



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par
COCHEMÉ Guillemette

**ANALYSE SUBJECTIVE DE L'IMPACT DE LA
THÉRAPIE MANUELLE EN ORTHOPHONIE**

Maître du Mémoire
ROCH Jean-Blaise

Membres du Jury

FAVRE Johnny
SAMYN Isabelle
TAIN Laurence

Date de Soutenance
Jeudi 6 juillet 2006

ORGANIGRAMMES

1- Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GARRONE Robert

Vice-président CEVU
Pr. MORNEX Jean-François

Vice-président CA
Pr. ANNAT Guy

Vice-président CS
M. GIRARD Michel

Secrétaire Général
Pr. COLLET Lionel

1.1. Fédération Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Grange
Blanche
Directeur
Pr. MARTIN Xavier

U.F.R de Médecine Lyon R.T.H.
Laennec
Directeur
Pr. VITAL-DURAND Denis

U.F.R de Médecine Lyon-Nord
Directeur
Pr. MAUGUIERE François

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Directeur
Pr. GILLY François Noël

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Pr. ROBIN Olivier

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur
Pr. LOCHER François

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Pr. MATILLON Yves

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur
Pr. FARGE Pierre

1.2. Fédération Sciences :

Centre de Recherche Astronomique de
Lyon - Observatoire de Lyon
Directeur
M. GUIDERDONI Bruno

U.F.R. Des Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
Directeur
Pr. MASSARELLI Raphaël

I.S.F.A. (Institut de Science Financière
et D'assurances)
Directeur
Pr. AUGROS Jean-Claude

U.F.R. de Génie Electrique et des
Procédés
Directeur
M. BRIGUET André

U.F.R. de Physique
Directeur
Pr. HOAREAU Alain

U.F.R. de Chimie et Biochimie
Directeur
Pr. PARROT Hélène

U.F.R. de Biologie
Directeur
Pr. PINON Hubert

U.F.R. des Sciences de la Terre
Directeur
Pr. HANTZPERGUE Pierre

I.U.T. A
Directeur
Pr. COULET Christian

I.U.T. B
Directeur
Pr. LAMARTINE Roger

Institut des Sciences et des Techniques
de l'Ingénieur de Lyon
Directeur
Pr. LIETO Joseph

U.F.R. De Mécanique
Directeur
Pr. BEN HADID Hamda

U.F.R. De Mathématiques
Directeur
Pr. CHAMARIE Marc

U.F.R. D'informatique
Directeur
Pr. EGEA Marcel

REMERCIEMENTS

Merci à toutes les orthophonistes qui m'ont reçues pour avoir trouvé un moment à me consacrer dans leur emploi du temps surchargé et pour leur participation enthousiaste ! Les rencontres ont été très enrichissantes...

Merci au Docteur Jean-Blaise Roch pour son temps, son soutien et son active réflexion qui ont permis l'élaboration de ce mémoire.

Merci à Madame Peillon pour sa relecture et ses conseils avisés.

Enfin, merci à l'AEOOL pour avoir lutté tout au long de l'année contre le découragement !

SOMMAIRE

Organigrammes	2
1- Université Claude Bernard Lyon1	2
Remerciements.....	4
Sommaire	5
Introduction	8
PARTIE THEORIQUE.....	9
Qu'est-ce-que la thérapie manuelle?	10
1 - Principe d'interdépendance entre structure et fonction	10
2 - Principe de globalité	10
3 - Principe d'adaptation à la lésion	11
4 - Diagnostic.....	11
5 - Traitement	12
6 - Intérêt en rééducation orthophonique	12
Les fonctions étudiées et paramètres associés	13
1 - Fonctions qui relèvent d'une rééducation orthophonique	13
2 - Fonctions ou paramètres associés abordés en rééducation orthophonique...	18
Liens entre structures et fonctions : apports de la thérapie manuelle ?.....	21
1 - Pour la phonation	21
2 - Pour la déglutition	23
3 - Pour la respiration	23
4 - Pour l'occlusion.....	24
5 - Pour la posture	24
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	25
Problématique	26
Hypothèses	26
EXPERIMENTATION	27

Méthode expérimentale	28
Population	28
1 - Les orthophonistes	28
2 - Les patients	28
3 - Champ d'expérimentation	29
La formation OSTEOVOX	29
Protocole	30
1 - Les enquêtes	30
2 - Les rencontres	31
3 - Le retour	31
PRESENTATION DES RESULTATS	32
Enquête générale sur la thérapie manuelle dans la pratique orthophonique.....	33
1 - FORMATION	33
2 - REEDUCATION	34
3 - RELATION	38
4 - PERSPECTIVES	39
Etudes de cas de rééducations avec application de techniques de thérapie manuelle	40
1 - POPULATION	40
2 - REEDUCATION	41
3 - RESSENTIS	41
4 - REMARQUE, RESSENTI DE L'ORTHOPHONISTE	43
5 - RELATION	43
6 - RESULTATS	44
DISCUSSION DES RESULTATS	46
Effets thérapeutiques de la thérapie manuelle en rééducation orthophonique.....	47
1 - Indications	47
2 - Effets sur la phonation	48
3 - Effets sur la déglutition	49

4 - Effets sur la respiration, l'occlusion et la posture	50
5 - Effets non spécifiques à une fonction donnée	50
Effets relationnels	51
Conditions, inconvénients, limites de l'application de cette méthode	52
1 - Conditions.....	53
2 - Inconvénients.....	53
3 - Limites.....	53
Limites de l'étude.....	54
Apports personnels.....	55
Conclusion	56
Bibliographie	57
ANNEXES.....	60
Annexe I : Trame de l'enquête générale	61
Annexe II : Trame de l'enquête - études de cas.....	62
Annexe III : Données de l'enquête générale.....	63
1 - Formation	63
2 - Rééducation	65
3 - Relation	70
4 - Perspectives	72
Annexe IV : Données enquête - études de cas.....	74
Annexe V : Illustration de la démarche thérapeutique ostéopathique en phoniatry 80	
Table des Matières	81

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, l'ostéopathie a gagné en reconnaissance et ses bénéfices sont aujourd'hui assez largement connus de tous. Ce développement se traduit par l'introduction de cette pratique dans divers domaines médicaux et paramédicaux. Le Dr Roch (phoniatre et en cours de formation d'ostéopathie) et Mr Piron (ostéopathe) participent de cette évolution par la mise au point d'une formation s'inscrivant dans le cadre des thérapies manuelles proposée aux orthophonistes.

A un niveau plus personnel, je porte depuis quelques années un grand intérêt à la pratique ostéopathique, ayant même projeté de me lancer dans cette voie. Depuis l'entrée à l'école d'orthophonie je réfléchissais donc à un moyen qui pourrait permettre d'allier ces deux domaines. Lorsque j'ai commencé à rechercher un sujet de mémoire, j'ai pris connaissance du travail de messieurs Roch et Piron et c'est donc sans hésitation que j'ai voulu me pencher sur l'analyse des résultats obtenus en rééducation orthophonique. Ce mémoire fait ainsi suite à celui de Benali J. et Collet-Beillon F. (2005) qui traitait de l'analyse objective de l'impact de la thérapie manuelle de type ostéopathique sur la rééducation vocale.

Théoriquement, le champ d'application de la thérapie manuelle en orthophonie est large, celle-ci permettant de rétablir la fonction en agissant sur la structure. En effet, dans la pratique orthophonique nous sommes amenés à traiter des dysfonctions, notamment dans la rééducation de la phonation et de la déglutition. De plus, ces fonctions dépendent de paramètres respiratoires, d'occlusion et de posture. En effet, toutes ces fonctions sont organisées autour du complexe hyo-mandibulo-lingual qui constitue une véritable unité anatomique. Nous allons donc nous intéresser aux mécanismes de ces différents points ainsi qu'à leurs troubles, en insistant sur les liens avec les structures qui leur sont associées, afin de comprendre quelle place peut tenir la thérapie manuelle dans leur prise en charge.

L'objectif du mémoire est de mettre en évidence les applications et effets d'une telle méthode sur la rééducation orthophonique, sans se limiter à une prise en charge

spécifique, sur la base des impressions et constatations des thérapeutes.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

QU'EST-CE-QUE LA THERAPIE MANUELLE?

L'ostéopathie est une « philosophie médicale » dont les concepts essentiels furent définis par Andrew Taylor Still à la fin du dix-neuvième siècle. Les techniques de thérapie manuelle s'appuient sur ces principes et sur une démarche diagnostique précise pour traiter différents troubles.

1 - Principe d'interdépendance entre structure et fonction

La thérapie manuelle est une méthode thérapeutique fondée d'abord sur l'étroite relation existant entre la structure et la fonction. Ainsi, elle affirme que « du moment qu'il n'existe pas de fonction sans structure pour l'engendrer, il n'existe pas de dysfonctionnement sans désorganisation de la structure » (d'après Lapertosa, 1987). En effet, l'intégrité de mobilité et d'élasticité de la structure permet les ajustements nécessaires à l'expression correcte de la fonction.

2 - Principe de globalité

La thérapie manuelle considère l'organisme comme un tout, « une entité dynamique et indivisible » (Auquier et Corriat, 1997). En effet, les organes de notre corps sont interconnectés par de multiples vecteurs (mécaniques, nerveux, vasculaires, hormonaux entre autres), ce qui explique que toute restriction localisée de mobilité peut s'étendre à d'autres parties du corps.

A ce propos, il convient d'insister sur le rôle des fascias dans la continuité anatomique. Il s'agit d'un tissu présent au niveau de toutes les parties du corps, qui assure les liaisons entre celles-ci et qui est garant du bon état fonctionnel de l'organisme (d'après Paoletti, 1998). Les fascias appartiennent aux « tissus conjonctifs », ils relient la peau à l'enveloppe de la cellule dans un continuum parfait et remplissent de nombreux rôles. D'une part, ils permettent de maintenir l'intégrité anatomique de l'individu de par leur rôle de soutien des structures. C'est grâce aux fascias que les organes peuvent maintenir leur forme anatomique et être fixés à la structure osseuse. Notons que les fascias supportent aussi les systèmes nerveux, vasculaire et lymphatique. D'autre part, ils assurent un rôle de protection en faisant preuve d'une grande adaptabilité en fonction des segments dont ils ont la sauvegarde. En effet, les fascias seront plus ou moins épais, toujours élastiques et subdivisés afin de préserver au maximum les

structures des chocs, des tensions et de la diffusion d'infections. Par ailleurs, cette protection d'ordre mécanique est complétée par une mise en jeu des fascias dans les réactions de défense immunitaires. Ajoutons leur intervention au niveau hémodynamique, les fascias suppléant la pompe centrale pour faciliter la circulation retour par des contractions ininterrompues des veines et vaisseaux lymphatiques, chassant ainsi le sang et la lymphe vers le cœur. Enfin, ces tissus jouent un rôle de communication et d'échanges au niveau cellulaire, permettant la régulation et la nutrition des organes et servant de médiateur pour les activités vasculaires et nerveuses.

3 - Principe d'adaptation à la lésion

La thérapie manuelle s'appuie sur les capacités d'adaptation de l'organisme, définies comme un « potentiel d'autoguérison » qui permettrait la conservation et le recouvrement de la santé. Ainsi, Auquier et Corriat (1997) décrivent des réactions tissulaires autocorrectives lors de l'apparition d'une dysfonction ostéopathique. D'après ce principe, le corps tente de pallier une restriction fonctionnelle (dysfonction primaire) par une « répartition » des efforts dans les structures environnantes, ce qui peut occasionner des dysfonctions secondaires. En bref, le corps peut compenser les petits déséquilibres internes pour retarder le plus possible leur accumulation.

Dans le cadre de l'ostéopathie, une dysfonction est une désorganisation structurale, un remaniement des tissus avec modification de la mobilité dans le sens d'une restriction. Cette modification de la structure va entraîner une perturbation de la fonction, localement dans le cas d'une dysfonction primaire ou à distance dans le cas d'une dysfonction secondaire.

Les causes d'une dysfonction sont variées: elles peuvent être d'ordre physico-chimique, mécanique, bactérien, viral, parasitaire ou psychique et elle peuvent aussi être relatives au vieillissement.

4 - Diagnostic

Au vu de ces grands principes, le diagnostic en thérapie manuelle va consister en une analyse logique et mécanique des troubles pour permettre la localisation des dysfonctions (notamment la dysfonction originelle) et prendre connaissance de l'état structurel. Le thérapeute va ainsi procéder à une exploration fonctionnelle et, par la palpation notamment, à des « tests » d'élasticité, de mobilité, de position, d'écoute afin d'observer le comportement des tissus et organes, les réactions de douleur, les modifications de consistance, de température, etc...

5 - Traitement

Le traitement se fait par mobilisation. L'intervention manuelle permet en effet à la structure de se réharmoniser et d'assurer sa stabilité relative. La force appliquée a des conséquences mécaniques mais aussi informatives. En effet, l'inadéquation d'une structure entraînant une falsification des informations données aux autres structures, il est nécessaire de procéder à une réinformation au niveau de la dysfonction originelle pour rétablir l'adéquation générale. Ainsi, la manipulation se fait dans une direction déterminée et avec un dosage précis (respect des données physiologiques et adaptatives) pour solliciter la structure et en modifier l'état.

6 - Intérêt en rééducation orthophonique

D'après Vibert, Sébille, Lavallard-Rousseau et Boureau, la plupart des actes comportementaux impliquent les trois systèmes fonctionnels du cerveau : le système sensoriel, le système moteur et le système volontaire. Il en est donc ainsi pour la réalisation des schèmes propres à chaque fonction rééduquée en orthophonie. En rééducation traditionnelle, le travail porte sur les mouvements volontaires (intentionnels et conscients) qui déterminent la fonction. Leur déclenchement ne dépendra pas d'un stimulus extérieur mais d'une pensée ou d'une émotion et ils sont améliorés par l'expérience et l'apprentissage. Cependant, l'organisation de ces mouvements est moins volontaire qu'on ne l'imagine dans la mesure où c'est essentiellement le début et la fin du mouvement qui sont déterminés par la volonté, alors que sa coordination correspond à un programme qui échappe à la décision consciente. La motricité résulte donc essentiellement de l'analyse par le système nerveux d'un flot d'informations sensorielles qui servent à réaliser un ensemble d'activités inconscientes (réflexes et modulation) auxquelles se surajoute la motricité volontaire consciente.

Les techniques de thérapie manuelle complètent l'approche classique par une action au niveau des récepteurs sensitifs, musculaires, articulaires et cutanés, permettant une certaine régulation des activités inconscientes.

LES FONCTIONS ETUDIEES ET PARAMETRES ASSOCIES

1 - Fonctions qui relèvent d'une rééducation orthophonique

1.1. La phonation : Voix et parole

A - Description

La phonation est une fonction qui met en jeu de nombreux organes et qui dépend de paramètres qui ne lui sont pas spécifiques tels que la respiration et la posture.

Abordons quelques rappels anatomophysiologiques à propos des structures organiques sous-tendant cette fonction.

Le larynx (d'après Cornut, 1990)

- Anatomie

Le larynx, partie supérieure de la trachée est l'élément central de la phonation. Il possède une armature fibro-cartilagineuse composée de trois cartilages :

- Le cartilage cricoïde, en forme de cheville dont le chaton est situé à l'arrière. Il fait suite au premier anneau trachéal (élément de soutien).
- Le cartilage thyroïde, en forme de livre ouvert en arrière, qui correspond au relief de la pomme d'Adam (élément protecteur).
- Le cartilage épiglottique ou épiglote, lamelle de cartilage en forme de pétale de fleur qui coiffe le larynx.

Cette armature est reliée par la membrane thyro-hyoïdienne à l'os hyoïde, os en forme de fer à cheval situé au dessus du larynx.

A l'intérieur de cette armature solide se trouvent les organes mobiles qui permettent au larynx d'assurer ses mouvements d'ouverture et de fermeture : les deux cartilages aryénoïdes, de forme pyramidale triangulaire, situés au-dessus du cartilage cricoïde. Ils s'articulent avec le chaton cricoïdien et régulent l'ouverture et la fermeture de la lumière laryngée.

La mobilité intrinsèque du larynx est permise par les muscles laryngés :

- Le crico-thyroïdien, tenseur des cordes vocales.
- Le crico-aryténoïdien postérieur, dilatateur de la glotte.
- Les crico-aryténoïdien latéral, inter-aryténoïdien oblique et transverse et thyro-aryténoïdien supérieur, inférieur externe et inférieur interne, constricteurs de la glotte.

De plus, le larynx dispose d'une mobilité extrinsèque. Il est relié en haut au crâne et au maxillaire inférieur ; en bas à la partie supérieure de la trachée grâce à un système musculaire suspenseur qui lui permet d'effectuer d'importants mouvements verticaux et antéropostérieurs. Il suit notamment les mouvements de la trachée tractée elle-même par le diaphragme et le tissu pulmonaire lors de la respiration.

Le larynx est configuré selon trois étages. L'étage sus-glottique comprend le vestibule laryngé avec les bandes ventriculaires et s'ouvre en haut sur le pharynx. L'étage glottique correspond à l'espace compris entre les cordes vocales (triangle virtuel). Celles-ci sont insérées en avant dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde et en arrière sur l'apophyse vocale des cartilages aryténoïdes. L'étage sous glottique abouche sur la trachée.

- Mécanisme vibratoire des cordes vocales

La vibration laryngée peut être considérée comme la résultante de trois forces mécaniques (théorie myo-élastique aérodynamique de Van Den Berg) :

- o une force qui tend à garder les cordes vocales au contact l'une de l'autre (fermeture glottique)
- o une force qui tend à écarter les cordes vocales (pression sous glottique)
- o une force de rappel qui tend à fermer les cordes vocales lorsqu'elles ont été écartées (effet rétro-aspiratoire de Bernouilli).

Ainsi, le passage de l'air dans le rétrécissement laryngé dû à la présence des cordes vocales crée une dépression à ce niveau et aboutit à l'accolement de celles-ci. Cette dépression disparaît lorsque la glotte est fermée. On observe alors une augmentation de la pression sous glottique qui va provoquer une réouverture de la glotte et une nouvelle dépression.

La tension des cordes vocales est obtenue par la contraction du muscle crico-thyroïdien qui fait pivoter le cartilage cricoïde. Celle-ci va déterminer la fréquence du son émis. Ainsi, sur les sons graves, la tension des cordes vocales est faible et à l'inverse les cordes sont étendues et minces pour les sons aigus.

Les résonateurs

Les résonateurs sont les cavités traversées par le son laryngé avant d'arriver à l'air libre : le pharynx, la cavité buccale et pour certains sons le naso-pharynx et les fosses nasales. Tous ces organes sont connectés les uns aux autres et si l'un d'entre eux fonctionne mal (conformation défectueuse ou mobilité entravée), l'harmonie de ce complexe peut être détruite.

Les caractéristiques de ces structures sont propres à chaque individu et vont déterminer la « qualité » de voix de chacun (timbre). En effet, la taille et la forme de ces résonateurs sont très variables car leurs parois dépendent des organes mobiles que sont la mâchoire, la langue, le pharynx, le larynx, le voile du palais et les lèvres.

Voyons un peu plus en détails le contexte anatomique de ces structures dont dépend leur mobilisation.

La mâchoire ou maxillaire inférieur est relié à la base du crâne par l'articulation temporo-maxillaire. Ses mouvements dépendent principalement des muscles masticateurs et hyoïdiens. Sur le plan phonatoire, son ouverture augmente le volume des cavités buccale et pharyngée et provoque un abaissement laryngé.

La langue a un rôle primordial dans l'articulation des sons de la parole, sa position déterminant l'émission de chaque phonème. De plus, par ses attaches avec l'os hyoïde (muscles mylo-hyoïdien et hyo-glosse) tout déplacement anormal, toute position articulaire inexacte, tout effort exagéré de la base de langue va entraver les mouvements du voile du palais, du larynx, du pharynx donc modifier le timbre de la voix.

Le pharynx est un conduit musculo-membraneux qui s'étend verticalement sur trois étages depuis le larynx jusqu'aux cavités buccale et nasale. Il forme un entonnoir irrégulier dont la longueur et le diamètre varient en fonction des muscles qui le constituent : les muscles élévateurs (stylo-pharyngien et pharyngo-staphylin), apparentés aux muscles du voile du palais et aux muscles élévateurs du larynx, et les muscles constricteurs (supérieur, moyen et inférieur).

Chacune des élévations du larynx entraîne un raccourcissement du pharynx et chacun de ses abaissements entraîne l'effet inverse.

Le voile du palais est une cloison musculo-membraneuse mobile qui prolonge en arrière et en bas la voûte palatine. Son abaissement permet le passage de l'air par le naso-pharynx donc l'émission des phonèmes nasaux.

Les lèvres sont en contact au repos mais elles s'animent lors de la phonation et leurs mouvements entraînent des variations de conformation et de volume des résonateurs.

La parole

Brin, Courrier, Lederle et Masy (1997) définissent la parole comme « la partie individuelle de la langue résultant d'un acte psychophysiologique volontaire, créatif et intelligent de la part du sujet parlant. » (D'après De Saussure). Ils précisent aussi qu'elle « appartient au domaine de la phonologie qui inclut la prosodie et le choix ou l'arrangement des phonèmes dans la chaîne parlée suivant les règles phonologiques communautaires ».

La parole nécessite, tout comme la voix, la mobilité et la souplesse des organes phonateurs.

B - Troubles

L'atteinte de la phonation peut être d'origine diverse: fonctionnelle (avec ou sans lésion), neurologique (cause dégénérative, iatrogène, atteinte cérébrale) ou même psychologique ; de différents ordres : atteinte de la voix ou de la parole.

Le terme « dysphonie » caractérise toute atteinte de la voix. Le plus souvent, plusieurs facteurs concourent à son apparition mais elle s'accompagne toujours d'une perturbation du geste vocal, qu'il y ait ou non une origine organique. Dans tous les cas, la dysphonie se traduit par une diminution du confort vocal et une altération des qualités acoustiques de la voix.

La parole est atteinte chez les personnes qui présentent un bégaiement, un trouble d'articulation ou d'élaboration (dysarthrie).

1.2. La déglutition

A - Description

La déglutition se décrit en trois temps (d'après Bleeckx, 2001).

Tout d'abord, elle est initiée par la phase orale, étape volontaire, composée de l'apport des aliments à la bouche, de la préparation du bol alimentaire et de sa propulsion. La sangle labiojugale assure la saisie et la contention des aliments en bouche. Puis ceux-ci sont coupés, déchirés et broyés par les dents grâce à l'action des muscles masticateurs et de la langue, formant ainsi le bol alimentaire. Celui-ci est alors chassé vers l'isthme du gosier par un mouvement d'élévation de l'apex de langue et de propulsion antéropostérieure associé au recul de la racine linguale. Lors de cette phase, le voile du palais est abaissé et assure la continence buccale avec la base de langue.

Débute alors la deuxième phase dite pharyngée. Elle est automatique réflexe et caractérisée par le déclenchement du réflexe de déglutition qui induit des conséquences multiples : élévation du voile du palais, apnée, recul et ascension de la racine de langue, entrée en action du péristaltisme pharyngé, abaissement de l'épiglotte, fermeture et ascension du larynx. Cette phase aboutit à l'arrivée du bol alimentaire au niveau de la bouche de l'œsophage.

La troisième étape de l'alimentation est donc la phase œsophagienne. Elle est essentiellement réflexe donc involontaire. Elle commence avec le passage de la nourriture au niveau de l'œsophage et se poursuit par un péristaltisme propulsant le bol vers l'estomac.

B - Troubles

Les troubles peuvent concerner chaque étape de la déglutition : défaut de contention, de salivation, de mastication, d'initiation ou de contrôle de la phase orale, de déclenchement de la phase pharyngée, de propulsion, de protection ou encore dysfonction du sphincter supérieur de l'œsophage (d'après Puech et Woisard, 1998).

D'après Bleeckx, ils peuvent être soit d'origine neurologique, soit dus à une atteinte des fonctions supérieures, ou à une atteinte cancéreuse de la sphère ORL, ou liés à l'âge et au vieillissement des structures ou encore provenir d'un mécanisme immature.

Les symptômes varient en fonction de la localisation de l'atteinte. Outre les fausses routes mettant en jeu la vie du patient par la pénétration plus ou moins partielle du bol alimentaire dans les voies aériennes, on peut ainsi observer de nombreux signes d'une déglutition anormale : un bavage, une difficulté d'ouverture buccale, un éparpillement dans la bouche, une expulsion de la nourriture hors de la bouche, un reflux nasal, la présence d'une toux, des douleurs ou encore une impression de blocage des aliments.

2 - Fonctions ou paramètres associés abordés en rééducation orthophonique

2.1. La respiration

A - Description

La respiration se décrit en deux temps : l'inspiration et l'expiration.

Le mouvement inspiratoire correspond à un agrandissement de la cage thoracique dans toutes ses dimensions permettant une dilatation des poumons.

Le diaphragme se contracte, ses coupes s'abaissent et le plancher de la cage thoracique est tiré vers le bas. L'action du diaphragme complétée par la contraction des muscles intercostaux externes aboutit à l'expansion des six dernières côtes. En inspiration forcée (volume de réserve inspiratoire), les côtes supérieures s'élèvent grâce à l'intervention de quelques muscles du cou appelés inspireurs accessoires, ce qui augmente encore le volume de la cage thoracique.

Le mouvement expiratoire est la plupart du temps passif (volume courant). A la fin du temps inspiratoire, les structures élastiques étirées de la cage thoracique tendent à reprendre leur position initiale de repos, entraînant ainsi une fermeture des côtes et une remontée du diaphragme. Mais l'expiration peut être amplifiée (volume de réserve expiratoire) par la participation des muscles abdominaux obliques et transverses ainsi

que des muscles intercostaux internes

Ce type de respiration, dit « costo-diaphragmatique » est une respiration ample et adaptée à la phonation.

B - Troubles

On observe deux types fréquents de respirations inadaptées.

La respiration abdominale se produit à l'inspiration avec une poussée antérieure de la cavité abdominale et n'est pas associée à un mouvement thoracique supérieur. La respiration thoracique supérieure entraîne un blocage diaphragmatique. Ces deux types de respirations rendent notamment la phonation difficile.

2.2. L'occlusion

A - Description

La rééducation de l'occlusion est nécessaire car elle correspond à la conformation de la bouche et intervient ainsi dans la déglutition et l'articulation. Elle peut aussi participer à la rééducation de la respiration.

B - Troubles

L'occlusion dentaire se produit lorsque les deux maxillaires se rapprochent et que les dents des arcades supérieures et inférieures entrent en contact centré et équilibré.

La malocclusion est un rapport défectueux ou irrégulier des arcades dentaires. On définit les anomalies d'occlusion selon les classes d'angle 1, 2 ou 3 ou selon le plan frontal.

2.3. La posture

A - Description

Posture globale

L'homme au cours de son évolution est arrivé à la station verticale et sa morphologie s'y est adaptée par des courbures spécifiques du rachis et de la plante du pied. Ainsi, la verticalité est une propriété biologique de l'homme et le maintien de cette posture n'exige aucun effort conscient de sa part.

Lorsque nous sommes debout, le corps est en contact avec le sol par le « polygone de sustentation » représenté par les pieds et la surface entre eux. Cet appui est la base de l'équilibre vertical. Il est très important car il transmet la masse totale du corps au sol qui la lui renvoie. Ainsi, un bon enracinement au sol assure une bonne position des chevilles, des genoux, du bassin et par l'intermédiaire de la colonne vertébrale, du dos.

Cet équilibre est maintenu dans tout le corps par l'intermédiaire des chaînes musculaires. Celles-ci représentent « des circuits en continuité de direction et de plan à travers lesquelles se propagent les forces organisatrices du corps. » (d'après Busquet, 1997).

Le corps étant bien positionné et équilibré, les tensions sont moindres, la respiration plus fluide et l'effort (notamment vocal) peut être soutenu par cette structure stable.

Posture de langue

La langue possède une structure complexe et compte dix-sept muscles. Elle est un organe actif dont les mouvements sont multiples, notamment au niveau de sa pointe ou apex. Sa position peut faciliter ou gêner les mouvements des autres organes et peut résulter d'une adaptation à des troubles posturaux.

Son rôle est primordial dans l'articulation des sons de la parole et dans la déglutition.

De plus, tout déplacement anormal, toute position articulaire inexacte, tout effort exagéré de la base de langue va entraver les mouvements du voile du palais, du larynx, du pharynx donc modifier le timbre de la voix.

B - Troubles

Tout au long de sa vie, l'homme rencontre des problèmes d'ordre physique ou psychologique qui vont influencer sa statique. En effet, quelle qu'en soit l'origine, un traumatisme va provoquer une réaction de défense au niveau des chaînes musculaires et la mise en place d'un schéma adaptatif. Celui-ci vise à conserver un équilibre dans l'organisation du corps en privilégiant l'absence de douleur, au détriment de la mobilité. Cette adaptation va concerner tout le corps étant donné que les muscles s'entrecroisent comme les maillons d'une chaîne et sont solidaires dans leur fonctionnement. Ainsi, la statique globale va être perturbée et le corps va subir une restriction de mobilité, ce qui va entraver la fonctionnalité de toute la personne.

Au niveau de la posture de langue, on observe trois positions pathologiques. La langue antérieure, située très en avant entre les incisives. La langue basse, qui prend appui sur les incisives du bas et peut à la longue entraîner une prognathie due à la pression constante exercée sur la mandibule. Et enfin l'interposition linguale molaire, où la langue s'étale et se place au niveau des prémolaires et des molaires.

LIENS ENTRE STRUCTURES ET FONCTIONS : APPORTS DE LA THERAPIE MANUELLE ?

1 - Pour la phonation

A propos de cette fonction, une étude de Scotto Di Carlo (1998) a mis en évidence l'importance de l'interaction entre la colonne cervicale et le chant par l'observation de déformations propres aux chanteurs professionnels à ce niveau. En effet, il est montré que le rachis présente des modifications de courbure après plusieurs années de pratique. Ces adaptations de la structure au service d'une fonction surdéveloppée n'induisent aucune gêne.

D'autre part, l'auteur explique l'importance de la mobilité du rachis cervical en voix chantée par l'importance des déplacements antéropostérieurs de celui-ci lors des passages entre les différents registres et ce chez tout sujet (cette observation n'est pas valable que pour les chanteurs professionnels).

Une autre étude (Hulse et Holz, 2004) a montré l'origine vertébrale de nombreuses dysfonctions ORL dont la dysphonie, et l'efficacité du traitement de celles-ci par la thérapie manipulative. Nous savons en effet que les pathologies de la statique vertébrale ont des répercussions sur la qualité de la voix. Ainsi, une hyperlordose cervicale induit des tensions qui provoquent une projection du menton en avant et un raccourcissement des muscles de la nuque. Ceci entraîne une modification de la position du larynx et une diminution de sa mobilité. De plus, la colonne d'air perd sa verticalité, ce qui rend inefficace le souffle phonatoire et induit des mécanismes de forçages vocaux.

De même, une scoliose modifie l'équilibre statique de tout le corps, le jeu du diaphragme est limité et on observe une mauvaise coordination respiration-voix.

On voit donc qu'une modification de la statique vertébrale a des répercussions sur la gestion du souffle et entraîne un effort vocal concentré au niveau des cordes vocales.

Delemarre (2003) rend compte de l'influence à distance de la structure sur la fonction. Elle classe en effet les muscles impliqués dans la voix en quatre réseaux dont un qui comprend les muscles partant de la plante des pieds jusqu'au bassin et elle explique que ces derniers interviennent dans le placement de la voix, la variation de hauteur ainsi que dans l'ajustement de l'intensité du son.

D'après Dupessey et Coulombeau (2003), « des affections vocales bien différentes peuvent se manifester par des altérations acoustiques voisines ». L'entraînement de l'oreille à une écoute analytique qu'ils préconisent ne suffit donc pas toujours à poser un diagnostic et l'examen laryngé n'est pas toujours révélateur. Ainsi, une démarche diagnostique s'appuyant sur les techniques de thérapie manuelle permet une prise d'informations supplémentaire pour rendre compte du geste vocal.

De plus, une approche manuelle permettra de ressentir une tension localisée et profonde, inaccessible à une approche classique, et pourra la travailler avec des techniques de repositionnement (d'après Roch et Piron, 2005). Ainsi, elle peut s'associer à la relaxation, au travail sur la respiration et aux exercices vocaux d'une thérapie classique.

A ce niveau, le mémoire d'orthophonie de Collet-Beillon et Benali (2005) montre un effet positif de la thérapie manuelle en voix parlée et chantée sur le degré d'altération de la voix, le degré de raucité, l'aspect soufflé et le degré de forçage vocal. De plus, elles observent une augmentation du temps maximum de phonation et de l'amplitude de l'étendue vocale usuelle ainsi qu'une plus grande rapidité de résultats.

La prise en charge orthophonique classique des troubles de parole (bégaiement et troubles d'articulation) est basée sur la détente, la posture de langue et la proprioception. Or, le mémoire d'ostéopathie de Melka (2005) montre que la thérapie manuelle améliore la détente, facilite l'évolution de la position de langue et favorise les mises en lien entre le corps et le symptôme. La thérapie manuelle trouve donc sa place dans ce type de prise en charge.

Pour ce qui est de la rééducation de la dysarthrie neurologique avec l'aide de cette méthode, rien n'a été démontré.

Ainsi, il pourrait être intéressant de proposer une approche manipulative dans le traitement des dysphonies et de certains troubles de parole.

2 - Pour la déglutition

La déglutition est une fonction qui met en jeu de nombreuses structures.

Ainsi, la sangle labiojugale, les muscles masticateurs, l'os hyoïde, le plancher buccal, la langue, le voile du palais, le larynx, le pharynx et le carrefour digestif doivent pouvoir être mobilisés et coordonnés.

La rééducation traditionnelle de la déglutition propose une adaptation de l'environnement (notamment au niveau du choix des aliments), une modification du comportement (apprentissage de positions facilitatrices, arrêt des habitudes nocives) et des exercices spécifiques de mobilisation de la langue, des lèvres, des joues et du sillon labio-mentonnier.

D'après Piron (à paraître), les techniques de thérapie manuelle permettent une stimulation directe de la structure altérée donc l'activation d'une réponse réflexe ou adaptée ainsi qu'un travail du tonus.

3 - Pour la respiration

Une étude de Chaves, Grossi, De Oliveira, Bertolli, Holtz et Costa (2005) a montré que des difficultés respiratoires telles que l'asthme pouvaient avoir pour origine une altération de l'articulation temporo-mandibulaire.

Faure (1988), elle, décrit les conséquences des contraintes physiques propres à chaque mode respiratoire. Ainsi, l'inspiration scapulaire demande une ascension et un enroulement des épaules qui provoquent un manque de liberté costo-sternale. La statique vertébrale va présenter une accentuation des courbures contrariant la gestion du souffle dans l'expression vocale et on aura une expiration en « soupir ».

L'inspiration thoracique supérieure est accompagnée d'un tirage cervical et de tensions au niveau des épaules, du visage, du pharynx et de la glotte. Cela entraîne une rétraction de la paroi abdominale et un repliement de l'individu sur lui-même pendant le temps phonatoire.

L'inspiration abdominale exagérée augmente la lordose lombaire et empêche l'épanouissement du thorax supérieur. Pendant la phonation, on a alors une augmentation de la contrainte des muscles abdominaux et une diminution de la durée phonatoire.

Enfin, l'inspiration costo-abdominale entraîne une mobilisation plus globale de la cage thoracique et du diaphragme. Couplée à une expiration contrôlée avec redressement vertébral, elle permet de doubler le temps phonatoire.

En rééducation orthophonique traditionnelle, le travail respiratoire est basé sur la proprioception et l'entraînement. La thérapie manuelle vient compléter cette approche par une action directe sur les tensions, ce qui rend le contrôle volontaire moins coûteux et facilite la mise en place naturelle d'une respiration adéquate.

4 - Pour l'occlusion

D'après les résultats d'un mémoire d'ostéopathie (Melka, 2005), l'occlusion se trouverait améliorée sans contrainte ni détresse grâce à un suivi ostéopathique mené en parallèle de la rééducation orthophonique. En effet, pour la majorité des cas étudiés, la simultanéité des rééducations a permis l'évolution d'une respiration buccale à une respiration nasale et donc un contact labial retrouvé.

5 - Pour la posture

Le lien entre la statique et la voix projetée a été mis en évidence par Faure (1992). En effet, elle a constaté une avancée du menton et un effondrement de la cage thoracique pendant la phonation. Les épaules s'enroulent, bloquant l'expansion de la cage thoracique supérieure et provoquant une hyper extension du cou. Il va en résulter des tensions antagonistes de la musculature laryngée qui gêneront les adaptations pharyngo-laryngées et la qualité de l'accolement cordal en souffrira (surtout si une pathologie gêne l'occlusion de l'espace glottique). La statique globale permet ainsi une fonctionnalité corporelle optimale.

A l'issue de ces observations, elle a montré l'efficacité d'un travail postural en rééducation vocale. En effet, un travail sur l'ouverture de l'espace abdomino-thoracique et son maintien pendant la phonation avec relâchement conscient des tensions des trapèzes, du cou et des muscles participant à l'articulation a permis des améliorations de la voix chantée (au niveau de l'étendue vocale, du timbre, de l'intensité et de la fréquence selon les sujets). Or, une telle ouverture et un tel relâchement ne peuvent être obtenus que si les organes en jeu ne présentent pas de restriction de mobilité. C'est à ce niveau qu'intervient la thérapie manuelle.

D'autre part, le mémoire d'ostéopathie de Melka (2005) démontre que l'obtention de l'occlusion grâce au suivi ostéopathique facilite l'adaptation de la posture de langue.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

PROBLEMATIQUE

Les techniques issues de la thérapie manuelle permettent une amélioration de la fonction par une action sur la structure; dans quelles mesures la rééducation orthophonique en bénéficie-t-elle?

HYPOTHESES

→ L'application des thérapies manuelles à la rééducation orthophonique aurait des impacts positifs au niveau de **l'efficacité de traitement** des fonctions décrites (respiration, déglutition, phonation, occlusion et posture) ainsi que dans **la relation** entre le thérapeute et le patient.

→ Les indications de rééducation orthophonique par la thérapie manuelle seraient nombreuses et variées de par la spécificité de son mécanisme d'action. Elles s'étendraient même à la prise en charge des pathologies irréversibles telles que les pathologies neurologiques et dégénératives.

Chapitre III

EXPERIMENTATION

METHODE EXPERIMENTALE

J'ai procédé à une étude transversale sous la forme de deux enquêtes qui ne comprennent que des questions ouvertes. Celles-ci se situent dans une approche clinique et rendent compte de la pratique de la thérapie manuelle de type ostéopathique en orthophonie. Les données recueillies sont donc subjectives.

POPULATION

L'idée de départ était de proposer une enquête aux orthophonistes et une autre aux patients rééduqués avec l'aide des techniques de thérapie manuelle. Mais nous avons pensé qu'il était plus pertinent de discuter d'études de cas avec les orthophonistes car peu de patients portent de l'intérêt à la méthode de rééducation pratiquée et la thérapeute est plus à même de répondre, de faire une sorte de « bilan » au sujet de rééducations abouties. D'autre part, il était compliqué de reprendre contact avec des patients ayant terminé leur rééducation.

1 - Les orthophonistes

Ainsi, les deux enquêtes sont destinées à des orthophonistes ayant suivi la formation OSTEOVOX caractérisée par l'apprentissage de techniques de thérapie manuelle.

Deux sessions de cette formation ont déjà eu lieu. Parmi les douze orthophonistes interrogées trois ont suivi la première (2000 à 2003) et neuf ont suivi la deuxième (2003 à 2005). Leurs coordonnées m'ont été transmises par le Dr Roch, maître de mémoire.

2 - Les patients

Les études de cas (deuxième enquête) portent sur trente-trois patients ayant été pris en charge par ces orthophonistes à l'aide des techniques de thérapie manuelle.

Ils ont terminé ou presque leur rééducation. Le nombre de patients par orthophoniste est variable mais reste peu élevé en raison de la relative nouveauté de la formation. Aucune contrainte n'a été posée au niveau de l'âge, du sexe ou du motif de rééducation afin d'en étudier la variété.

Ainsi, 23 enquêtes portent sur des femmes et 10 sur des hommes, de tous âges (7 à 82 ans ; moyenne = 42.7 ans) et de toute classe sociale avec cependant une bonne proportion d'enseignants (12/33).

3 - Champ d'expérimentation

D'un point de vue pratique, le champ d'expérimentation fut limité aux villes de Lyon et Chambéry.

LA FORMATION OSTEOVOX

La formation OSTEOVOX est une formation en thérapie manuelle proposée aux orthophonistes depuis cinq ans en France et depuis une dizaine d'années en Belgique. Elle est assurée par Jean-Blaise Roch, phoniatre et en cours de formation d'ostéopathie et Alain Piron, ostéopathe belge spécialisé en phoniatry.

La formation de base se déroule sur deux ans à raison de quatre sessions de deux jours et demi par an. Puis, régulièrement, des sessions de « perfectionnement » sont proposées.

En résumé, l'objectif est d'enseigner différentes techniques issues de l'ostéopathie pour permettre d'abord d'établir un diagnostic des blocages en lien avec les troubles fonctionnels grâce à un touché éduqué.

Ensuite, ces techniques permettent d'agir sur les blocages pour restaurer ou du moins améliorer la mobilité des différentes structures anatomiques intervenant dans les fonctions étudiées (la respiration, la déglutition, la phonation, l'occlusion et la posture).

Ainsi, l'enseignement OSTEOVOX compte deux axes : un approfondissement des connaissances anatomo-physiologiques et une éducation de la main à une lecture tissulaire fine.

PROTOCOLE

1 - Les enquêtes

Les enquêtes présentées sont au nombre de deux. La première comprend des questions d'ordre général sur la pratique des orthophonistes formées aux techniques de thérapie manuelle. Elle se divise en quatre grandes parties.

L'une porte sur la formation suivie afin d'en préciser le niveau, l'ancienneté, les raisons et les apports. L'autre porte sur la rééducation et permet de définir les types de prises en charge auxquels la thérapie manuelle est appliquée, sa place, ses bienfaits, ses limites et les facteurs de réussite.

La troisième partie se limite à une question sur les conséquences relationnelles de l'application des techniques de thérapie manuelle.

La dernière concerne les perspectives envisagées quant à l'évolution d'une pratique incluant la thérapie manuelle, à la diffusion de la formation et au développement d'une collaboration entre l'orthophoniste et l'ostéopathe.

La deuxième enquête sert de trame pour l'étude des dossiers des patients.

Elle comprend d'abord des questions d'ordre administratif (date de naissance, début et fin de rééducation, sexe, profession) ainsi que le motif de consultation et les antécédents de prise en charge orthophonique.

Puis elle précise les ressentis du patient rapportés à l'orthophoniste en séance et à distance, les effets observés sur la relation dans ce cas particulier, les caractéristiques de cette rééducation et enfin la satisfaction de l'orthophoniste au niveau des résultats obtenus.

Ces questions visent à illustrer les résultats de l'enquête précédente afin de vérifier si les impressions générales des orthophonistes se retrouvent dans des cas concrets. Toutes les données étant subjectives, il paraît important de faire ce lien. Ce deuxième questionnaire permettra ainsi d'étayer ou d'infirmer le premier, d'apporter un certain crédit aux données précédentes.

2 - Les rencontres

Sur quinze orthophonistes contactées, douze ont participé au mémoire. En effet, deux orthophonistes estimaient ne pas avoir le recul nécessaire ou ne pas avoir suffisamment pratiqué et une autre n'était pas intéressée.

Les douze orthophonistes ont donc répondu aux enquêtes au cours d'un entretien lors duquel elles ont présenté de un à cinq patients et parlé de leur pratique. Je les avais d'abord contactées par courrier puis nous avons pris rendez-vous et chaque entretien a duré environ une heure. Les questions n'étaient pas transmises au préalable afin de garantir la spontanéité des réponses.

Durant cette heure nous discutons d'abord des études de cas et remplissons généralement ensemble les enquêtes correspondantes (sauf dans certains cas où, par manque de temps de la part de l'orthophoniste, je lui laissais les grilles à remplir qu'elle me renvoyait par la suite). Puis l'orthophoniste répondait à l'enquête plus générale pour laquelle je procédais à un enregistrement. En effet, les questions étant plus larges, elles donnaient lieu à des réponses plus personnelles et je tenais à avoir l'esprit disponible pour mieux être en mesure de demander des précisions, mieux rebondir sur ce qui m'était dit plutôt qu'être occupée à prendre des notes. De plus, l'enregistrement m'a permis de réécouter les discussions chez moi et d'en saisir l'intégralité.

3 - Le retour

Après le « dépouillement » des enregistrements j'ai renvoyé les enquêtes complétées à chaque orthophoniste via internet pour leur demander si elles souhaitent faire des ajouts ou rectifications ou si elles approuvaient ma transcription. Seule une d'entre elles a tenu à corriger une grande partie des données. Les autres ont répondu positivement ou n'ont pas donné suite à mon mail, auquel cas j'ai considéré son contenu comme validé.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

ENQUETE GENERALE SUR LA THERAPIE MANUELLE DANS LA PRATIQUE ORTHOPHONIQUE

1 - FORMATION

1.1. Raisons

Trois raisons au suivi de la formation Ostéovox prédominent :

- la volonté de développer le canal corporel ou un goût préexistant pour ce contact, pour 8/12 orthophonistes.
- un travail en voix auprès de J.B. Roch qui les a informées et leur a proposé la formation, pour 8 d'entre elles aussi.
- La recherche d'outil (11/12)
 - pour une meilleure adaptabilité au patient en général (2/11)
 - pour la rééducation vocale en particulier (8/11)
 - pour la détente (1/11)

A côté de ces principales raisons, on trouve l'intérêt pour un travail global (2/12) et pour une approche plus technique (2/12), ainsi que des raisons personnelles (1/12).

1.2. Apports

- Pour 11/12 orthophonistes interrogées, la thérapie manuelle est un outil supplémentaire.

Parmi celles-ci, 3 en apprécient particulièrement l'aspect technique qui permet de concrétiser les intuitions et 3 relèvent l'avantage d'un traitement différent de l'information, d'une écoute avec les doigts. Cet outil permettrait la compréhension des limites des autres méthodes.

- 4 orthophonistes mettent en avant l'importance des reprécisions anatomiques, l'apport théorique à ce niveau.
- 3 orthophonistes insistent sur l'intérêt de la modification de la trame des prises en charges vocales.

En effet, le travail est physique avant d'être vocal, ce qui d'après elles permet d'amoindrir la souffrance du patient en évitant une surutilisation de sa voix.

- Pour 5 orthophonistes la thérapie manuelle constitue une aide particulière pour s'informer de l'état du patient.

En effet, 3 d'entre elles s'appuient entre autres sur cette méthode pour l'élaboration du diagnostic et 2 d'entre elles pour déterminer l'arrêt de la rééducation.

- 2 orthophonistes rapportent de meilleurs ressentis ou une meilleure autogestion du patient.
- 6 orthophonistes évoquent l'importance de la prise en charge globale qui facilite les mises en lien (entre différents symptômes, entre l'état de la structure et sa fonctionnalité...).
- Pour 2 orthophonistes, la thérapie manuelle a permis une démarche sur soi et des remises en questions.
- Enfin, on note un effet bénéfique en relaxation (1), des résultats valorisants (1) et la concrétisation du « soin de la voix » pour les patients (1).

2 - REEDUCATION

2.1. Types

- Dans l'application des techniques de thérapie manuelle on peut noter une large prédominance pour les rééducations vocales. En effet, la totalité des orthophonistes interrogées les utilisent dans ce cadre.
- 4 orthophonistes s'appuient sur la thérapie manuelle dans les prises en charge du bégaiement.
- 6 en ont l'usage en déglutition.
- 7 orthophonistes disent avoir recours à la thérapie manuelle pour tous les types de prises en charge dès lors où elles perçoivent un surcroît de tensions, une anxiété importante, de l'énervement ou des difficultés à se concentrer chez le patient. Elles donnent comme exemples les rééducations de retard de parole, de langage, les troubles d'attention, les dyslexies, dysgraphies et dyspraxies.
- 2 orthophonistes appliquent des techniques de thérapie manuelle en rééducation des troubles d'articulation et 2 en posture de langue.
- 3 orthophonistes mentionnent la prise en charge des dysarthries neurologiques dans leur pratique de la thérapie manuelle.
- Enfin, 1 orthophoniste dit utiliser la thérapie manuelle dans les prises en charge de syndromes dégénératifs et une autre pour celles de patients aphasiques.

2.2. Place de la thérapie manuelle

- 8/12 orthophonistes font varier la place de la thérapie manuelle en fonction des troubles.
- 5/12 en fonction des patients.
- 4/12 selon l'évolution de la prise en charge (prépondérante en début de rééducation, la place est progressivement laissée à d'autres exercices).
- 1/12 selon son degré de formation (prépondérante en début de formation, la thérapie manuelle est devenue adjuvante puis un équilibre s'est instauré).
- Pour 3/12 orthophonistes elle est adjuvante quel que soit le type de prise en charge.

Ainsi, pour la majorité des orthophonistes interrogées, la place de la thérapie manuelle dans la rééducation varie en fonction du trouble abordé. Pour 8 d'entre elles la thérapie manuelle a une place très importante en rééducation vocale, dont 4 pour lesquelles elle est prépondérante. 2 l'utilisent beaucoup en bégaiement dont une majoritairement. Pour 1 elle est prépondérante en rééducation de la déglutition et pour 2 autres en rééducation de posture de langue.

- 4 orthophonistes précisent qu'elles associent les techniques de thérapie manuelle à une approche classique. Une autre les associe à une approche psychothérapeutique. Une à la méthode Feldenkraïs et une dernière à une rééducation de la posture globale.
- Pour une des orthophonistes, la thérapie manuelle représente une pensée omniprésente plus qu'une place définie en rééducation.

2.3. Bienfaits

Observation des résultats :

- Pour 10/12 orthophonistes les rééducations gagnent en rapidité, en efficacité grâce aux techniques de thérapie manuelle. Parmi elles, une précise que cet effet est surtout observable en rééducation de voix, une autre en rééducation linguale et une pour la prise en charge des paralysies récurrentielles.
- 3 orthophonistes remarquent une stabilisation des résultats.
- 2 orthophonistes précisent que les résultats sont particulièrement importants au niveau du confort général et de la fonctionnalité des structures rééduquées à l'aide de la thérapie manuelle.

Pour les patients :

- 4 orthophonistes observent un plus grand « lâcher prise », une meilleure détente à l'application des techniques de thérapie manuelle.
- 3 orthophonistes notent une proprioception améliorée chez les patients bénéficiant de la thérapie manuelle.
- 3 orthophonistes remarquent des effets positifs au niveau de la compréhension des troubles et de leur pratique de la part des patients.
- 3 orthophonistes insistent sur le fait que ces techniques fonctionnent avec tout le monde, notamment avec les patients réfractaires aux autres techniques de rééducation vocale.
- 3 orthophonistes précisent une bonne réaction générale des patients.

2.4. Facteurs de réussite

Pour l'orthophoniste : (1 orthophoniste n'a pas su répondre à cet item)

- Pour 5/11 orthophonistes il est essentiel d'avoir confiance en soi, d'être bien dans sa tête, son corps et sa pensée pour faire passer les choses et de ne pas douter de ce que l'on fait.
- Pour 4/11 orthophonistes, un des facteurs de réussite est une bonne connaissance des techniques, la maîtrise de celles-ci étant facilitée par une mise en pratique très régulière (notamment sur soi) et la répétition des mêmes gestes. Ces connaissances permettent à l'orthophoniste de suivre une logique fonctionnelle.
- 3/11 orthophonistes estiment qu'il est important de savoir demander de l'aide, d'avoir recours à l'ostéopathe notamment lorsque les troubles dépassent leur domaine de compétence.
- 2/11 orthophonistes pensent qu'il est nécessaire d'avoir une sensibilité particulière. Une d'entre elles précisant qu'il faut savoir « être à l'écoute avec les mains et l'esprit ».
- 3/11 orthophonistes relèvent l'importance de la mise en place d'une bonne collaboration thérapeutique. Ainsi l'une précise qu'il faut demander l'avis du patient, l'autre qu'il faut lui donner des explications et la troisième ressent le besoin d'installer la relation avant d'intégrer la thérapie manuelle à la rééducation.

Pour le patient : (5 orthophonistes n'ont pas su répondre à cet item)

- 3/7 orthophonistes notent la nécessité d'une implication, d'une adhésion, d'une motivation particulière de la part du patient. Il doit notamment prendre en compte les informations données pour analyser ses ressentis.
- 2/7 orthophonistes mentionnent l'importance de la confiance que le patient doit avoir en elles.
- 2/7 orthophonistes estiment que le patient doit faire preuve d'une certaine capacité de détente.
- 2/7 orthophonistes précisent que le patient doit accepter le contact et ne pas montrer de pudeur excessive.
- Enfin, pour une des orthophonistes le patient doit être capable de gérer d'éventuelles difficultés psychologiques pour assurer la réussite de la rééducation.

2.5. Limites, inconvénients

Limites :

- Les contre-indications médicales (radiothérapie en cours ou récente, problèmes cervicaux, douleurs) 9/12
- Une maîtrise insuffisante des techniques 4/12 (la formation est récente)
- Un refus du patient, une difficulté à « lâcher prise », une résistance au contact 4/12
- Les résistances, réticences, peurs de l'orthophoniste 3/12
- Il n'existe pas de techniques spécifiques pour le langage écrit 2/12
- Les techniques enseignées ne doivent pas être utilisées dans le cadre de troubles relevant de l'ostéopathie 2/12
- La thérapie manuelle doit être complétée par d'autres approches (méthode traditionnelle et autres) 2/12
- Prudence vis-à-vis des patients présentant des troubles psychologiques massifs 2/12

Inconvénients :

- Le déshabillage des patients peut être gênant 6/12
- La position allongée nécessaire n'est pas toujours possible ou pratique (domicile, limites physiques) 3/12

- Nécessite un lourd investissement (doutes, remises en question, mise en place qui demande beaucoup de temps, difficultés de mises en lien avec la pratique habituelle) 4/12
- L'attente de résultats, la demande est augmentée de la part du patient du fait de l'approche plus « médicale » 2/12
- Les séances sont plus longues 1/12
- Certaines techniques sont fatigantes pour le thérapeute 1/12

3 - RELATION

3.1. Effets positifs :

- 10/12 orthophonistes rapportent un effet relationnel positif dans leur pratique de la thérapie manuelle.

Parmi elles, 8/10 notent un rapport de confiance augmenté. Notons que 3/8 de ces orthophonistes précisent que le patient se livre plus facilement (au niveau corporel et psychique).

- 4/10 orthophonistes remarquent une entrée en communication plus rapide, un lien facilité avec le patient.
- 2/10 orthophonistes disent avoir accès à une meilleure connaissance du patient grâce à une écoute plus développée et à la perception d'informations par le corps.
- 3/10 orthophonistes observent une reconnaissance plus élevée du patient envers elles (verbalisation des résultats, se sentent plus écoutés, conscience accrue de l'investissement de l'orthophoniste qui se forme).
- 2/10 orthophonistes apprécient un renforcement de la dimension de soin dans la relation avec le patient.
- Enfin, une orthophoniste met en exergue l'importance d'un contact physique souvent évité dans la société actuelle au niveau du rapport au corps des personnes âgées notamment.

3.2. Effets négatifs :

- 4/12 orthophonistes rapportent quelques difficultés ou conséquences relationnelles négatives relatives à la pratique de la thérapie manuelle.

Parmi elles, 2/4 orthophonistes éprouvent des difficultés à entrer dans la sphère intime du patient en début de rééducation et parfois une certaine réticence de la part de celui-ci.

- Une orthophoniste note que le côté médical de l'approche change l'attitude des patients dont l'attente de résultats est augmentée.
- Enfin, une orthophoniste remarque la nécessité d'être prudent par rapport à certains patients qui auraient tendance à entrer dans un rapport de séduction par le fait du contact physique occasionné par les techniques manipulatives.

3.3. Absence d'effet :

- 2/12 orthophonistes estiment que la thérapie manuelle n'a pas de conséquence particulière sur la relation et précisent que cette pratique nécessite une confiance déjà établie.
- Une autre orthophoniste remarque que si le lien est facilité, la qualité de relation dépend d'autres facteurs.

4 - PERSPECTIVES

4.1. Evolution

- 7/12 orthophonistes précisent leur volonté de s'améliorer, approfondir, gagner en efficacité et en précision au cours des années à venir, ce notamment en complétant les techniques assez globales par des techniques plus ciblées. Une d'entre elles ressent le besoin de continuer à se former dans ce domaine.
- 6/12 orthophonistes ressentent le besoin de s'entraîner aux techniques de thérapie manuelle pour parer notamment le risque d'oubli de certaines d'entre elles, pour revenir sur les techniques moins bien comprises, moins maîtrisées ou approfondir celles qui le sont mieux. Parmi elles 5/6 en groupe, dont une de préférence avec un superviseur et la sixième relève surtout l'importance d'un entraînement sur soi.
- 3/12 orthophonistes pensent mettre certaines techniques de côté soit en raison de leur trop grande précision, soit par la force des choses en fonction des cas rencontrés, soit en cas de mauvaise expérience avec l'une ou l'autre d'entre elles.
- 1/12 orthophonistes n'envisage pas d'investir plus la thérapie manuelle au cours des années à venir étant donné son engagement déjà très important en psychothérapie.

- 2/12 orthophonistes précisent ne pas vouloir mettre de côté les méthodes classiques. A ce sujet, l'une d'elle souhaite parvenir à un meilleur équilibre entre les techniques de thérapie manuelle et les exercices traditionnels en rééducation de voix.
- 1/12 orthophonistes souhaite aboutir à une réduction de la durée des rééducations.

4.2. Généralisation de la formation

- 7/12 orthophonistes ne sont pas en faveur d'une généralisation de la formation. Les raisons avancées sont les suivantes :
 - nécessite une sensibilité, des dispositions particulières 2/7
 - démarche qui doit être personnelle, demande un investissement très important 2/7
 - demande une motivation, un intérêt particulier pour le travail corporel 4/7
 - surtout appliqué à la voix 2/7
- 2/12 orthophonistes sont pour cette généralisation.
- 4/12 orthophonistes sont pour un développement de l'information à propos de la formation.
- 3/12 orthophonistes proposent l'inclusion de la formation dans le programme des écoles d'orthophonie.

4.3. Collaboration avec l'ostéopathe

12/12 orthophonistes interrogées travaillent en collaboration avec les ostéopathes depuis qu'elles sont formées à la thérapie manuelle.

Parmi elles, 8 travaillaient déjà en lien avec eux mais 5/8 précisent que leurs indications sont plus ciblées et plus nombreuses qu'avant.

ETUDES DE CAS DE REEDUCATIONS AVEC APPLICATION DE TECHNIQUES DE THERAPIE MANUELLE

1 - POPULATION

- Les études de cas portent sur 33 patients dont 23 femmes et 10 hommes.
- L'âge moyen des patients est de 42.7 ans, avec une répartition allant de 7 à 82 ans.

- Une classe sociale est largement représentée, celle des enseignants avec une proportion de 12/33 patients.

2 - REEDUCATION

- Parmi les motifs de consultation, on retrouve :
 - o 30/33 cas de dysphonies dont 16/30 dysphonies fonctionnelles (DF), 11/30 dysphonies avec atteinte des cordes vocales (DCV) et 3/30 dysphonies neurologiques (DN).
 - o 5/33 cas de troubles de déglutition dont 1 déglutition atypique (DegA) et 4 dysphagies d'origine neurologique (Dpg)
 - o 1/33 cas de dyspnée d'origine neurologique (Dpn)
- NB : Parmi ces cas
 - o - 2 cas = trouble de la voix + déglutition.(dont 1 = maladie de Parkinson) (Dpg+DN)
 - o - 1 cas = trouble de la voix + respiration.(Dpn+DN)
- Au niveau de la durée de rééducation, on relève :
 - o 22 cas $\leq$ 1 an
 - o 6 cas $\leq$ 2ans
 - o 1 cas $>$ 2ans
 - o Non déterminée pour 3 cas qui sont encore en cours de rééducation.
- Au niveau des antécédents, on note que 8/33 patients ont déjà bénéficié d'un suivi orthophonique. Pour 6 d'entre eux à l'âge adulte, pour les 2 autres dans l'enfance. Parmi les 6 patients suivis à l'âge adulte, 2 ont changé volontairement d'orthophoniste pour être traités à l'aide des techniques de thérapie manuelle.

3 - RESSENTIS

3.1. En séance

- Pour 2/33 patients, l'orthophoniste n'a pas retenu de ressenti particulier (1 DegA et 1 DF). Ainsi, 31 patients sont ici pris en compte.
- 13/31 études de cas révèlent une amélioration de la détente en séance (7 DF, 4 DCV, 1 DN+Dpg et 1 DN+Dpn). Pour un de ces patients (DF) il est précisé que la détente obtenue avec la thérapie manuelle est meilleure que celle obtenue avec les techniques classiques.

- 10/31 patients ont développé un certain bien-être, un confort, une satisfaction (4 DF, 4 DCV, 1 DN+Dpg et 1 Dpg).
- Au contraire, 1/31 patients (DF) n'a pas apprécié la thérapie manuelle (antécédent de manipulations mal supportées en thalassothérapie).
- 9/31 patients ont fait preuve d'une attention augmentée, d'une meilleure perception (des tensions notamment) et /ou d'une mise en mots de ce qui est perçu (4 DF, 3 DCV, 1 Dpg et 1 Dpn+DN).
- 4/31 patients avaient une bonne compréhension des manipulations et faisaient plus de mises en lien (3 DCV et 1 DF). Au contraire, 1/31 patients (DCV) ne parvenait pas à mettre en lien des sensations très éparpillées.
- 3/29 (30-1) patients ont constaté une amélioration rapide de leurs possibilités vocales (DN : obtention d'un son dès la première séance ; DF1 : prise de conscience du second registre ; DF2 : récupération des basses dans les premières séances).
- 2/31 patients se sont étonnés des techniques de thérapie manuelle (2 DN+Dpg).
- 2/29 patients ont ressenti moins d'angoisse par rapport à leur voix, la thérapie manuelle ayant permis un déblocage (1 DF et 1 DCV).
- 1 patient Parkinsonien a pu récupérer un tonus de la sphère oro-faciale sans effort.
- Pour les cas de dysphonie, on relève aussi une suppression du forçage (1 DF et 1 DCV), une amélioration de la mobilité (1 DCV) et une stabilité vocale en séance (1 DCV).

3.2. A distance

- Pour 4/33 patients l'orthophoniste n'a pas su répondre à cet item (1 DCV, 1 DegA, 2DF). Par conséquent, 29 patients sont ici pris en compte.
- Pour 14/29 patients on observe une prolongation des effets à distance, ce au niveau de la voix, de la respiration, de la posture de langue ou de la détente. Pour 3 d'entre eux il est précisé qu'il y a eu une « mémorisation », une « inscription » corporelle.
- 11/27 (30-3) patients dysphoniques présentent une amélioration au niveau du confort vocal au quotidien (moins de fatigue, de serrage, résorption de nodules).
- 4/29 patients sont moins sous l'emprise du stress (3 DCV et 1 DF) et 2/27 patients ont un rapport à leur voix moins anxiogène (2DF).
- 5/29 patients se sont approprié les sensations, ont une meilleure conscience des tensions et l'un d'eux a même acquis une capacité d'autorééducation (2 DF, 2DCV ; 1DCV).

- Pour 2 des patients dysphagiques la nutrition est complètement rétablie, elle est améliorée pour les deux autres.
- 1/29 patients a régressé après avoir progressé, à cause de troubles psychologiques trop prégnants (DF).
- Pour 2/29 patients des tensions ont persisté (1 DF et 1 DCV).

4 - REMARQUE, RESSENTI DE L'ORTHOPHONISTE

- Ressenti de l'hyper émotivité du patient grâce aux tests d'écoute (DF)
- Difficultés :
 - o tensions importantes, détente difficile (DF)
 - o sensations difficiles à cause des raideurs du larynx (Dpg), des cervicales (DF)
 - o douleurs (DF)
 - o corpulence (DF)
 - o remplacer l'objectif (DF : pour la patiente, priorité donnée à la justesse)
 - o 1 patient (DF) trop demandeur de thérapie manuelle, nécessité de limiter (1 séance/2)
 - o Gêne pour le déshabillage (1DF, 1DN+Dpg)
 - o Position assise (domicile) (DN+Dpg)
 - o Prudence due à la présence d'une sonde de dérivation (Dpg)
 - o Déconditionner des habitudes vocales ancrées (DF)
- Importance des explications (2 DF, 1 Dpg)
- A permis un travail global, des prises en charges associées (DegA : suivi orthopédique ; 3 DF : psychothérapie, suivi ostéopathique)
- Importance de l'aide pré-opératoire (DCV)
- Importance de la rééducation classique de la posture de langue en plus de la thérapie manuelle (DF)
- Importance de la transmission d'outils durables (posture, respiration, voix : DF)
- Importance de la réconciliation du chanteur avec son corps (DF)

5 - RELATION

- Pour 14/33 patients l'orthophoniste n'a pas su répondre à cet item. La principale raison énoncée est la difficulté à faire la part des choses entre les effets relationnels de la thérapie manuelle et ce que la relation aurait été sans thérapie manuelle. Seules 19 études de cas sont donc prises en compte ici.

5.1. Effets positifs :

- o confiance augmentée (7/19)
- o effet positif (sans précision, relation redynamisée, plus d'assiduité) (6/19)
- o meilleure compréhension du patient par l'orthophoniste (2/19)
- o proximité accentuée (2/19)
- o relation de soin plus importante (1/19)
- o meilleure collaboration thérapeutique, dialogue (3/19)

5.2. Effets négatifs :

L'orthophoniste a ressenti une gêne vis-à-vis d'un patient en début de rééducation.

5.3. Absence d'effets :

Pour un patient l'orthophoniste n'a pas observé d'effets de la thérapie manuelle sur la relation.

6 - RESULTATS

- Les résultats sont positifs pour 26/33 patients (12 DF, 8 DCV, 2 DN+Dpg, 2 Dpg, 1 DegA, 1 DN+Dpn). Pour 4/27 patients (2 DCV, 1 DN+Dpg, 1 Dpg) les résultats sont supérieurs aux attentes (dont 1Dpg pour lequel les résultats sont supérieurs à ceux d'une prise en charge sans thérapie manuelle).
- Pour 2/33 patients (2 DCV), l'arrêt prématuré de la rééducation ne permet pas de juger des résultats définitifs.
- Pour 7/33 patients (5 DF et 2 DCV), les résultats ont été décevants pour l'orthophoniste (pour l'un d'entre eux ils étaient satisfaisants pour le patient). Au niveau des déceptions on relève :
 - o peu d'effet au niveau de la justesse vocale (DF)
 - o une régression des résultats (troubles psychologiques trop importants) (DF)
 - o une désillusion par rapport à certaines techniques (DCV)
 - o une détente peu satisfaisante (DF)
 - o la persistance de tensions (DF)
 - o des imperfections dans la voix (DF)

NB : Les cas de persistance de tensions et d'imperfection dans la voix sont notés ici car cette partie des résultats était décevante pour l'orthophoniste mais il est précisé que l'ensemble était positif, ils sont donc comptabilisés dans les résultats positifs.

- Pour 8/33 patients (4 DF, 2 DCV, 1 DegA et 1 DN+Dpg), l'orthophoniste relate une rapidité de résultats. Au contraire, pour 1 patient l'orthophoniste a trouvé la rééducation longue (1 an 3 mois pour une dysphonie avec polype).
- Pour 4/33 patients (2 DCV, 1 DF, 1 DN+Dpg), un bon maintien des résultats est précisé.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

EFFETS THERAPEUTIQUES DE LA THERAPIE MANUELLE EN REEDUCATION ORTHOPHONIQUE

1 - Indications

D'un point de vue théorique, nous avons vu que les techniques de thérapie manuelle pouvaient avoir leur place en rééducation orthophonique par l'exploitation des liens entre les structures et les fonctions.

Au niveau de la clinique, l'enquête générale rapporte que la thérapie manuelle est appliquée essentiellement en rééducation vocale, au sein de laquelle elle a une place très importante voire prépondérante. En effet, 8/12 orthophonistes ont choisi de suivre la formation OSTEOVOX spécifiquement pour la rééducation vocale, toutes les orthophonistes interrogées les utilisent dans ce cadre et 8/12 leur accordent une large place dans ce type de prise en charge.

Mais elles s'appliquent aussi en bégaiement, déglutition, articulation, posture de langue, pathologies neurologiques et dégénératives (dysarthrie, aphasie, syndrome dégénératif) et à tout trouble associant d'importantes tensions, de l'anxiété ou de l'agitation (notamment en langage écrit). La place donnée à ces techniques dans ces rééducations est variable (plus importante en bégaiement, déglutition et posture de langue) et peut être modifiée en fonction des patients, de l'évolution de la prise en charge ou du degré de formation de l'orthophoniste.

Au niveau des études de cas on retrouve une large prédominance des rééducations vocales (30/33), quelques prises en charge de déglutition (5/33) et un cas de dyspnée. Parmi ces troubles, 5/33 sont d'origine neurologique ou dégénérative.

On peut donc retenir que, pour les orthophonistes interrogées formées dans le cadre OSTEOVOX, les techniques de thérapie manuelle sont surtout utilisées pour les rééducations vocales et la rééducation de la motricité hyo-mandibulo-linguale (déglutition, posture de langue et articulation), ce quelle que soit l'origine des troubles (fonctionnelle, neurologique ou dégénérative).

Cependant, d'après les praticiennes, leur champ d'application peut s'étendre à de nombreux autres types de prises en charge, notamment par son action importante en détente.

L'hypothèse d'une application large des techniques de thérapie manuelle en orthophonie est donc validée et l'on peut penser que la prévalence d'utilisation de cette méthode dans certains domaines reflète l'axe principal donné à la formation, lui-même étant influencé par le profil des formateurs.

2 - Effets sur la phonation

D'après la théorie, les interactions entre les organes phonatoires, le corps dans sa globalité et la voix sont évidentes. Ainsi, les principes de la thérapie manuelle s'accordent pour imaginer un impact positif de leur application en rééducation de voix. De plus, l'étude de Collet-Beillon et Benali (2005) affirme la réalité objective de cet impact.

D'un point de vue subjectif, on relève de nombreux effets des techniques de thérapie manuelle sur la rééducation vocale. D'abord, elle modifie la trame de la prise en charge, plaçant les exercices vocaux en second plan. Cela permet d'aborder la rééducation avec un travail moins anxiogène et rend la rééducation possible chez des patients réfractaires à la méthode classique. On retrouve cette remarque dans les deux enquêtes.

Elles favorisent aussi la compréhension de la pathologie vocale, de ce qui est fait en séance et les mises en lien par le patient. Cette appropriation des sensations se retrouve à distance avec une conscience améliorée des tensions voire l'acquisition d'une capacité d'autorééducation, d'autogestion.

Enfin, les possibilités vocales sont souvent rapidement améliorées en séance.

A distance, on retient une amélioration du confort vocal pour 11/27 patients dysphoniques. Cette amélioration se traduit par une baisse de la fatigue vocale, du serrage et la résorption des nodules pour certains. Cependant, des tensions ont persisté pour 2 patients dysphoniques et une patiente a régressé après une période de progression. Dans ce cas, les troubles psychologiques dont elle souffrait ont apparemment entravé la rééducation.

Au niveau des résultats définitifs, ils sont positifs pour 23/30 patients dysphoniques (tous types de dysphonies confondus). Pour 2/30 patients la rééducation fut stoppée prématurément et les résultats ont été décevants pour 5/30 patients (outre la persistance de tensions et le cas de régression déjà cités, les déceptions étaient relatives à la justesse, des imperfections dans la voix ou une désillusion par rapport à certaines techniques).

Par ailleurs, des orthophonistes ont rencontré quelques difficultés particulières quant à la raideur des cervicales et au déconditionnement des habitudes vocales ancrées.

La thérapie manuelle a donc de nombreux effets positifs en rééducation vocale : l'anxiété du patient relative à sa voix est amoindrie, il a plus de facilités à faire des mises en lien donc à comprendre le trouble et sa rééducation, sa proprioception est affinée et sa voix est rapidement améliorée au niveau de la qualité et du confort, en séance et au quotidien.

Mais les techniques de thérapie manuelle ne suffisent pas toujours à éliminer toutes les tensions, ne peuvent dans certains cas surmonter des troubles psychologiques trop massifs et elles ne dispensent pas d'un travail visant à modifier les habitudes vocales.

L'expérimentation n'a pas permis de mettre en évidence les effets de la thérapie manuelle sur la phonation au sens large : prise en charge du bégaiement, des troubles d'articulation ou des dysarthries neurologiques. De plus, une étude comparative des rééducations vocales avec ou sans thérapie manuelle aurait été intéressante pour mieux en quantifier les apports, de bons résultats étant obtenus aussi en rééducation traditionnelle.

L'hypothèse d'une efficacité des techniques de thérapie manuelle en phonation est donc vérifiée, mais avec certaines réserves.

3 - Effets sur la déglutition

La théorie expose la possibilité d'une stimulation du réflexe de déglutition par la thérapie manuelle (Piron, à paraître) et Melka (2005) a démontré l'efficacité d'un suivi ostéopathique en parallèle de la prise en charge orthophonique dans le cadre de tels troubles.

D'après les études de cas, la nutrition est rétablie ou nettement améliorée pour les patients dysphagiques et le patient Parkinsonien a pu récupérer un tonus satisfaisant de la sphère oro-faciale sans effort.

Au niveau des résultats définitifs, ils sont positifs pour 5/5 patients présentant un trouble de déglutition et rapides pour 2 d'entre eux.

Les difficultés propres à cette rééducation sont dues à des raideurs du larynx ou à la présence d'une sonde de dérivation.

On peut ainsi retenir que les techniques de thérapie manuelle sont efficaces en rééducation de déglutition, malgré quelques difficultés pour les sémiologies neurologiques ou post-chirurgicales.

4 - Effets sur la respiration, l'occlusion et la posture

Nous avons vu qu'en théorie la rééducation de la respiration, de l'occlusion et de la posture (linguale et globale) était nécessaire de part l'interférence de ces paramètres au niveau d'autres fonctions plus spécifiques à la prise en charge orthophonique. De plus, nous avons décrit le lien étroit qu'entretiennent ces paramètres avec les structures anatomiques donc une application possible des principes de thérapie manuelle. Enfin, l'efficacité du suivi ostéopathique a été montrée par Melka (2005) pour la rééducation de posture de langue et de l'occlusion, les bénéfices du travail postural et respiratoire ayant été décrits par Faure (1988 et 1992).

Dans l'enquête générale il est précisé que la rééducation de posture linguale gagne en rapidité et en efficacité avec les techniques de thérapie manuelle.

Dans les études de cas, on retrouve de bons résultats dans la prise en charge de dyspnée et de malposition linguale ainsi qu'une évolution de la respiration en dysphonie.

Par contre, les deux enquêtes n'apportent aucune donnée au niveau de l'occlusion.

Les enquêtes révèlent ainsi des résultats positifs au niveau de l'application des techniques de thérapie manuelle en rééducation de posture de langue et dans l'évolution de la respiration. Pour ce qui est de l'occlusion et de la posture globale, on peut penser d'après la théorie qu'elles sont améliorées grâce au rétablissement de ces deux paramètres mais l'expérimentation n'a pas permis de le confirmer.

5 - Effets non spécifiques à une fonction donnée

La thérapie manuelle étant fondée sur des principes diagnostiques et thérapeutiques généraux, certains de ses effets ne sont pas assimilables à une fonction particulière.

Dans les deux enquêtes, on retrouve ainsi un certain nombre de points positifs dans l'application des techniques de thérapie manuelle, toutes prises en charge confondues :

- Une meilleure adaptabilité au patient, un outil supplémentaire.

- Une approche plus technique, notamment pour fournir des informations quant à l'état du patient (très utile pour le diagnostic et l'arrêt de rééducation).
- Une amélioration des ressentis, de la proprioception de la part du patient, des mises en lien, de la compréhension.
- Une rapidité des résultats (d'après les deux enquêtes : « bienfaits » dans l'enquête générale, « durée moyenne des rééducations » et « résultats » des études de cas).
- Une stabilisation des résultats, une « mémorisation » corporelle.
- Une amélioration du confort (se retrouve chez 10/31 études de cas, toutes pathologies confondues).
- Un effet important au niveau de la détente, du lâcher prise (se retrouve chez 13/31 études de cas, quelle que soit la pathologie).
- Une bonne réaction générale des patients.
- Une collaboration avec l'ostéopathe plus systématique, des prises en charge pluridisciplinaires facilitées (approche globale).

Ainsi, d'une manière générale, les techniques de thérapie manuelle représentent un outil technique supplémentaire pour l'orthophoniste, leur offrant une capacité d'adaptation au patient plus grande.

D'autre part, elles permettent au patient une meilleure compréhension des troubles en facilitant la proprioception et les mises en lien.

De plus, l'approche globale favorise l'orientation vers d'autres thérapeutes pour des prises en charges qui complètent et étayent la rééducation orthophonique.

Enfin, les résultats sont souvent rapides, stables et très perceptibles au niveau du confort et de la détente.

EFFETS RELATIONNELS

Aucune donnée théorique ne permettait de prédire un effet des techniques de thérapie manuelle sur la relation entre le patient et l'orthophoniste.

L'enquête générale révèle une majorité d'effets positifs qui sont confirmés par les études de cas.

- La confiance est accentuée.
- L'entrée en communication est plus facile.

- Une meilleure qualité d'écoute, une meilleure connaissance du patient (plus de compréhension de la part de l'orthophoniste).
- Un investissement du patient plus important (collaboration meilleure).
- Une plus grande dimension de soin.
- Une reconnaissance de la part du patient.

Les deux enquêtes rapportent cependant quelques effets négatifs au niveau relationnel. On relève ainsi une difficulté en début de rééducation à entrer dans la sphère intime du patient et la modification de l'attitude de certains patients qui ont une attente augmentée de résultats (en comparaison avec la patientèle rééduquée avant la formation). De plus, le rapprochement physique généré par la pratique de la thérapie manuelle demande une prudence particulière vis-à-vis de certains patients qui pourraient entretenir un rapport de séduction.

Enfin, certaines orthophonistes estiment que la qualité de relation ne dépend pas de la méthode de rééducation et d'autres pensent que la thérapie manuelle, à défaut de la créer, nécessite la mise en place au préalable d'une relation de confiance.

Pour un bon nombre d'orthophonistes, les techniques de thérapie manuelle ont donc des conséquences positives sur la relation avec les patients. L'hypothèse d'un impact de la thérapie manuelle au niveau relationnel est donc confirmée. En effet, cette méthode de soin par les mains rapproche le thérapeute du patient donc facilite le rapport de confiance et approfondit la connaissance, la compréhension de celui-ci.

Cependant, le contact physique peut occasionner une gêne en début de rééducation et demande une certaine prudence. En effet, l'orthophonie étant centrée sur le langage, une mise à distance du corporel permettait d'éviter une intimité trop grande ou un rapport ambivalent. Avec la thérapie manuelle, le patient et l'orthophoniste ne disposent plus de cette distance sécurisante, le travail psychique et cognitif étant associé au travail physique. Dans certains cas il faudra donc installer la confiance avant d'appliquer cette méthode. Enfin, des patients peuvent faire preuve d'une exigence accrue devant cette approche plus technique de leurs troubles.

CONDITIONS, INCONVENIENTS, LIMITES DE L'APPLICATION DE CETTE METHODE

Malgré la validation de l'hypothèse d'un impact globalement positif des techniques de thérapie manuelle sur les rééducations orthophoniques, les enquêtes ont permis de révéler, à

un niveau subjectif, un certain nombre de conditions, limites et inconvénients propres à cette approche.

1 - Conditions

Afin d'optimiser les effets des techniques de thérapie manuelle, il apparaît que l'orthophoniste doit avoir confiance en ce qu'elle fait, avoir une bonne connaissance de celles-ci et de la théorie, savoir reconnaître ses limites et avoir une certaine sensibilité. De plus, une bonne collaboration thérapeutique doit être mise en place et le patient doit faire preuve d'une adhésion, d'une motivation, d'une confiance et d'une capacité de détente particulières. Il faut enfin que le patient n'ait pas de réticence au contact.

2 - Inconvénients

Les principaux inconvénients relatifs à la pratique de la thérapie manuelle ressortent au niveau des deux enquêtes. Il s'agit du déshabillage des patients (limité au haut du corps et nécessaire uniquement pour les techniques diaphragmatiques et respiratoires), gênant de nombreuses orthophonistes, et de la contrainte de position allongée qui n'est pas toujours facile à respecter (domicile, limites physiques). Notons que d'après le Dr Roch ces inconvénients sont relatifs. En effet, la plupart des techniques de thérapie manuelle peuvent être pratiquées au travers d'un tee-shirt ou d'une chemise et elles peuvent avec l'expérience être adaptées à la position assise.

A côté de cela, on relève dans les études de cas des difficultés d'ordre technique dans la pratique de la thérapie manuelle (corpulence, raideurs ou présence d'une sonde de dérivation).

Dans l'enquête générale, l'inconvénient majeur rapporté est l'investissement important que représente l'apprentissage de cette nouvelle méthode (doutes, remises en question, mise en place qui demande beaucoup de temps, difficultés de mises en lien avec la pratique habituelle). On note aussi l'attente accrue de résultats de la part du patient, l'allongement de la durée des séances et la fatigue engendrée par les mobilisations chez le thérapeute.

3 - Limites

Les limites des techniques de thérapie manuelle ressortent essentiellement dans l'enquête générale. Elles sont tout d'abord les limites de l'orthophoniste dans sa maîtrise des techniques ou dans ses réticences.

Elles sont aussi les limites du patient. En effet, certains patients peuvent présenter une résistance au contact qui ne permettra pas une telle approche. De plus, des troubles psychologiques nécessiteront de la prudence par rapport au contact physique ou entraveront son implication dans la rééducation. A ce niveau, précisons que d'après le Dr Roch la thérapie manuelle serait surtout à éviter pour les patients psychotiques ou hystériques. A l'inverse, les patients dépressifs ou névrosés pourraient en bénéficier.

A un niveau plus général, les limites de ces techniques sont toutes les contre-indications médicales, la présence de douleurs, les troubles relevant d'un suivi ostéopathique et l'absence de traitement spécifique aux troubles du langage écrit.

Enfin, nous avons pu voir les limites de la thérapie manuelle au niveau de chaque fonction dans l'analyse de ses effets.

LIMITES DE L'ETUDE

On peut émettre un certain nombre de critiques ou réserves au niveau de l'élaboration et de la mise en pratique de l'expérimentation.

D'une part, la formation OSTEOVOX étant relativement récente, la population d'orthophonistes formées est réduite et celles-ci disposaient de peu de recul pour répondre aux enquêtes. Elles ont ainsi parfois éprouvé des difficultés à évaluer précisément l'apport de ces techniques et les limites énoncées sont à replacer dans ce cadre de « début de mise en pratique ». Il pourrait être intéressant de les interroger à nouveau dans quelques années ou de procéder à une étude comparative avec une population témoin de patients ne bénéficiant pas de la thérapie manuelle.

D'autre part, la liberté de choix des études de cas ayant été totale (mis à part le critère de fin de rééducation) et l'avis des patients étant donné par les orthophonistes, on peut se demander si elles sont véritablement le reflet de la réalité clinique. En effet, peu d'études de cas révèlent de mauvais résultats et l'enthousiasme général a pu en orienter le choix.

De plus, les cas présentés sont ceux où la thérapie manuelle a eu une large place, les enquêtes qui s'y rapportent ne rendent donc pas compte de l'utilité de la thérapie manuelle dans les rééducations où son intervention est ponctuelle.

Ajoutons que l'enquête générale n'a pas fait l'objet d'une validation explicite, les retours auxquels les orthophonistes n'ont pas donné suite ayant été considérés comme approuvés.

Enfin, si la subjectivité dans laquelle se situe le mémoire ne met pas en valeur un travail objectif important, il faut préciser que les techniques de thérapie manuelle font l'objet d'un apprentissage rigoureux basé sur des connaissances neurophysiologiques et une visualisation anatomique approfondies.

APPORTS PERSONNELS

L'élaboration de ce mémoire fut enrichissante sur de nombreux points.

Tout d'abord, les enquêtes ont été autant d'occasions de rencontres avec des orthophonistes très motivées et enthousiastes à l'idée de partager leurs points de vue sur la pratique. Les informations recueillies pour les enquêtes et celles issues de discussions plus informelles sont venues compléter mon idée de la profession.

De plus, j'ai pu découvrir une approche différente de ce qui a été vu en cours et approfondir ma connaissance de cet outil supplémentaire par le vécu des orthophonistes formées.

Enfin, le travail de recherche m'a permis d'acquérir des notions théoriques dans le champ de l'ostéopathie, domaine pour lequel je porte beaucoup d'intérêt.

CONCLUSION

La thérapie manuelle propose une nouvelle approche et permet une prise en charge globale du patient.

L'étude a révélé sa complémentarité avec les techniques classiques de rééducation, permettant une optimisation des résultats pour une large palette de prises en charge orthophoniques, ce malgré certaines conditions, limites et inconvénients propres à son application.

En effet, d'un point de vue subjectif, la libération des dysfonctions structurelles se répercute sur le rétablissement de la voix, de la déglutition, de la respiration et de la posture.

De plus, la prise de conscience des mécanismes lésionnels amène le patient à s'investir dans ses diverses démarches thérapeutiques (orthophoniques et autres).

Enfin, la relation patient-thérapeute s'en trouve approfondie, le rapport de proximité ne se limitant plus à la dimension psychique et devenant aussi physique.

Mais, si la subjectivité dans laquelle se situe le mémoire ne met pas en valeur un travail objectif important, il faut repréciser que les techniques de thérapie manuelle font l'objet d'un apprentissage rigoureux basé sur des connaissances neurophysiologiques et une visualisation anatomique approfondies. Et, si une généralisation de la formation ne serait pas souhaitable en raison de la nécessité d'une motivation particulière de la part de l'orthophoniste, une information plus répandue permettrait à certaines de formaliser des « intuitions mobilisatrices » pensées ou mises en pratique.

Dans les années à venir, il pourrait être intéressant d'étudier plus précisément les possibilités de développement des techniques de thérapie manuelle dans les domaines évoqués mais peu exploités par ce mémoire (notamment le bégaiement et la dysarthrie neurologique). En effet, la réorganisation des circuits proprioceptifs est un large champ qui reste à investir. Par ailleurs, le mémoire pourrait gagner à être approfondi par une étude plus large qui permettrait une quantification des résultats de la thérapie manuelle (au niveau de la durée moyenne de rééducation par exemple) en regard d'une population témoin ne bénéficiant pas d'une telle approche et rapportant le ressenti des patients.

BIBLIOGRAPHIE

AUQUIER, O., &CORRIAT, P. (1997) : *L'ostéopathie, comment ça marche? Le mouvement c'est la vie*. Paris : Edition Frison-Roche.

BELIN, S., &DURIS-MOINE, L., &QUENTIN, M. (1994) : *Rééducation vocale : enquête auprès de 68 patients et de « leurs » orthophonistes*. Mémoire d'orthophonie, Lyon.

BLEECKX, D. (2001) : *Dysphagie évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. Bruxelles : Editions De Boeck Université.

BRIN, F., &COURRIER, C., &LEDERLE, E., &MASY, V. (1997) : *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : L'Ortho Edition.

BUSQUET, L. (1997) : *Les chaînes musculaires -Tome 1*. Paris : Edition Frison-Roche.

CHAVES, TC., &GROSSI, DB., &DE OLIVEIRA, AS., &BERTOLLI, F., &HOLTZ, A., &COSTA, D. (2005) : Correlation between signs of temporomandibular and cervical spine disorders in asthmatic children. *J Clin Pediatr Dent.*, 29, 287-292.

COLLET-BEILLON, F., &BENALI, J. (2005) : *Evaluation de la thérapie manuelle dans la rééducation des dysphonies fonctionnelles*. Mémoire d'orthophonie, Lyon.

CORNUT, G. (1990) : *La voix*. Que sais-je? Paris : PUF.

DELEMARRE, C. (2003) : *A pleine voix*. Marseille : Edition Solal, Collection « Monde du verbe ».

DUPESSÉY, M., &COULOMBEAU, B. (2003) : *A l'écoute des voix pathologiques*. Lyon : Edition Symétrie.

FAURE, M.A. (1988) : La ceinture scapulaire et l'effort, aspects acoustiques, déductions thérapeutiques. *Bulletin d'Audiophonologie*, vol. IV, n°1-2, p.89-94.

FAURE, M.A. (1992) : Aspects de la relation entre la statique vertébrale et les qualités acoustiques de la voix, étude magnétoscopique et sonagraphique. *Bulletin d'Audiophonologie*, p. 275-288.

FAURE, M.A. (1992) : Amélioration quasi-immédiate du comportement laryngé grâce à un travail fonctionnel postural et de relaxation isolée de la suspension musculaire laryngée, même en cas de pathologie. *Bulletin d'Audiophonologie*, vol. VIII, n°4-5, p. 493-507

HULSE, M., &HOLTZ, M. (2004): The efficiency of spinal manipulation in otolaryngology. A retrospective long-term study. *HNO*, 52, 227-234.

LAPERTOSA, G. (1987) : *Quelle médecine? Les médecines dans le monde. La médecine manipulative*. Edition Etiosciences.

MAYO, T., &MIRALLES, R., &BARRERO, D., &BULBOA, A., &CARVAJAL, D., &VALENZUELA, S., &ORMENO, G. (2005): breathing type and body position effects on sternocleidomastoid and suprahyoid EMG activity. *Journal of Oral Rehabilitation*, 32, 487-494.

MELKA, A. (2005): *Complémentarité ostéopathie et orthophonie dans les malpositions linguales*. Mémoire d'ostéopathie, Lyon.

PAOLETTI, S. (1998) : *Les fascias*. Vannes : Edition Sully.

PIRON, A. (à paraître) : *Ostéopathie en phoniatrie*. Edition Symétrie.

PUECH, M., &WOISARD, V. (1998) : *Réhabilitation des troubles de la déglutition chez l'adulte*. Isbergues : L'Ortho-Edition.

ROCH, J.B., &PIRON, A., &COLLET-BEILLON, F., &BENALI, J., &AYRAULT, S., &MOREAU, A.C. (2005) : Les gestes de thérapie manuelle en rééducation de la voix. *Revue Laryngol. Oto. Rhinol.* , 126,5, 361-364.

SCOTTO DI CARLO, N. (1998): Cervical Spine Abnormalities in Professional Singers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 50, 212-218.

TAVERNIER, B., &ROMEROWSKI, J. (1996): Anatomie de l'occlusion et de l'articulation dentodentaire. *Encyclopédie medico-chirurgicale, Odontologie et stomatologie, Tome 1*. Editions scientifiques et médicales Elsevier.

VIBERT, J-F., &SEBILLE, A., &LAVALLARD-ROUSSEAU, M-C., &BOUREAU, F. (2005) : *Neurophysiologie, de la physiologie à l'exploration fonctionnelle*. Paris : Edition Elsevier.

SOURCE INTERNET :

www.posturology.info/pagine/lavori/bricot/lavoro02/01.html

ANNEXES

ANNEXE I : TRAME DE L'ENQUETE GENERALE

Nom :

Prénom :

Date du diplôme :

École :

LA FORMATION

- Depuis combien de temps êtes-vous formé(e) à la thérapie manuelle? (ou où en êtes-vous de la formation si elle est en cours)
- Pour quelles raisons vous êtes vous formé(e) à la thérapie manuelle?
- En quoi cette formation a-t-elle fait évoluer votre pratique? Que vous a-t-elle apporté?

LA REEDUCATION

- A quels types de prises en charge appliquez-vous la thérapie manuelle?
- Quelle place tient la thérapie manuelle au sein de la rééducation ?
Prépondérante/ Adjuvante? (précisez pour chaque type de prise en charge)
- Quels bienfaits, d'un point de vue thérapeutique, avez-vous constaté à l'usage de cette pratique?
- Quels sont les facteurs de réussite? (Au niveau de l'orthophoniste/Au niveau du patient)
- Limites, inconvénients et contre-indications de la thérapie manuelle

(y-a-t-il des situations où la thérapie manuelle ne convient pas, où vous faites le choix de ne pas l'utiliser?)

LA RELATION

- Pensez-vous que la thérapie manuelle a des conséquences sur la relation avec le patient? Lesquelles?

PERSPECTIVES

- Quelle(s) évolution(s) envisagez-vous dans votre pratique de la thérapie manuelle?(notamment tri de certaines techniques?
- A l'issue de cette formation, travaillez-vous en lien avec un ostéopathe? Aviez-vous déjà recours à lui avant?
- Pensez-vous que la généralisation de la formation à la thérapie manuelle à toutes les orthophonistes serait souhaitable?

ANNEXE II : TRAME DE L'ENQUETE - ETUDES DE CAS

Initiales de l'orthophoniste :

Initiales du patient :

Dates de début/Fin de rééducation :

Date de naissance :

Sexe :

Profession :

Pour quel(s) motif(s) consultait-t-il (elle) une orthophoniste?

Avait-il (elle) déjà suivi une rééducation orthophonique auparavant?

(Si oui préciser l'indication, le déroulement, avec/sans manipulations)

Quels ressentis a rapporté le patient quant aux effets de la thérapie manuelle? (En séance/A distance)

Effets sur la relation:

Dans la rééducation, au niveau de l'application des techniques de thérapie manuelle auprès de ce patient, y-a-t-il quelque-chose qui vous a particulièrement:

- Plu
- Déplu/gêne
- Semblé difficile
- Semblé important
- Semblé inutile

Y a-t-il eu des écarts entre vos attentes et les résultats obtenus?

ANNEXE III : DONNEES DE L'ENQUETE GENERALE

1 - Formation

Initiales, école et date du diplôme	Années de formation	Raisons	Apports
A.A., Lyon, 1991 (1)	2003 à 2005	-recherche d'outil, volonté d'en disposer d'un maximum pour une meilleure adaptabilité au patient -nécessité d'aller vers un autre contact quand les autres méthodes ne fonctionnent pas, quand les mots ne sortent pas. Besoin de faire passer les choses par le corps. -Goût préexistant pour le contact	-le canal corporel permet un traitement différent des informations -une solution supplémentaire à proposer au patient -aide à la relaxation
F.B., Lyon, 1981 (2)	2003 à 2005	-travail avec J.B. Roch -intérêt pour les thérapies vocales	Bases anatomiques NB : pas assez de recul pour en déterminer toute la portée
M-C.B., Paris, ? (3)	2003 à 2005	-travail avec J.B. Roch (groupe de voix) -intérêt pour la voix -participation de sa collègue	-modification de la trame des prises en charge vocales (plus de travail vocal en premier lieu, amélioration physique avant : relâchement, position favorable), ce qui est bénéfique vis-à-vis des patients en souffrance par rapport à leur voix. -meilleure perception des tensions -outil important (ne confie plus ses patients à des orthophonistes n'ayant pas suivi la formation)
C.B., Lyon, 1986 (4)	2000 à 2003	-intérêt pour une approche différente de la rééducation vocale -travail avec J.B. Roch	-connaissances anatomiques et physiologiques -démarche sur soi -résultats valorisants -intervention plus directe -meilleur ressenti et autogestion du patient -outil supplémentaire, donne « matière à chercher »
C.C., Lyon, 1995 (5)	2003 à 2005	-intérêt de longue date pour la relation voix-corps (mémoire qui portait sur la voix et la dynamique corporelle) -volonté de replacer le patient dans une globalité	-outil supplémentaire -la libération des structures est un indice pour l'arrêt de la rééducation

C.D-C., Lyon, 1987 (6)	2003 à 2005	-intérêt pour la rééducation vocale dès le début de la pratique -travail avec J.B. Roch (groupe de voix) -intérêt pour cette approche plus technique	-beaucoup de remises en question et de questionnements -des outils techniques, une aide au diagnostic -la compréhension des limites de l'approche traditionnelle (dans laquelle l'écoute est au centre)
L.G., Lyon, 1984 (7)	2003 à 2005	-intérêt pour les rééducations vocales -travail avec J.B. Roch -intérêt pour le canal corporel qui donne accès à une connaissance autre de l'individu et ne peut être mis de côté -raisons personnelles	-portée autre au niveau des patients (meilleure proprioception de leur part donc meilleure compréhension des commentaires et conseils de l'orthophoniste). -plus de mises en lien -travail plus fin et direct demandé au patient grâce au passage par le canal du ressenti au lieu d'un travail intellectuel.
C.G., Lyon, 1997 (8)	2000 à 2003	-besoin de travailler de façon plus précise et globale au niveau musculaire -techniques de relaxation classiques insuffisantes -volonté d'affiner les rééducations	Outil important car utilisation systématique en rééducation vocale et posture de langue.
S.L-B., Lyon, 1996 (9)	2003 à 2005	-longue hésitation entre ostéopathie et orthophonie -goût pour le contact physique → formation qui correspondait à ses attentes	-meilleures sensations, tout devient parlant -outil important de part sa logique, démarche scientifique et précise intéressante -prise en compte globale du patient qui permet un diagnostic plus pointu donc une rééducation plus ciblée et plus efficace.
N.M., Lyon, 1975 (10)	2003 à 2005	-travail avec J.B. Roch (groupe de voix) -goût pour le contact, utilisait déjà ses propres techniques de mobilisation -conscience intuitive de l'importance de la mémoire du corps	-reprécisions anatomiques -mises en lien de l'écoute et du toucher ont permis une meilleure compréhension -apprentissage de l'écoute avec les doigts -permet un travail en accord avec elle-même -meilleure perception des tensions -évite une surutilisation de la voix
A.P., Lyon, 1981 (11)	2000 à 2003	-fait suite à des stages sur la proprioception, la posture → intérêt pour le corps -travail avec J.B. Roch -recours personnel à l'ostéopathie -besoin d'évolution en rééducation vocale	-examen manuel systématique intégré au bilan -concrétise les ressentis « intuitifs », le travail effectué en posture par une approche organique et fonctionnelle -objectif plus uniquement acoustique mais aussi biomécanique (nouveau critère d'arrêt de rééducation) -approche, pensée toujours présente à l'esprit, regard nouveau
A.V., Lyon, 1984 (12)	2003 à 2005	-complément de formation pour la rééducation vocale -travail avec J.B. Roch	-révisions et apports anatomiques -approche globale plus systématique (travail en équipe : ostéopathe, podologue notamment) -écoute plus globale et plus précise (mise en lien corps et voix, posture et voix)

2 - Rééducation

	Types	Place TM	Bienfaits thérapeutiques TM	Facteurs de réussite	Limites, inconvénients
1	Toutes, à partir du moment où le besoin s'en fait ressentir (libération des tensions). Suit essentiellement des rééducations vocales, bégaiement et troubles avec anxiété associée.	-Adjuvante, associée à une approche psychothérapeutique et classique. -Place qui varie en fonction des troubles : plus importante pour les pathologies vocales et le bégaiement et de leur répercussion au niveau psychologique (par exemple, en aphasie la psychothérapie tiendra une place plus importante).	-aide à la conscientisation des problèmes, meilleure proprioception -convient aux patients réfractaires aux autres techniques vocales (notamment la relaxation) -plus grande rapidité de résultats pour certains patients	<u>orthophoniste</u> : -ne pas trop douter de ce qu'elle fait -mise en place d'une bonne collaboration thérapeutique (savoir demander son avis au patient) -avoir une sensibilité particulière -savoir demander de l'aide (recours à l'ostéopathe) <u>patient</u> : -la confiance -la motivation -capacité à se détendre même en dehors des séances	-certains patients sont peu sensibles, voire résistants au contact -techniques parfois insuffisantes (récurrence des troubles, pas de durabilité des résultats) -si douleur, gêne, demande trop forte, trop ciblée sur la thérapie manuelle de la part du patient, pas de pratique TM -les techniques qui nécessitent le déshabillage des patients dépassent le rôle de l'orthophoniste.
2	-rééducations vocales -dysarthrie neuro -déglutition	Adjuvante	Une bonne réaction des patients, une plus grande rapidité de résultats	Ne sais pas	-radiothérapie -raideurs post-chirurgie (sensations difficiles) -douleur -limites due à une maîtrise insuffisante des techniques
3	-Essentiellement rééducation vocale (constitue la majorité de sa patientèle) -Parfois en langage écrit si des tensions trop importantes entravent la	Evolue au fil de la prise en charge (par rapport à la place des exercices vocaux) : Prépondérante → adjuvante	Rééducations vocales efficaces mais comparaison difficile par rapport aux autres méthodes car peu de prises en charge de ce type avant la formation.	<u>orthophoniste</u> : être à l'écoute avec les mains et l'esprit <u>patient</u> : une bonne gestion des difficultés psychologiques sinon investissement insuffisant	-contre-indications médicales -ne se suffit pas, doit être complétée et mise en lien avec d'autres méthodes (travail vocal) -peut poser un problème déontologique par rapport aux risques des manips (les

	rééducation			(les résultats vont être bons sur le moment mais vont régresser à distance).	orthophonistes ne sont pas des ostéopathes) -pas d'inconvénients
4	-rééducations vocales (auxquelles est presque systématiquement associée une rééducation de la déglutition) -syndromes dégénératifs (SLA, Parkinson) -bégaiement -tout type si le patient a des difficultés à se poser (problème d'attention, langage, DL...)	Varie en fonction du patient et au cours de la rééducation (souvent prépondérante en début de rééducation vocale puis laisse la place à d'autres exercices)	-résultats tangibles à court terme -les patients entrent plus vite dans la rééducation, « lâcher prise » facilité -meilleurs ressentis donc meilleure compréhension du travail effectué de la part des patients	<u>orthophoniste</u> : bonne connaissance des techniques <u>patient</u> : Ne sais pas	-refus du patient (très rare) -difficultés de positionnement (notamment à domicile, limites physiques) -contre-indications médicales -patients « psy » -techniques fatigantes (notamment pour les patients ayant un surpoids ou des tensions très fortes)
5	-rééducations vocales -déglutition -autres (RP, RL, DL, dès lors où l'on observe des tensions importantes, une apnée, de l'énervement)	-Prépondérante en rééducation vocale et déglutition -Adjuvante pour les autres prises en charge	-résultats plus rapides -satisfaction des patients -bonne détente	<u>orthophoniste</u> : avoir confiance en ce qu'elle fait <u>patient</u> : avoir confiance en l'orthophoniste	-difficulté du déshabillage du patient -limites physiques (handicap empêchant l'allongement) -contre-indications médicales -peur de faire mal -réticence au contact vis-à-vis de certaines personnes de la part de l'orthophoniste
6	Rééducations vocales	Prépondérante en début de rééducation puis intro exercices de voix	grande efficacité pour la rééducation des paralysies récurrentielles retour très positif de la part des patients	<u>orthophoniste</u> : -une bonne technique -expliquer ce qu'elle fait au patient <u>patient</u> : une adhésion, implication particulière (prise en compte des infos données par l'ortho pour une meilleure analyse des	-demande plus de temps (retard !!) -pas de résultats miraculeux (sauf paralysies récurrentielles) -difficultés à faire des liens entre la pratique antérieure et cette nouvelle approche pour l'instant -parfois décourageant car situations d'échec (une

				ressentis)	perception fine demande beaucoup de temps et d'entraînement) -contre-indications médicales -limites de l'ortho dans sa maîtrise des techniques et de la théorie
7	-voix -déglutition -articulation, confusion de sons, dysarthrie : tout trouble du geste moteur. Surtout utilisée pour un travail de proprioception.	-Varie en fonction des patients mais centrale en rééducation vocale. -Pensée continue	-mises en lien directes pour le patient, éveil sur son corps, meilleurs ressentis (beaucoup de travail au niveau de la proprioception) -aspect différent de relaxation, le patient n'est pas passif comme dans les autres méthodes.	<u>orthophoniste</u> : être bien dans sa tête, son corps et sa pensée pour faire passer les choses. <u>patient</u> : Ne sais pas	-résistances et craintes du thérapeute (notamment faire déshabiller le patient) -difficultés liées à l'entreprise de quelque chose de nouveau (doute) -contre-indications médicales (notamment problèmes cervicaux) -refus du patient, difficulté dans le « lâcher prise » - techniques précises augmentent les attentes de résultats de la part du patient qui fait plus facilement des liens entre le symptôme et le résultat. Les questions d'ordre médical vont parfois détourner l'objet de la consultation.
8	-rééducations vocales -posture de langue	Varie en fonction des patients mais généralement associée à la méthode Feldenkrais et à la méthode de rééducation vocale traditionnelle.	-meilleure stabilisation des résultats -geste plus précis -travail plus efficace	<u>orthophoniste</u> : - avoir confiance en elle -savoir déléguer (recours à l'ostéopathe) -laisser le temps à la relation de s'installer (ne pas proposer la thérapie manuelle en première intention) <u>patient</u> : Ne sais pas	-pas d'utilisation en langage écrit -pas utilisé pour les patients mal dans leur corps -contre-indications médicales -antécédents de mauvaises manipulations chez le patient qui peut entraîner un refus d'être touché

9	-rééducations vocales -pathologies neuro (aphasie, déglutition) -bégaïement -Langage écrit pour les problèmes de posture	-Systématique pour tout type de prise en charge mais sa place varie en fonction des patients -prépondérante en rééducation vocale car elle suffit souvent au traitement des troubles	-meilleurs résultats au niveau du confort et de la fonctionnalité -durabilité des résultats -en rééducation vocale, évite l'angoisse par rapport aux autres méthodes qui sollicitent ce qui ne va pas (la voix), ce qui permet d'amorcer la rééducation et d'introduire d'autres approches par la suite.	<u>orthophoniste</u> : -suivre la logique fonctionnelle -beaucoup pratiquer (notamment sur soi) <u>patient</u> : Ne sais pas	-nécessité d'être très vigilant, de savoir reconnaître ses limites -déstabilisation par rapport au déshabillage des patients -contre-indications médicales
10	-voix -bégaïement -autres pour libérer les tensions si le besoin s'en fait ressentir (langage écrit par exemple)	En voix et bégaïement, place prépondérante voire substitutive aux méthodes traditionnelles	-rapidité des résultats -traitement plus en profondeur (traite la cause du trouble : la restriction de mobilité) donc résultats plus durables	<u>orthophoniste</u> : La répétition des mêmes gestes pour affiner l'écoute <u>patient</u> : accepter le contact	-pas de TM spécifique au langage écrit -pas de TM pour les rééducations neuros car peur de déclencher des réactions incontrôlables -méfiance vis-à-vis des patients « psy » -limites dues au manque de maîtrise des techniques de la part de l'ortho
11	-rééducations vocales (adultes et enfants) - pathologies neurologiques (dysarthries, déglutition)	Evolue au cours de la rééducation et en fonction des patients (prépondérante au début puis de plus en plus complétée par d'autres techniques : voix, posture notamment).	-bienfaits au niveau du confort global -rapidité des résultats, gain d'efficacité (difficultés mieux ciblées)	<u>orthophoniste</u> : savoir repérer ses limites et avoir recours à un ostéopathe. <u>patient</u> : changer ses habitudes vocales.	-mise en place longue (intégration d'une nouvelle pratique, faire allonger le patient, achat de la table) -ne traite pas les troubles relevant d'un traitement ostéopathique -limites dues aux connaissances anatomiques insuffisantes -difficulté de transposition des techniques apprises en position allongées sur un patient qui ne

					peut l'être -difficulté à faire déshabiller les patients (cf culture des orthos)
12	-rééducation linguale (déglutition, articulation, respiration) -détente (donc tout type, si besoin est : bégaiement, dysgraphie, dyspraxie) -voix	-Evolution au cours de la formation (pour la rééducation vocale, par rapport aux exos vocaux) : Prépondérante→ adjuvante→ équilibre -place importante en rééducation de langue	-fonctionne avec tout le monde -résultats très rapides en rééducation linguale (réduction du nombre de séances) -Implication du patient qui ressent et vit les améliorations, rééquilibrages, diminution des tensions grâce à l'approche précise de la zone à travailler et l'approche globale de détente. -meilleure détente -résultats optimisés par la prise en charge globale -concrétise la notion de soin de la voix souvent abstraite chez les patients	<u>orthophoniste</u> : croire en ce qu'elle fait <u>patient</u> : -adhésion -pas de facteurs d'âge/catégorie sociale/sexe -détente -pas de pudeur excessive	-contre-indications médicales -déshabillage parfois difficile car locaux inappropriés -certains gestes plus appréciés que d'autres

3 - Relation

	Conséquences positives	Conséquences négatives	Pas de conséquence
1	-rétablit un contact souvent évité dans notre société, notamment avec les personnes âgées qui ressentent grâce à celui-ci une certaine reconnaissance de leur corps -favorise un rapport de confiance -meilleure écoute et ressenti des tensions de la part du thérapeute donc reconnaissance du patient - meilleure collaboration thérapeutique		
2	Une fois le pas de l'entrée dans la sphère intime franchi, une relation de confiance plus forte est instaurée.	L'entrée dans la sphère intime du patient n'est pas toujours évidente	
3	-prise de contact différente, entrée plus facile en communication -les patients se livrent corporellement et psychologiquement, ce qui est parfois la base de la guérison.	Parfois réticence des patients au début	
4	-lien facilité entre le rééducateur et le patient, plus de « lâcher prise » -La perception d'informations par le corps permet une meilleure connaissance du patient		la relation n'est pas meilleure ou moins bonne, elle dépend d'autres facteurs
5	établit une relation de respect et de confiance qui amène le patient à se livrer davantage.		La mise en place de la thérapie manuelle nécessite au préalable une grande confiance en l'orthophoniste de la part du patient.
6	-distance plus limitée à la distance sociale donc la confiance en est accentuée -les manipulations peuvent provoquer la libération des mots et des émotions		
7	Mise en confiance des patients grâce à la réappropriation de leur corps.	Côté médical de l'approche change l'attitude des patients dont l'attente de résultats est augmentée.	
8			La thérapie manuelle n'instaure pas une relation particulière mais elle nécessite d'avoir déjà mis en place une relation de confiance avant d'être appliquée.
9			Il faut avoir la confiance du patient avant de mettre en place la thérapie manuelle qui nécessite un rapprochement physique.

			Nécessité de mise en mots, demande de la part de l'orthophoniste.
10	-relation de soin, d'écoute de meilleure qualité -relation de confiance facilitée par le contact physique -meilleure détente -reconnaissance de la part du patient qui a conscience de l'investissement de l'orthophoniste (démarche de formation, fatigue physique causée par certaines manipulations)		
11	-relation de confiance plus rapide due au contact physique -permet d'instaurer une confiance qui n'aurait pas été telle avec certains patients plus « résistants » au langage, permet une expression différente des ressentis.		
12	-meilleure verbalisation des résultats de la part du patient et tendance à se livrer plus vite -dimension de soin plus importante	-demande de la prudence de la part du thérapeute (recherche de séduction de la part du patient)	

4 - Perspectives

	Evolutions	Généralisation de la formation	Collaboration avec l'ostéopathe
1	Engagement déjà grand en psychothérapie, la thérapie manuelle représente un « plus » qui ne sera pas beaucoup plus investi	Non car nécessite une sensibilité particulière et certaines dispositions (ne pas chercher à vouloir tout comprendre, expliquer, maîtriser)	Oui (avant non)
2	Les techniques de base sont maîtrisées mais volonté de les approfondir par un entraînement régulier en petit groupe	Oui	Oui (déjà avant)
3	-volonté de parvenir à mieux équilibrer la thérapie manuelle et les exercices vocaux -arriver à écourter la durée des rééducations -certaines techniques mises de côtés car trop précises (manipulation des aryénoïdes par exemple)	Oui SI tout le monde souhaite la suivre	Oui (avant non)
4	-tri spontané en fonction des cas rencontrés -volonté d'aller plus loin dans les techniques moins maîtrisées, enrichir et parfaire l'examen initial, gagner en rapidité dans l'élaboration du traitement -entraînement régulier avec des collègues	Non, démarche qui doit être personnelle mais il serait intéressant de proposer cette méthode dans la formation en école d'orthophonie	Oui, plus qu'avant
5	Certaines techniques moins bien senties ou moins comprises sont mises de côté donc entraînement régulier avec des collègues pour parer le risque d'oubli.	Non. La formation nécessite une motivation particulière, ne correspond pas à tout le monde. Mais il serait bien de développer l'information	Oui, beaucoup + qu'avant
6	-volonté de s'améliorer -volonté de conserver toutes les techniques pour une meilleure adaptabilité au patient pourrait être amenée à abandonner une technique suite à une mauvaise expérience lors de son application	La formation devrait être plus largement proposée mais pas imposée car elle demande un investissement et un travail très important.	Oui (déjà avant) mais conseils difficiles à suivre (patientèle assez démunie)
7	Besoin d'entraînement sur plusieurs années pour pouvoir juger de l'évolution de la pratique, manque de recul.	Non, la formation doit rester un choix car elle nécessite un intérêt particulier, il faut se sentir capable d'appliquer ces techniques.	Oui (avant non)
8	- volonté d'acquérir plus de précision pour l'instant, volonté de maîtriser les techniques globales et d'appliquer les techniques préférentielles donc risque de ne pas mettre en place certaines	Non. C'est un choix personnel qui dépend de l'orientation de chaque thérapeute (méthode surtout utilisée en rééducation vocale) et d'une volonté de travailler sur le corps (accepter de toucher le	Oui (plus qu'avant)

	techniques mises de côté.	patient).	
9	Volonté d'approfondissement	L'approche de la thérapie manuelle devrait être incluse dans la formation pour que les futures orthophonistes puissent avoir le choix de cet outil.	Oui (plus facilement qu'avant)
10	Actuellement, maîtrise des techniques constituant un dénominateur commun à de nombreuses prises en charge (respiration, détente, muscles laryngés) mais volonté de les compléter par des techniques plus ciblées	Non, c'est un choix très personnel car il faut accepter de toucher les patients et l'application convient surtout aux rééducations vocales, or toutes les orthophonistes n'ont pas de telles prises en charge. Mais une présentation au cours de la formation dans les écoles d'orthophonie serait souhaitable.	Oui (avant ?)
11	-ressent le besoin d'apprendre encore, de continuer à se former dans ce domaine pour être plus à l'aise (pour l'instant certaines techniques ne sont pas mises en œuvre par manque d'aisance) -volonté de gagner en efficacité (doit parfois revenir plusieurs fois sur un même endroit pour l'instant) -volonté de travailler régulièrement avec un superviseur pour éviter la déformation des techniques	Non, doit être une démarche personnelle, mais nécessité de répandre l'information.	Oui, adressage plus ciblé qu'avant, aller-retour intéressant (l'ostéopathe prend en compte les remarques de l'orthophoniste et vice-versa). Avant, adressage pour problèmes de posture globale.
12	-Volonté de garder un maximum d'outils thérapeutiques pour une pratique individualisée donc ne va pas mettre les méthodes traditionnelles de côté. -Souligne l'importance de l'entraînement sur soi pour la maîtrise des techniques mais aussi pour une meilleure conscience des ressentis (suivi ostéopathique)	L'information oui mais pas nécessairement la formation. Respect des limites de chacun, pas d'avis tranché.	Oui (plus systématiquement)/Oui

ANNEXE IV : DONNEES ENQUETE - ETUDES DE CAS

Nom	Age	Sexe	Profession	Motif(s) de consultation	Durée de rééducation	Atcd rééduc	Ressentis en séance	Ressentis à distance	Effets de la T.M. sur la relation	Remarque particulière	Résultat
C.P.	30	F	Enseignante	Forçage vocal avec épisodes d'aphonie	8.02.05 à 5.11.05 (20 séances)	Non	- Bien-être - Confiance en ses possibilités - Moins d'angoisse par rapport à la voix	- plus de confiance (région anxiogène) - inscription corporelle - appropriation des sensations	Ne sais pas	Hyper-émotivité ressentie lors des tests d'écoute	Attentes peu définies mais résultats très positifs
A.C.	22	F	Etudiante	Dysphonie avec petite atteinte des cordes vocales	29.04.05 à 24.06.05 (8 séances)	Non	- très attentive mais pas de mise en lien, ressentis « éparpillés » - beaucoup de sensations	- pas encore assez de travail effectué	Ne sais pas	Tensions importantes dans la région cervicale haute, détente difficile	Arrêt de la rééducation car problèmes de santé
B.C.	54	F	Professeur	Dysphonie fonctionnelle	22.06.04 à 1.03.05	Non	- meilleure détente	- effet prolongé (h voire jours suivants)	- mieux comprise - collabo meilleure	Importance des explications sur la méthode utilisée	- Effet ++ sur la voix
W.N.	20	F	Etudiante	Déglutition primaire	05.05 à 10.05	Non	/	/	/	-progres- sion rapide -a abouti à 1 prescription de semelles ortho	Bons résultats
B.F.	57	F	Sans emploi	Dysphonie (post exérèse de polype)	06.05 à 10.05	Non	Déblocage	Amélioration du confort vocal	Très bénéfique	-Evolution visible sur 1 séance -désillusion pour certaines techniques	Arrêt prématuré (pb de paiement)

T.J.	65	H	Sous tutelle	Dysphagie (post AVC)	11.04 à 9.05	Non	Meilleure perception donc amélioration des praxies	Nutrition sans gastrostomie	Effet positif	- Alimenta -tion réhabilitée - sensations difficiles car larynx durci et raide	Bons résultats
A.R.	75	H	Retraité	Dysphonie d'apparition subite	03.05 à 11.05 (en cours)	Non	/	/	/	-Difficultés (douleurs, raideur des cervicales, corpulence)	Voix très améliorée
G.B.	37	H	Chanteur	Dysphonie avec polype	01.03 à 03.04	Non	Apprécie beaucoup	-Meilleure conscience des tensions - mémorisation corporelle	Effets positifs	/	-résultats retrouvés après chirurgie - tessiture aigue retrouvée - > attentes
J.D.	55	F	Professeur	Fatigue vocale et justesse	11.04 à 04.05	Non	Mauvais ressentis, antécédent de thalasso mal supportée		Pas d'effet particulier	Difficulté de replacer l'objectif (justesse pas prioritaire)	Déception au niveau de la justesse
A.M.	46	F	Professeur	Dysphonie avec pseudo-polype (post intervention sur œdème en fuseau)	11.02 à 02.05	Non	Confort amélioré au niveau du forçage	Plus de fatigue vocale	Effets positifs	Tensions très fortes ont cédé (échec des autres méthodes)	Bons résultats
V.G.	39	F	Enseignante	Dysphonie avec pseudo myxome	03.04 à 10.05 (en cours)	Oui, mais 2 échecs	Gros pb de mobilité très amélioré	« lâcher prise », moins stressée	Effet important, a permis la confiance	Difficulté à gagner sa confiance a pu être surmontée	>> aux attentes
L.C.	33	F	Enseignante	Dysphonie avec polype	03.04 à 06.05	Non	- Se laisse mieux aller - manip bien comprises	- rapidité de récupération de la voix - plus calme - autorééduc	détente	Intelligence de ce qui était fait, bonne compréhension	Rééducation longue mais bons résultats

B.M.	48	F	Professeur	Dysphonie avec difficultés psycho	17.02.03 à 29.03.05	Non	Donne des images de ce qu'elle ressent	Amélioration au début puis régression	Climat de confiance	-très réceptive à cette méthode -troubles psy trop importants	Déception car régression des résultats
M.B.	50	F	Sans emploi (personne immigrée)	Paralysie bilatérale des CV : dyspnée et dysphonie	12.03 à 06.05	Non	Eveil de la sensibilité	-Maintien de la voix -respiration mieux contrôlée	Compréhension par les mains a surmonté la barrière du langage	Importance de la détente, du temps pris pour elle	Beaucoup de troubles associés donc résultats corrects
N.E.	25	F	Professeur et chanteuse	Dysphonie fonctionnelle	17.12.02 à 11.02.04	Oui, nodule à 10 ans	Ressentis positifs	Plus de serrage	/	Plus d'anxiété liée à la région laryngée	Bons résultats
MPB	55	F	Standardiste	Dysphonie fonctionnelle	2.02.04 à 1.07.04	Oui ms tj serrage	Agréable, lui fait du bien	Tenue des résultats	/ (relation déjà installée)	A facilité la détente	Bons résultats
F.G.	37	H	Réceptionniste	Dysphonie	19.10.04 à 26.07.05	Oui ms choix TM	Voix plus stable	Stabilisation de la voix	/	Trop demandeur de TM, donc pratique limitée à 1 séance sur 2	Bons résultats
G.G.	32	F	Marionnettiste	Voix et position de langue	1.10.02 à 8.07.04	Non	Apprécie	-Stabilisation de la voix -posture de langue OK	/	Importance de la rééduc classique de posture de langue en plus de TM	Bons résultats
C.A.	45	F	Enseignante	Dysphonie avec polype	9.09.04 à 6.09.05	Oui, atcd nodule	Agréable	Voix OK	/	Importance de l'aide pré-opératoire	Bons résultats
G.P.	48	M	Médecin	Dysphonie fonctionnelle	27.10.04 à 4.07.05	Non	Très satisfait (respiration plus basse, détente très améliorée)	Amélioration posturale, respiratoire et articulation déserrée Mais toujours des tensions	Au début, un peu de gêne venant de l'ortho	-retour positif -gêne pour déshabillage -meilleure détente qu'avec techniques classiques	Légère déception (surtout au niveau des tensions) mais résultats positifs
JC.G	72	M	Retraité	Aphonie et dysphagie (paralysie récurrentiel-	6.07.04 à 17.12.04	Non	Etonné au début mais son dès la 1 ^{ère} séance grâce à	-Maintien de plus en plus durable -plus de	Ne sais pas	-rapidité des résultats -enthousiasme du patient	Très bons résultats

				le de la CV gauche)			TM	fausses routes après 1mois de rééduc		-gêne due au déshabillage	
G.F.	82	M	Retraité	Dysphonie et dysphagie (Parkinson)	29.09.00 à 21.01.02 (pause) 11.09.03 à 16.10.04 (TM dès 12.03)	Non	-très étonné par les manips -récupération du tonus sans effort	-plus de tenue sans forçage (harmonica possible) -moins de fausses routes	Relation déjà bien établie mais rapport de confiance augmenté (se livre plus)	-« lâcher prise » important -difficultés dues à position assise (domicile) -gêne déshabillage	Résultats meilleurs que ceux espérés (confort et durabilité)
L.R.	13	M	Elève de 5ème	Dysphonie fonctionnelle avec nodules	29.09.04 à 17.06.05	Non	Très satisfait, grande détente et respiration abdominale	-harmonisation du tonus -résorption des nodules -habitudes respiratoires et tensions persistantes	Plus de proximité (« tu » que sur la table)	-aime se faire manipuler -maigreur permettait bonnes sensations	Résultats décevants au niveau de la détente
M.R.	36	F	Sage-femme	Dysphonie fonctionnelle	8 séances	Non	Investissement rapide (se sent sollicitée)	autonormalisation	/	-rapidité d'évolution -subtilité du travail -importance des explications	Bons résultats
M.M	66	M	Retraité	Dysphagie post AVC	Depuis 07.05	Non	Confort immédiat	Diminution des fausses routes et écoulements salivaires	Relation redynamisée	-beaucoup de bien-être -prudence (sonde de dérivation) -explication de ce qui est fait pour rassurer	Résultats › par rapport à la prise en charge sans TM
C.D.	41	F	Enseignante	Dysphonie fonctionnelle	10.01.04 à 9.02.05 (30 séances)	Oui mais vient pour TM	-déblocage d'1 contrôle excessif -mise en mots	-confort sur la journée suivant la séance -attentive aux	Mise en confiance facilitée (« lâcher prise »)	Possibilités vocales plus vite perçues grâce à TM (nota reg 2)	Bons résultats

SDM	28	F	Assistante commerciale	Dysphonie ancienne avec vergeture	12.11.04 à 01.04.05 (20 séances)	1 an à l'âge de 6-7 ans	-Détente améliorée -évacuation de la fatigue et regain d'énergie	ressentis -moins fatiguable -voix plus stable	/	/	Résultat satisfaisant pour la patiente mais décevants pour l'ortho
C.P.	57	F	Retraitée (invalidité, état dépressif)	Dysphonie avec nodules	26.01.05 à 06.12.05 (30 séances)	Non	Moment pour elle et travail sur son corps bénéfique	-Meilleure écoute d'elle-même -Disparition des nodules -plus de forçage	Relation de soin amplifiée, intimité accrue	/	Résultats positifs
C.C.	46	F	Standardiste	Dysphonie fonctionnelle	19.09.05 à 2.01.06 (11 séances)	Non	Détente	Amélioration rapide du serrage, souffle et fatigue	Ne sais pas	Révélation d'1 blocage du bassin a permis évocation d'1 expérience dif et démarche ostéo+psy	Résultats rapides et tangibles
M.D.	7	F	Elève de CE1	Dysphonie fonctionnelle	27.10.05 à 01.06 (7 séances)	Non	Très tendue au début puis s'endort (3 ^{ème} séance)	Calme et détente durent toute l'soirée	Ne sais pas	Beaucoup de travail global, peu sur la zone laryngée	Objectifs fonctionnels atteints et plus de plainte mais résultats imparfaits (voix aggravée et voilée)
P.K.	30	F	Enseignante	Dysphonie fonctionnelle	19.07.05 à 14.12.05	Non	-situe ses tensions -comprend lien respi et détente B-F	articulation, débit, hauteur, intensité OK	relation de confiance	-accepte 1 suivi ostéo, 1 travail global -imptt de transmettre des	Résultats très rapides

							-suppression des forçages			outils durables (posture, respi, voix)	
T.A.	31	F	Cadre, prof à la fac	Dysphonie avec kissing nodules	26.10.04 à 18.11.05	Non	-comprend lien respi et voix -apprécie détente -sensations laryngées affinées	-baisse du stress quotidien, sommeil et système digestif ok -débit ralenti -attaque plus douce -stabilité des résultats en voix parlée et chantée	-dialogue constant, confiance -assiduité, motivation accrues	-adhésion rapide au traitement -importance de la portée de l'approche globale	-bienfaits immédiats sur comport. vocal et général -résultats stables -disparition des nodules
G.H.	27	M	Etudiant en chant (6è année)	Dysphonie fonctionnelle	08.04.05 à 22.06.05	Non	-prise de conscience des tensions grâce aux rappels anatomiques	Retrouve des basses dès 5è séance	dialogue ouvert, confiance	-travail conjoint avec ostéo sur 3 séances -difficulté de déconditionner gestes mis en place par enseign. divers -importance de réconcilier le chanteur avec son corps	Résultats très rapides et vite stabilisés grâce à l'action conjointe de l'ostéopathe

ANNEXE V : ILLUSTRATION DE LA DEMARCHE THERAPEUTIQUE OSTEOPATHIQUE EN PHONIAITRIE

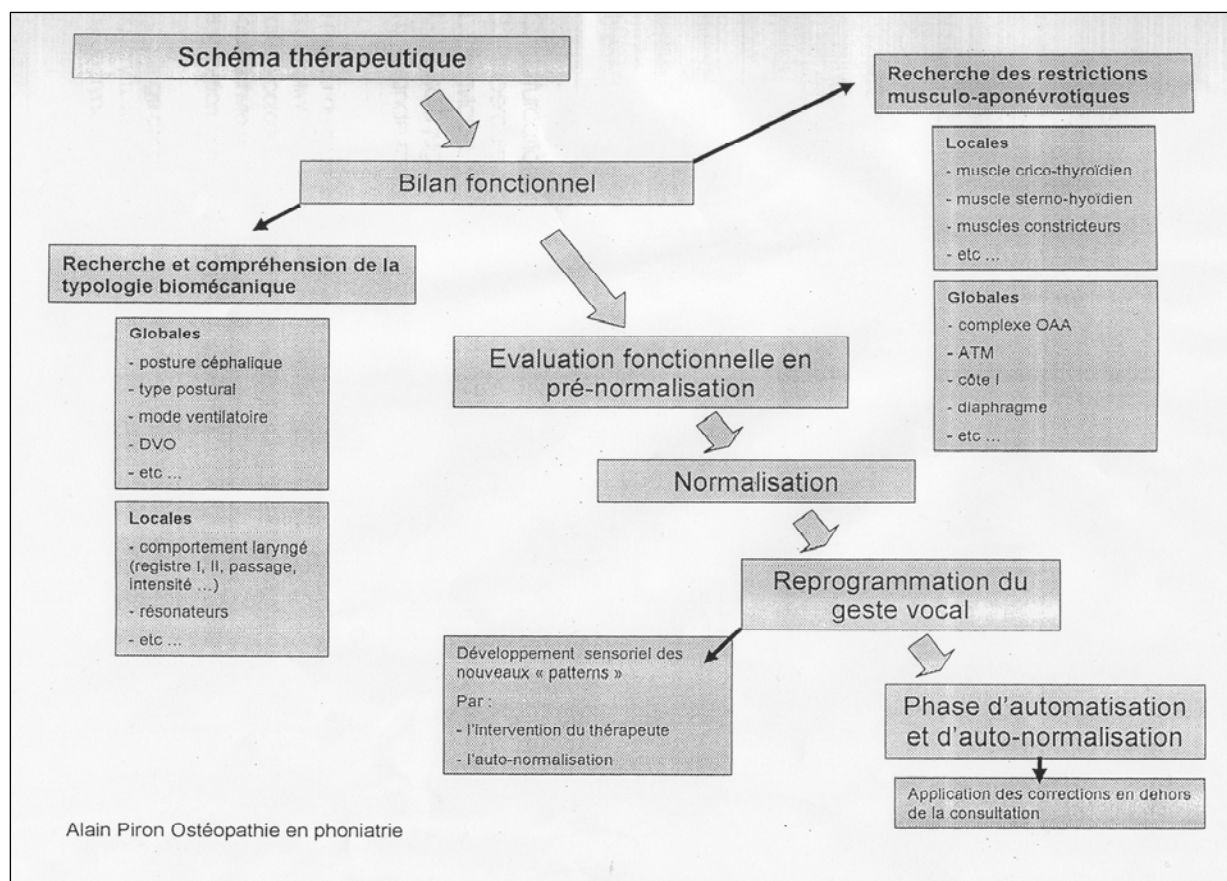


TABLE DES MATIERES

Organigrammes	2
1- Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1. Fédération Santé :	2
1.2. Fédération Sciences :	2
Remerciements	4
Sommaire	5
Introduction	8
PARTIE THEORIQUE.....	9
Qu'est-ce-que la thérapie manuelle?	10
1 - Principe d'interdépendance entre structure et fonction	10
2 - Principe de globalité	10
3 - Principe d'adaptation à la lésion	11
4 - Diagnostic.....	11
5 - Traitement	12
6 - Intérêt en rééducation orthophonique	12
Les fonctions étudiées et paramètres associés	13
1 - Fonctions qui relèvent d'une rééducation orthophonique	13
1.1. La phonation : Voix et parole.....	13
1.2. La déglutition	17
2 - Fonctions ou paramètres associés abordés en rééducation orthophonique...18	
2.1. La respiration	18
2.2. L'occlusion	19
2.3. La posture	19
Liens entre structures et fonctions : apports de la thérapie manuelle ?.....	21
1 - Pour la phonation	21
2 - Pour la déglutition	23
3 - Pour la respiration	23
4 - Pour l'occlusion.....	24
5 - Pour la posture	24
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	25

Problématique	26
Hypothèses	26
EXPERIMENTATION	27
Méthode expérimentale.....	28
Population.....	28
1 - Les orthophonistes	28
2 - Les patients	28
3 - Champ d'expérimentation	29
La formation OSTEOVOX	29
Protocole	30
1 - Les enquêtes.....	30
2 - Les rencontres	31
3 - Le retour	31
PRESENTATION DES RESULTATS	32
Enquête générale sur la thérapie manuelle dans la pratique orthophonique.....	33
1 - FORMATION	33
1.1. Raisons.....	33
1.2. Apports	33
2 - REEDUCATION	34
2.1. Types	34
2.2. Place de la thérapie manuelle	35
2.3. Bienfaits	35
2.4. Facteurs de réussite	36
2.5. Limites, inconvénients	37
3 - RELATION	38
3.1. Effets positifs :	38
3.2. Effets négatifs :	38
3.3. Absence d'effet :	39
4 - PERSPECTIVES.....	39
4.1. Evolution	39
4.2. Généralisation de la formation	40
4.3. Collaboration avec l'ostéopathe.....	40
Etudes de cas de rééducations avec application de techniques de thérapie manuelle	40
1 - POPULATION.....	40

2 - REEDUCATION	41
3 - RESSENTIS.....	41
3.1. En séance	41
3.2. A distance.....	42
4 - REMARQUE, RESENTI DE L'ORTHOPHONISTE.....	43
5 - RELATION	43
5.1. Effets positifs :	44
5.2. Effets négatifs :	44
5.3. Absence d'effets :	44
6 - RESULTATS	44
DISCUSSION DES RESULTATS	46
Effets thérapeutiques de la thérapie manuelle en rééducation orthophonique	47
1 - Indications.....	47
2 - Effets sur la phonation.....	48
3 - Effets sur la déglutition.....	49
4 - Effets sur la respiration, l'occlusion et la posture	50
5 - Effets non spécifiques à une fonction donnée	50
Effets relationnels	51
Conditions, inconvénients, limites de l'application de cette méthode	52
1 - Conditions.....	53
2 - Inconvénients.....	53
3 - Limites.....	53
Limites de l'étude.....	54
Apports personnels.....	55
Conclusion	56
Bibliographie	57
ANNEXES.....	60
Annexe I : Trame de l'enquête générale	61
Annexe II : Trame de l'enquête - études de cas.....	62
Annexe III : Données de l'enquête générale.....	63

1 - Formation	63
2 - Rééducation	65
3 - Relation	70
4 - Perspectives	72
Annexe IV : Données enquête - études de cas.....	74
Annexe V : Illustration de la démarche thérapeutique ostéopathique en phoniatry	80
Table des Matières	81

Guillemette COCHEMÉ

ANALYSE SUBJECTIVE DE L'IMPACT DE LA THÉRAPIE MANUELLE EN ORTHOPHONIE

84 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2006

RESUME

Depuis quelques années, une formation à la thérapie manuelle est proposée aux orthophonistes. Fondée sur des bases anatomo-physiologiques précises et répondant à des principes issus de l'ostéopathie, elle permet une nouvelle approche de la rééducation orthophonique. Cette démarche thérapeutique vise notamment à rétablir la fonction par la prise d'informations par manuelle suivie de l'action sur la structure et amène à considérer le patient dans sa globalité.

Par l'élaboration d'enquêtes, la rencontre avec des orthophonistes formées à cette méthode et la discussion autour d'études de cas, le mémoire s'intéresse aux incidences thérapeutiques et relationnelles de celle-ci.

Ainsi, les différents témoignages de praticiennes ont révélé un champ d'application des techniques de thérapie manuelle assez large, avec des effets positifs en rééducation de voix, de bégaiement, de déglutition, de respiration et de posture de langue. De plus, la relation se trouverait modifiée par cette pratique, le rapport de confiance étant souvent augmenté.

Et, si certains inconvénients peuvent émerger au niveau du soin ou de la relation, les échanges laissent présager une expansion des indications et un recul des limites avec l'acquisition d'expérience dans les années à venir.

MOTS-CLES

THERAPIE MANUELLE - FONCTIONS ORO-FACIALES - GLOBALITE - RELATION PATIENT-ORTHOPHONISTE

MEMBRES DU JURY

Johnny Favre

Isabelle Samyn

Laurence Tain

MAITRE DU MEMOIRE

Jean-Blaise Roch

DATE DE SOUTENANCE

Jeudi 6 juillet 2006
