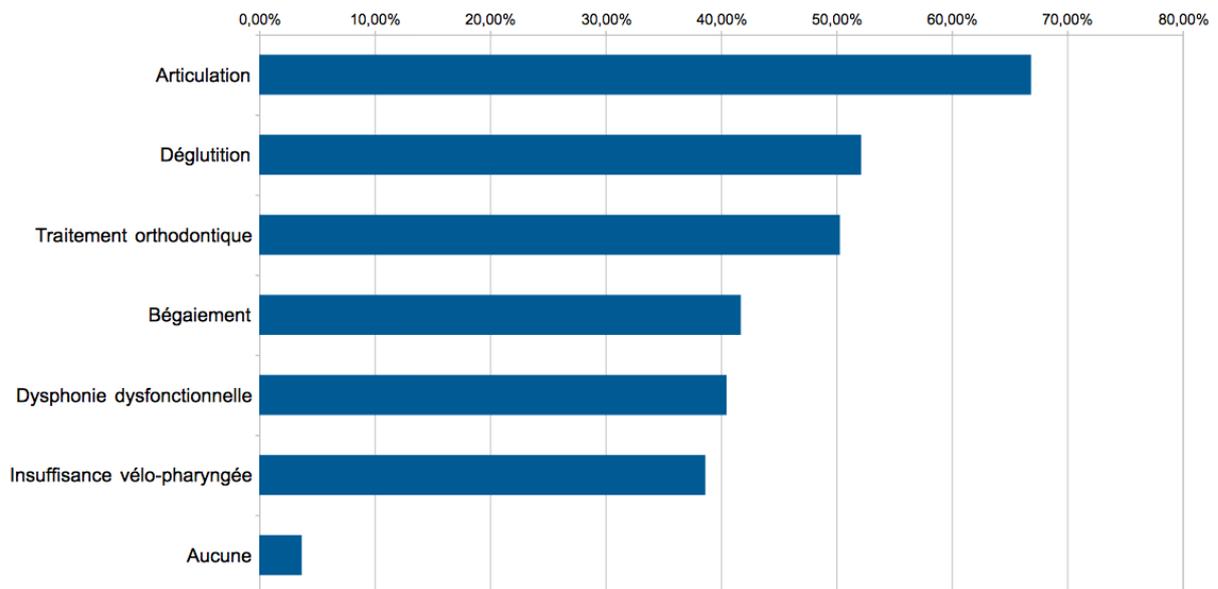
2.2.2. Liens avec l'exercice quotidien des orthophonistes

* Question 14 : « Parmi ces pathologies (toute cause neurologique exclue) : pour lesquelles vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés ou d'être insuffisamment satisfait(e) du résultat ?

Ci-dessous, les proportions de « oui » sur 163 répondants pour chaque proposition :

- Troubles de l'articulation: 66,87%
- Troubles de la déglutition : 52,15%

- Accompagnement de traitement orthodontique : 50,31%
- Bégaiement : 41,72%
- Dysphonie dysfonctionnelle : 40,49%
- Insuffisance vélo-pharyngée fonctionnelle : 38,65%
- Aucune : 3,68%



92,32% des orthophonistes interrogés rencontrent des difficultés dans au moins une des indications que nous avons identifiées comme pouvant potentiellement relever de l'ostéopathie.

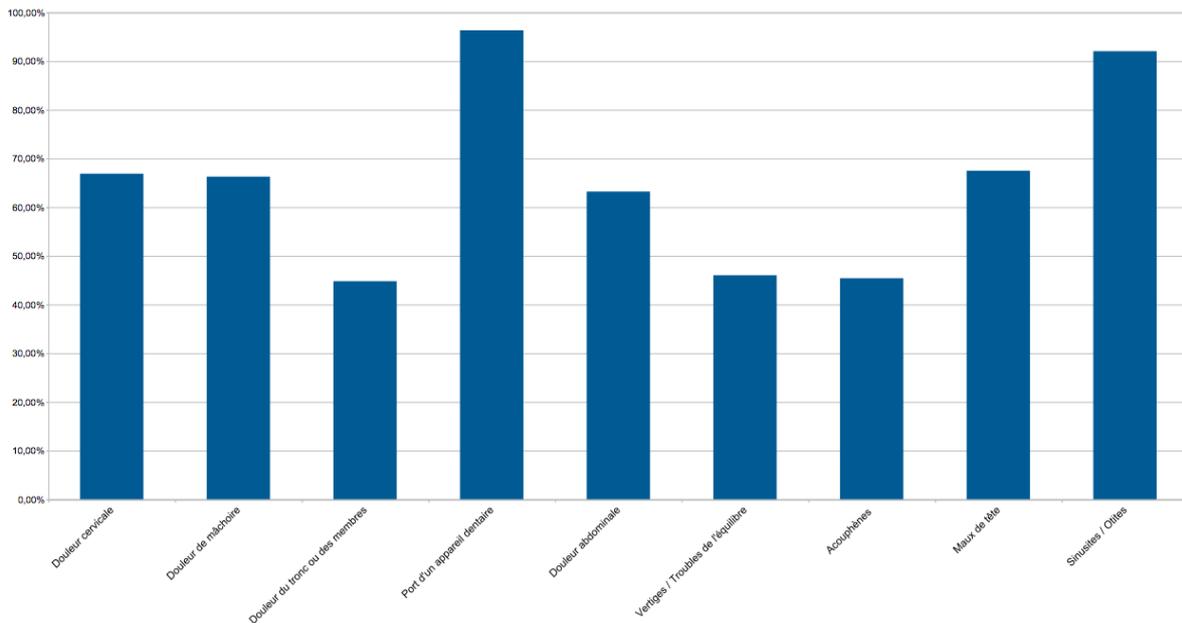
- Question 15 : « Durant vos consultations, vos patients vous ont-ils déjà fait part des signes suivants ? »

Le but de cette question est de savoir si les orthophonistes peuvent être des professionnels dont les patients sont potentiellement orientables vers un ostéopathe.

Ci-dessous, les proportions de « oui » sur 163 répondants pour chaque proposition :

- Douleurs cervicales: 66,87%
- Douleurs ou craquements dans la mâchoire : 66,26%
- Autres douleurs du tronc ou des membres : 44,79%

- Port d'un appareil dentaire : 98,32%
- Douleurs abdominales, troubles du transit, reflux gastro-oesophagien : 63,19%
- Vertiges , troubles de l'équilibre : 46,01%
- Acouphènes : 45,40%
- Maux de tête : 67,48%
- Sinusites / Otites récidivantes : 92,02%



2.2.3. Orientation vers l'ostéopathe

* Question 16 : « Pourriez-vous conseiller à l'un de vos patients de consulter un ostéopathe ? »

Question 17 (si oui Q16) : « Conseilleriez-vous l'ostéopathie comme : un soin complémentaire au traitement orthophonique /Une alternative en cas d'échec de votre traitement / Autre ? »

Question 18 (si oui Q16) : « Qu'attendez-vous de l'ostéopathie ? La disparition des symptômes du patient / Une optimisation de votre prise en charge (en vitesse, en efficacité) / Autre ? »

Sur les 163 répondants, 155 pourraient conseiller à leurs patients de consulter un ostéopathe, soit **96,88%**. Une grande partie d'entre eux considère le soin ostéopathique comme un soin complémentaire à leur traitement orthophonique (93,55%) et seulement 3,23% comme une alternative en cas d'échec de leur traitement. Dans la même logique, 89,24% (n=141) attendent que le recours à l'ostéopathie optimisent leur prise en charge alors que 16,46% (n=26) espèrent une disparition des symptômes du patient. Nous précisons que dans ces pourcentages sont inclus 18 répondants qui ont coché les deux propositions.

** Question 20 (si non Q16) : « Quels sont le(s) frein(s) vous empêchant d'orienter d'éventuels patients vers un ostéopathe ? »*

5 des 163 orthophonistes de notre enquête ne conseilleraient pas à leurs patients de consulter un ostéopathe, soit 3,07%. Les raisons évoquées sont les suivantes :

- la non-connaissance de ce que fait un ostéopathe : 40%
- le manque de reconnaissance scientifique de la profession : 40%
- le répondant ne voit pas le rapport avec sa pratique professionnelle : 20%
- l'ostéopathe n'est pas toujours un professionnel de santé : 20%
- le tarif de la séance d'ostéopathie : 20%
- le répondant ne connaît pas d'ostéopathe : 20%

Ces résultats sont donnés uniquement à titre indicatif, mais étant donné le faible effectif de répondants concernés par cette question, ils ne sont pas généralisables.

DISCUSSION

1. Participation – puissance de l'échantillon

La diffusion du questionnaire via les groupes de réseaux sociaux nous a permis de récolter 201 réponses en 7 jours. Une fois ce seuil atteint, nous avons décidé de clôturer le lien de façon anticipée (le 25/06/2018 au lieu du 07/07/2018) pour faciliter le traitement des données. Nous avons pu observer un fort pic de réponses pendant les 24 premières heures de diffusion : 160 répondants au 19/06/2018. Puis nous avons constaté une relative stagnation jusqu'au 24/06/2018, où une nouvelle mise en avant du questionnaire sur les réseaux sociaux a été effectuée (25 répondants supplémentaires en 24 heures).

Si nous considérons les 13 150 inscrits sur les deux groupes sur lesquels le lien a été diffusé, le taux théorique de participation à notre étude est de 1,53%. Seulement, nous ne connaissons ni le nombre de membres actifs sur ces réseaux pendant la période de l'étude, ni le nombre d'orthophonistes exerçant à l'étranger présents sur ces réseaux mais qui étaient exclus de l'étude. Le taux de participation est donc certainement un peu plus élevé.

D'un autre côté, la réactivité des répondants et les mails que nous avons reçus pour obtenir les résultats de notre étude, témoignent de l'existence d'un intérêt envers le thème de la collaboration entre nos deux professions. Il est donc **difficile de conclure quant à l'intérêt que portent les orthophonistes à notre travail** et indirectement à l'ostéopathie. De plus, comme nous le supposons dans nos limites méthodologiques (page 21), les résultats tendent à confirmer l'existence d'un biais de volontariat. Notre échantillon semble vraiment bien connaître les indications de l'ostéopathie et présentait donc certainement un intérêt particulier pour le sujet.

Le faible taux de participation apparent renforce le fait que notre échantillon ne permet pas d'extrapoler les résultats à la population générale des orthophonistes : la répartition des modes d'exercice des répondants, de leur expérience professionnelle diffèrent des données recueillies par la D.R.E.E.S. au niveau national.

2. Arguments issus de l'enquête en faveur de la collaboration orthophonistes-ostéopathes

Certains éléments sont encourageants pour la mise en place de prises en charge conjointes entre les orthophonistes et les ostéopathes :

- une faible majorité (54%) des orthophonistes interrogés sont amenés à toucher leurs patients et sont à l'aise avec cela. De plus, seulement un orthophoniste sur quatre a suivi une formation en thérapies manuelles, ce qui laisse à l'ostéopathe toute sa légitimité et sa singularité pour intervenir dans ce cadre.
- 86,50% des orthophonistes interrogés ont consulté un ostéopathe et étaient satisfaits de sa prise en charge ce qui augure d'une opinion plutôt favorable sur notre profession.

- les orthophonistes répondants rencontrent des difficultés dans les indications que nous avons définies comme communes avec l'ostéopathie.
- les patients des orthophonistes interrogés leur ont déjà fait part de signes pouvant être des motifs de consultations ostéopathiques mais encore faut-il que ces signes soient détectés comme tels et que les patients puissent être conseillés.

3. Limites à la collaboration orthophonistes-ostéopathes

Notre enquête confirme qu'actuellement, les **orthophonistes interrogés collaborent peu avec les ostéopathes** (hypothèse 1). Nous avons tenté d'expliquer ce phénomène en vérifiant les hypothèses 2 et 3.

→ L'hypothèse 2 reste problématique. En effet, nous cherchions à savoir si les indications communes aux orthophonistes et aux ostéopathes étaient fréquentes ou pas dans le quotidien professionnel des orthophonistes. Seulement après réflexion, la classification utilisée pour les propositions de réponses à la question 13, nous semble trop imprécise pour nous permettre de conclure. L'utilisation de larges classes d'actes permettait d'avoir une idée globale sur l'activité orthophonique au quotidien et avait l'avantage de ne pas trop allonger le temps de réponse au questionnaire. Mais parfois, certaines pathologies peuvent être incluses dans deux classes différentes.

De plus, des pathologies non concernées par notre hypothèse (troubles logico-mathématiques par exemple) sont également incluses dans ces classes. Ainsi quand une catégorie d'actes est largement représentée, nous ne pouvons pas affirmer que cela vient uniquement des pathologies appartenant aux indications supposées communes à nos deux professions.

Enfin, c'est également au niveau de cette question que la plupart des questionnaires incomplets exclus de l'étude s'arrêtaient. Cela traduit peut-être que la question était mal formulée malgré le calibrage du questionnaire.

→ L'hypothèse 3 relative à la méconnaissance de notre champ de compétences par les orthophonistes a, quant à elle, été infirmée. En effet, contrairement à notre postulat de départ, nous avons pu constater que :

- les indications pour lesquelles l'ostéopathe peut avoir une action mécanique sur la cause de la symptomatologie des patients sont généralement mises en valeur par plus de 80% des répondants.
- à l'inverse, pour les indications où notre action ne peut être qu'au mieux symptomatique ou palliative, l'opinion des orthophonistes interrogés semble beaucoup moins franche.

De ce fait, nous ne pouvons pas considérer que ce soit une raison suffisante pour limiter à elle-seule la collaboration entre nos deux professions. Cette limitation est donc certainement d'étiologie **multifactorielle**.

4. Quelques réflexions

Étant donné que les indications de l'ostéopathie semblent connues dans les grandes lignes, peut-être faudrait-il que notre profession communique plus précisément et sur d'autres éléments. Parmi les réponses à la question ouverte numéro 19, sur les attentes à propos de la relation avec un ostéopathe, plusieurs thèmes sont récurrents et peuvent nous donner des pistes pour avancer vers une collaboration efficace. Les orthophonistes interrogés attendent :

- de pouvoir mieux repérer ce qui est du ressort de l'ostéopathe et ainsi orienter de façon judicieuse leurs patients. À cet effet, il pourrait être intéressant de développer **un guide** à leur attention, ciblé sur leur quotidien professionnel. Au-delà des indications ou des éventuels symptômes à repérer, il conviendrait aussi de préciser quelles peuvent être les limites de l'ostéopathe et de son champ de compétences (lésions irréversibles, résistances psychologiques des patients, etc...).
- de comprendre ce que nous faisons et comment nous agissons sur les troubles relevant de l'orthophonie. Ce second thème nécessitera certainement que les ostéopathes s'entendent sur ces questions afin d'harmoniser leurs discours parfois discordants et de mettre en valeur l'intérêt de leur intervention.

Les notions de « travail en équipe », de « complémentarité » ou encore d'« échange » sont également présentes. Pour répondre à ces attentes, un simple retour systématique par courrier ou par téléphone au professionnel de santé qui nous a envoyé un patient pourraient déjà être un bon début. Mais peut-être pourrions-nous proposer plus ? Certaines professions, même en libéral, se réunissent pour échanger sur leurs prises en charges. Il pourrait être judicieux de mettre en place des réunions avec les orthophonistes et les autres professionnels de santé exerçant près de nos cabinets dans ce but. Cela paraît d'autant plus justifié que l'un des principaux écueils des orthophonistes dans l'étude de l'O.N.D.P.S. était la « solitude ».

Néanmoins, de notre propre avis, un véritable travail d'équipe n'est possible qu'à condition que les échanges se fassent dans les deux sens : des orthophonistes vers les ostéopathes et inversement. Mais lorsque nous lisons les commentaires des répondants, nous nous interrogeons sur ce point. Le terme de « retours » est récurrent et renvoie à la notion suivante : certains orthophonistes semblent se positionner spontanément comme point de départ de la collaboration avec les ostéopathes. Or ces orthophonistes ont-ils conscience du potentiel intérêt d'un travail structurel en amont de leur rééducation ? Imaginent-ils ne pas être systématiquement le point de départ de la collaboration orthophonistes-ostéopathes ? Les difficultés des ostéopathes à être intégrés et reconnus comme de véritables professionnels du domaine de la santé auprès des patients, du monde médical et au niveau législatif ne sont pas étrangères à la représentation sociale de notre profession. Cet enjeu, bien qu'ayant connu de récentes évolutions³⁹, reste encore d'actualité.

Pour permettre une collaboration de qualité, il faudra donc que chaque intervenant soit pleinement conscient de son identité professionnelle mais aussi de celles des autres. Un guide de la H.A.S.⁴⁰ précise que lorsque des prises en charges multidisciplinaires se mettent en place, c'est une source de craintes et de résistances. En effet, les professionnels peuvent

³⁹ Décret du 20 juillet 2016 : les ostéopathes sont désormais habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé les informations à propos de patients dans le cadre du secret professionnel.

avoir peur d'être dépossédés de « leurs » patients. Il convient de préciser que les orthophonistes de notre enquête ne semblaient pas voir l'ostéopathe comme un concurrent mais il pourrait être intéressant d'étudier plus précisément si l'évolution de la représentation sociale de l'ostéopathe chez les professionnels de santé suit ou éventuellement devance les avancées législatives.

Toujours dans les réponses à la question 19, les notions « d'échange », de « retours » sur la prise en charge des patients pourraient laisser sous-entendre que de précédentes expériences de collaboration n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes des orthophonistes interrogés. Ainsi, il pourrait être judicieux d'étudier comment communiquent les ostéopathes avec les autres professionnels du domaine de la santé. D'ailleurs, pour avoir un aperçu complet des aspects pouvant limiter la collaboration entre nos deux professions, il sera indispensable de **prendre en compte le point de vue des ostéopathes et de le confronter à celui des orthophonistes.**

40 H.A.S., Coopération entre professionnels de santé – Guide méthodologique, [document électronique], Tome 1, juillet 2010 – consulté le 26/06/2018 sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome1_21072010_2010-09-03_14-07-15_44.pdf

CONCLUSION

Les ostéopathes n'ont pas toujours eu des rapports faciles avec les autres intervenants du domaine de la santé. De plus en plus plébiscités par les patients, les ostéopathes ont du évoluer et faire valoir peu à peu leur place dans le système de santé.

Leur large champ de compétences comprend des indications communes avec les professionnels de santé reconnus et notamment avec les orthophonistes. Les relations entre nos deux professions sont peu étudiées. Nous en avons donc fait l'objet de ce T.E.R. en tentant d'analyser l'état de leur collaboration du point de vue des orthophonistes.

Si les indications de consultation peuvent être communes dans le cadre des traitements orthodontiques par exemple, les approches des deux professions font appel à des modèles différents. L'abord fonctionnel de l'orthophonie et l'abord structurel de l'ostéopathie, bien que singuliers, n'en sont pas moins complémentaires lorsque nous considérons la relation structure \square fonction. Cet aspect théorique mériterait néanmoins d'être confirmé ou infirmé par de nouvelles études cliniques.

Sur le plan pratique, la collaboration entre les orthophonistes interrogés et les ostéopathes semble peu développée par rapport aux autres professionnels de santé. La représentativité de notre échantillon étant insuffisante pour affirmer quelles en sont les causes exactes, nous n'avons pu dégager que des pistes à étudier ultérieurement pour préciser les limites à cette collaboration :

- fréquence des indications communes insuffisante dans le quotidien professionnel des orthophonistes,
- méconnaissance de l'action des ostéopathes,
- manque de communication entre les deux professions, ...

D'autres données viennent quant à elles encourager la collaboration entre nos deux professions :

- les orthophonistes interrogés éprouvent des difficultés dans les indications communes avec l'ostéopathie,
- environ 42% des orthophonistes interrogés n'ont pas de contact tactile avec leurs patients ou ne sont pas à l'aise lorsqu'ils y sont confrontés,
- les patients des orthophonistes interrogés leur ont déjà fait part de symptômes pouvant relever d'une consultation chez un ostéopathe.

La mise en place d'une collaboration dans le respect de chacune des professions nécessite une bonne connaissance de tous les aspects du problème. Cela prend et prendra sans doute encore du temps mais nous ne doutons pas que l'intérêt central pour la santé de nos patients permettra à nos deux professions de développer un partenariat enrichissant pour les uns comme pour les autres.

BIBLIOGRAPHIE

Les références sont classées par ordre d'apparition dans le texte

1. ONDPS, Étude sur le métier d'orthophoniste, [document électronique], 2011, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf, consulté le 09/03/2018.
2. GRIMAUD E., Médecins et ostéopathes : des rapports difficiles. Éléments d'analyse de la situation, [document électronique], Bretagne Ostéopathie, 2014, page 32, <https://www.bretagne-osteopathie.com/ifso/travaux-etudiants-promo4.html>, consulté le 10/03/2018.
3. LENORMAND C., L'ostéopathe : un (simple) vertébro-thérapeute ?, Bretagne Ostéopathie, 2017, page 6.
4. RUELOU M., Enquête sur le rapport des internes en médecine générale avec l'ostéopathie, Bretagne Ostéopathie, 2017, pages 7-8.
5. F.N.O., « Qu'est-ce que l'orthophonie ? », [document électronique], <http://www.fno.fr/lorthophonie/lorthophonie-et-les-orthophonistes/quest-ce-que-lorthophonie-2/>, consulté le 10/05/2018.
6. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Annexe 1 – Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activité, BO, n°32, 05/09/2013, [document électronique], http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf, consulté le 23/10/2018.
7. Articles L4341-1 à L4341-9 et R4341-1 à R4341-4 du Code de la Santé Publique
8. Article 126 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 10/05/2018
9. MOURANCHE A., Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique, 03/06/2004, [document électronique], http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2004_MOURANCHE_ALICE.pdf, consulté le 10/05/2018.
10. Loi n° 64-699 du 10 juillet 1964 relative aux professions d'orthophoniste et d'aide-orthoptiste, JORF du 11 juillet 1964, n°0161, p 6174
11. Journal Officiel de la République Française, Avenant n°16 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'Assurance Maladie signée le 31/10/1996, 26/10/2017, n°0251, texte n°127.
12. DREES, Effectif des orthophonistes en 2017, [document électronique], <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3199>, consulté le 26/04/2018.
13. DREES, Les dépenses de santé en 2016, 2017, [document électronique], http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf, consulté le 10/05/2018.

14. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, Référentiel d'Activités et de Compétences, Bulletin Officiel – Protection Sociale – Solidarité, n° 2014/11, 15/12/2014, page 7.
15. Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie publié au Journal Officiel de la République Française n°73 du 27 mars 2007 - Texte n°20.
16. LAPERTOSA G., Quelle médecine ? Les médecines dans le Monde – La médecine manipulative, Editions Etiosciences SA, Genève, 1987, 151 pages.
17. MARIEB E. N., Anatomie et physiologie humaines, Pearson Education, Paris, 6ième édition, 2005, 1288 pages.
18. BARRY C., FALISSARD B., Évaluation de l'efficacité pratique de l'ostéopathie, INSERM, 30/04/2012.
19. TERRAMORSI J-F., Ostéopathie Structurale – Lésion structurée – Concepts structurants, Éditions Éoliennes, Bastia, 2013, 415 pages.
20. LAUTROU A., Croissance et morphogenèse du squelette cranio-facial – Applications en orthopédie dento-faciale – Les conceptions de J. Delaire, *L'orthodontie Française*, mars 2002, n°1, vol 73, pages 5-18.
21. CAPS LUKOWIAC C, Contribution à la prévention des troubles associés structuraux et fonctionnels de la sphère orofaciale chez l'enfant en cours de croissance, Thèse soutenue publiquement le 19/12/2007, consultée à la BU de Nancy le 10/05/2018.
22. MOSS M.L., The fonctionnal matrix hypothesis revisited, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* , n°112 (1), juillet 1997, p8-11.
23. PARRIAUX C., POIROT E. Contribution expérimentale à l'étude d'une classification chronologique des phénomènes kinétiques propres à l'acquisition de l'ingestion alimentaire chez l'enfant, Th: Faculté Dentaire Nancy 1, 1990, 168 pages.
24. DE BIOURGE A., Treatment of prognathism and protrusion of the lower alveolar process, *L'Orthodontie Française*, 23/11/1964, n°35, p35-42.
25. LANDOUZY J-M et al, La langue : déglutition, fonctions oro-faciales, croissance crânio-faciale, *International Orthodontics*, 2009, n°7, p227-256.
26. ROUVIERE H. Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle, Tome 1 : Tête et cou, Elsevier Masson, Paris, 2002, 688 pages.
27. BOUDEHEN G., Protocole de soins ostéopathiques du bébé et de l'enfant, Editions Sully, Paris, 2016, 351 pages.
28. BOULA DE MAREUIL C., Orthophonie Ostéopathie Orthodontie - Une approche holistique de la déglutition dysfonctionnelle et de ses conséquences, Mémoire pour l'Université de Nice Sophia Antipolis, 2011, p 140-141.
29. COCHEMÉ G., Analyse subjective de l'impact de la thérapie manuelle en orthophonie, Mémoire pour l'Université Claude Bernard – Lyon, 06/07/2006.
30. BAUDE C., LACAILLE DESSE F., Apport et utilisation de la thérapie manuelle en rééducation orthophonique de l'enfant, Mémoire pour l'Université Claude Bernard – Lyon, 03/07/2008.

31. TOURAND M., Intérêt d'une prise en charge complémentaire en ostéopathie dans le cadre de dysphonies fonctionnelles, Mémoire pour l'IDO Paris, 2016.
32. NICARD C., Intérêt d'un traitement ostéopathique sur les patients ayant un trouble vocal, Mémoire pour le Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie, 2016.
33. Avenant n°16 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les orthophonistes et l'Assurance Maladie signée le 31/10/1996, [document électronique], https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2017/07/ns20170725_fno_explicatif_avenant_16.pdf, consulté le 01/07/2018.
34. Sondage Opinion Way, pour le Syndicat Français Des ostéopathes, [document électronique], 2014, <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/document/1417-communique-de-presse-sondage-opinion-way-sfdo.pdf>, consulté le 01/07/2018.
35. DUBOIS T. et al, Douleurs en cabinet d'ostéopathie : étude prospective descriptive des motifs de consultations des patients consultant en cabinet d'ostéopathie ; *Douleurs Evaluation -Diagnostic-Traitement*, n°13, Supplément 1, A59-A60.
36. COTTON G., Occlusodontologie et Orthodontie, [document électronique], *Virtual Journal of Orthodontics*, Dr Gabriele Floria Editor, publié le 10/12/1996 – consulté sur www.vjo.it/wp-content/uploads/2010/09/occluf.pdf le 20/07/2018.
37. H.A.S., Fiche pertinence des soins – Pose d'aérateurs transtympaniques dans l'otite moyenne séro-muqueuse chronique bilatérale chez l'enfant, [document électronique], mars 2017 – consulté sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-04/dir1/rapport_app-17_fiche_pertinence_att_cd_2017_03_22_vfinale.pdf le 20/07/2018.
38. BAUGAS E., Thèse : Profils et motivations des patients consultant en ostéopathie, Université de Nantes, 2013, soutenue publiquement le 10/10/2013.
39. Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre les professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès sur l'information de santé à caractère personnel. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSZ1606470D/jo/texte> consulté le 26/06/2018.
40. H.A.S., Coopération entre professionnels de santé – Guide méthodologique, [document électronique], Tome 1, juillet 2010 – consulté le 26/06/2018 sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome1_21072010_2010-09-03_14-07-15_44.pdf

ANNEXES

1. Sommaire des annexes

1. Sommaire des annexes	44
2. Annexe 1 : Définitions des indications communes à l'orthophonie et à l'ostéopathie	45
3. Annexe 2 : Questionnaire	49
4. Annexe 3 : Tableaux de résultats	61
5. Bibliographie des annexes	72

2. Annexe 1 : Définitions des indications communes à l'orthophonie et l'ostéopathie ⁴¹

1. Troubles de l'articulation d'origine fonctionnelle :

L'articulation est l'ensemble des mouvements des organes de la parole (voile du palais, langue, lèvres, mâchoire) qui modifient la forme des cavités sus-laryngées en déterminant des strictions de localisations différentes.

Un trouble de l'articulation est une erreur permanente et systématique dans l'exécution des mouvements qu'exige la production d'un phonème. Cette erreur détermine un bruit faux qui se substitue au bruit de la consonne ou de la voyelle normalement émise. Lorsqu'aucun facteur physique, sensoriel ou autre n'est identifié, on parle de trouble de nature fonctionnelle.

2. Déglutition atypique

Terme utilisé pour décrire la déglutition non adaptée de l'enfant (vers 9-10 ans mais parfois plus tôt) ou de l'adulte. La déglutition atypique s'effectue soit :

- avec l'appui de la pointe de la langue contre les incisives supérieures : appui rétro-incisif supérieur,
- à la jonction entre les incisives supérieures et inférieures : appui bi-réto-incisif
- par interposition de la pointe de la langue
- par interposition de toute la partie antérieure de la langue.

Lorsque les bords latéraux de la langue s'interposent entre les arcades dentaires, il n'y a pas d'occlusion molaire. La partie postérieure de la langue peut difficilement s'élever, et on observe souvent une hypoesthésie du fond de la gorge accompagnée d'une absence de réflexe nauséux.

Les malpositions linguales dans les troubles de la déglutition peuvent également se manifester au niveau de l'articulé dentaire ou au niveau de l'articulation. Elles entrent parfois dans un contexte global de dysfonctionnements touchant l'ensemble de la sphère O.R.L., avec une respiration buccale exclusive et éventuellement des troubles de la perméabilité tubaire.

⁴¹ BRIN F. et al, Dictionnaire d'Orthophonie, Ortho Édition, 1997, 228 pages.

3. Dysphonies dysfonctionnelles ⁴²

Une dysphonie est une altération des caractéristiques de la voix (timbre, intensité, fréquence) limitant les performances vocales. Elle peut être associée à une sensation de difficulté d'émission des sons. Cette altération est consécutive à une perturbation de la fonction vocale.

La fonction vocale est normalement assurée par différents organes effecteurs : larynx, cordes vocales, résonateurs (cavités sus-laryngées) et organes de l'articulation (langue, lèvres, voile du palais, mâchoire) et des centres de contrôles kinesthésiques, cérébraux, glandulaires et auditifs.

Lorsque la dysphonie dure depuis plus de 7 jours, elle est considérée comme chronique et doit être obligatoirement explorée préalablement à toute prise en charge. Il existe quatre types de dysphonies chroniques :

- dysphonie dysfonctionnelle sans lésion des cordes vocales,
- dysphonie dysfonctionnelle avec lésion des cordes vocales,
- paralysie uni ou bilatérale des cordes vocales,
- dysphonie d'origine spasmodique et/ou congénitale.

4. Insuffisance vélo-pharyngée fonctionnelle

L'insuffisance vélo-pharyngée est également appelée incompétence vélo-pharyngée. Elle se définit comme un défaut d'adaptation anatomico-fonctionnelle entre le voile du palais et le pharynx au cours de la phonation. Ce défaut entraîne des troubles de la respiration, de la déglutition, de l'audition et de la voix comme les déperditions nasales ou l'hypernasalité.

Plusieurs origines sont possibles notamment anatomiques (divisions palatines et leurs séquelles y compris post-opératoires, dysraphies vélaires, disproportions vélo-pharyngées), fonctionnelles sans atteinte anatomique, neurologiques.

5. Otites moyennes séro-muqueuses de l'enfant ⁴³

L'otite séromuqueuse (otite séreuse et sécrétoire) est une inflammation chronique de la muqueuse de l'oreille moyenne qui s'accompagne d'un épanchement chronique après 3 mois. Chez la plupart des enfants, l'otite séro-muqueuse guérit spontanément en quelques mois mais son évolution peut être fluctuante et traînante. Des complications peuvent

⁴² SICARD C., Intérêt du traitement ostéopathique sur les patients présentant un trouble vocal, 2016.

⁴³ HAS, Otite séro-muqueuse de l'enfant – Des yoyos pour restaurer l'audition, article consulté sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2762102/fr/otite-seromuqueuse-de-l-enfant-les-yoyos-pour-restaurer-l-audition le 27/07/2018.

survenir. La plus fréquente est la diminution de l'audition avec un risque de répercussions sur l'acquisition de la parole et des apprentissages.

6. Accompagnement des traitements orthodontiques ⁴⁴

Les traitements orthodontiques diffèrent selon l'âge du patient. Nous pouvons distinguer 3 grandes périodes de mise en place de traitement :

- vers 5-6 ans : c'est le moment des traitements de prévention. Ces traitements permettent notamment de corriger les défauts d'occlusion et malpositions dentaires en intervenant sur les habitudes, **fonctions** (déglutition, mastication, ventilation) et postures néfastes de l'enfant.
- Entre 8 et 11 ans : mise en place des traitements d'interception. C'est à cette époque que cohabitent les dents de laits et les dents définitives. Le but est d'élargir la ou les arcades pour permettre aux 12 dents définitives de chaque arcade d'avoir suffisamment de place lors de leur sortie.
- Entre 11 et 16 ans : c'est le traitement correctif qui s'effectue sur la denture permanente ou définitive. Le but est de corriger précisément la position définitive de chaque dent.

7. Troubles de l'oralité ^{45 46}

L'oralité est classiquement définie par le comportement et l'activité orale de l'enfant. Ces éléments dépendent d'évènements psychologiques, biologiques et fonctionnels qui interviennent en étroite relation. Elle peut-être alimentaire ou verbale.

La prévalence des troubles de l'oralité est de 24 à 35% des enfants au développement normal et augmente chez les enfants nés prématurément ou présentant un handicap développemental.

L'oralité commence in utero par la mise en place de la succion non nutritive parallèlement à la déglutition. Elle se caractérise par « *des rafales de succions suivies par des périodes de repos* » (J-C. Picaud, 2016). Cette fonction va mûrir jusqu'à la naissance pour aboutir à la succion nutritive. Celle-ci s'exprime par l'alternance rythmique de la succion et de l'expression (mouvements des lèvres et de la mâchoire pour faire jaillir le lait).

L'alimentation orale apparaît ainsi comme une compétence complexe qui nécessite l'intégration et la coordination de la respiration, de la succion et de la déglutition dans un contexte de stabilité motrice et de stimuli sensoriels variés.

⁴⁴ <https://www.orthodontie-et-vous.fr>, consulté le 27/07/2018.

⁴⁵ PICAUD J-C., Chapitre 59 – Troubles de l'oralité, Réanimation et soins intensifs en Néonatalogie, Elsevier Masson, 2016, pages 365-369.

⁴⁶ LEBLANC V., Évaluation des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant, Archives de Pédiatrie, Volume 21, n°5, supplément 1, mai 2014, page 32.

Le bon développement de celle-ci permet l'apparition d'une tétée efficace. À long terme, cela permet de réduire le risque de survenue de troubles de la prise alimentaire, voire de troubles du langage et des troubles cognitifs qui peuvent en découler.

Au delà de cet aspect comportemental spontané chez le nourrisson, l'oralité peut également être perturbée par un refus d'alimentation ou une alimentation très sélective.

8. Bégaiement

Trouble fonctionnel de l'expression verbale affectant le rythme de la parole en présence d'un interlocuteur. C'est une pathologie de la communication. Il se manifeste de différentes manières : répétitions de syllabes, prolongement des sons, blocages, spasmes respiratoires, syncinésies de la face et du cou.

3. Annexe 2 : Le questionnaire

Orthophonie et ostéopathie : enquête auprès des orthophonistes.

Bienvenue et merci de consacrer quelques minutes à ce questionnaire en ligne.

Je suis Gwenaëlle MASSÉ, kinésithérapeute DE sur Nancy depuis 2010 et étudiante en dernière année à l'école d'ostéopathie de Rennes (Bretagne Ostéopathie).

Entièrement **anonyme**, cette enquête est diffusée auprès des orthophonistes dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Son but est de dresser un état des lieux des relations, attentes ou éventuelles craintes des orthophonistes vis-à-vis de l'ostéopathie.

Le questionnaire sera accessible jusqu'au 07/07/2018. N'hésitez pas à le partager avec vos confrères.

Si les résultats de cette étude vous intéressent, vous pouvez me contacter par e-mail : masse.gwenaëlle@sfr.fr pour que je vous les fasse parvenir une fois mon travail achevé.

Merci encore pour votre participation,

Gwenaëlle MASSÉ

Questions 1 & 2 :

➤ Année de début de votre activité d'orthophoniste

Nombre de caractères maximum autorisés par question : 50

➤ Précisez votre mode d'exercice actuel :

Libéral

Salarié

Mixte

Question 3 :

► Quelle(s) formation(s) complémentaire(s) avez-vous suivi ?

Aucune

Autisme

Bégaiement

Déglutition

Langage écrit (dont graphisme)

Langage oral (dont articulation)

Logique et raisonnement mathématique

Oralité

Surdité

Thérapies manuelles

Troubles d'origine neurologique

Voix

Question 4

➤ Avec quelles professions du domaine de la santé collaborez-vous ? (1 étoile : JAMAIS - 2 étoiles : RAREMENT - 3 étoiles : SOUVENT - 4 étoiles : TOUJOURS)

Ergothérapeute	   	Jamais
Masseur-kinésithérapeute	   	Rarement
Médecins (y compris les spécialistes)	   	Souvent
Neuropsychologue	   	Toujours
Orthodontiste	   	Souvent
Orthoptiste	   	Rarement
Ostéopathe	   	Jamais
Psychologue	   	Rarement
Psychomotricien	   	Souvent
Autre	   	Toujours

Question 5

➤ Dans votre pratique quotidienne, êtes-vous amené(e) de toucher vos patients ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Question 6

➤ Lorsque vous devez toucher vos patients, êtes-vous à l'aise avec cela ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Question 7

➤ Avez-vous déjà consulté un ostéopathe à titre personnel ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Question 8 (si oui Q7)

➤ Étiez-vous satisfait(e) de sa prise en charge ?

Oui

Non

Ne se prononce pas

Question 9 (si non Q8)

➤ Expliquez pour quelle(s) raison(s) vous n'avez pas été satisfait(e) de sa prise en charge ?

Nombre de caractères maximum autorisés par question : 1000

Question 10 (si non Q7)

➤ Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais consulté d'ostéopathe ?

Vous n'en avez jamais ressenti le besoin

Votre médecin vous l'a déconseillé

Vous ne connaissez pas bien l'ostéopathie

Quelqu'un dans votre entourage a eu une mauvaise expérience

Vous ne connaissez pas d'ostéopathe

Vous trouvez le tarif de la consultation d'ostéopathie trop élevé

Autre : précisez.

Question 11

➤ Sur le plan professionnel, avez-vous déjà entendu parler ou été sensibilisé(e) à l'ostéopathie ? (Cochez le(s) item(s) correspondant(s)).

Jamais

Lors d'une consultation personnelle

Dans le cadre de ma formation initiale

En formation post-graduée

Par un(e) confrère

Dans la presse professionnelle

Dans la presse grand public

Autre (précisez) :

Question 12

➤ Ces pathologies relèvent-elle selon vous de la compétence d'un ostéopathe ? (Merci de cocher une case à chaque ligne)

	OUI	NON	Ne se prononce pas
Accompagnement des pathologies orthopédiques de l'enfant et de l'adolescent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cardio-vasculaires (hypertension, troubles du rythme cardiaque,...)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la sphère ORL (sinusites chroniques, otites,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement de la grossesse et du post-partum (difficultés d'allaitement, lombalgie de la femme enceinte, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du système génito-urinaire (dysménorrhées fonctionnelles, syndromes douloureux du périnée)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement des traitements orthodontiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifestations rencontrées chez le nourrisson et le bébé (dacryocystite, coliques du nourrisson, plagiocéphalie,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du système respiratoire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Suite d'intervention chirurgicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles fonctionnels du système digestif (reflux gastro-oesophagien, colopathie fonctionnelle,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète, hypothyroïdie,...)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur (entorses, tendinopathies, ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles fonctionnels du rachis et du crâne (cervicalgies, lumbago,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, ...)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 13

➤ Classez ces actes selon leur fréquence dans votre quotidien professionnel sur une semaine-type. (Le libellé de votre réponse apparaît en déplaçant le curseur de : jamais à plusieurs séances par jour)

Rééducation des troubles du langage oral sans atteinte neurologique		Jamais
Rééducation des troubles du langage oral et/ou écrit avec atteinte neurologique ou neurodégénérative		Moins d'une séance par semaine
Rééducation des troubles du langage oral et/ou écrit avec handicaps moteurs, sensoriels, mentaux		Une séance par semaine
Rééducation des troubles du langage écrit sans atteinte neurologique		2 à 3 séances par semaine
Rééducation des troubles de la phonation (hors suite de chirurgie)		Une séance par jour
Rééducation des troubles de la phonation en suite de chirurgie		Plusieurs séances par jour
Rééducation de troubles de la déglutition, de l'oralité		Moins d'une séance par semaine
Troubles du spectre autistique		Une séance par semaine
Surdité		Une séance par semaine
Rééducation de la ventilation nano-nasale		Jamais
Mouchage		Une séance par semaine

Question 14

➤ Parmi ces pathologies (toute cause neurologique exclue) : pour lesquelles vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés ou d'être insuffisamment satisfait du résultat ? Cochez le(s) item(s) correspondants.

Troubles de l'articulation

Bégaiement

Insuffisance vélo-pharyngée fonctionnelle

Déglutition atypique

Dysphonies dysfonctionnelles

Accompagnement de traitements orthodontiques

Aucune

Question 15

➤ **Durant vos consultations, vos patients vous ont-ils déjà fait part des signes suivants ? (Merci de cocher une case par ligne)**

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Douleurs cervicales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusites / otites récidivantes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales, troubles du transit, reflux gastro-oesophagien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vertiges, troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de têtes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs ou craquements dans la mâchoire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres douleurs articulaires du tronc ou des membres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 16

➤ **Pourriez-vous conseiller à l'un de vos patients de consulter un ostéopathe ?**

<input type="radio"/> Oui
<input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Ne se prononce pas

Questions 17, 18 & 19 (si oui Q16)

➤ **Conseilleriez-vous l'ostéopathie comme :**

Un soin complémentaire au traitement orthophonique ?

Une alternative en cas d'échec de votre traitement ?

Autre (précisez) :

➤ **Qu'attendriez-vous de l'ostéopathie ?**

La disparition des symptômes du patient

Une optimisation du résultat de votre prise en charge (en vitesse, en efficacité)

Autre (précisez) :

➤ **Qu'attendez-vous de la relation avec ostéopathe ?**

Nombre de caractères maximum autorisés par question : 1000

Question 20 (si non Q16)

➤ Quels sont le(s) frein(s) vous empêchant d'orienter d'éventuels patients vers un ostéopathe ?

Une impression d'échec dans votre prise en charge

Vous voyez l'ostéopathe comme un concurrent

Le tarif et le non-remboursement des séances d'ostéopathie

La non-connaissance de ce que fait un ostéopathe

L'ostéopathe n'est pas toujours un professionnel de santé

Votre expérience personnelle

Vous ne voyez pas de rapport avec votre pratique professionnelle

Vous ne connaissez pas d'ostéopathe

Le manque de reconnaissance scientifique de cette profession

4. Annexe 3 : Tableaux des résultats

Question 1 : Année de début de votre activité d'orthophoniste.

Année de diplôme	Effectif
1979	1
1980	1
1981	1
1982	1
1983	1
1987	2
1991	2
1992	1
1994	1
1995	2
1997	2
2000	5
2001	4
2002	5
2003	5
2004	3
2005	10
2006	5
2007	10
2008	11
2009	6
2010	6
2011	9
2012	6
2013	11
2014	12
2015	12
2016	18
2017	8
2018	2
TOTAL	163

Question 2 : Précisez votre mode d'exercice actuel.

Mode d'exercice	Effectif
Libéral	147
Mixte	5
Salarié	11
TOTAL	163

Question 3 : Quelle(s) formation(s) complémentaire(s) avez-vous suivi ?

Formation	Effectif
Aucune	6
Autisme	38
Bégaiement	53
Déglutition	74
Langage écrit	73
Langage oral	78
Logique et raisonnement mathématique	104
Oralité	71
Surdité	7
Thérapies manuelles	38
Troubles d'origine neurologique	69
Voix	66

Question 4 : Avec quelles professions du domaine de la santé collaborez-vous ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	TOTAL
Ergothérapeute	6	47	69	41	163
Masseur-kinésithérapeute	2	29	63	69	163
Médecins (y compris spécialistes)	62	70	29	2	163
Neuropsychologue	10	61	67	25	163
Orthodontiste	14	77	52	20	163
Orthoptiste	18	96	37	12	163
Ostéopathe	5	47	61	50	163
Psychologue	18	88	43	14	163
Psychomotricien	13	72	60	18	163

Question 5 : Dans votre pratique, êtes-vous amené(e) à toucher vos patients ?

Question 6 : Lorsque vous devez toucher vos patients, êtes-vous à l'aise avec cela ?

	Effectif
Touchent	129
<i>dont à l'aise</i>	89
<i>dont pas à l'aise</i>	36
<i>dont N.S.P.</i>	4
Ne touchent pas	34
N.S.P.	0

Question 7 : Avez-vous déjà consulté un ostéopathe à titre personnel ?

Si oui → Question 8 : Étiez-vous satisfait(e) de sa prise en charge ?

Si non → Question 10 : Pour quelle(s) raison(s) n'avez vous jamais consulté d'ostéopathe ?

	Effectif
A consulté un ostéopathe	151
<i>dont satisfaits</i>	141
<i>dont insatisfaits</i>	7
<i>N.S.P.</i>	3
N'a pas consulté d'ostéopathe	12
<i>dont « pas eu besoin »</i>	8
<i>dont « médecin a déconseillé »</i>	0
<i>dont « ne connaît pas bien l'ostéopathie »</i>	2
<i>dont « mauvaise expérience entourage »</i>	0
<i>dont « ne connaît pas d'ostéopathe »</i>	2
<i>dont « trouve le tarif trop élevé »</i>	2
<i>dont « autres »</i>	2
<i>N.S.P.</i>	0

Si non à la question 8 → Question 9 : Expliquez pour quelle(s) raison(s) vous n'avez pas été satisfait(e) de sa prise en charge.

Rdv expéditif (15 min), travail non global à mon sens chez ce professionnel Mais autres expériences positives antérieures

Prise en charge il y a très très longtemps... je n'ai pas été satisfaite car je n'ai pas vraiment compris les explications à l'issue du bilan, je n'avais pas été très convaincue... et je n'avais pas poursuivi longtemps

il n'a pris en compte qu'une seule de mes demandes.

Situation postop lombaire et radiculaire aigue et amplification de la douleur ; sans doute pas la faute de l'ostéo.

Manque de globalité, pas d'amélioration de ce qui m'amenait en consultation.

Question 11 : Sur le plan professionnel, avez-vous déjà entendu parler ou été sensibilisé(e) à l'ostéopathie ?

	Effectif
Jamais	15
Pendant une consultation personnelle	56
Lors de la formation initiale	34
En formation post-graduée	60
Par un(e) confrère	65
Dans la presse professionnelle	20
Dans la presse grand public	6
Autre	9

Question 12 : Ces pathologies relèvent-elles de la compétence d'un ostéopathe ?

	Oui		Non		N.S.P.		Effectif total	
	Sensibilisés	Non sensibilisés	Sensibilisés	Non sensibilisés	Sensibilisés	Non sensibilisés	Sensibilisés	Non sensibilisés
Pathologies orthopédiques enfant / adolescent	140	14	2	1	6	0	148	15
Troubles cardio-vasculaires	34	6	49	3	65	6	148	15
Troubles de la sphère O.R.L.	124	12	10	2	14	1	148	15
Accompagnement grossesse et post-partum	140	15	2	0	6	0	148	15
Troubles système génito-urinaire	114	12	11	3	23	0	148	15
Accompagnement traitement orthodontique	143	11	4	3	1	1	148	15
Manifestations rencontrées chez le nourrisson et le bébé	143	14	2	0	3	1	148	15
Troubles du système respiratoires	107	12	9	1	32	2	148	15
Cancers	56	2	34	5	58	8	148	15
Suite d'intervention chirurgicale	120	12	3	2	25	1	148	15
Troubles fonctionnels système digestif	134	15	5	0	9	0	148	15
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	39	2	50	6	59	7	148	15
Troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur	140	14	3	0	5	1	148	15
Troubles fonctionnels du rachis et du crâne	147	14	0	1	1	0	148	15
Affections neuro-dégénératives	53	4	46	5	49	6	148	15

Question 13 : Classez ces actes selon leur fréquence dans votre quotidien professionnel sur une semaine-type.

	Jamais	Moins d'une séance / semaine	Une séance / semaine	2 à 3 séances par semaine	1 séance / jour	Plusieurs séances / jour	Total
L.E.	4	3	6	9	12	129	163
L.O.	3	4	3	13	11	129	163
L.O. / L.E. + neuro	15	7	15	45	30	51	163
L.O. / L.E. + handicaps	22	6	34	54	22	25	163
Déglutition / Oralité	13	18	41	57	19	15	163
T.S.A.	65	11	22	45	8	12	163
Mouchage	77	43	20	9	5	9	163
Ventilation naso-nasale	74	35	25	17	6	6	163
Phonation (hors chirurgie)	53	34	32	31	8	5	163
Phonation suite de chirurgie	83	36	21	14	7	2	163
Surdité	112	18	18	14	1	0	163

Question 14 : Parmi ces pathologies pour lesquelles vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés ou d'être insuffisamment satisfait du résultat ?

	Effectif
Troubles de l'articulation	109
Bégaiement	68
Insuffisance vélo-pharyngée fonctionnelle	63
Déglutition atypique	85
Dysphonies dysfonctionnelles	66
Accompagnement des traitements orthodontiques	82
Aucune	6

Question 15 : Durant vos consultations, vos patients vous ont-ils déjà fait part des signes suivants ?

	Oui	Non	N.S.P.	Effectif total
Douleurs cervicales	109	54	0	163
Sinusites / Otites récidivantes	150	13	0	163
Port d'un appareil dentaire	157	6	0	163
Douleurs abdominales, troubles du transit, reflux	103	60	0	163
Acouphènes	74	89	0	163
Vertiges, troubles de l'équilibre	75	88	0	163
Maux de têtes	110	53	0	163
Douleurs ou craquements dans la mâchoire	108	55	0	163
Autres douleurs articulaires du tronc ou des membres	73	90	0	163

Question 16 : Pourriez-vous conseiller à l'un de vos patients de consulter un ostéopathe ?

	Effectif
Oui	155
Non	5
N.S.P.	3
TOTAL	163

Question 17 : Conseilleriez-vous l'ostéopathie comme : (si oui question 16)

	Effectif
Un soin complémentaire au traitement orthophonique ?	149
Une alternative en cas d'échec de votre traitement ?	5
Autre	1

Question 18 : Qu'attendriez-vous de l'ostéopathie ?

	Effectif
Disparition des symptômes	26
Optimisation du résultat de votre prise en charge	141
Autre	9

Question 19 : Qu'attendez-vous de la relation avec un ostéopathe ? (question ouverte)

Rien de spécial

Des échanges!

Un retour quant à la nécessité effective ou non de voir le patient dans sa discipline et ce en quoi il pense pouvoir l'aider à évoluer

Explications de son rôle dans les troubles relevant de l'orthophonie

Que les osins qu'il prodigue me permette d'obtenir des meilleurs résultats.

Un échange de connaissances et compétences ainsi qu'un partenariat de suivi de patients

un échange mutuel, conforter physiologiquement, ce qu'on a mis en place en orthophonie, agir pour que le traitement fonctionne dans la durée en rééquilibrant l'ensemble du corps et pas seulement la bouche

Un travail d'équipe

Travail en équipe auprès de patients: Étude de la posture, aides à l'automatisation de la déglutition, aide à la désensibilisation dans les troubles de l'oralité Prise en charge globale du patient

Une coopération positive pour le patient.

Une véritable collaboration, nécessaire et complémentaire

Une relation d'échange dans nos pratiques respectives

J'attends un échange ouvert et une forme de collaboration

Par exemple un point de vue plus global sur le patient, un éclairage sur les tensions pouvant freiner une rééducation orthophonique, etc

Prise en charge globale

Aide posture

apport de connaissances d'un côté comme de l'autre, observation clinique complémentaire et plus aiguisée, recherche des causes de façon plus précise

Une relation pédagogique afin de mieux comprendre en quoi il peut aider mon patient, sur quels aspects précis il va intervenir et ce que je peux faire ensuite pour optimiser

Complémentarité de l'approche du patient

Un travail en équipe, de collaboration pour le bien être de patients en commun

Retrouver de la mobilité et lever des blocages afin d'obtenir des résultats plus rapides et sur le long terme.

Un travail complémentaire

Ma réponse va être faussée car dans le cabinet dans lequel je travaille il y a une kiné, ostéo. Donc ce que j'attends c'est de pouvoir échanger, il m'arrive de lui poser des questions sur des postures, nous échangeons également sur la déglutition. De plus j'avais entendu que cela pouvait aider pour les prises en charge pour la dyslexie tout comme un posturologue.

Des échanges simples pour travailler en pluridisciplinarité. Un coup de fil en 5 minutes pour accorder les prises en charge.

Échange et explications sur compétences, respect des compétences de chacun

Un bon échange et plus de connaissances sur ce qu'ils peuvent faire pour nos patients

Qu'il puisse nous apporter un regard différent sur les troubles et nous donner des clefs pour les repérer sur nos différents patients

De la complémentarité et un échange réciproque sur nos pratiques afin de faire avancer au mieux le patient

Collaboration et échange

Échange et travail en partenariat pour aider le patient

Un suivi complémentaire et la possibilité d'améliorer la prise en charge en orthophonie

La complémentarité

Une prise en charge plus globale du patient

Pouvoir éventuellement communiquer autour des troubles du patient

Échanges autour du patient. Lien entre les dysfonctionnements relevés par ostéopathe et difficultés du patient en orthophonie

un échange, un point de vue complémentaire

Un travail en complémentarité, avec une communication entre les 2 professionnels

Avoir un retour pour orienter notre prise en charge orthophonique, l'adapter aux spécificités corporelles du patient

un mail m'indiquant si c'est une bonne orientation, ce qu'il a fait ensuite.... j'ai deux collègues ostéo...

un autre regard sur le patient et une attention conjointe dans les progrès.

Une collaboration. Le déblocage de mécanismes portant défauts chez un patient qui n'arrive pas à en prendre conscience malgré les tentatives variées de sensibilisation

un échange constructif

Un échange entre le savoir de l'ostéopathe et le savoir de l'orthophoniste pour le bien être du patient

Un travail conjoint en particulier pour les troubles articulaires

qu'il puisse m'indiquer s'il existe bien un lien possible entre les troubles de mes patients et des symptômes corporels observés. qu'il apporte une globalité corporelle

un travail pluridisciplinaire avec échanges au sujet du patient et de son évolution.

partenariat car complémentarité ++ dans certaines prises en charge

Concertation sur le cas de patients. Utilité ou non de combiner des séances d'ostéopathie avec les séances d'orthophonie. Retour sur les séances effectuées avec les patients suivis dans mon cabinet

Que l'on puisse échanger au sujet de nos prises en charge respectives et que nos soins se complètent.

Échanges, retours sur le traitement proposé ,

une aide à la compréhension de certains symptômes

Une collaboration suivie

l'ostéopathie permet d'aller agir sur des causes plus profondes, corporelles et par un autre biais...je suis convaincue de son utilité dans nos prises en charge

Un échange d'informations pour potentialiser nos soins respectifs.

infos sur ce qu'il travaille, sur les pathologies qu'il peut améliorer

Je viens tout juste de démarrer Osteovox donc je me dis que plus tard j'aimerais réellement collaborer avec les osteo si jamais je ne parviens pas à avancer dans une rééducation ou que les troubles du patient ne relèvent plus d'en mes compétences d'ortho . Le mieux serait 1 premier entretien téléphonique avant que le patient vienne chez l'osteo et un 2ème entretien téléphonique pour faire le point et noter les éventuelles améliorations.

Comme avec les autres professionnels de la santé, je pense que travailler ensemble est l'idéal, le travail de l'un facilite le travail de l'autre. Il serait intéressant de plus communiquer sur le travail entrepris par chacun et l'avancée de la rééducation.

Echange d informations pouvant servir à l'élaboration du plan de soins.

Un partenariat en harmonie de nos compétences et qu'on s'entraide. Les deux peuvent fonctionner selon certains patients et peuvent optimiser les résultats.

Un échange sur les prises en charge pour optimiser la rééducation orthophonique et répondre à la demande du patient

Un compte rendu ;)

Simple, efficace, échange mutuel, confiance, cordiale voire amicale.

Une relation de collaboration interdisciplinaire, une meilleure connaissance mutuelle des champs d'intervention, une orientation mutuelle des patients quand nécessaire

Partenariat dans l'intérêt du patient

une bonne collaboration, tout comme avec le kiné. J'envoie systématiquement les enfants que je suis pour déglut dysfonctionnelle chez l'ostéo par ex.

Connaître les liens orthophonie et ostéopathie Savoir quand adresser un patient chez un ostéopathe pouvoir échanger avec l'ostéopathe sur une prise en charge commune, avec accord du patient

Favoriser le déclenchement ou la récupération de certaines fonctions motrices afin de rendre possible et/ou favoriser les effets du traitement orthophonique

Échanger sur nos modes d'intervention respectifs et pouvoir orienter nos actions de façon complémentaire

Une information sur le train sur lequel je dois travailler

Partenariat professionnel qui tant à l'un qu'à l'autre dans les explications du trouble, les conséquences du trouble et qui puisse également parfois trouver les causes de certaines difficultés notamment en déglutition atypique.

Des entretiens téléphoniques ponctuels pour faire le point sur la prise en charge des patients.

J'attends de pouvoir travailler en parallèle avec un ostéopathe sur les troubles articulaires et les dysphonies

La même qu'avec n'importe quel autre pro de santé

la prise en charge du patient dans sa dynamique corporelle

Informations sur le métier, les techniques de rééducation collaboration orthophonie/ostéopathie

plus de contact afin d'être plus informé sur les champs de compétence de l'ostéopathie, un avis sur d'éventuels patients communs

un partenariat et échanges

Il pourrait être intéressant de savoir quels sont les cas qui peuvent demander un travail complémentaire orthophoniste/ostéopathe, pour avoir le réflexe d'orienter un patient chez un osteopathe.

complémentarité

Je pense qu'il existe des passerelles entre nos professions, et suis convaincue du bien-fondé d'une prise en charge globale de nos patients lorsque c'est possible. J'ai moi-même la chance d'avoir depuis deux ans une collègue ostéopathe, et la formation Ostéovox que j'ai suivie en fin d'études me permet de mieux comprendre et apprécier son travail et nos échanges sur les patients que nous avons en commun.

travail en équipe

Un travail sur les structures anatomiques, détente musculaire, déverrouillage des tensions au niveau cervical, laryngé, dorsal, diaphragme, articulation temporo-mandibulaire. Une aide au diagnostic différentiel : trouble d'origine fonctionnel ? (=orthophonie) ou structurel? (= ne relève pas de l'orthophonie)

Expliciter certaines dysfonction que je ne parviens pas à expliquer.

Que l'on puisse communiquer et que le travail de l'un soit complémentaire à celui de l'autre

comme avec nimportequel partenaire dans le parcours de soin du patient! c'est à dire, dans la mesure du possible : des échanges (téléphoniques, ou par courrier) sur l'évolution du patient que l'on suit, les observations cliniques et pistes de réflexion pour une meilleure prise en charge des symptomes est toujours un plus !

Éclairage global sur le patient que nous ne pouvons pas avoir en tant qu'orthophoniste. Parfois le symptôme à reeducuer fait partie d'une globalité de symptômes que nous ne pouvons traiter. Il est intéressant de savoir que l'on peu compter sur d'autres professionnels paramédicaux tels que les ostéopathes.

Un partenariat permettant de me donner des pistes lors de mes prises en charge

Echange et complémentarité des approches. Synergie.

Un travail d'entraide entre les professionnels de santé. Nous sommes tous complémentaires et si nous pouvons travailler ensemble pour le bien être du patient, c est formidable.

une relation d'échange et de complémentarité dans la prise en charge

Une communication sur le plan d'un traitement. Qu'il me guide notamment s'il trouve judicieux de faire une pause en orthophonie pour prendre le relai en ostéopathie, de régler certaines choses, pour que le ttmt ortho reprenne de façon plus efficace

Un échange sur nos pratiques et la problématique du patient

Echange de données, mise en lien des différentes observations réalisées par l'orthophoniste et l'ostéopathe

Des échanges sur ce que nous perçu l'un l'autre

Échanger, partager des connaissances, avoir une complémentarité dans les traitements, apprendre de nouvelles choses ...

qu'il réponde à la question: "est ce que j'ai bien fait de l'adresser, était ce opportun?", ou alors me donner son avis sur une autre "aide" à apporter au patient concerné. qu'il me fasse un bref compte rendu oral de ce qu'il a fait ou vu afin de m'aider à poursuivre la PES.

Plus d'échanges permettant peut-être une prise en charge plus fonctionnelle.

je serais ravie qu'ils prennent le temps de me contacter pour discuter du patient que je leur ai envoyé, mais ce n'est jamais arrivé

Communication

Question 20 (si non Q16) : Quels sont les freins vous empêchant d'orienter d'éventuels patients vers un ostéopathe ?

Effectif répondant : 5 personnes.

la non-connaissance de ce que fait un ostéopathe : 40%

le manque de reconnaissance scientifique de la profession : 40%

le répondant ne voit pas le rapport avec sa pratique professionnelle : 20%

l'ostéopathe n'est pas toujours un professionnel de santé : 20%

le tarif de la séance d'ostéopathie : 20%

le répondant ne connaît pas d'ostéopathe : 20%

Les items de réponse « une impression d'échec dans votre prise en charge », « vous voyez l'ostéopathe comme un concurrent » et « votre expérience personnelle » n'ont recueilli aucun vote.

5. Bibliographie des annexes

- BRIN F. et al, Dictionnaire d'Orthophonie, Ortho Édition, 1997, 228 pages.
- SICARD C., Intérêt du traitement ostéopathique sur les patients présentant un trouble vocal, 2016
- HAS, Otite séro-muqueuse de l'enfant – Des yoyos pour restaurer l'audition, Article en ligne consulté sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2762102/fr/otite-seromuqueuse-de-l-enfant-les-yoyos-pour-restaurer-l-audition le 27/07/2018.
- Site internet : <https://www.orthodontie-et-vous.fr> , consulté le 27/07/2018.