

ANDREW TAYLOR STILL ACADEMY

Établissement d'enseignement supérieur privé en ostéopathie

Agréé par le ministère de la santé



**Ostéopathie et infertilité féminine :
Une approche peu connue du monde médical et du
grand public ?**

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU TITRE DE D.O. EN OSTÉOPATHIE

Soutenance en juin 2021

Auteur : BLANCO Margerie

Directrice de mémoire : LE BRUN Caroline Ostéopathe D.O.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma Directrice de mémoire Madame Caroline LE BRUN, ostéopathe D.O. et ma professeure pour son soutien, son encadrement et ses conseils dans mon projet.

Je remercie toutes les personnes ayant pris le temps de participer à mes sondages pour que mon mémoire ait un impact plus percutant.

J'adresse également mes remerciements à Monsieur Philippe BOURDINEAU, ostéopathe D.O. et professeur, sans qui les mémoires de ma promotion n'auraient pas pu être commencés.

J'aimerais remercier mes collègues et amis qui ont été présents pendant ces 5 années d'études et qui m'ont aidée dans ce projet. J'aimerais également remercier mes professeurs qui m'ont conseillée dans mes idées. Merci également à Vasilis ZAGOTAS sans qui ces années d'études n'auraient certainement pas été les mêmes.

J'adresse mes remerciements à mes illustrateurs, Anthony COLLOMBET et Kim FRÉCON pour leurs magnifiques dessins qu'ils ont créés avec patience et compréhension de mon projet.

Et enfin, je remercie ma famille sans laquelle des idées ne seraient pas apparues pour mon mémoire ou n'auraient pas abouti, merci également pour leurs encouragements et soutiens dans mes études. Merci à eux mais surtout à ma mère pour les heures innombrables de relecture et de conseils apportés à ce projet.

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries. »

Marcel Proust

Table des matières

Introduction	6
1. Définition	7
1.1 Fertilité	7
1.2 Infertilité ou Hypofertilité	7
1.3 Stérilité	7
1.4 Ostéopathie	7
2. Anatomie, physiologie et pathologie	9
2.1 Cycle menstruel	9
2.2 Utérus	11
2.2.1 Moyens de fixité de l'utérus	11
2.2.2 Vascularisation utérine.....	12
2.2.3 Innervation utérine.....	14
2.3 Ovaires – Trompes de Fallope	14
2.3.1 Moyens de fixité des ovaires et des trompes de Fallope	14
2.3.2 Vascularisation ovarienne et tubaire.....	15
2.3.3 Innervation ovarienne et tubaire	15
2.4 Bassin - Sacrum	16
2.4.1 Osseux	16
2.4.2 Ligaments du bassin	17
2.4.3 Muscles du bassin.....	18
2.5 Aimantation diaphragmatique	20
2.6 Système hormonal	20
2.6.1 Hypothalamus et ses hormones	21
2.6.1.1 Hypothalamus	21
2.6.1.2 Hormones hypothalamiques.....	22
2.6.2 Hypophyse et ses hormones	23
2.6.2.1 Hypophyse	23
2.6.2.2 Hormones hypophysaires	23
2.6.3 Les hormones ovariennes.....	25
2.6.3.1 Œstrogène	25
2.6.3.2 Progestérone.....	25
2.6.4 La thyroïde et ses hormones thyroïdiennes	26
2.6.5 Les glandes surrénales et ses hormones	26
2.7 Les membranes de tensions réciproques	27
2.8 Les sinus veineux	27
2.9 Pathologies	28
2.9.1 Troubles ovariens	28
2.9.1.1 Troubles d'ovulation.....	28
2.9.1.2 Syndromes des ovaires polykystiques.....	29
2.9.1.3 Insuffisance ovarienne	30
2.9.2 Troubles hormonaux	30
2.9.3 Endométriose	31
2.9.4 Malformations utérines.....	31

2.9.5	Fibrome utérin.....	32
3.	<i>Dysfonctions ostéopathiques : Risques et conséquences sur la fertilité.....</i>	33
3.1	Utérus	34
3.1.1	Utérus : Causes locales.....	34
3.1.2	Utérus : Causes régionales	35
3.1.3	Utérus : Causes générales	36
3.2	Ovaires	36
3.2.1	Ovaires : Causes locales.....	36
3.2.2	Ovaires : Causes régionales	37
3.2.3	Ovaires : Causes générales	38
3.3	Trompes de Fallope	38
3.3.1	Trompes de Fallope : Causes locales	38
3.3.2	Trompes de Fallope : Causes régionales.....	39
3.3.3	Trompes de Fallope : Causes générales.....	40
4.	<i>Sondage</i>	41
4.1	Sondage pour le grand public	42
4.1.1	Analyse du sondage grand public.....	42
4.1.2	Discussion du sondage grand public.....	47
4.2	Sondage médical et paramédical.....	48
4.2.1	Analyse du sondage médical et paramédical	48
4.2.2	Discussion du sondage médical et paramédical	53
4.3	Conclusion des sondages.....	54
5.	<i>Prospectus et dépliants informatifs</i>	55
5.1	Pour le personnel de santé	55
5.2	Pour le grand public	58
6.	<i>Discussion.....</i>	61
7.	<i>Conclusion.....</i>	63
	<i>Annexes.....</i>	64
	<i>Table des illustrations et graphiques</i>	67
	<i>Bibliographie.....</i>	68
	<i>Résumés - Abstract</i>	71

Introduction

Mon travail porte sur la prise en charge ostéopathique des troubles de la fertilité chez les femmes. Mon objectif principal est *d'informer les patients ainsi que le personnel de santé*, sur ces différentes solutions par *l'intermédiaire d'un dépliant informatif et d'un prospectus*. Les répercussions des dysfonctions ostéopathiques pouvant intervenir dans les troubles de la fertilité féminine seront abordées dans le but de créer ces dépliants.

Je suis très attachée à ce sujet car j'ai moi-même été confrontée à un risque d'infertilité :

En effet, à l'âge de 17 ans, j'ai été opérée de tumeurs conséquentes aux deux ovaires. Heureusement elles étaient bénignes mais la question de la possible infertilité était très pesante et incertaine. Après de nombreux bilans, tout était revenu à la normale. Malheureusement en 2018, un autre kyste est apparu sur mon ovaire droit. Le diagnostic de cancer a été repoussé mais celui de l'infertilité a été remis en question. À ce moment-là des propositions m'ont été faites telles que la congélation d'ovules, de tissus ovariens ou encore l'adoption mais l'ostéopathie n'a jamais été abordée.

Le sujet de l'infertilité m'a de ce fait interpellée et à travers ce travail je souhaite pouvoir aider les femmes dont l'infertilité ne relève pas d'une pathologie mais d'un trouble fonctionnel que l'ostéopathie pourrait prendre en charge.

Mon mémoire débutera par une définition globale de la fertilité, de l'infertilité et de l'ostéopathie. Par la suite une partie sur l'anatomie, la physiologie et les pathologies en lien avec la fertilité sera rédigée. Puis un chapitre succèdera sur les dysfonctions ostéopathiques pouvant influencer sur la fertilité féminine avec des explications succinctes. J'analyserai ensuite les sondages que j'ai pu faire auprès du personnel médical et paramédical ainsi que du grand public. Ces sondages auront pour but d'être la réponse à mon titre de mémoire. Ils porteront sur l'analyse des connaissances du personnel de santé et du grand public sur l'ostéopathie en général et celle en lien avec la fertilité, par rapport aux questions demandées.

L'objectif final sera d'élaborer un prospectus et un dépliant informatif sur les troubles de la fertilité en ostéopathie.

1. Définition

1.1 Fertilité

La fertilité est définie comme l'aptitude à la procréation et ceci chez l'homme comme chez la femme.

Chez la femme plus précisément, c'est le fait de pouvoir porter son enfant jusqu'au terme de la grossesse.

1.2 Infertilité ou Hypofertilité

L'infertilité est un état caractérisé par l'inaptitude à avoir un enfant après au moins 1 an de rapports sexuels réguliers et non protégés.

On parle le plus souvent d'hypofertilité pour dire que normalement la femme devrait tomber enceinte mais que cela ne se produit pas.

1.3 Stérilité

La stérilité est l'impossibilité pour un individu ou un couple à concevoir un enfant de manière naturelle. La stérilité est diagnostiquée lorsque les médecins sont sûrs que la fécondation ne fonctionnera pas. Cela peut être dû à des accidents, des traumatismes, un cancer, pour des raisons d'hérédité ou de pathologies.

1.4 Ostéopathie

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

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

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

2. Anatomie, physiologie et pathologie

La raison de ces rappels est nécessaire pour expliquer les possibilités de techniques ostéopathiques et la raison pour laquelle nous les pratiquons dans le cas d'un trouble de la fertilité féminine.

Dans ce chapitre nous allons commencer par un rappel de ce qu'est un cycle menstruel puis nous allons décrire les organes génitaux car les troubles de fertilité peuvent être principalement dus à des dysfonctions organiques.

La suite de ce chapitre aura pour but de montrer quelles structures au niveau de l'organisme peuvent causer des dysfonctions sur les organes génitaux et de quelles façons.

2.1 Cycle menstruel

Le cycle menstruel permet à la femme de se préparer à accueillir un fœtus chaque mois. Il commence le premier jour des règles et se termine le premier jour des règles suivantes s'il n'y a pas eu de fécondation.

Un cycle menstruel dure entre 28 et 32 jours, il peut être irrégulier pour différentes causes chez certaines femmes.

Ce cycle se fait en deux étapes distinctes :

- La première étape : Elle est dite œstrogénique ou folliculaire, commence le premier jour des règles et dure 14 jours. Elle débute dans l'ovaire. Les follicules ovariens, abritant chacun un ovule, vont accroître grâce à l'hormone dite FSH (hormone folliculostimulante) sécrétée par l'hypophyse, une glande située à la base du cerveau. Un seul de ces follicules arrivera à maturité et les autres disparaîtront.

Dans cette phase, les ovaires vont produire des hormones dites œstrogène qui vont permettre à l'endomètre¹ de s'épaissir dans le but d'accueillir un œuf en cas de fécondation. Le taux d'œstrogène augmentant, il déclenche la sécrétion de l'hormone LH (hormone lutéinisante) qui est également sécrétée par l'hypophyse. Grâce à cette hormone, le follicule peut s'ouvrir et se transformer en ovule. C'est à cet instant que nous parlons d'ovulation.

L'ovule va donc pouvoir ensuite se diriger vers l'utérus en passant par la trompe de Fallope. Il va rester fécondable environ 24 heures puis, s'il n'est pas fécondé par un spermatozoïde, il va dégénérer.

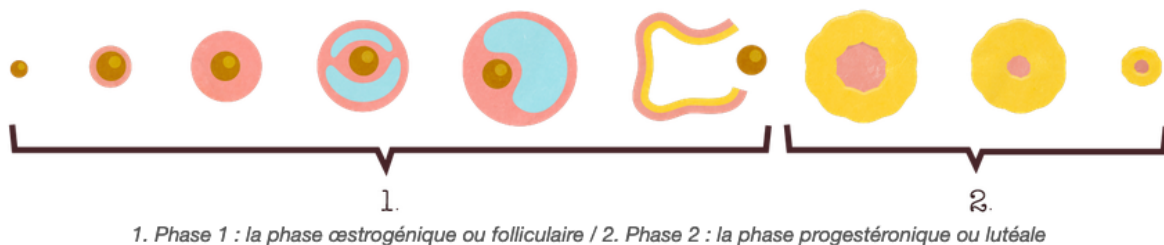


Figure 1 Les deux phases du cycle menstruel

- La deuxième étape : Elle est dite progestéronique ou lutéale, débute donc après l'ovulation et dure environ 2 semaines. L'ovule va se transformer en corps jaune sous l'action de l'hormone LH ce qui va engendrer une production d'œstrogène et une grande quantité de progestérone. La progestérone atteindra un pic après 8 jours suite à l'ovulation puis diminuera car l'hypophyse arrêtera de sécréter de l'hormone LH.

Le corps jaune se détériore donc aux alentours du 23^e jour ou du 28^e jour. L'endomètre ne va plus recevoir autant de sang qu'auparavant et la paroi va se dégénérer petit à petit et sortir par le vagin sous la forme de saignements dits les règles.

En cas de fécondation de l'ovule, les cellules du placenta se développant vont sécréter une hormone appelée gonadotrophine chorionique ou placentaire (hCG). Cette hormone va se répandre et maintenir les fonctions du corps jaune ainsi que la sécrétion de progestérone et d'œstrogène. Les hormones FSH et LH ne sont plus produites et se mettent en veille pendant la grossesse.

¹ Tissu recouvrant la paroi interne de l'utérus

2.2 Utérus

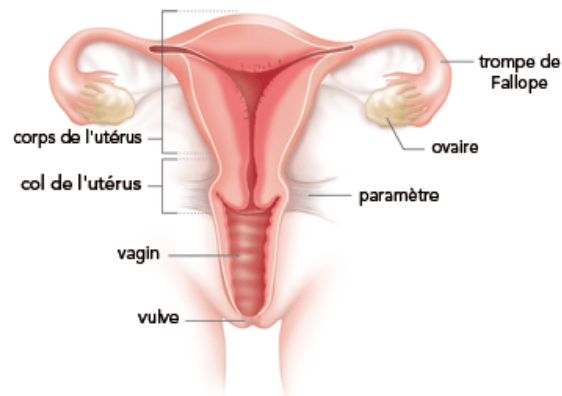


Figure 2 Appareil reproducteur féminin

2.2.1 Moyens de fixité de l'utérus

L'utérus est l'organe destiné à la gestation. Il possède différents moyens de fixité. Il existe cinq ligaments :

Le ligament large, les ligaments ronds, les ligaments utéro-ovariens (ligaments propres de l'ovaire), les ligaments vésico-utérins ainsi que les ligaments utéro-sacrés.



Figure 3 Ligament large

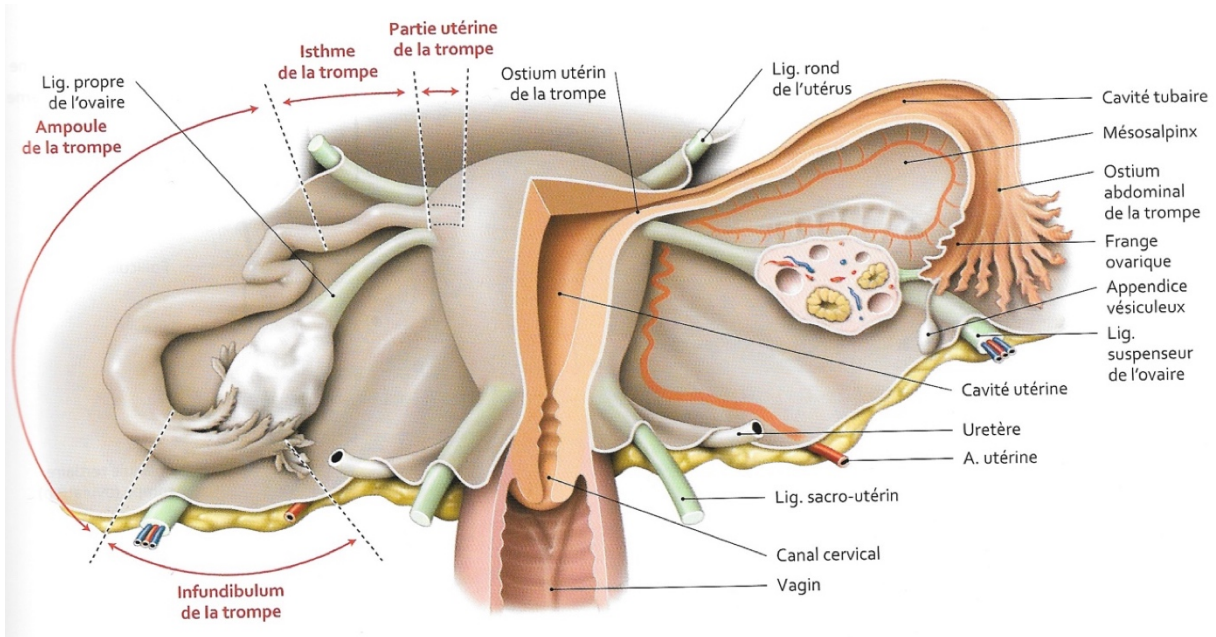


Figure 4 Ligaments utérins et ovariens

L'utérus est normalement antéversé. Il est soutenu par les ligaments cités dans la page précédente ainsi que par l'aimantation du diaphragme et le péritoine abdomino-pelvien. Il est donc important d'aller vérifier tout le corps pour ces raisons. Le vagin est directement relié à l'utérus.

2.2.2 Vascolarisation utérine

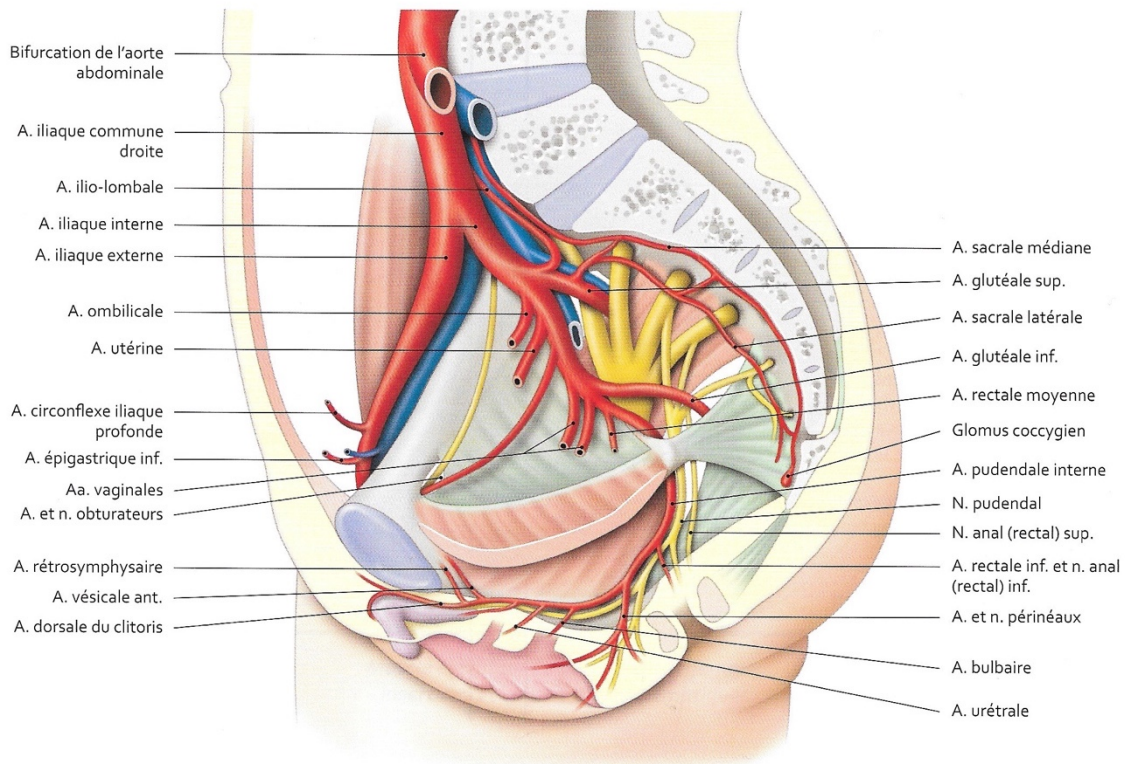


Figure 5 Branches de l'artère iliaque interne chez la femme

La vascularisation utérine vient en principe de l'artère utérine issue de l'aorte abdominale qui se sépare en artères iliaques communes droite et gauche pour donner les artères iliaques interne et externe. L'artère iliaque interne devient l'artère utérine. Les veines sont satellites des artères et reviennent donc par la veine cave inférieure.

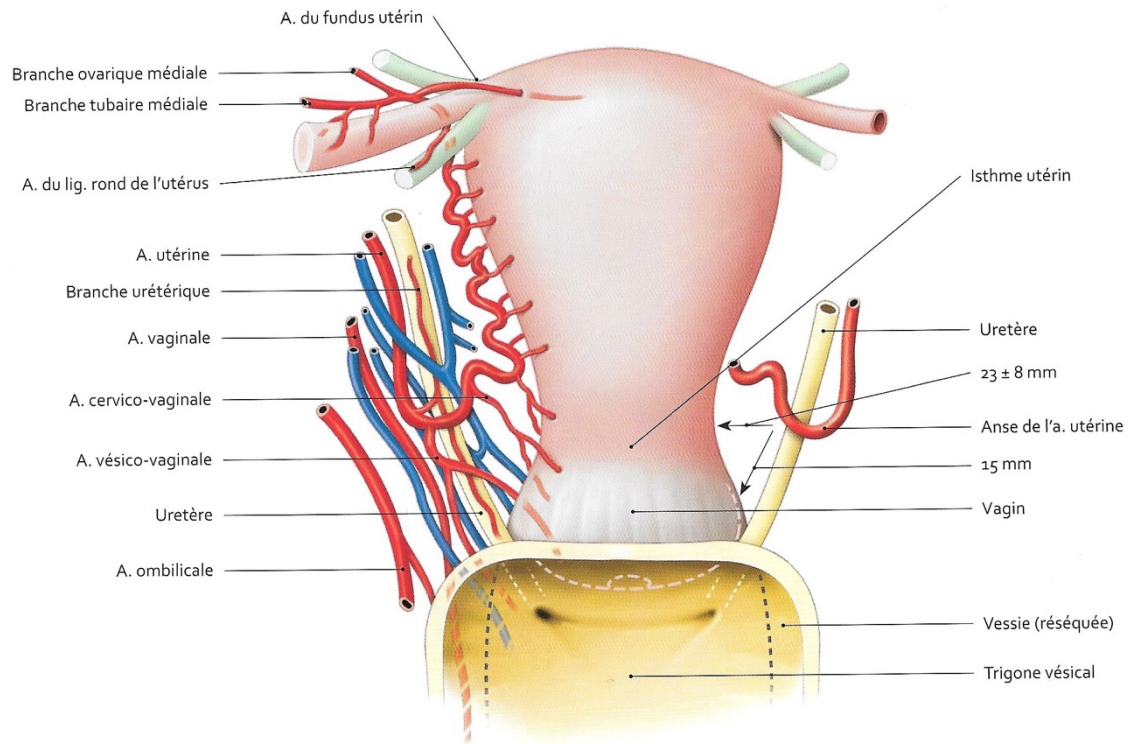


Figure 6 Branches de l'artère utérine

2.2.3 Innervation utérine

L'innervation utérine se fait par le plexus hypogastrique.

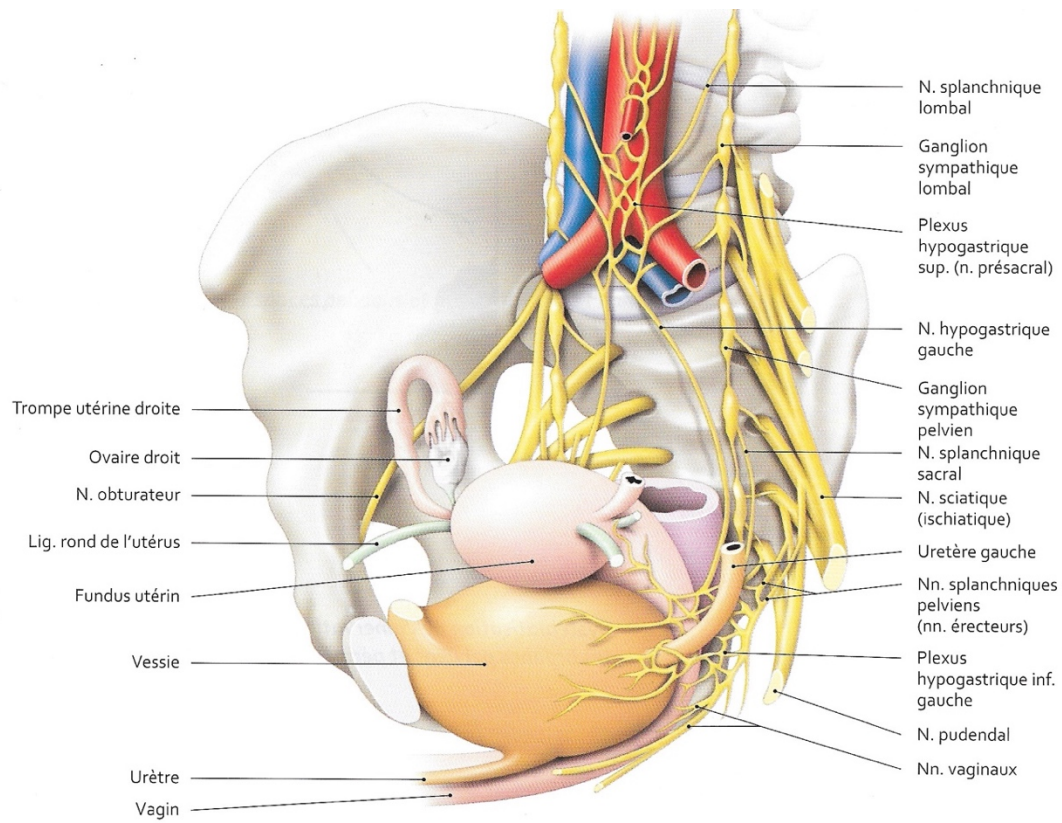


Figure 7 Constitution des plexus hypogastriques chez la femme

2.3 Ovaires – Trompes de Fallope

2.3.1 Moyens de fixité des ovaires et des trompes de Fallope

L'ovaire est le producteur de l'ovule comme nous avons pu le voir précédemment. Il est situé dans la cavité péritonéale. L'ovaire possède quatre éléments de fixation :

Le mésovarium, les ligaments utéro-ovariens, les ligaments tubo-ovariens ainsi que les ligaments lombo-ovariens (ligaments suspenseurs de l'ovaire).

(Voir figure 4 : *Ligaments utérins et ovariens*)

2.3.2 Vascularisation ovarienne et tubaire

La vascularisation ovarienne et tubaire (trompes de Fallope) provient des artères ovariennes droite et gauche issues également de l'aorte abdominale. Ces artères rejoignent les artères ovariennes médiales par les artères ovariennes latérales ainsi que les artères tubaires médiales par les artères tubaires latérales.

Les veines sont satellites des artères. Toutefois, la veine ovarienne gauche ne va pas directement à la veine cave inférieure mais rejoint la veine rénale gauche qui passe sous l'artère mésentérique ce qui peut être un risque de congestion du rein et de l'ovaire gauche si un pincement se forme.

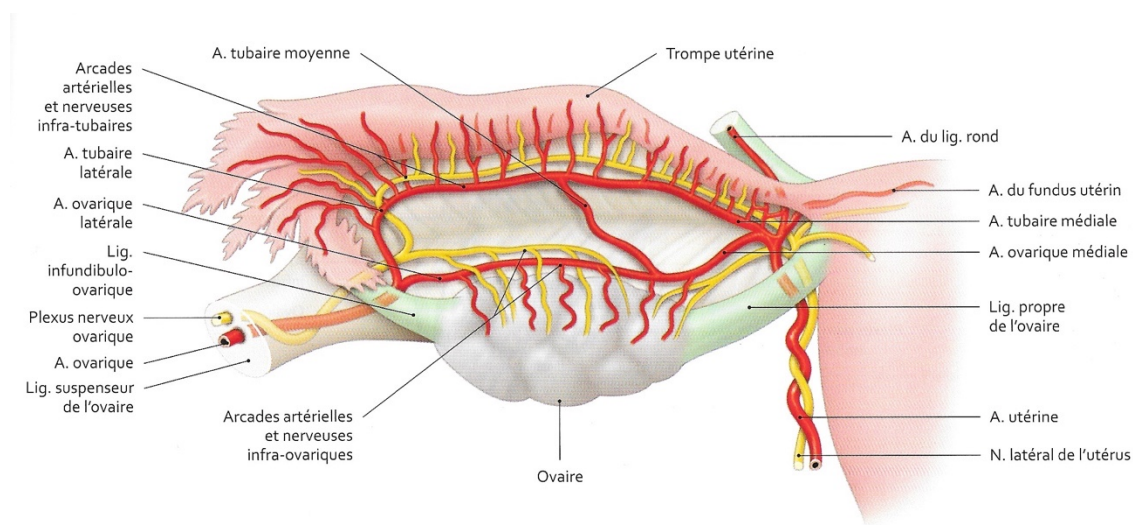


Figure 8 Artères et nerfs de l'ovaire et de la trompe

2.3.3 Innervation ovarienne et tubaire

L'innervation ovarienne se fait par les nerfs latéraux de l'utérus provenant du plexus hypogastrique (voir figure 7 : *Constitution des plexus hypogastriques chez la femme*) mais également par le plexus ovarien longeant l'artère ovarienne (voir figure 8 : *Artères et nerfs de l'ovaire et de la trompe*).

Les trompes de Fallope sont innervées par le plexus hypogastrique ainsi que le plexus ovarien.

2.4 Bassin - Sacrum

Dans ce sous-chapitre nous allons regarder l'anatomie du bassin et du sacrum. Un bassin peut influencer les organes génitaux féminins par sa position par exemple. Comme nous avons pu le voir, les ligaments larges de l'utérus sont en lien direct avec le bassin ce qui peut engendrer un problème au niveau de l'utérus et donc de la fertilité de la femme. Donc une mauvaise position du bassin peut influencer sur les organes génitaux. Des muscles pouvant être spasmodiques peuvent également avoir un impact sur ceux-ci.

2.4.1 Osseux

Le bassin comporte sept articulations.

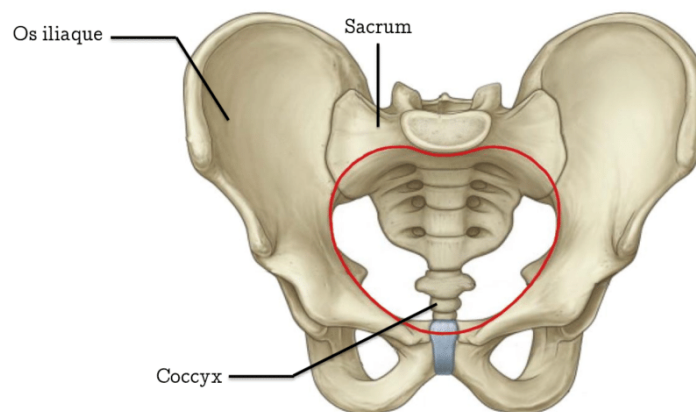


Figure 9 Bassin et sacrum osseux

2.4.2 Ligaments du bassin

Les ligaments du bassin restent tous importants car ils peuvent influencer sur la position du bassin et créer des tensions qui peuvent faire des adhérences avec l'appareil génital féminin.

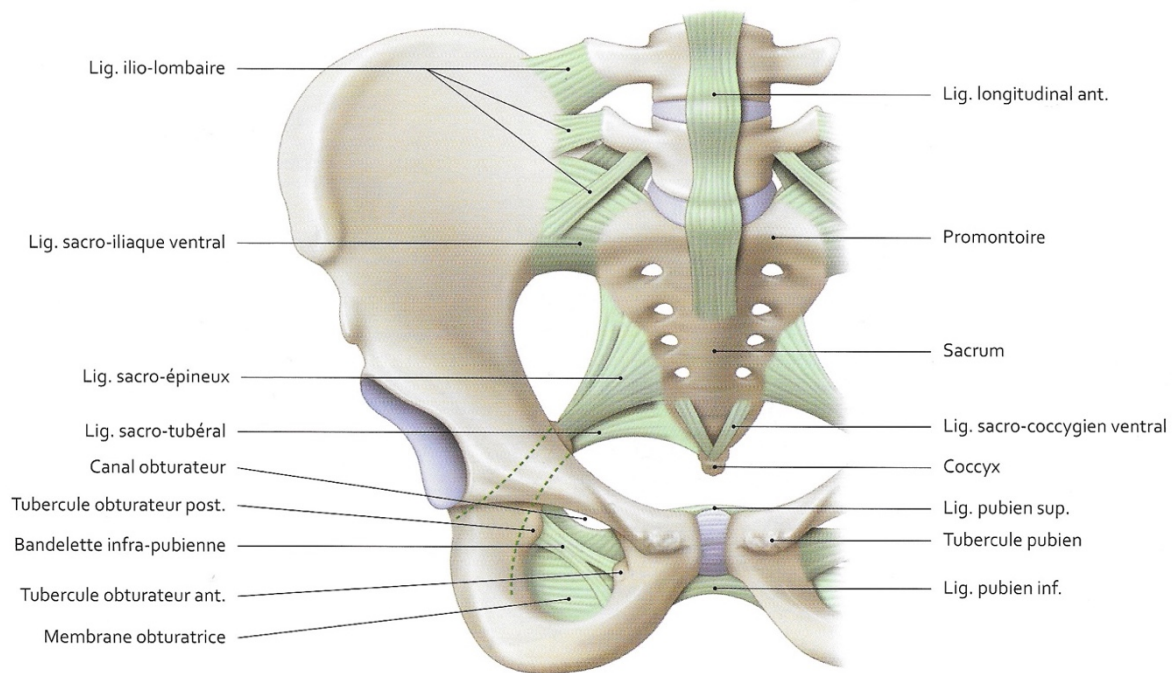


Figure 10 Ligaments du bassin

2.4.3 Muscles du bassin

Les muscles du bassin peuvent influencer sur le bon équilibre de celui-ci et ainsi créer des tensions qui peuvent engendrer des dysfonctions des organes génitaux. Les plus importants sont les muscles grand psoas, les muscles iliaques, les muscles obturateurs ainsi que les muscles piriformes.

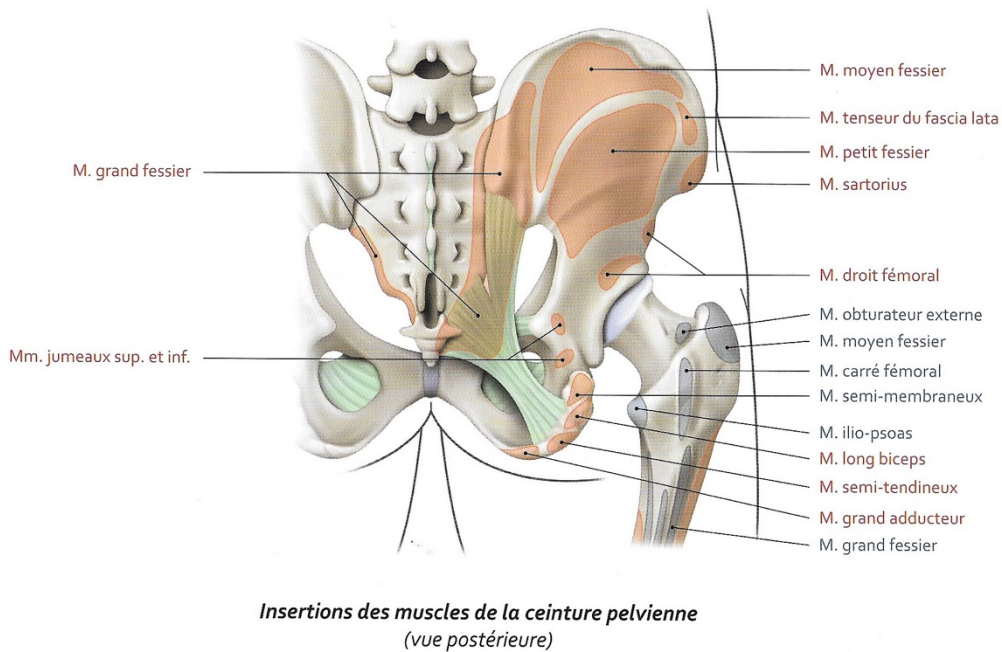
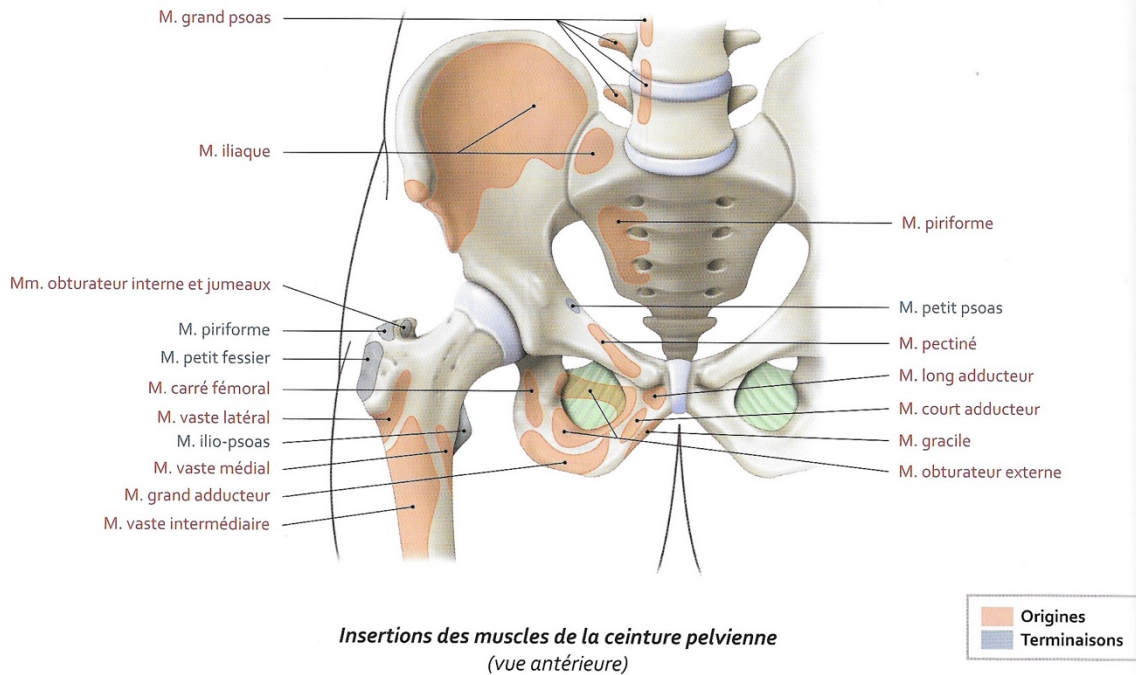


Figure 11 Muscles de la ceinture pelvienne

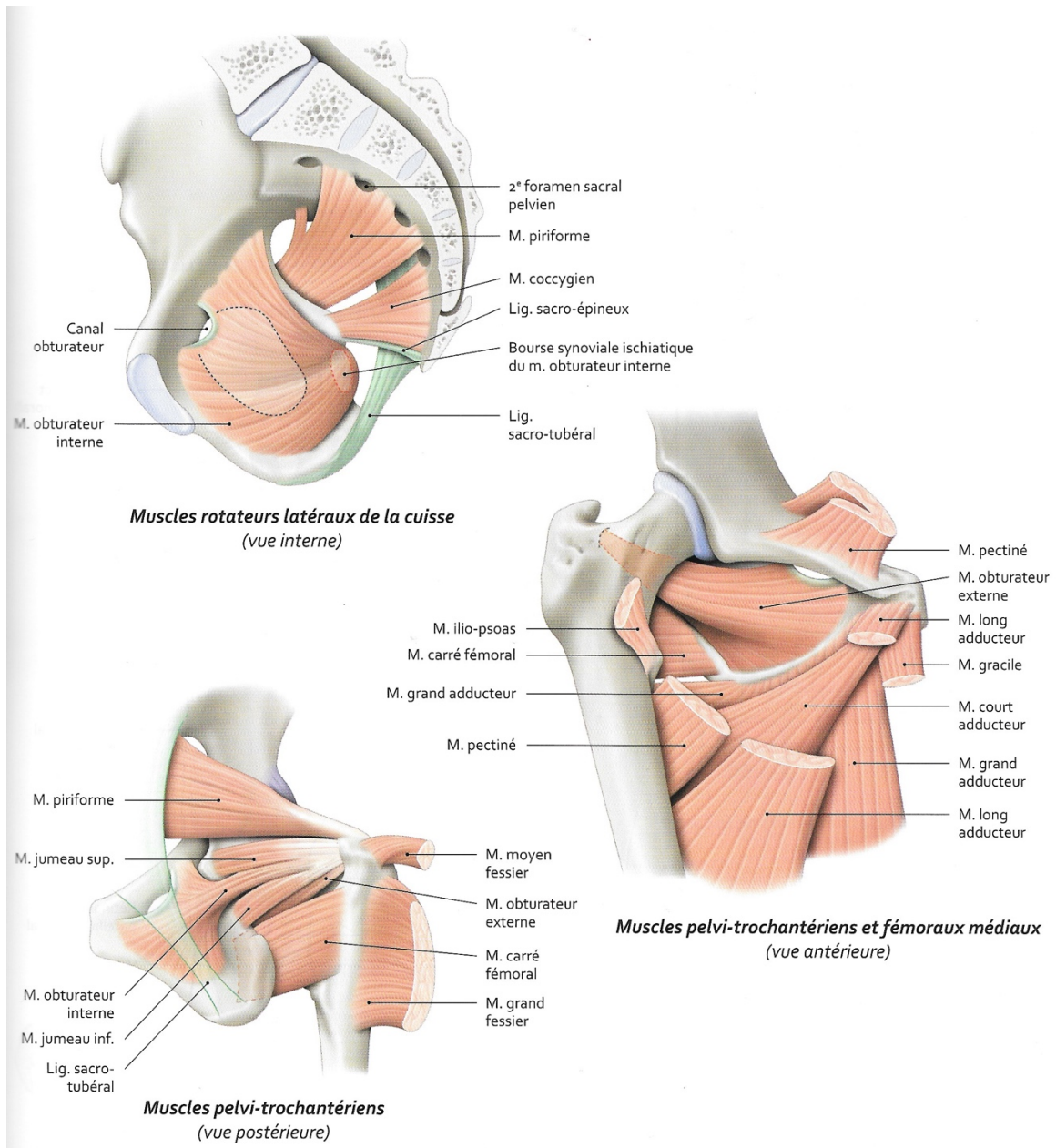
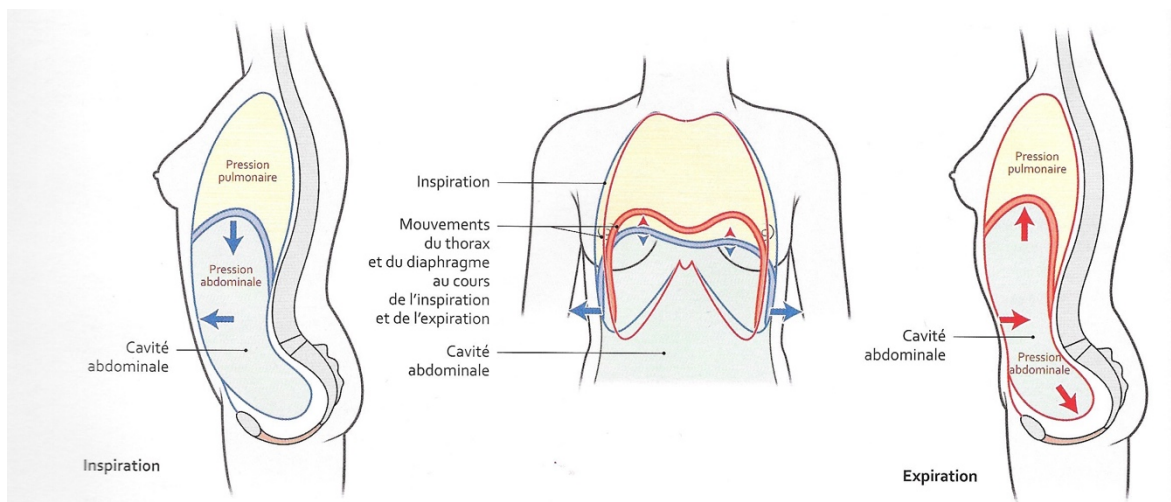


Figure 12 Muscles profonds de la ceinture pelvienne

2.5 Aimantation diaphragmatique

Dans ce chapitre nous allons parler des différents diaphragmes du corps humain. Il y en a quatre en tout mais ceux qui nous interpellent le plus sont le diaphragme crânien, le diaphragme thoracique et le diaphragme pelvien. Les diaphragmes thoracique et pelvien sont intéressants car ils ont un rôle d'aimantation envers les organes génitaux. Ils peuvent donc avoir un impact dessus.

Nous pouvons voir sur le schéma ci-dessous que le diaphragme thoracique travaille avec le diaphragme pelvien que nous pouvons également appeler plancher pelvien. Un diaphragme thoracique en dysfonction peut influencer sur le plancher pelvien ce qui peut engendrer des troubles au niveau de l'appareil génital féminin.



2.6 Système hormonal

Dans ce chapitre nous allons comprendre comment les hormones ayant une incidence sur la fertilité et le cycle ovarien fonctionnent. S'il y a un déséquilibre des structures ou du système vasculaire irriguant celles-ci, la sécrétion d'hormones peut mal se dérouler et donc créer une incidence sur le reste des sécrétions hormonales, ce qui engendrerait une réaction en chaîne.

2.6.1 Hypothalamus et ses hormones

2.6.1.1 Hypothalamus

C'est une structure cérébrale médiane localisée dans la région ventrale du diencephale et constituant la paroi inférieure du troisième ventricule. L'hypothalamus représente une liaison entre le système nerveux et le système hormonal.

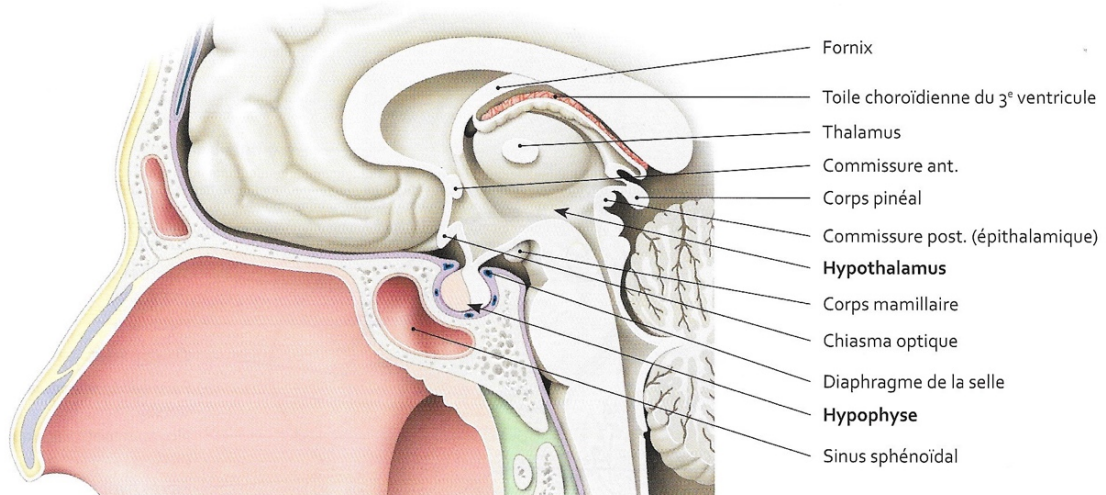


Figure 14 Situation de l'hypothalamus et de l'hypophyse

2.6.1.2 Hormones hypothalamiques

Ci-dessous, voici un tableau résumant les hormones sécrétées par l'hypothalamus et leurs rôles :

Hormones	Rôles
<i>TRH</i>	Agit sur la TSH, la sécrétion de prolactine et sur les hormones gonadotropes
<i>Gn-RH ou Lh-RH</i>	Stimule la sécrétion de LH et de FSH
<i>Somatostatine</i>	Inhibe la libération de GH mais pas la biosynthèse ni le stockage Inhibe la sécrétion basale d'insuline et de glucagon Inhibe la réponse de la TSH et TRH Diminue la sécrétion de CRF
<i>CRF</i>	Entraîne la sécrétion d'ACTH
<i>GH-RH ou SRF</i>	Augmente la sécrétion de l'hormone de croissance
<i>PRF</i>	Inconnu
<i>Dopamine</i>	Inhibe la prolactine

2.6.2 Hypophyse et ses hormones

2.6.2.1 Hypophyse

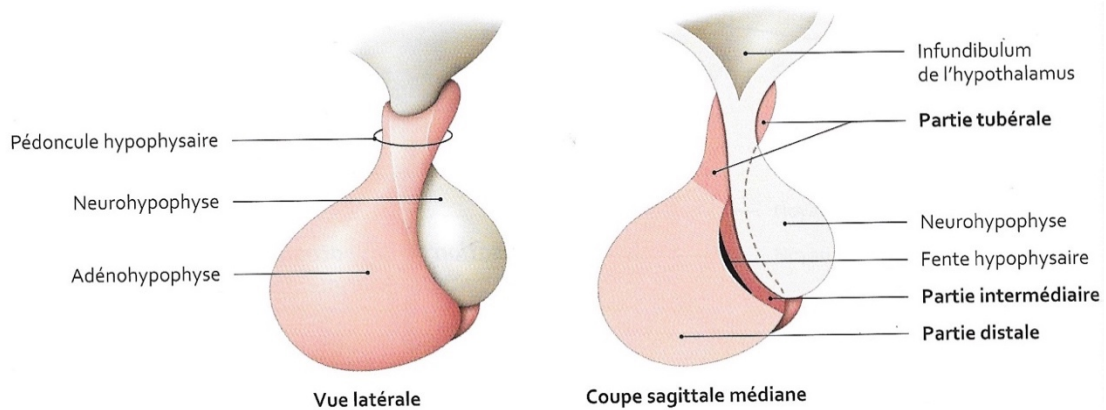


Figure 15 L'hypophyse

L'hypophyse est une petite glande située à la base du cerveau, ancrée dans une loge osseuse, immédiatement en dessous de l'hypothalamus. Elle est reliée à l'hypothalamus par une mince tige qui contient des petits vaisseaux et des fibres nerveuses. L'hypophyse est séparée en deux parties. La première nommée adénohypophyse en antérieur est reliée à l'hypothalamus par un réseau capillaire, le système porte hypothalamo-hypophysaire. La seconde dite neurohypophyse en postérieur est un lieu de stockage des hormones synthétisées au niveau de l'hypothalamus.

2.6.2.2 Hormones hypophysaires

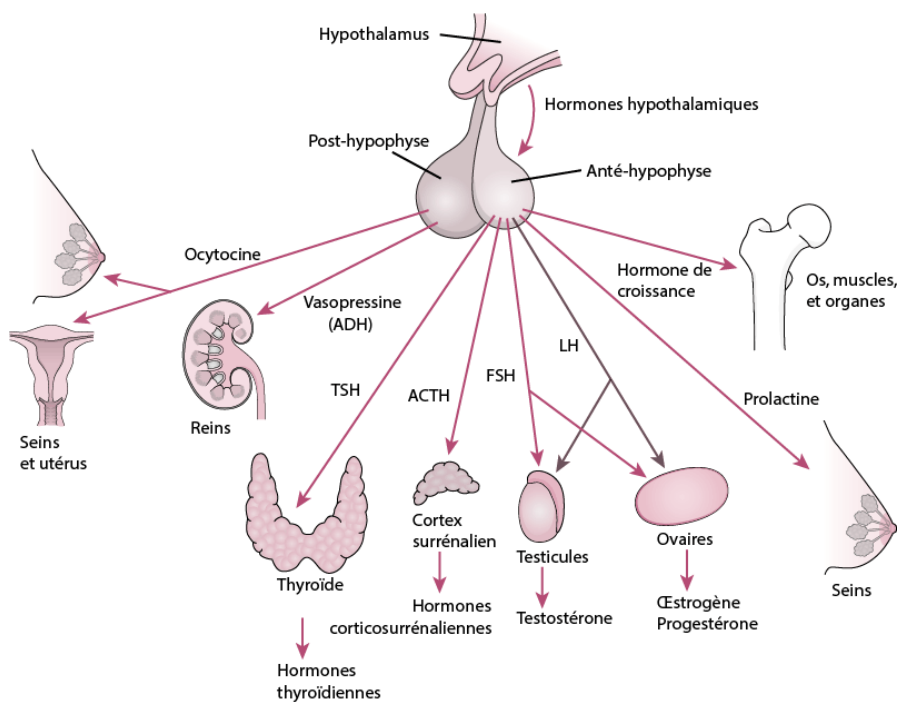


Figure 16 Résumé sécrétions hypophysaires

Ci-dessous, voici un tableau résumant les hormones sécrétées par l'hypophyse et leurs rôles :

Hypophyse	Hormones	Rôles
Neurohypophyse	<i>ADH</i>	Effets sur les reins et la vasoconstriction
	<i>Ocytocine</i>	Agit sur le muscle lisse utérin et sur l'écoulement du lait
Adénohypophyse	<i>GH (hormone de croissance)</i>	Stimule la croissance corporelle générale et règle le métabolisme Active la synthèse protéique Inhibe la dégradation des protéines Rôle hépatique Favorise la croissance et la multiplication de toutes les cellules Effet hyperglycémiant en diminuant l'absorption du glucose par les cellules
	<i>TSH</i>	Rôle trophique sur la glande thyroïde et stimule la synthèse d'hormone thyroïde
	<i>ACTH</i>	Rôle trophique sur le cortex surrénal et stimule la sécrétion de cortisol
	<i>FSH</i>	Chez la femme : Stimulation du développement du follicule et sécrétion d'œstrogène
	<i>LH</i>	Chez la femme : Ovulation, formation du corps jaune et sécrétion d'hormone sexuelle
	<i>PRL (prolactine)</i>	Développement des glandes mammaires et production de lait

2.6.3 Les hormones ovariennes

Les hormones ovariennes sont l'œstrogène et la progestérone. Ces hormones sont sécrétées et commandées par les gonadotrophines (FSH et LH) provenant de l'hypophyse.

2.6.3.1 Œstrogène

L'œstrogène a plusieurs rôles. Nous allons voir ceux qui concernent ce mémoire :

- L'œstrogène est importante dans la survenue des caractères sexuels féminins secondaires dans la phase de la puberté. Le développement des seins et la modification de l'anatomie de la vulve sont possibles grâce à cette hormone.
- L'œstrogène a également un rôle sur le milieu et le confort vaginal. Il permet d'éviter la sécheresse vaginale et de donner une bonne trophicité² au vagin.
- Lors du cycle menstruel, l'œstrogène a un taux très élevé en période ovulatoire. Il est responsable de la sécrétion de la glaire ovulatoire et de sa bonne qualité qui est indispensable pour permettre aux spermatozoïdes de rejoindre l'ovule pour le féconder. L'œstrogène permet d'épaissir la muqueuse utérine.

2.6.3.2 Progestérone

La progestérone est sécrétée par le corps jaune au niveau de l'ovaire. Ses rôles sont de :

- Préparer l'utérus à la nidation et évite l'excès d'épaississement de la muqueuse utérine.
- Maintenir la grossesse à ses débuts. Si le taux est trop faible, il y a risque de fausses couches.
- Participer à la préparation de la glande mammaire pour la lactation.

² Ensemble des phénomènes qui conditionnent la nutrition des tissus.

2.6.4 La thyroïde et ses hormones thyroïdiennes

La thyroïde est une glande située à l'avant du cou, devant la trachée. Les hormones thyroïdiennes interagissent avec d'autres hormones comme les hormones reproductrices. Une quantité dite physiologique d'hormones thyroïdiennes est nécessaire au bon fonctionnement des ovaires chez la femme. En cas d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie, il peut y avoir un effet sur la fertilité féminine. Un bon fonctionnement de la thyroïde et de la sécrétion de ses hormones est primordial pour la santé des futurs parents mais également du fœtus.

2.6.5 Les glandes surrénales et ses hormones

Les glandes surrénales sont situées juste au-dessus de chaque rein. Elles synthétisent et relâchent des hormones dans le sang, notamment l'adrénaline et le cortisol. Les glandes surrénales sécrètent plusieurs hormones mais les plus importantes pour ce mémoire sont les hormones dites androgènes et œstrogènes.

Les androgènes sont des hormones sexuelles mâles et sont produites en quantités différentes entre les hommes et les femmes. Elles aident à la croissance, au développement et au bon fonctionnement de l'appareil reproducteur. Les androgènes sont nécessaires à la production d'œstrogènes.

Les œstrogènes, elles, sont les hormones sexuelles femelles. Elles sont responsables du développement sexuel et de la fonction reproductrice de la femme ainsi que de l'apparition des caractéristiques physiques féminines comme la croissance des seins.

2.7 Les membranes de tensions réciproques

La sphère crânienne joue un rôle très important dans les troubles de la fertilité c'est pourquoi il est fondamental de vérifier toutes ses structures pour être sûr que le trouble de la fertilité ne provienne pas de cette sphère.

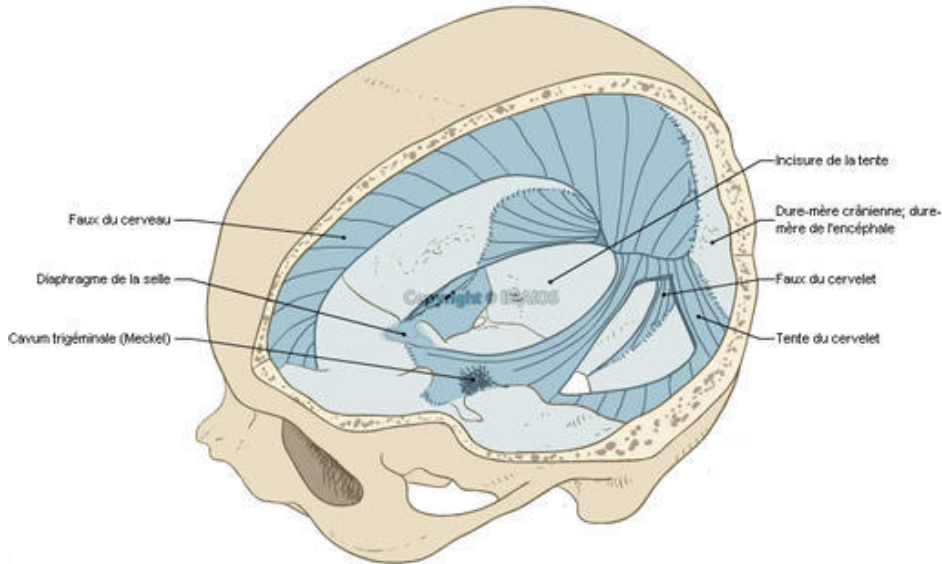


Figure 17 Membranes de tensions réciproques

2.8 Les sinus veineux

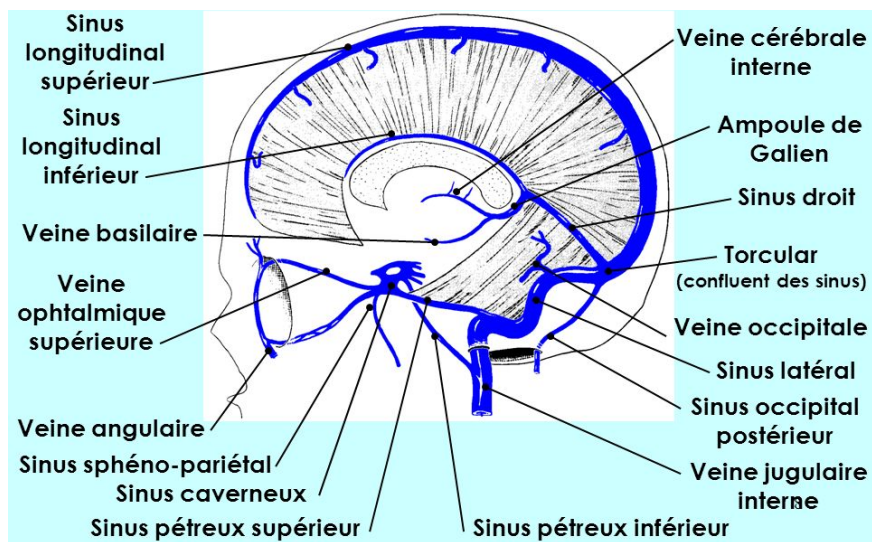


Figure 18 Les sinus veineux

2.9 Pathologies

Ce chapitre aborde des pathologies pouvant causer des troubles de la fertilité dans lesquelles l'ostéopathe n'aura pas d'influence directe. Il pourra soulager les dysfonctions liées à cette maladie qui se sont accumulées mais il ne la soignera jamais.

Dans ce chapitre nous allons découvrir les troubles ovariens dans un premier temps puis les troubles hormonaux ainsi que l'endométriose en finissant par les causes utérines.

2.9.1 Troubles ovariens

2.9.1.1 Troubles d'ovulation

Les troubles de l'ovulation sont la cause la plus fréquente d'infertilité féminine. Ils sont représentés soit par l'anovulation soit par la dysovulation.

L'anovulation se traduit par la femme qui ne peut pas ovuler. La dysovulation correspond à l'ovulation qui ne peut se faire correctement, l'ovocyte ne sera donc pas de bonne qualité.

Ces troubles peuvent être dus à des désordres hormonaux tels que l'hyperprolactinémie³, le syndrome des ovaires polykystiques dont nous allons parler par la suite, la pré-ménopause ou la ménopause précoce. Les principales causes restent donc ovariennes ou hypothalamo-hypophysaires pour tout ce qui est hormonal. Les troubles de l'ovulation peuvent avoir pour conséquences des aménorrhées⁴ ou des dysménorrhées⁵.

³ Excès de prolactine (hormone importante dans la reproduction)

⁴ Absence de règle

⁵ Règles irrégulières

2.9.1.2 Syndromes des ovaires polykystiques

Dit également SOPK, ceci est une pathologie endocrinienne qui engendre un dérèglement hormonal. Ce syndrome a pour caractéristiques une obésité légère de la patiente, une irrégularité au niveau des règles voire une absence de celles-ci. Il peut y avoir un arrêt du cycle menstruel et un taux élevé d'hormones masculines dites hormones androgènes. Lors de ce syndrome, la femme développe des particularités masculines telles qu'une diminution du timbre de la voix et de la poitrine ainsi qu'une augmentation de pilosité.

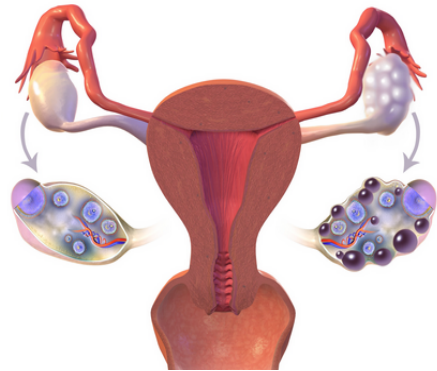


Figure 19 Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)

Le SOPK affecte entre 5 et 10% des femmes. Les femmes atteintes de ce syndrome et qui sont enceintes ont la plupart du temps de lourdes complications lors de la grossesse telles qu'un diabète gestationnel, un accouchement prématuré ou encore une pré-éclampsie (hypertension artérielle).

Les causes sont encore peu connues mais des études ont été faites et il y a une forte probabilité que ce soit dû à un dysfonctionnement d'une enzyme contrôlant la production des hormones masculines. Il est également possible que ce soit génétique ou dû à l'environnement et les habitudes de la femme.

Le traitement se fait surtout par l'activité physique, le changement alimentaire et la perte de poids. La pilule contraceptive peut influencer également ainsi qu'un traitement de la pilosité et de l'acné.

2.9.1.3 Insuffisance ovarienne

L'insuffisance ovarienne est une baisse de la fabrication des ovocytes dans les ovaires. Cette baisse se fait naturellement dans les 10 ans avant la ménopause. Lorsque nous en parlons en tant que pathologie c'est qu'elle est dite "prématurée".

Cette insuffisance ovarienne prématurée est caractéristique d'une baisse de fabrication des ovocytes chez les femmes de moins de 40 ans. Cette pathologie peut être congénitale (syndrome de Turner), survenir suite à une chirurgie, une chimiothérapie ou encore être associée à une pathologie auto-immune.

Les femmes touchées par cette pathologie souffrent d'infertilité inexplicée, d'aménorrhées ou d'irrégularité menstruelle. Dans certains cas, elles peuvent avoir une baisse de libido, une vaginite⁶ ou de l'ostéoporose.

2.9.2 Troubles hormonaux

Lorsque nous parlons de troubles hormonaux pour l'infertilité, nous faisons référence à toutes les hormones qui interagissent lors du cycle hormonal. Comme nous avons pu le lire dans les pages précédentes il y a les hormones ovariennes avec l'œstrogène et la progestérone. Si les ovaires sont en dysfonctions ou que les hormones ne sont pas assez présentes pour subvenir au besoin du cycle menstruel alors nous parlons de troubles hormonaux. Les hormones gonadotropes produites par le système hypothalamo-hypophysaire situé au niveau du crâne, la LH et la FSH, peuvent également réduire le bon fonctionnement du cycle si elles sont dérégées.

Une insuffisance ou un excès de ces hormones peut engendrer une mauvaise ovulation ou une mauvaise implantation du fœtus ainsi que des fausses couches.

⁶ Inflammation du vagin

2.9.3 Endométriose

L'endométriose est une pathologie qui touche 1 femme sur 10. Elle est caractérisée par la fabrication de tissu endométrial en dehors de l'utérus. L'endomètre tapisse l'utérus. C'est le tissu qui se désintègre et qui se traduit par les règles. Cette maladie est dite hormono-dépendante car elle se nourrit de l'hormone œstrogène.

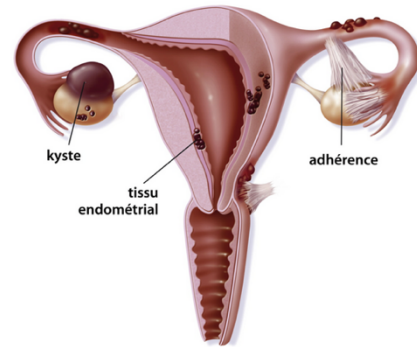


Figure 20 Endométriose

Le tissu endométrial va former des lésions, des adhérences et des kystes ovariens dits endométriomes. Cette fabrication hors de l'utérus peut toucher les organes génitaux et le péritoine dans la majorité des cas mais également l'appareil urinaire, l'appareil digestif, les poumons et le diaphragme. Dans de très rares cas, l'endométriose peut atteindre le cerveau.

La situation de cette maladie ainsi que ces symptômes peuvent différer d'une femme à l'autre. Il peut y avoir de grosses douleurs abdominales et pelviennes lors des règles et en dehors de celles-ci, des troubles urinaires ou digestifs, des douleurs pendant les rapports ou une possible infertilité surtout si l'endométriose se trouve au niveau des trompes de Fallope. Bien d'autres symptômes peuvent également se manifester comme des ballonnements, des jambes lourdes ou encore une grande fatigue voire une dépression.

En fonction de sa situation anatomique, l'endométriose aura un impact différent sur la fertilité féminine. Des endométriomes au niveau des trompes de Fallope sont plus susceptibles de causer une infertilité que s'ils étaient situés sur la paroi externe de l'ovaire par exemple.

2.9.4 Malformations utérines

Les malformations utérines se manifestent suite à un trouble du développement de cet organe. Ces malformations touchent entre 3 à 4% des femmes. La plupart de celles-ci restent asymptomatiques.

Il y a énormément de risque de fausses couches y compris tardives voir de total échec de grossesse dans d'autres cas.

Plusieurs malformations utérines : (annexe 1, page 64)

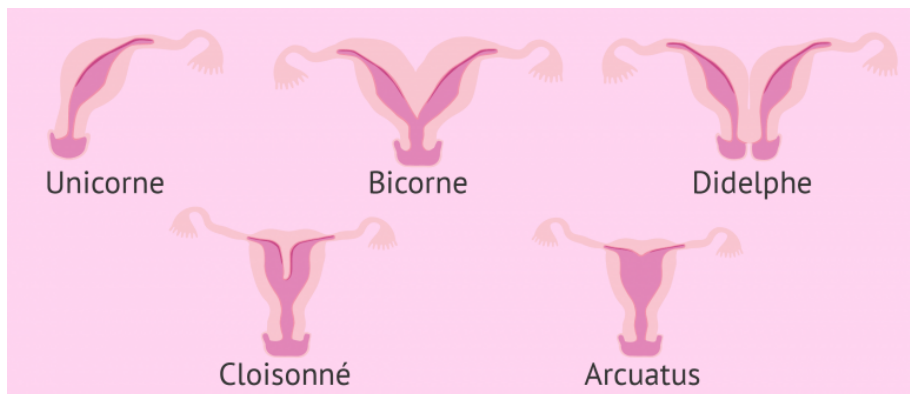


Figure 21 Malformations utérines

2.9.5 Fibrome utérin

Le fibrome utérin est une tumeur bénigne chez la femme. Sa taille varie en fonction des femmes ainsi que son nombre et sa localisation. Il y a majoritairement aucun symptôme mais en fonction du placement et de la taille du fibrome il peut y avoir des saignements abondants en dehors des règles, des pertes vaginales, des douleurs dans le bas du dos ou encore des douleurs lors de relations sexuelles. Les causes peuvent être génétiques, hormonales ou environnementales.

Les tumeurs bénignes que sont les fibromes utérins ne posent pas systématiquement de problème avant et/ou pendant la grossesse. Mais, dans certains cas, en fonction de leur localisation et parfois de leur taille, Elles peuvent avoir un impact sur la fertilité et/ou sur l'évolution de la grossesse.



Figure 22 Exemple de fibrome utérin

3. Dysfonctions ostéopathiques : Risques et conséquences sur la fertilité

Dans ce chapitre nous allons résumer les liens entre les dysfonctions ostéopathiques et les possibles conséquences sur la fertilité. L'intérêt de cette partie va nous permettre d'élaborer le prospectus et le dépliant de fin de mémoire.

Nous allons parler de trois causes différentes :

- Les causes locales
- Les causes régionales
- Les causes générales

Les causes locales représentent les organes génitaux et leurs dysfonctions ostéopathiques. Les causes régionales sont le système vasculaire, le système nerveux, le bassin ainsi que les viscères et organes voisins des organes génitaux.

Les causes générales correspondent au système hormonal.

Ce chapitre sera divisé en trois parties :

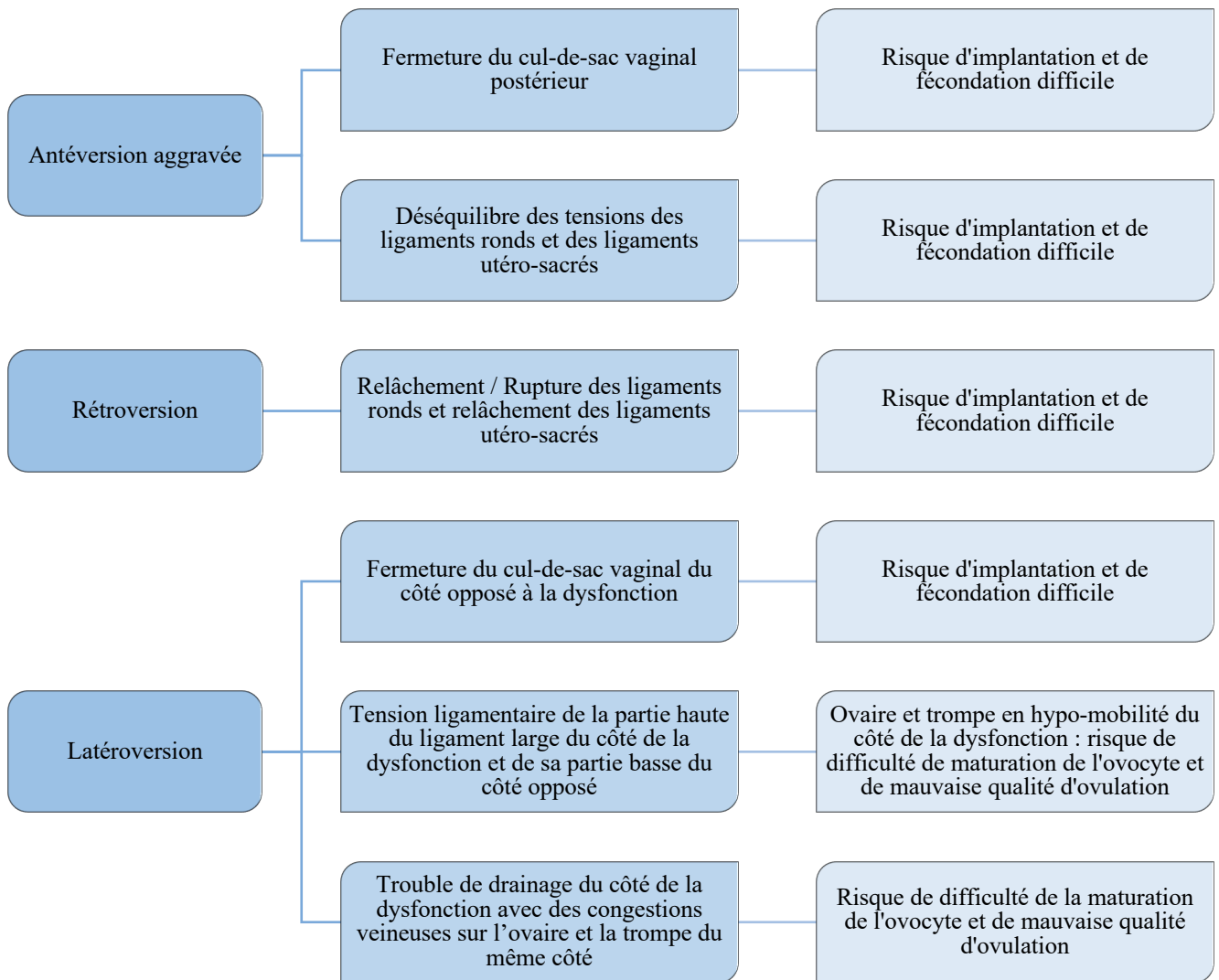
- L'utérus
- Les ovaires
- Les trompes de Fallope

Avant de poursuivre ce chapitre :

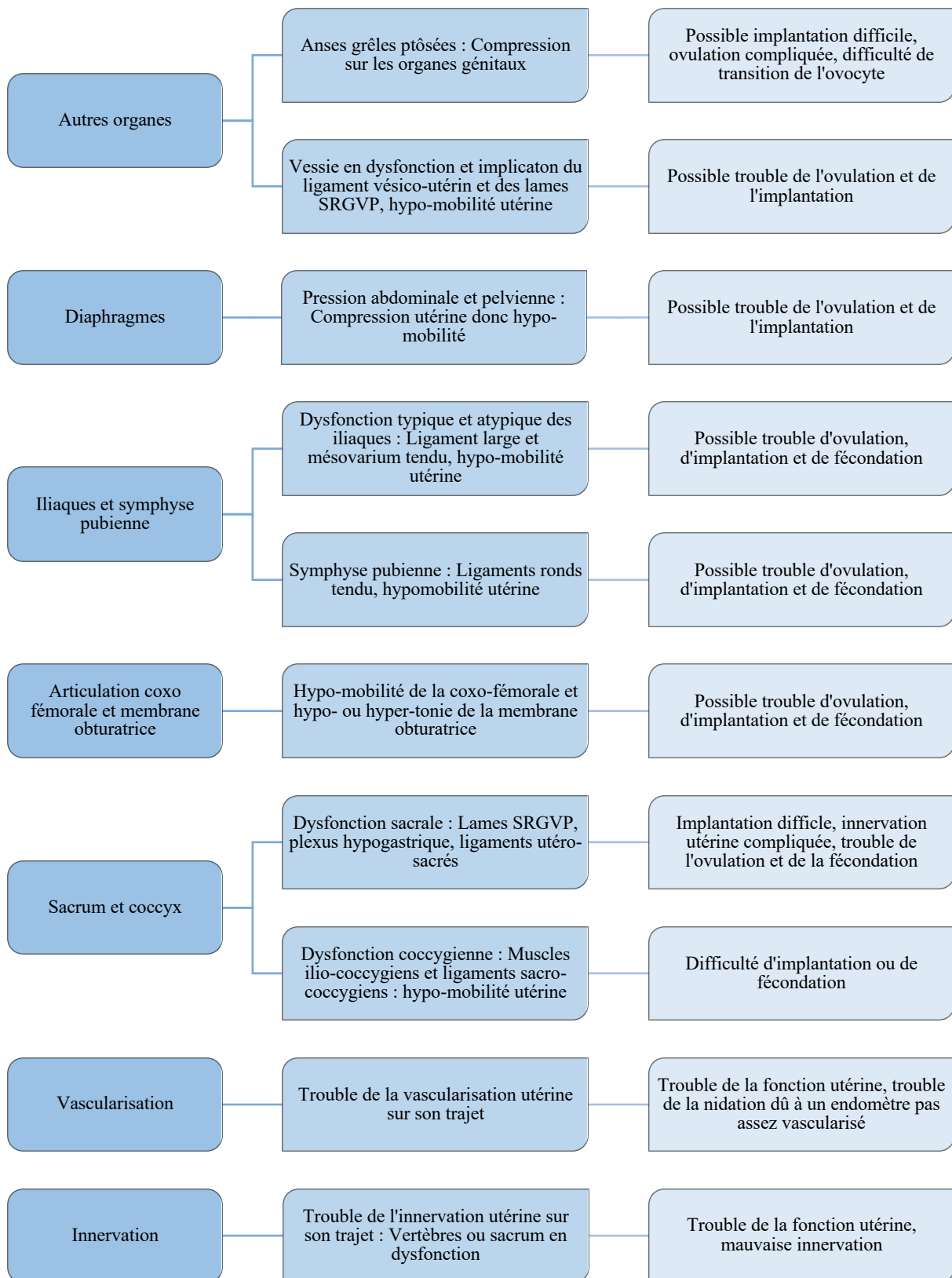
- *Les cicatrices* sont à traiter car elles peuvent influencer la mobilité des organes génitaux à cause des adhérences qu'elles peuvent créer. Une hypo-mobilité des organes génitaux peut créer une difficulté d'implantation ou de fécondation.
- *L'axe crânio-sacré* est également à aller investiguer car il peut engendrer des dysfonctions au niveau hormonal, vasculaire et nerveux pouvant influencer sur les organes génitaux. Si ceux-ci sont touchés, des troubles de la fertilité comme des conséquences sur l'ovulation, l'implantation, la nidation ou encore la fécondation sont possibles.

3.1 Utérus

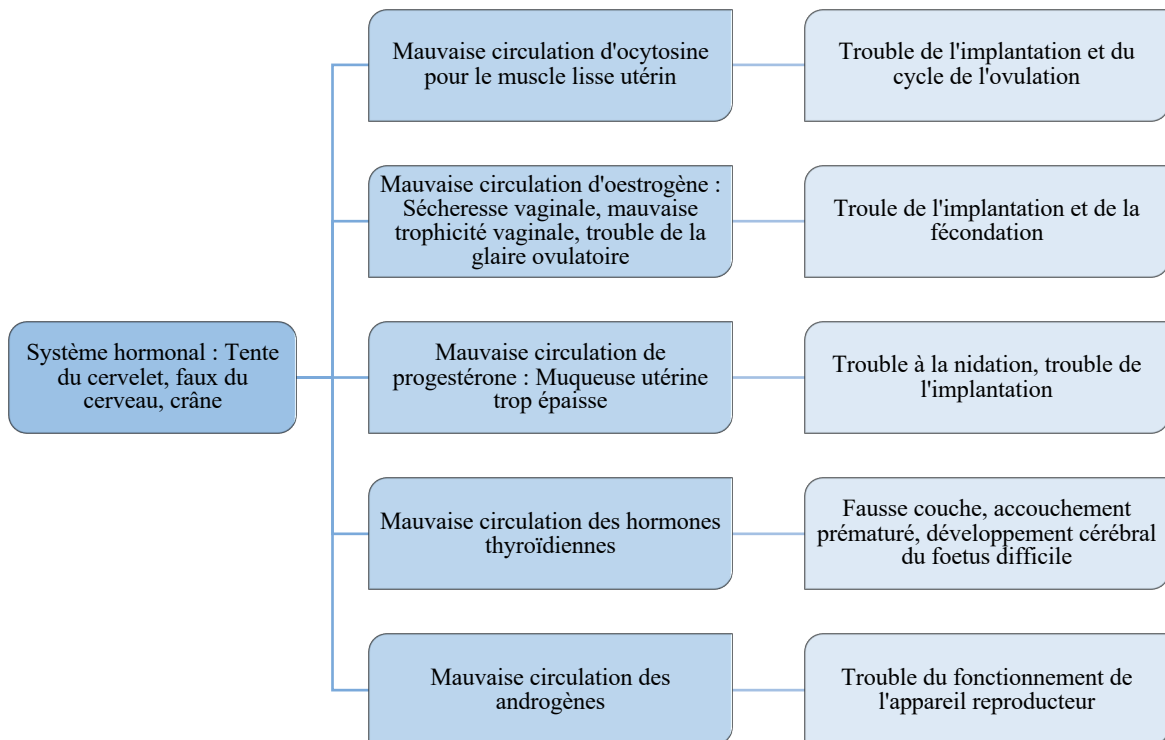
3.1.1 Utérus : Causes locales



3.1.2 Utérus : Causes régionales

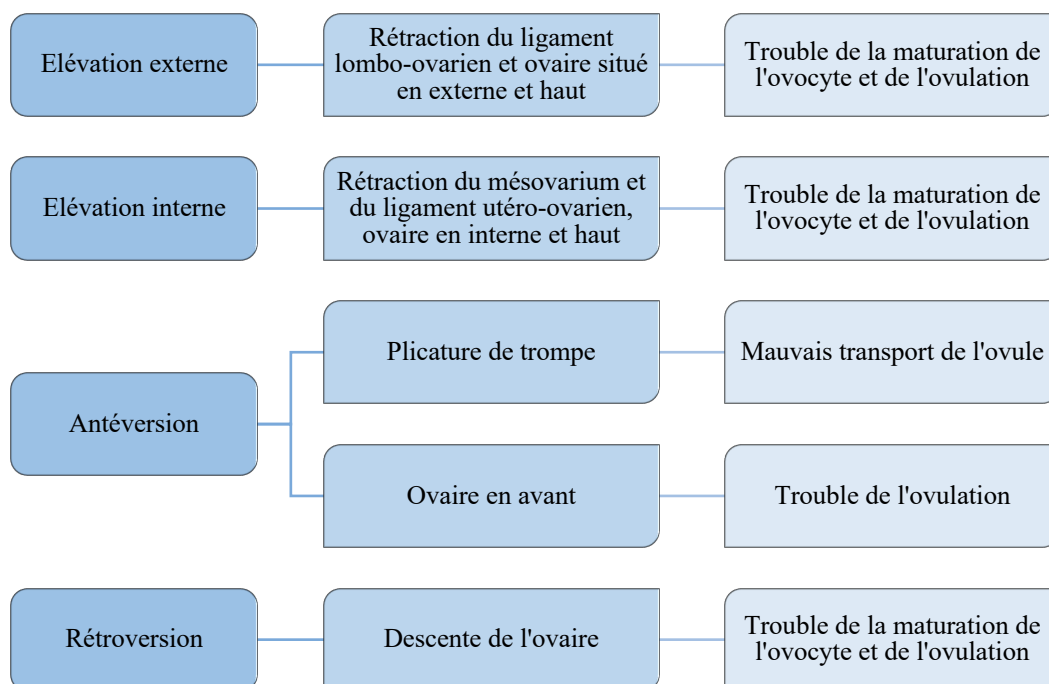


3.1.3 Utérus : Causes générales

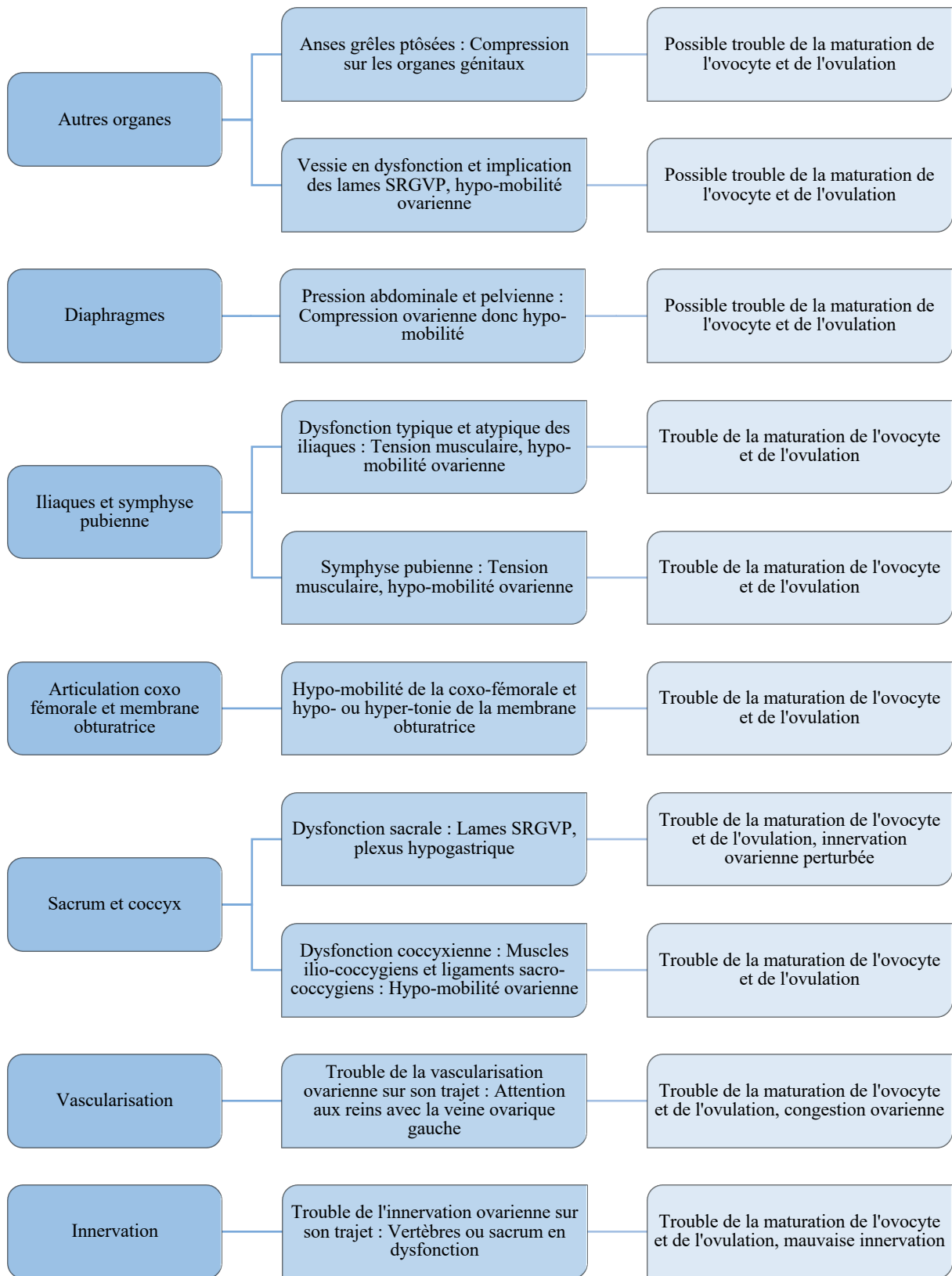


3.2 Ovaires

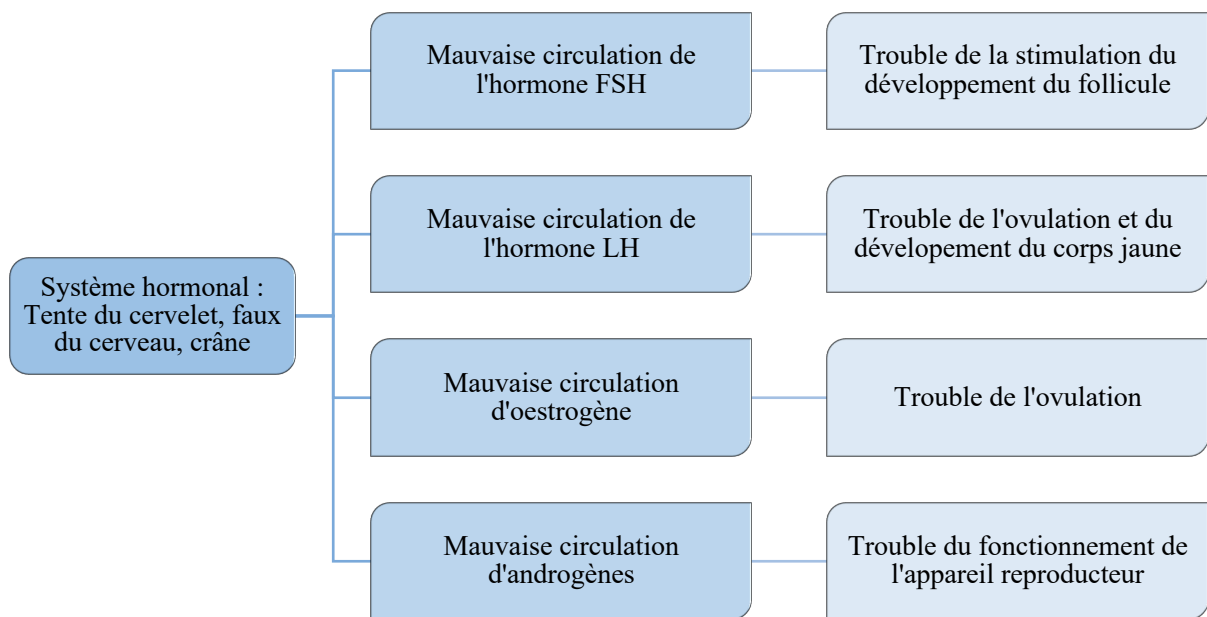
3.2.1 Ovaires : Causes locales



3.2.2 Ovaires : Causes régionales

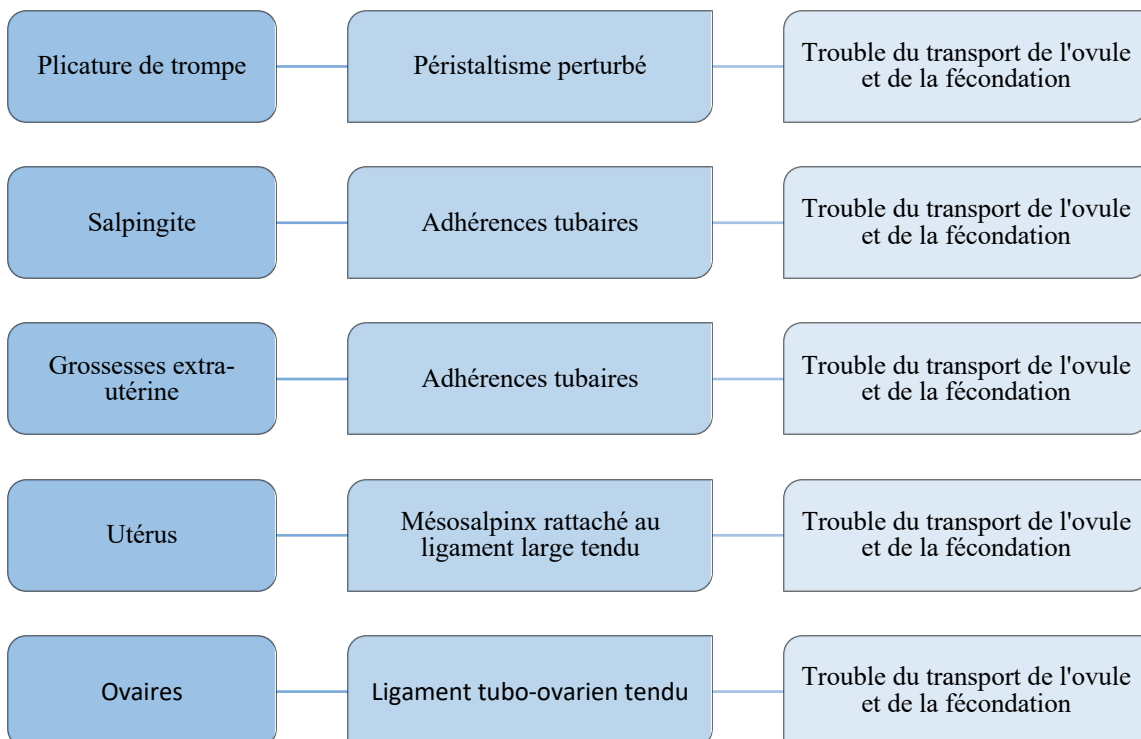


3.2.3 Ovaires : Causes générales

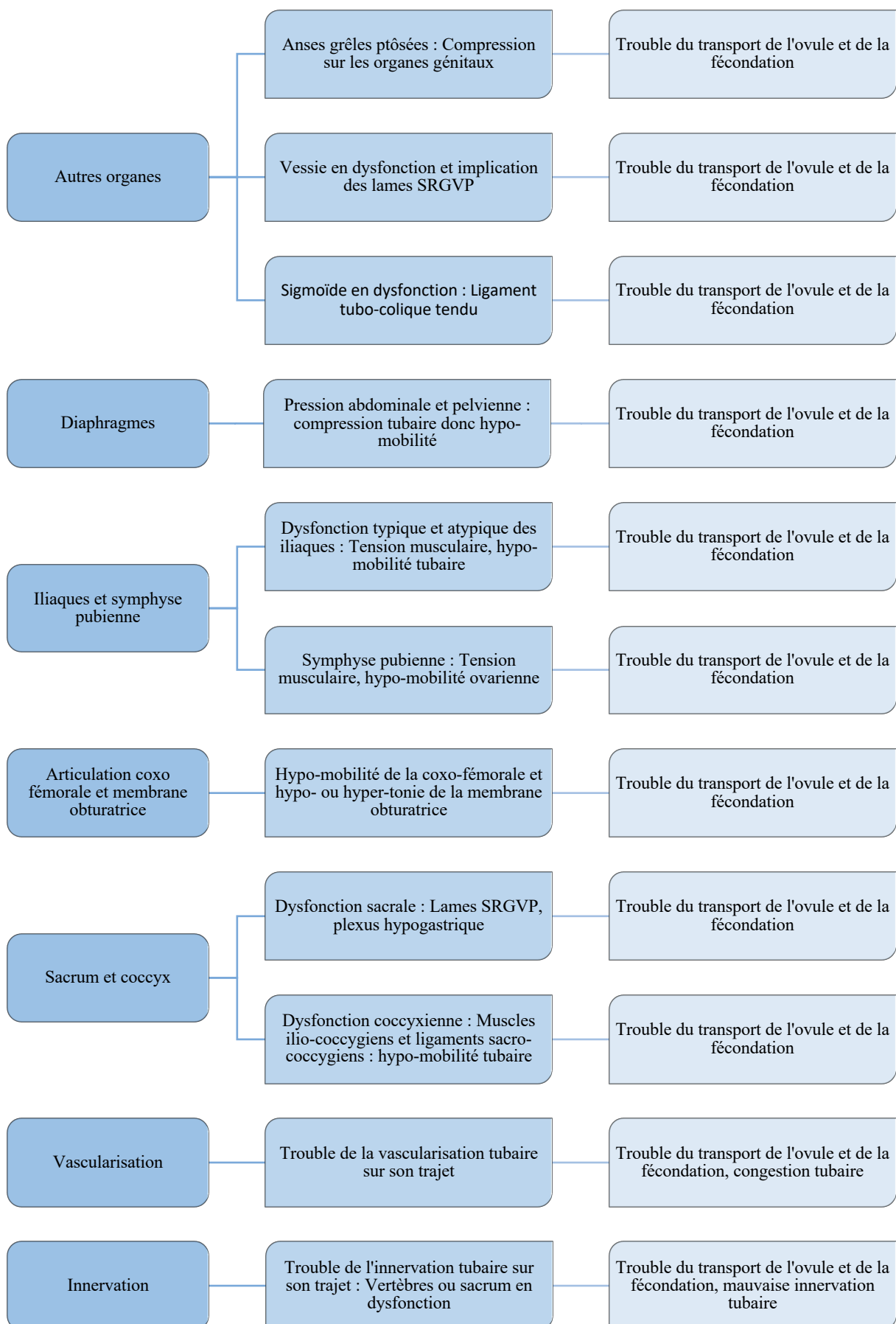


3.3 Trompes de Fallope

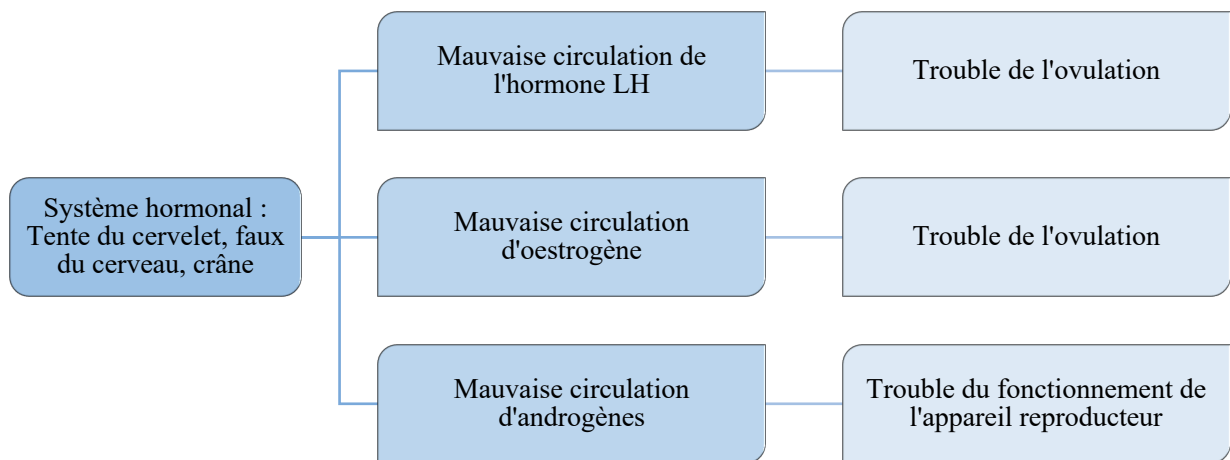
3.3.1 Trompes de Fallope : Causes locales



3.3.2 Trompes de Fallope : Causes régionales



3.3.3 Trompes de Fallope : Causes générales



4. Sondage

Pour créer ce sondage, nous avons utilisé *Eval&Go*, un logiciel permettant d'avoir des analyses et des schémas en fonction des réponses données. Nous avons pu diffuser ce sondage par différents moyens tels que des mails, des réseaux sociaux, des connaissances ou encore par certains cabinets de gynécologie ainsi que de médecins généralistes.

Le sondage porte sur les connaissances en ostéopathie et plus précisément sur les techniques ostéopathiques pour les troubles de la fertilité chez la femme.

Nous avons fait deux sondages qui restent identiques mais l'un destiné aux professionnels de la santé et l'autre pour le grand public. Nous avons décidé de faire deux sondages dans le but de voir s'il y avait une différence de réponses entre eux-ci. Est-ce que les professionnels de santé ont plus de connaissances sur le sujet par rapport au grand public ? Les questions posées étaient sous format de questionnaire à choix multiples ou simples et de questions ouvertes.

Les deux « populations » de ce sondage s'élève à 179 personnes entre 19 ans et 76 ans avec une majorité de femmes.

Ce sondage se trouve en annexe 2 (page 65) de notre mémoire et est divisé en trois parties :

- La première partie concerne les données générales des personnes ayant rempli le sondage. (Située à la page 42 et 48)
- La deuxième nous informe sur leurs connaissances à propos de l'infertilité féminine. (Située à la page 43 et 49)
- La troisième sur leurs connaissances de l'ostéopathie et des techniques pour ce type de troubles. (Située à la page 45 et 51)

4.1 Sondage pour le grand public

Le sondage dit pour le “grand public” nous permet surtout d’évaluer la connaissance, sur les techniques ostéopathiques concernant les troubles de la fertilité féminine, des personnes en dehors de la santé. Il permet également de savoir si elles ont les contacts nécessaires pour avoir des informations sur le sujet ou si elles ne se sentent pas concernées.

4.1.1 Analyse du sondage grand public

Première partie du sondage : Généralités :

La participation à ce sondage s’élève à 97 personnes allant de 19 ans à 63 ans comprenant 80 femmes et 17 hommes travaillant ou étudiant dans différents secteurs.

Voici les domaines dans lesquels les participants travaillent, étudient ou sont retraités sachant qu’une majorité d’entre eux sont des salariés, viennent ensuite les étudiants puis les indépendants classés dans la catégorie “Autre”.

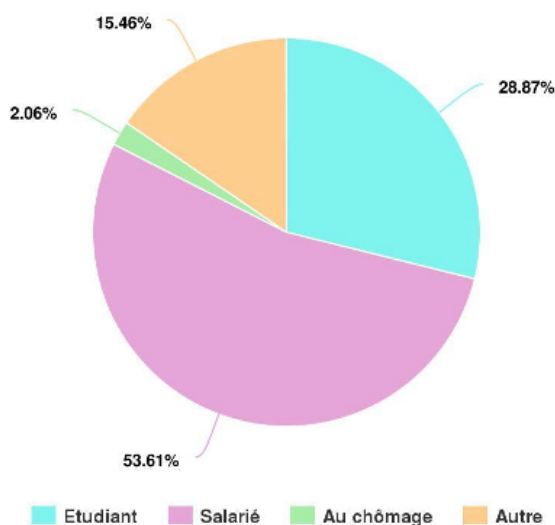


Figure 23 Graphique des fonctions dans la vie des participants (sondage grand public)

Ce tableau nous renseigne sur le type de profession des participants aux sondages :

Infirmière vétérinaire	Éducation nationale	Restauration
Esthétique	Éducation	Hôtellerie
Contrôle de gestion en entreprise pharmaceutique	Professeur d'EPS	Immobilier
Gestion et management	Auxiliaire de puériculture	Mobilier
Conseil en innovation	Enseignement	Architecture
Conseil en organisation	Périscolaire	Design
Commerce international	Professeur des écoles	Couture
Commerciale dans l'automobile	Assistante maternelle	Bijouterie-Joaillerie
Marketing	Histoire	Ingénierie
Marketing digital	Social	Industrie
Import-export	Journalisme	Automobiles
Commerce	Administratif	BTP
Finance et Comptabilité	Secrétariat	Ouvrier viticole
Formation bancaire	Informatique	Biochimie
Assurance	Imprimerie	
Employé de bureau	Transport public	

Deuxième partie du sondage : Les connaissances sur les troubles de la fertilité chez les femmes :

Elle débute par une demande de définition de l'infertilité féminine. La plupart des personnes répondent que l'infertilité féminine est l'impossibilité de procréer, la difficulté de procréer, le fait de devoir absolument passer par la procréation médicalement assistée (PMA) ou encore que ce soit lorsque la procréation n'est pas faite naturellement. Certaines personnes pensent que c'est une pathologie en soit ou que c'est un problème d'ovulation.

Le but n'était pas de chercher la bonne définition mais d'avoir celles des répondants. Nous pouvons donc voir qu'il y a des incertitudes ou des définitions se rapprochant mais n'étant pas forcément la véritable.

Les participants sont 67% à connaître des femmes ayant ou ayant eu des problèmes de fertilité. Ces mêmes participants connaissent mieux les techniques médicales concernant les troubles de la fertilité comme le montre le tableau ci-dessous. Parmi les personnes qui connaissent des femmes ayant ou ayant eu des troubles de la fertilité, 73,53% connaissent l'ostéopathie pour ce type de problème. L'intérêt de ce tableau est de noter la différence de pourcentage entre les personnes qui connaissent des femmes avec des troubles de la fertilité et ceux qui n'en connaissent pas. Les informations sont plus importantes sur ce sujet pour les personnes qui sont déjà concernées mais pour ceux qui ne le sont pas, les informations sont manquantes apparemment.

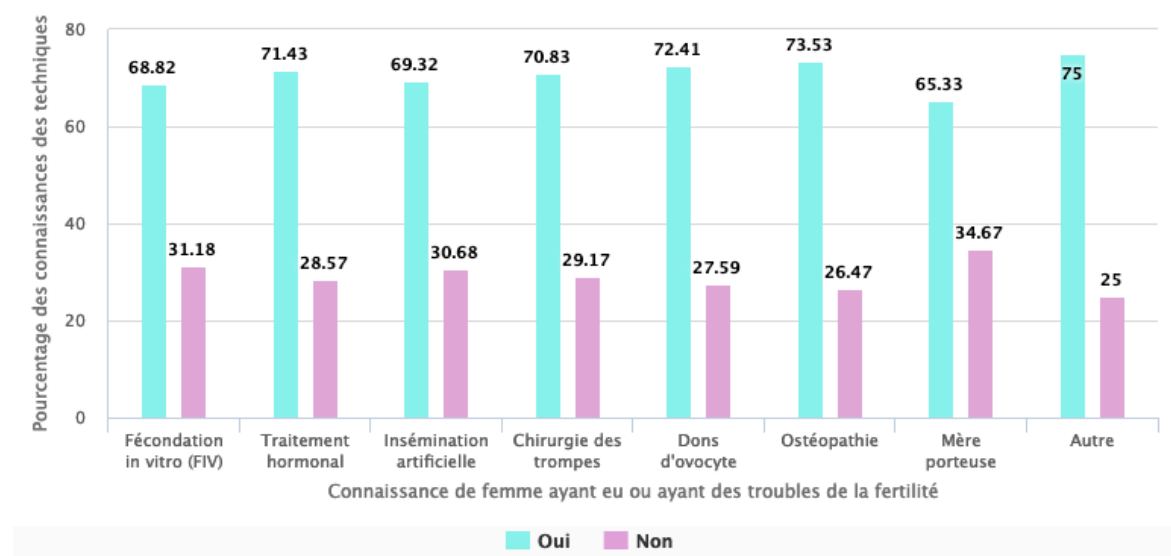


Figure 24 Graphique connaissances infertilité (sondage grand public)

Les techniques médicales connues pour des troubles de la fertilité sont (question 7 du sondage) : (figure 25)

- La fécondation in vitro dite FIV avec 95.88% reste la plus connue.
- L'insémination artificielle avec 90.72% vient directement ensuite.
- Puis le traitement hormonal avec 79.38%.
- La technique faisant appel à une mère porteuse avec 77.32%.
- Le don d'ovocytes avec 59.79%.
- L'ostéopathie en sixième position avec 35.05%.
- La chirurgie des trompes (salpingoplastie : due à une obstruction des trompes) est la moins connue avec 24.74%.

D'autres idées de traitements ou d'aides sont ressorties telles que l'acupuncture, la consultation chez un psychologue ou encore des médecines alternatives comme la médecine chinoise.

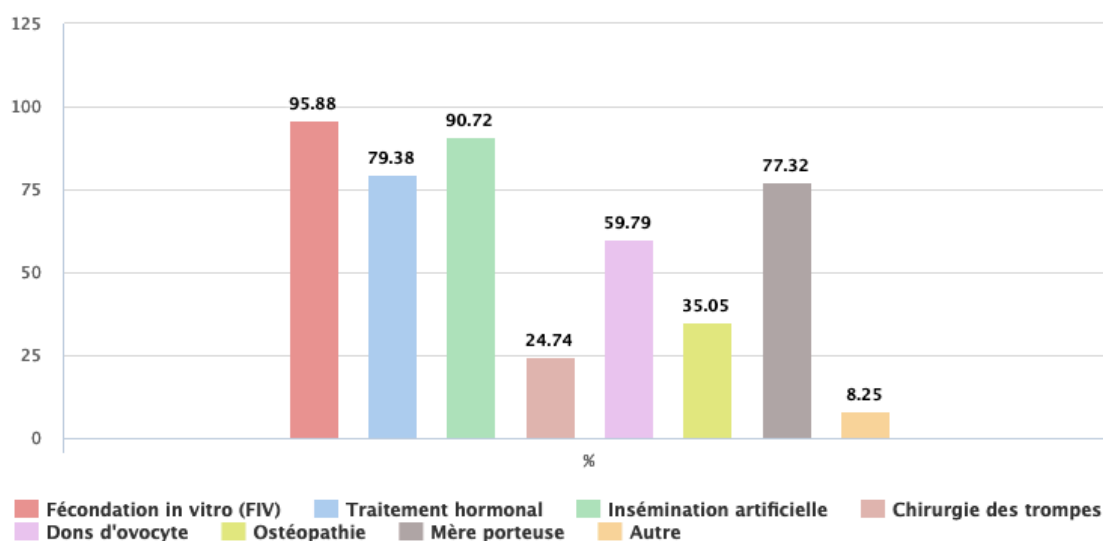


Figure 25 Graphique connaissances techniques médicales infertilité (sondage grand public)

La troisième partie : L'ostéopathie en général ainsi que ses techniques sur l'infertilité inexplicée : (question 8 et suivante du sondage)

Un total de 93 personnes affirme connaître l'ostéopathie. Pourtant les définitions données ne sont pas forcément les plus justes.

- La définition qui revient le plus fréquemment est celle que l'ostéopathie a pour principe de "remettre en place" : Ils parlent le plus souvent de remise en place des os.
- Certaines personnes sont allées un peu plus loin et parlent de manipulations au niveau osseux, musculaire, tissulaire et organique.
- En troisième position, nous retrouvons une définition qui se rapproche énormément de la vraie ; l'ostéopathie est une thérapie manuelle permettant de redonner de la mobilité au corps avec différentes manipulations sur différentes structures.

L'intérêt des réponses est de noter que les personnes ne savent pas réellement ce qu'est l'ostéopathie et pourtant ils disent le savoir. Plusieurs personnes ont pensé que c'était une médecine et que c'était le "craquement des os" qui faisait d'une séance d'ostéopathie, une bonne séance.

Sur les 97 participants, nous pouvons découvrir que 89 ont réellement fait une séance d'ostéopathie pour eux-mêmes pour des douleurs générales. Mais sur les 97 participants seulement 25 ont eu des informations concernant les techniques ostéopathiques sur de l'infertilité féminine.

Sur ces 25 personnes, 62.07% ont eu ces informations dans un cabinet d'ostéopathie tandis que 31.03% les ont reçues soit de la part d'une connaissance soit dans d'autres domaines tels que par leurs études ou recherches personnelles ainsi que par la naturopathie.

Nous pouvons voir dans le diagramme ci-dessous que les informations passent moins dans des cabinets ou centres de gynécologie et chez le médecin avec 6.9% des réponses.

Les informations passant par des connaissances ou par d'autres moyens sont à 31.03%.

L'information passe le plus souvent dans des cabinets d'ostéopathie avec 62.07%.

Nous constatons donc que les endroits où l'information devrait être la plus importante ne l'est pas.

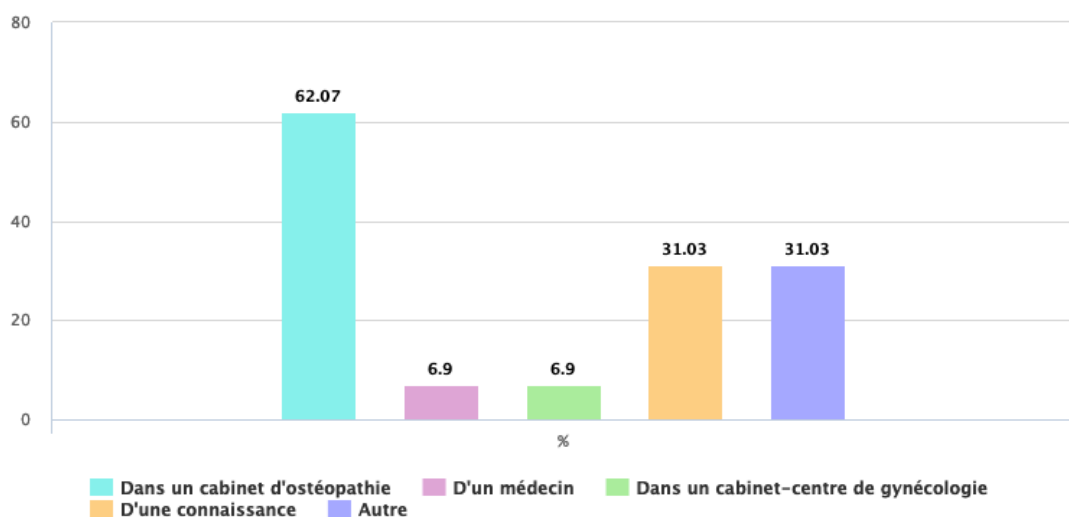


Figure 26 Graphique sur les lieux d'informations sur l'infertilité féminine et l'ostéopathie (sondage grand public)

L'analyse suivante répond à la question :

« Est-ce que les participants au sondage pensent qu'une séance d'ostéopathie est possiblement dangereuse ou absurde pour des troubles de l'infertilité ? ». (Question 13 du sondage)

- Comme le montre la figure 27, le nombre de personnes qui pense que ce n'est ni absurde ni dangereux est majoritaire.
- Un pourcentage de 6.19% pensent tout de même que cela peut l'être. Ces personnes précisent que c'est l'inconnue qui leur fait dire cela. Elles n'ont pas eu assez d'informations sur ce sujet et restent donc sur le fait qu'il faut aller voir un spécialiste.



Figure 27 Graphique sur la dangerosité ou absurdité de l'ostéopathie sur l'infertilité féminine (sondage grand public)

Les spécialistes sont bien sûr à consulter mais l'ostéopathie peut être un plus dans certaines circonstances. Ce qui est intéressant c'est que personne n'a vraiment considéré cela comme dangereux en soit mais que ce ne serait pour le moment pas une discipline qu'ils choisiraient ou conseilleraient car il y a peu de données à ce jour.

4.1.2 Discussion du sondage grand public

Ce que nous pouvons retenir de ce sondage est que *les participants sont intéressés par le sujet et sont en manque d'informations*. Le fait de consulter un ostéopathe pour des causes d'infertilité féminine n'est pas à exclure mais *le manque de partage par le personnel de santé est un réel problème*.

Ce sondage montre que dans la population "grand public", les personnes veulent en savoir plus mais qu'il y a un manque de communication et de partage.

Une dernière question était de : « savoir si les participants avaient quelque chose à ajouter sur le sujet ».

La plupart répondent que c'est *une belle alternative à des traitements parfois très lourds* pour les troubles de la fertilité.

La partie sur la communication a également été évoquée. Il n'y en a pas ou presque pas surtout dans les cliniques gynécologiques ainsi que chez les médecins et les spécialistes, ce qui serait intéressant selon les participants au sondage. Les réponses sont très similaires et évoquent toutes *le manque d'informations que différents cabinets dans la santé pourraient offrir* que ce soient par voie orale, par la voie des réseaux sociaux ou par la voie papier comme nous aimerions faire à la fin de ce mémoire par la distribution de prospectus.

4.2 Sondage médical et paramédical

Le sondage concernant le milieu de la santé s'adresse à toutes les personnes travaillant dans ce milieu et qui auraient donc plus facilement accès à des données sur ce sujet de par des collègues, des réunions ou des formations continues. Le cercle de recherche reste très global car le simple fait de demander à des spécialistes en fertilité ou à des gynécologues a été très compliqué.

4.2.1 Analyse du sondage médical et paramédical

Première partie : Généralités :

La participation s'élève à 82 personnes dont 16 hommes pour 66 femmes. Les personnes ayant répondu ont entre 20 ans et 76 ans. Ce sont majoritairement des salariés mais il y a quand même 30.49% d'étudiants. Nous pouvons retrouver des personnes au chômage ainsi que des indépendants et des retraités. Voici les domaines dans lesquels ils travaillent, étudient ou sont retraités.

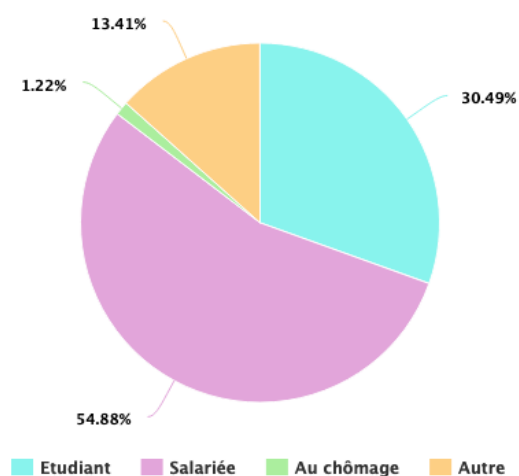


Figure 28 Graphique des fonctions dans la vie des participants (sondage médical et paramédical)

Ce tableau nous renseigne sur le type de profession des participants aux sondages :

Psychologie	Ostéopathie	Médecine dentaire
Sophrologie	Logopédie	Médecine générale
Sexologie	Puéricultrice	Psychiatrie
Physiothérapie	Orthophonie	Enseignement médical
Ergothérapie	Radiologie	Infirmier
Pharmacologie	Orthodontie	Médecine gynécologique

Deuxième partie : Les connaissances sur les troubles de la fertilité chez les femmes :

Les définitions sur l'infertilité données par les participants sont le plus souvent fixées sur le fait que l'infertilité féminine est une incapacité ou une difficulté à procréer et à mener une grossesse à terme.

Des personnes ont également indiqué que nous parlons d'infertilité après 12 à 24 mois d'essais au sein du couple.

Environ 15% disent plus facilement impossibilité qu'incapacité ou difficulté de tomber enceinte.

Les réponses sont assez proches de la bonne définition qui est qu'une infertilité féminine est l'inaptitude d'avoir un enfant. La seule personne en gynécologie a donné une définition qui est "l'infertilité est l'incapacité à tomber enceinte pour des raisons dues au corps/métabolisme/psychisme de la femme". Nous pouvons voir qu'elle parle également d'incapacité et non d'impossibilité. L'impossibilité est synonyme de stérilité.

Sur les 82 participants du sondage médical et paramédical, 70.73% connaissent une femme ayant ou ayant eu des troubles de la fertilité. Ces derniers (en bleu sur la figure 29) sont plus informés sur les techniques pour les troubles de la fertilité que ceux ne connaissant pas de femmes qui ont ou ont eu ce genre de troubles (en rose sur la figure 29).

Malgré le nombre élevé des participants, l'ostéopathie reste une des techniques les moins connues avec un taux pourtant à 63,33% parmi les personnes connaissant des femmes avec ce trouble.

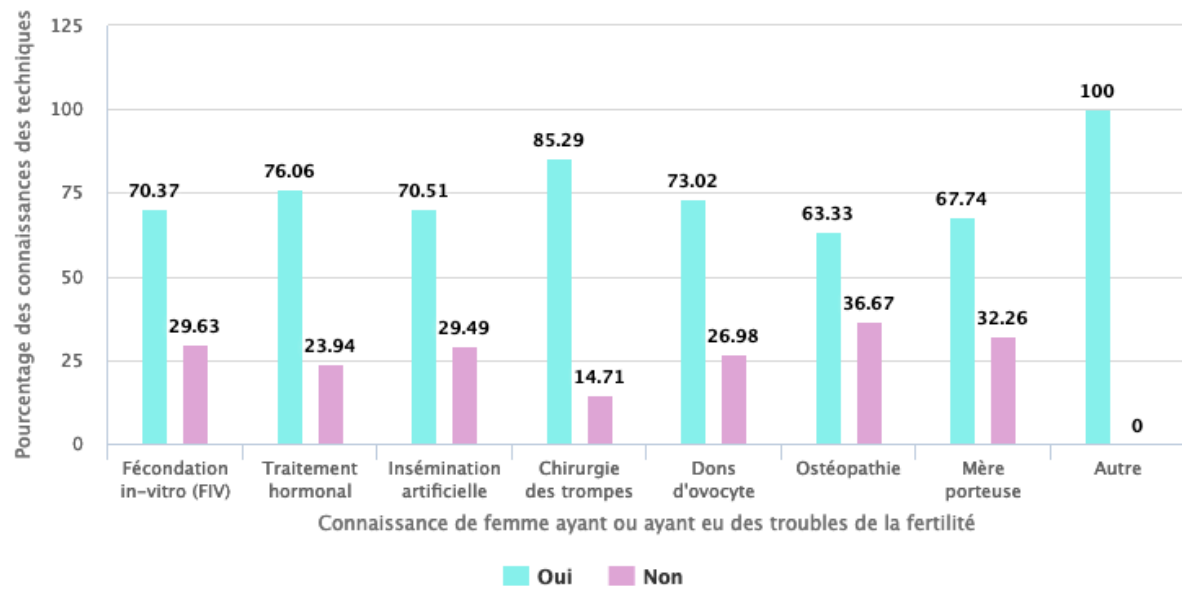


Figure 29 Graphique connaissances infertilité (sondage médical et paramédical)

Concernant les techniques utilisées pour les troubles de la fertilité : (figure 30)

- La fécondation in-vitro reste la première connue avec 98.78%.
- Ensuite l'insémination artificielle avec 95.12%.
- Le traitement hormonal vient juste après avec un pourcentage de 86.59%.
- Le don d'ovocytes avec 76.83%.
- La technique faisant appel à une mère porteuse avec 75.61%.
- Puis la chirurgie des trompes avec 41.46%.
- Et enfin l'ostéopathie avec un pourcentage de 36.59%.

Les participants qui ont proposé d'autres techniques parlent souvent d'accompagnement psychologique, d'acupuncture, d'homéopathie ainsi que d'autres médecines alternatives comme la réflexologie et la naturopathie.

Nous pouvons constater que même dans le milieu de la santé, les personnes ne sont pas au courant de l'efficacité ou de la possibilité d'aller chez un ostéopathe pour des troubles de la fertilité.

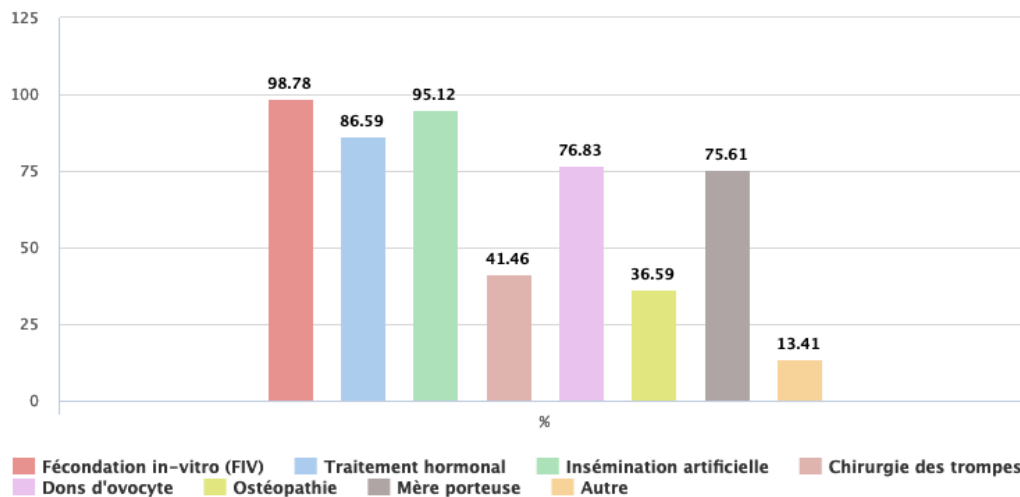


Figure 30 Graphique connaissances techniques médicales infertilité (sondage médical et paramédical)

La troisième partie : L'ostéopathie en général ainsi que ses techniques sur l'infertilité inexpliquée :

Sur les 82 participants :

- Un total de 74 personnes pense connaître l'ostéopathie. Les définitions sont le plus souvent fixées sur le fait que l'ostéopathie est une médecine manuelle qui va permettre de rééquilibrer le corps et de comprendre la cause des maux des patients.
- Plusieurs participants parlent également de redonner de la mobilité au corps au niveau musculo-squelettique ainsi que viscéral ce qui est une très bonne définition car le but de l'ostéopathie est effectivement de redonner de la mobilité.
- Très peu de personnes parlent de manipulations uniquement osseuses ou de massages mais ces définitions sont tout de même présentes.

Nous pouvons constater que les participants ont de très bonnes définitions de l'ostéopathie pour la majorité d'entre eux. Nous pouvons nous poser la question si le fait de travailler dans le domaine de la santé peut aider à avoir des informations complémentaires sur ce sujet.

Sur le total des participants, nous observons que 68 d'entre eux sont allés faire une séance d'ostéopathie pour eux-mêmes. Sur les 82 personnes, nous pouvons voir également que seulement 22 d'entre elles ont eu des informations concernant les techniques ostéopathiques pour les troubles de la fertilité. Sur ces 22, la majorité d'entre elles ont ce type d'informations directement chez un ostéopathe.

- Là où l'information est la plus transmise reste donc les cabinets d'ostéopathie avec 51.85%.
- Les connaissances, amis, conjoints, collègues, famille, restent une source très utilisée avec 29.63% des réponses.
- Le taux d'informations par des cabinets ou centre gynécologiques est de 14.81%.
- Et enfin les informations sont le moins perçues chez les médecins avec un taux de 7.41%.
- Les participants ayant répondu "autre" sont surtout des étudiants qui ont eu ce genre d'informations lors de leurs études.

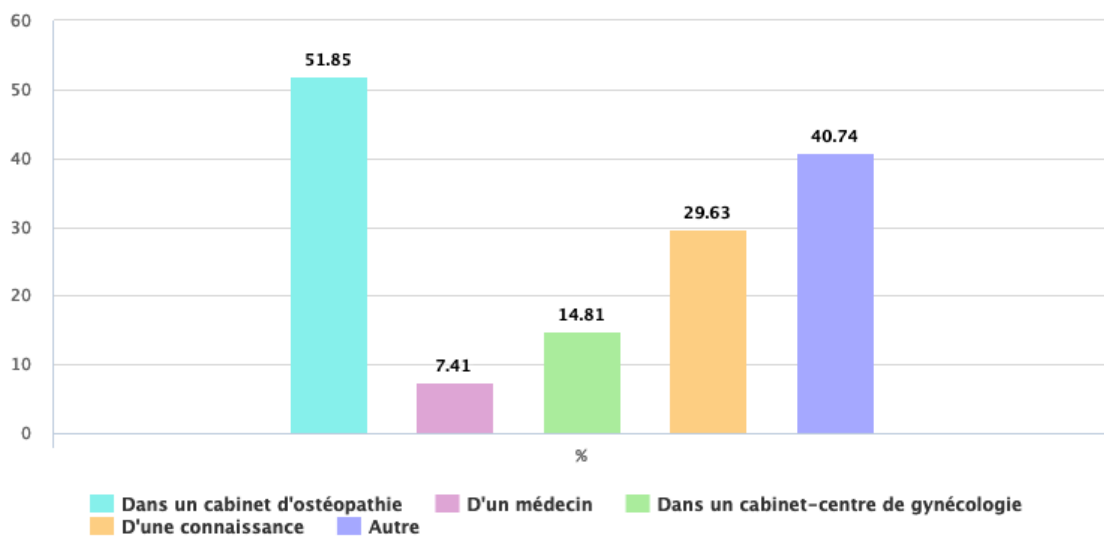


Figure 31 Graphique sur les lieux d'informations sur l'infertilité féminine et l'ostéopathie (sondage médical et paramédical)

La question suivante était de savoir si les participants pensent que l'ostéopathie serait une pratique dangereuse ou absurde concernant les troubles de la fertilité. Nous constatons que 3.66% d'entre eux ont dit qu'ils le pensaient. Ils précisent qu'ils n'ont pas assez d'informations pour dire avec certitude que ce n'est pas dangereux voire absurde ou qu'il n'y a pas encore assez de preuves sur le sujet. Une participante nous parle plus précisément de l'endométriose et le fait qu'elle n'est pas sûre que l'ostéopathie ait un impact dessus.

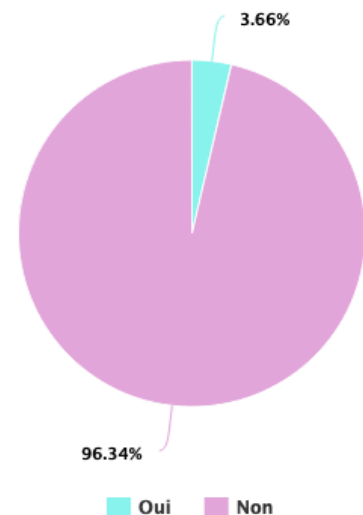


Figure 32 Graphique sur la dangerosité ou absurdité de l'ostéopathie sur l'infertilité féminine (sondage médical et paramédical)

4.2.2 Discussion du sondage médical et paramédical

L'intérêt dans ce sondage, plus spécifique au corps médical et paramédical, est le fait que les participants pensent que l'ostéopathie est une pratique intéressante et que la possibilité qu'il y ait un impact sur l'infertilité féminine n'est pas exclue mais qu'il faudrait la démontrer. Ils n'ont pas assez d'informations ou d'études pour dire avec certitude si cette pratique peut influencer sur les troubles de la fertilité chez la femme. Comme nous avons pu le voir, certains participants ont des doutes sur l'efficacité de l'ostéopathie sur ce type de trouble. Ce ne sont que des réflexions justes et bien posées car effectivement nous manquons d'informations sur le sujet comme peuvent le préciser ces personnes. D'autres ne pensent pas que l'ostéopathie puisse être dangereuse ou absurde et parlent surtout du fait que l'ostéopathie reste une pratique douce et qu'il serait souhaitable de l'envisager avant de passer aux lourds traitements hormonaux par exemple. Les participants ne parlent pas de dangerosité mais réellement de manque d'informations encore une fois.

Nous avons pu remarquer également qu'il y avait énormément de métiers différents mais qu'il manquait malheureusement des participants représentant le personnel soignant travaillant dans le secteur de la PMA (procréation médicalement assistée) ou des gynécologues.

4.3 Conclusion des sondages

Nous voulions savoir à travers ces sondages si les participants avaient les connaissances sur le sujet et par quel biais. Nous constatons que *le manque d'informations concernant l'ostéopathie et les troubles de la fertilité chez la femme est important.*

Nous observons rapidement que tous les participants *sont intéressés* mais tous disent qu'ils n'en savent pas assez ou qu'ils n'ont pas les informations facilement. *Le manque de documentation* dans les cabinets que ce soit chez l'ostéopathe lui-même ou chez un gynécologue voire des spécialistes sur le sujet est un manque crucial à l'information.

Nous pouvons noter que nous avons *des écarts d'âge mais que pourtant les participants restent tous sur les mêmes positions.* La différence de métier, que ce soit dans la santé ou non, montre les mêmes conclusions. Les personnes dans le milieu de la santé parlent plus d'informations concernant des études faites pour prouver que l'ostéopathie aurait un impact sur les troubles de la fertilité tandis que les participants ne travaillant pas dans ce milieu parlent plus d'informations générales. Ils n'ont pas la possibilité d'avoir ce type de documentation et pour la plupart n'avaient même pas pensé à cette possibilité.

L'ostéopathie est une thérapie manuelle qui se développe encore chaque année mais en ce qui concerne l'ostéopathie pour les troubles de la fertilité, nous n'en sommes qu'au début et *un gros travail d'informations reste à faire.* Le fait de vouloir créer des dépliants et prospectus informatifs à la fin de ce mémoire serait une des possibilités de diminuer le manque d'informations précisé tout au long des réponses des participants.

5. Prospectus et dépliants informatifs

5.1 Pour le personnel de santé

Les illustrations de ce prospectus informatif ont été créées par Anthony COLLOMBET, élève de 4^e année en ostéopathie et illustrateur dans sa vie privée. Nous avons réfléchi ensemble sur les différentes idées pour ce prospectus avant sa mise en forme. Nous voulions un document qui pourrait se lire facilement et où les informations de base seraient disposées.

Nous avons pensé à un prospectus de format A4 recto-verso pour que les informations soient suffisamment concises et complètes. Nous avons réalisé des bulles ou des cercles pour représenter le ventre rond d'une femme enceinte, les ovules et le symbolisme d'éternité, de perfection. Nous avons choisi la couleur rose et ses nuances pour son association à la tendresse, le bonheur ainsi que la féminité.

Sur le recto du dépliant, nous voulions représenter le thème de la fertilité et de l'ostéopathie c'est pourquoi nous y retrouvons des mains pour l'ostéopathie par exemple. Les fleurs représentent la naissance du fruit et ici-même le fruit est l'enfant que porte la future mère. Nous avons également pensé à mettre un bébé et des petits pas ainsi que des spermatozoïdes allant vers un ovule pour représenter la fertilité. Le cadran dessiné autour de l'utérus fait référence au cycle d'ovulation de la femme.

Sur le verso du dépliant nous avons séparé en quatre grandes parties les informations : les organes génitaux féminins, le bassin, la colonne vertébrale et les hormones. Chaque bulle est représentée par une illustration et un texte l'accompagnant pour décrire succinctement ce que l'ostéopathie peut apporter sur ces systèmes lors de troubles de la fertilité. La page se termine avec mes coordonnées téléphoniques pour de plus amples informations si besoin.

Ainsi le personnel de santé pourra découvrir, renseigner et partager les informations sur les techniques ostéopathiques pour les troubles de la fertilité féminine. Ce document sera accompagné du dépliant informatif pour le grand public afin que le personnel de santé puisse transmettre plus facilement les informations aux patients intéressés.

Infertilité Féminine & Ostéopathie



L'infertilité est un état caractérisé par l'incapacité à avoir un enfant après au moins 1 an de rapports sexuels réguliers et non protégés. On parle le plus souvent d'hypofertilité. Dans ce flyer, les dysfonctions influençant sur l'infertilité féminine et pouvant être traitées en ostéopathie sont abordées. L'ostéopathie repose sur le contact manuel. Elle met l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer les fonctions organiques ainsi que l'homéostasie. Le traitement se fait sur les structures squelettiques, articulaires ainsi que myofasciales. L'ostéopathe va pouvoir également travailler sur les organes, les viscères et leurs attaches ainsi que sur les éléments vasculaires, lymphatiques et nerveux.

Illustrations © Margerie Blanco & Anthony Collombet
Tous droits réservés. Reproduction interdite.
Ce document est dans le cadre des études en ostéopathie.

Organes génitaux féminins

La mobilité des organes génitaux féminins peut être en cause dans les troubles de la fertilité. Une hypo-mobilité de ceux-ci peut engendrer des troubles de la maturation de l'ovocyte, de l'ovulation ainsi que de l'implantation et de la fécondation. De même, les cicatrices post-chirurgicales peuvent créer des adhérences provoquant une éventuelle hypo-mobilité de ces organes. L'ostéopathe agit sur ces causes locales par différentes techniques douces et externes.



Bassin et autres organes

Une infertilité inexpiquée peut provenir de dysfonctions ostéopathiques au niveau du bassin et des organes avoisinant les organes génitaux. Ces dysfonctions peuvent se traduire en hypo-mobilité des organes génitaux par le biais des ligaments ainsi que des muscles. De même, des dysfonctions des diaphragmes thoracique et pelvien peuvent influencer sur la fertilité de la femme par une pression abdominale élevée sur les organes génitaux.

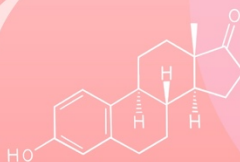


Colonne vertébrale

Des dysfonctions ostéopathiques au niveau de la colonne vertébrale peuvent avoir un impact sur l'innervation des organes génitaux et donc sur leurs fonctions. Elles peuvent également agir au niveau des attaches des ovaires par les ligaments lombo-ovariens ce qui engendrerait une hypo-mobilité des ovaires. Celle-ci se traduirait par un trouble éventuel de la maturation de l'ovocyte et de l'ovulation.

Hormones

Les hormones impliquées dans la fertilité proviennent de l'hypothalamus et de l'hypophyse situé dans le crâne. Des dysfonctions ostéopathiques du crâne ainsi que des structures intracrâniennes peuvent être corrigées dans le but d'avoir une circulation optimale des hormones. Un système hormonal perturbé peut créer des troubles de l'ovulation, de la fécondation, de l'implantation ainsi que de la nidation.



Illustrations © Margerie Bianco & Anthony Collobet
Tous droits réservés. Reproduction interdite.
Ce document est dans le cadre des études en ostéopathie.

Contact   
M.B. Ostéopathe D.O
04 78 20 12 68

N'hésitez pas à appeler pour de plus amples informations.

5.2 Pour le grand public

Les illustrations de ce dépliant ont été créées par Kim FRÉCON, designer, consultante en innovation et illustratrice indépendante. Nous avons communiqué et réfléchi ensemble sur les différents dessins possibles pour que ce document soit accessible au grand public.

Nous avons pensé à un dépliant à 3 volets pour qu'il soit plus facile à transporter. La première partie représente le dos du dépliant et la seconde l'intérieur de celui-ci. Nous pouvons voir que sur le dos du dépliant nous avons mis exclusivement des illustrations. Le but étant de montrer facilement le sujet du dépliant. C'est pourquoi l'illustration de gauche représente une femme se tenant le ventre avec pour son ombre, elle-même enceinte. Elle montre le désir de tomber enceinte. La page de contact est présente pour toutes demandes supplémentaires des personnes lisant ce prospectus. Elles auront toutes les coordonnées pour me contacter. La page de titre représente deux femmes, une dans une couleur plus claire qui est enceinte, l'autre femme dans une couleur plus sombre qui ne l'est pas. Nous ne voulions pas des couleurs trop tristes pour représenter la femme ne portant pas d'enfant c'est pourquoi nous avons opté pour un violet un peu foncé.

L'intérieur du prospectus concerne tout ce qui est informatif sur l'ostéopathie et l'infertilité féminine. Nous avons gardé le symbolisme des bulles ou cercles ainsi que la couleur comme pour le prospectus médical et paramédical. Le texte est bien sûr simplifié pour que toutes personnes puissent le lire facilement et puissent le comprendre. Dans ce dépliant, nous pouvons voir qu'il y a une partie de définition sur la droite pour que les personnes lisant ceci comprennent bien le sujet.

Ainsi le grand public sera informé plus facilement sur les techniques ostéopathiques concernant les troubles de la fertilité féminine. Ce dépliant sera destiné aux personnes voulant se renseigner davantage sur le sujet. Il devait se situer dans les salles d'attente de plusieurs cabinets mais à cause du COVID-19 le personnel de santé devra se charger de les transmettre.



L'infertilité féminine et l'ostéopathie



Contact



M.B Ostéopathe D.O.

04 78 20 12 68

N'hésitez pas à appeler pour de plus
amples informations.



Ecrit par Margerie Bianco
Illustrations par Kim Frécon
Tous droits réservés. Reproduction interdite.
Ce document est construit dans le cadre des études en

Quelques définitions

- **Fertilité** : Aptitude à procréer et à porter un enfant chez la femme.
- **Infertilité** : Inaptitude à avoir un enfant après au moins 1 an de rapports sexuels réguliers et non protégés. Nous parlons souvent d'hypofertilité.
- **Stérilité** : Impossibilité pour un individu ou un couple à concevoir un enfant de manière naturelle.
- **Ostéopathie** : Médecine manuelle visant à comprendre les symptômes du patient en fonction des différentes structures du corps humain et à travailler sur les fonctions de celles-ci.
- **Dysfonction** : Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du corps humain. Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse.

L'ostéopathe ne pourra pas traiter une infertilité due à une maladie mais il soulagera les patientes des symptômes qui en découlent.

Dysfonctions influençant la fertilité féminine et pouvant être traitées en ostéopathie



Organes génitaux féminins

L'utérus, les ovaires et les trompes de Fallope peuvent être en dysfonctions ostéopathiques ce qui se traduit par des éventuels troubles de la maturation de l'ovocyte, de l'implantation et de la fécondation.

Les cicatrices de chirurgies antérieures peuvent également créer des adhérences impactant la mobilité des organes.

L'ostéopathe agit sur ces cause locales par différentes techniques douces et externes.



Bassin et autres organes

Le bassin et les organes voisins des organes génitaux sont des causes possibles d'une infertilité inexpliquée.

Par l'intermédiaire d'attaches, comme des ligaments et des muscles, ils peuvent avoir un impact sur les organes génitaux. Ce sont des structures qui engendrent des troubles de la mobilité de l'utérus, des ovaires et des trompes de Fallope. De même, une pression abdominale entre le thorax et le petit bassin peut venir troubler la fonction des organes génitaux.



Colonne vertébrale

L'innervation des organes génitaux passe le long de la colonne vertébrale et elle est indispensable à leur bon fonctionnement.

Une dysfonction ostéopathique de la colonne vertébrale peut avoir un impact sur cette innervation avec une éventuelle répercussion sur les organes impliquant de ce fait des troubles de la fertilité. La colonne vertébrale est également étroitement liée aux ovaires par une attache ce qui peut perturber la mobilité de ceux-ci ainsi que l'ovulation.



Hormones

Les hormones sont des substances qui permettent aux différents organes d'assurer leurs fonctions.

Ces hormones sont secrétées par des glandes, situées à divers endroits du corps (crâne, cou, abdomen,...). Des dysfonctions ostéopathiques au niveau de ces zones, peuvent impacter la fertilité féminine.

Un trouble hormonal peut entraîner des difficultés d'ovulation, fécondation et d'implantation.

6. Discussion

Dans ce mémoire, nous voulions vérifier les connaissances des personnes concernant les techniques ostéopathiques utilisées pour le traitement des troubles de la fertilité féminine. Nous avons eu énormément de réponses dans nos sondages qui ont montré qu'effectivement il y a un réel manque de communication sur le sujet.

La majorité des participants ne savaient pas que les ostéopathes pouvaient avoir une influence sur la fertilité d'une femme et ils étaient demandeurs d'informations complémentaires.

Ce mémoire permet également de voir les possibilités ostéopathiques concernant les troubles de fertilité chez la femme. Nous avons pu rédiger un bilan des répercussions des dysfonctions ostéopathiques pouvant influencer sur la fertilité pour pouvoir sélectionner les éléments les plus percutants dans les prospectus qui sont le but final de ce mémoire.

Avec nos illustrateurs, nous avons consacré énormément de temps à la conception de ces documents.

Ils m'ont proposé des idées de dessins suite à mes recommandations. Les textes ont été créés par la suite sur la base du bilan des répercussions des dysfonctions ostéopathiques pouvant influencer sur la fertilité fait dans ce mémoire.

La construction de ces dépliants a été réalisée pour que le personnel de santé et le grand public puissent avoir des informations concises et précises.

Par la suite, ces dépliants seront distribués dans les cabinets de gynécologues, de médecins généralistes ou encore dans des centres spécialisés dans les PMA. Nous voulions que les prospectus pour le grand public soient disponibles dans les salles d'attente. Malheureusement, à cause du COVID-19, les salles d'attentes des cabinets ne peuvent plus contenir des prospectus en libre-service. Nous allons donc demander la participation des gynécologues et médecins pour qu'ils puissent transmettre ces dépliants aux patients intéressées. Le partage par les réseaux sociaux et les sites internet est également à envisager. Le but étant de diffuser l'information au maximum.

L'intérêt ostéopathique de ce mémoire est la transmission de l'information sur un sujet encore trop peu connu. Les techniques ostéopathiques sur l'infertilité féminine ne sont pas assez communiquées comme peuvent le montrer les sondages faits dans ce mémoire. Nous espérons y remédier par l'intermédiaire de ces prospectus.

La première problématique de ce mémoire est le manque de participants en gynécologie dans ce sondage car nous n'avons eu qu'une médecin gynécologue. Elle nous a apporté certaines remarques intéressantes mais qui ne pouvaient pas être appliquées à tous les gynécologues malheureusement. Il aurait été intéressant d'avoir plus de spécialistes dans ce domaine.

Une autre difficulté rencontrée est le manque de témoignages. Nous avons demandé à plusieurs ostéopathes de transmettre un questionnaire à leurs patientes ayant eu des troubles de la fertilité. Nous n'avons eu qu'un seul retour. Cette unique réponse n'étant pas suffisante pour appuyer notre sujet, nous n'avons pas pu l'introduire dans notre mémoire.

Les ouvertures de ce mémoire peuvent être :

- La réalisation d'une étude en proposant des consultations d'ostéopathie sur un grand nombre de patientes ayant des troubles de la fertilité. Il serait intéressant de vérifier que les techniques proposées fonctionnent avec une étude à grande échelle approfondie pour en discuter ou faire des conférences pour les professionnels de santé par exemple.
- La création d'un site internet regroupant les informations nécessaires et percutantes sur le sujet pourrait s'avérer utile.

En ce qui me concerne, j'ai trouvé que ce mémoire confirmait mes inquiétudes sur le partage d'informations concernant les techniques ostéopathiques sur les troubles de la fertilité chez la femme. Ce mémoire a également renforcé mon envie de vouloir travailler dans ce secteur de l'ostéopathie et de faire des études sur celui-ci. J'aimerais pouvoir aider ces femmes qui ont des troubles de la fertilité dans lesquels l'ostéopathe peut intervenir.

7. Conclusion

L'intérêt de ce mémoire était de faire un état des lieux sur les connaissances concernant les techniques ostéopathiques utilisées pour les troubles de la fertilité féminine. Nous avons pu avoir des résultats par le biais de sondages.

Ces résultats montrent que la population du grand public ainsi que celle « du monde de la santé » n'avaient pas les informations nécessaires concernant ce sujet. Cette thématique est intéressante selon eux mais malheureusement elle n'est pas assez abordée et il est apparemment difficile de se procurer les informations importantes.

Après ce constat, l'objectif principal était donc d'informer. Nous avons souhaité diffuser l'information par des prospectus :

- Un dépliant informatif pour le grand public
- Un prospectus pour le personnel de la santé avec des informations un peu plus détaillées

Pour les créer, nous avons dû recueillir toutes les informations sur les techniques ostéopathiques pouvant influencer sur la fertilité féminine.

À partir de ces informations, nous avons rédigé un bilan des répercussions des dysfonctions ostéopathiques pouvant influencer sur la fertilité dans le but de les expliquer de façon concise et précise sur les prospectus.

La collaboration de deux illustrateurs, Anthony COLLOMBET et Kim FRÉCON, nous a été précieuse dans la mise en forme des prospectus pour que les personnes intéressées puissent prendre plaisir à les lire.

La suite de ce mémoire serait de prouver, par une étude, que les techniques ostéopathiques sur des patientes ayant des troubles de la fertilité fonctionnent. Il faudrait que l'information puisse également se transmettre par ces études, des articles ou encore des sites internet.

Annexes

- Annexe 1 : Les malformations utérines
- Annexe 2 : Sondage sur les connaissances des techniques ostéopathiques concernant l'infertilité inexplicée chez la femme

Annexe 1 : Les malformations utérines

- L'aplasie mülierienne : Cette malformation correspond au manque total de l'utérus, des trompes de Fallope et d'une partie du vagin. La nidation est donc impossible mais la femme porte ces ovocytes donc elle peut faire recours à une mère porteuse par exemple.
- L'utérus unicorne : Il représente 20% des malformations utérines. Il peut être comparé à la forme d'une banane et ne contient qu'une seule trompe de Fallope. La croissance de l'enfant est compliquée mais faisable avec de lourd suivi et des accouchements très compliqués si le fœtus arrive au terme.
- L'utérus didelphe : Il est également appelé utérus double et il représente 5% des malformations utérines. Le vagin est soit double (comme sur la photo ci-dessous) soit simple. L'accouchement prématuré est fréquent mais une grossesse peut se faire uniquement si la cavité utérine est assez large.
- L'utérus bicorné : Ce diagnostic se produit dans 10% des cas de malformations utérines. L'utérus présente donc deux cavités utérines mais les cornes ne sont pas totalement développées. L'espace utérin réduit (en rose sur l'image), le fœtus a énormément de difficulté à se développer.
- L'utérus cloisonné : C'est la malformation la plus courante, elle représente 55% des malformations utérines. La cavité utérine est divisée par une cloison. La différence avec l'utérus bicorné est le fait que l'utérus garde une forme de poire à l'envers qui est sa forme normale. C'est une cause souvent retrouvée dans les troubles de la fertilité.
- L'utérus arcuatus : C'est la malformation se rapprochant le plus de l'utérus normal. La cloison centrale est plus large ce qui peut créer des troubles de la grossesse dans la majorité des cas mais pas forcément d'infertilité.

Annexe 2 : Sondage sur les connaissances des techniques ostéopathiques concernant l'infertilité inexplicquée chez la femme, créé sur le site EVAL&GO

1. Quelles est votre date de naissance ?
2. Quel est votre sexe ?
 - Femme
 - Homme
3. Êtes-vous ?
 - Étudiant
 - Salarié
 - Au chômage
 - Autre
4. Dans quel domaine travaillez-vous ?
5. Pour vous, qu'est-ce que l'infertilité féminine, en quelques mots ?
6. Connaissez-vous des femmes ayant ou ayant eu ce problème (pour vous si vous êtes une femme ou une autre personne) ?
 - Oui
 - Non
7. Quelles techniques connaissez-vous concernant les troubles de la fertilité chez la femme ?
 - Fécondation in vitro (FIV)
 - Traitement hormonal
 - Insémination artificielle
 - Chirurgie des trompes
 - Dons d'ovocyte
 - Ostéopathie
 - Mère porteuse
 - Autre
8. Connaissez-vous l'ostéopathie ?
 - Oui
 - Non
9. Si oui, pouvez-vous expliquer en quelques mots ce qu'est l'ostéopathie pour vous ?

10. Avez-vous déjà fait une séance d'ostéopathie pour vous-même ? (en général)
- Oui
 - Non
11. Avez-vous eu des informations concernant les techniques ostéopathiques pour les femmes ayant des troubles de la fertilité ?
- Oui
 - Non
12. Si oui, dans quel contexte ?
- Dans un cabinet d'ostéopathie
 - D'un médecin
 - Dans un cabinet-centre de gynécologie
 - D'une connaissance
 - Autre
13. Est-ce que l'idée d'aller chez un ostéopathe pour des troubles de la fertilité vous paraît absurde ou dangereux ?
- Oui
 - Non
14. Si oui, pour quelles raisons ?
15. Si non, pour quelles raisons ?
16. Pensez-vous que des prospectus / affichages seraient intéressants à partager sur les techniques ostéopathiques de l'infertilité féminine ?
- Oui
 - Non
17. Auriez-vous des choses à ajouter ?

Table des illustrations et graphiques

Figure 1 Les deux phases du cycle menstruel	10
Figure 2 Appareil reproducteur féminin	11
Figure 3 Ligament large	11
Figure 4 Ligaments utérins et ovariens	12
Figure 5 Branches de l'artère iliaque interne chez la femme	12
Figure 6 Branches de l'artère utérine	13
Figure 7 Constitution des plexus hypogastriques chez la femme	14
Figure 8 Artères et nerfs de l'ovaire et de la trompe	15
Figure 9 Bassin et sacrum osseux	16
Figure 10 Ligaments du bassin	17
Figure 11 Muscles de la ceinture pelvienne	18
Figure 12 Muscles profonds de la ceinture pelvienne	19
Figure 13 Anatomie fonctionnelle des diaphragmes thoracique et pelvien	20
Figure 14 Situation de l'hypothalamus et de l'hypophyse	21
Figure 15 L'hypophyse	23
Figure 16 Résumé sécrétions hypophysaires	23
Figure 17 Membranes de tensions réciproques	27
Figure 18 Les sinus veineux	27
Figure 19 Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)	29
Figure 20 Endométriose	31
Figure 21 Malformations utérines	32
Figure 22 Exemple de fibrome utérin	32
Figure 23 Graphique des fonctions dans la vie des participants (sondage grand public)	42
Figure 24 Graphique connaissances infertilité (sondage grand public)	44
Figure 25 Graphique connaissances techniques médicales infertilité (sondage grand public)	45
Figure 26 Graphique sur les lieux d'informations sur l'infertilité féminine et l'ostéopathie (sondage grand public)	46
Figure 27 Graphique sur la dangerosité ou absurdité de l'ostéopathie sur l'infertilité féminine (sondage grand public)	47
Figure 28 Graphique des fonctions dans la vie des participants (sondage médical et paramédical)	48
Figure 29 Graphique connaissances infertilité (sondage médical et paramédical)	50
Figure 30 Graphique connaissances techniques médicales infertilité (sondage médical et paramédical)	51
Figure 31 Graphique sur les lieux d'informations sur l'infertilité féminine et l'ostéopathie (sondage médical et paramédical)	52
Figure 32 Graphique sur la dangerosité ou absurdité de l'ostéopathie sur l'infertilité féminine (sondage médical et paramédical)	53

Bibliographie

Article :

- Ageron-Marque C, *Endométriose et ostéopathie*, le 25 février 2019
- Dellus S, *Fertilité : Avez-vous pensé à l'ostéopathie*, Santé magazine, 2 mai 2011
- V. Pinkerton J, *Syndrome des ovaires polykystiques*, Le manuel MSD, juillet 2019
- W. Rebar R, *Dysfonctionnement de l'ovulation*, Le manuel MSD, février 2019
- Achtari C, Bays V, Rossier MC, Vial M, *Les malformations utérines : diagnostic, pronostic et prise en charge en 2008*, Rev médical suisse, 2008

Livre :

- Doumenc, *Stimuler sa fertilité, c'est parti !*, Éditions numérique Jouvence, 2019, Genève-Suisse
- Kamina Pierre, *ATLAS d'anatomie*, Éditions Maloine, 2012, France
- Rybus, *Si j'avais su ! L'ostéopathie au service des femmes*, Edition Luduc.s, 2020, Paris-France
- Hoehn K., Marieb E., *Anatomie et physiologie humaine*, Edition du Renouveau Pédagogique Inc, adaptation de la 8^e édition américaine, 2010, Paris-France

Mémoire-thèse :

- GUERRY B., *Femmes infertiles : l'aide apportée par l'ostéopathie et les différents axes de traitement*, Lyon (FRANCE) : Institut Supérieur d'Ostéopathie ; 2018
- LETIERCE M., *L'infertilité : les questions qui s'oublent*, Lille (FRANCE) : Université catholique de Lille : Faculté de médecine et maïeutique ; 2017
- REGNIER A., *La prise en charge de l'infertilité féminine en ostéopathie*, Paris (FRANCE) : Institut Dauphine d'Ostéopathie ; 2015
- RICHY J., *L'ostéopathie, un outil à la prise en charge de l'infertilité*, Lyon (FRANCE) : Institut Supérieur d'Ostéopathie ; 2014
- VAUTHIER M., *Approche crânienne de l'infertilité d'origine centrale*, Lyon (FRANCE) : Institut Supérieur d'Ostéopathie ; 2008

Sites internet :

- <https://www.evalandgo.com/fr/> site internet utilisé pour les sondages de ce mémoire
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fertilite%C3%A9/33400>, date de dernière mise à jour : 13 octobre 2020 (consulté le 13 octobre 2020)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/infertilite%C3%A9/42919?q=infertilite%C3%A9#42825>, date de dernière mise à jour : 13 octobre 2020 (consulté le 13 octobre 2020)
- <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>, date de dernière mise à jour : 13 octobre 2020 (consulté le 13 octobre 2020)
- <https://www.fiv.fr/osteopathie-fiv/>, date de dernière mise à jour : 17 octobre 2020 (consulté le 17 octobre 2020)
- <https://www.sante-sur-le-net.com/sante-femme/gynecologie/insuffisance-ovarienne-traitement/>, date de dernière mise à jour : 10 novembre 2020 (consulté le 10 novembre 2020)
- <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/que-est-ce-que-l-endometriose/>, date de dernière mise à jour : 12 novembre 2020 (consulté le 12 novembre 2020)
- <https://ivi-fertilite.fr/questions-les-plus-frequentes/quest-ce-que-est-linfertilite/?#quelle-difference-y-a-t-il-entre-sterilite-et-infertilite>, date de dernière mise à jour : 27 novembre 2020 (consulté le 27 novembre 2020)
- <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2575887-trouble-ovulation-definition-causes-symptome-solution-traitement/>, date de dernière mise à jour : 7 janvier 2021 (consulté le 19 janvier 2021)
- <https://babygest.com/fr/malformations-uterines/#classification-des-malformations-uterines>, date de dernière mise à jour : 25 janvier 2021 (consultée le 25 janvier 2021)

Vidéos :

- Association : Les cigognes de l'espoir. "*Ostéopathie et Infertilité*" par Tiphanie Cazeaux, ostéopathe. Faite le 25 mai 2020
<https://www.youtube.com/watch?v=Ih1nJH15iLs>
- EndoFrance. *Endo-quoi !?* Par Jobasam. Faite le 17 juin 2020
https://www.youtube.com/watch?v=NxvRB0UnZ0E&feature=emb_logo
- EndoFrance. *EndoFrance et Dr. Toons présente l'endométriase*. Faite le 31 mai 2020.
https://www.youtube.com/watch?v=ZRKIcFYoUsk&feature=emb_logo

Conférences :

- LIVAGE H, (11 au 15 janvier 2021). *Sommet de la fertilité*, France-visio,
<https://hannahlivage1.podia.com/courses/pack-sommet-de-la-fertilite>

Résumés - Abstract

Ce mémoire évalue à travers des sondages les connaissances du personnel de santé et du grand public sur les techniques ostéopathiques utilisées lors de troubles de la fertilité chez la femme.

Le but de ce travail est de savoir si cette pratique est connue et si les informations sont partagées.

Les résultats montrent que dans les deux populations, les participants n'ont que très peu d'informations sur le sujet et sont demandeurs. Nous observons qu'il y a un manque de partage de données.

L'objectif final de ce travail est d'aboutir à une synthèse de la prise en charge ostéopathique afin de rédiger des prospectus et dépliants informatifs qui seront distribués pour transmettre les informations concernant l'impact que l'ostéopathie peut avoir sur les troubles de l'infertilité féminine.

Mots clés : Infertilité féminine, Partage d'informations, Sondage, Traitement de l'infertilité

This thesis evaluates through surveys the knowledge of health personnel and the general public on osteopathic techniques used in fertility disorders in women.

The aim of this work is to find out if this practice is known and if the information is shared. The results show that in both populations, participants have very little information on the subject and are asking. We observe that there is a lack of data sharing.

The final objective of this work is to arrive at a synthesis of the osteopathic management in order to write informative leaflets which will be distributed to transmit the information concerning the impact that osteopathy can have on the disorders of the female infertility.

Keywords : Female infertility, Information sharing, Survey, Infertility treatment