



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

Intérêt et inclinaison des professionnels de santé pour le traitement ostéopathique dans le cadre des dysménorrhées

MATHIEU

Promotion 16

Claire

Année 2020-2024



Bretagne Ostéopathie SARL.

Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient • 35000 RENNES • Tél. : 02 99 36 81 93 • Fax : 02 99 38 47 65
www.bretagne-osteopathie.com • contact@bretagne-osteopathie.com

CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07

Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier ma tutrice de mémoire, Valérie Charton, pour son accompagnement durant la réalisation de ce mémoire mais également pour ces quatre années de formation, pour sa gentillesse, sa disponibilité et d'avoir été l'élément déclencheur du choix de mon mémoire.

Je souhaite également remercier toute l'équipe pédagogique de Bretagne Ostéopathie, pour leurs enseignements, leur pédagogie et au-delà pour tout ce qui m'a permis d'évoluer personnellement en m'épanouissant professionnellement.

Je remercie également tous les professionnels qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et tous ceux qui ont eu la gentillesse de m'aider à le diffuser.

Je remercie tous mes ami(e)s de promotion, ceux avec qui je suis arrivée et ceux que j'ai eu la chance de rencontrer durant cette formation. Je vous remercie pour votre soutien permanent et votre bonne humeur constante qui a embelli chaque séminaire !

Je remercie également mes amies, qui n'ont pas fait partie de l'aventure, et mes parents qui m'ont soutenue et encouragée au quotidien durant tout mon cursus !

Enfin, je voudrai remercier tout particulièrement mon compagnon, Maxence, sans qui je n'aurai peut-être pas fait le grand saut et qui m'a soutenu de la plus belle des manières durant ces quatre longues années. Merci à toi pour tes encouragements, ton soutien indéfectible et ta confiance.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
1.1	<i>Contextualisation</i>	2
1.2	<i>Problématique</i>	3
2	Les dysménorrhées	4
2.1	<i>Définitions</i>	4
2.2	<i>Symptômes de la dysménorrhée et facteurs de risques</i>	4
2.2.1	Symptômes	4
2.2.2	Facteurs de risques	5
2.2.3	Impact socio – économique	6
2.3	<i>Anatomie</i>	7
2.3.1	Le pelvis	7
2.3.2	Le périnée féminin	8
2.3.3	La cavité pelvienne	9
2.3.4	Le péritoine	11
2.3.5	L'utérus	12
2.4	<i>Physiologie du cycle menstruel</i>	15
2.5	<i>Physiopathologie</i>	16
2.6	<i>Diagnostic et traitements</i>	16
2.6.1	Diagnostic	16
2.6.2	Traitements	17
3	Ostéopathie Structurale : le modèle fondamental de l'ostéopathie structurale (MFOS)	19
3.1	<i>Définitions</i>	19
3.1.1	Anamnèse et raisonnement clinique	21
3.2	<i>Intérêts de l'ostéopathie dans la prise en charge des dysménorrhées</i>	23
3.3	<i>La dysménorrhée d'un point de vue de l'ostéopathie structurale selon le MFOS</i>	26
3.3.1	Techniques et prise en charge de l'ostéopathie structurale	26
4	HYPOTHESE	32
5	MATERIEL ET METHODE	32
5.1	<i>Avantages d'un questionnaire</i>	32
5.2	<i>Inconvénients d'un questionnaire</i>	32
5.3	<i>Élaboration d'un questionnaire</i>	33
5.3.1	Objet de l'enquête	33
5.3.2	Hypothèse de l'enquête	33

5.3.3	Population ciblée	33
5.3.4	Échantillon minimum	33
5.3.5	Tester le questionnaire	33
5.4	<i>Distribution du questionnaire</i>	34
6	RESULTATS.....	34
7	DISCUSSION	47
7.1	<i>Points forts et biais de l'étude</i>	47
7.2	<i>Analyse croisée des réponses et interprétations des résultats</i>	48
7.3	<i>Ouverture</i>	55
8	CONCLUSION	56
	BIBLIOGRAPHIE	57
	ANNEXES	60
	RÉSUMÉ.....	74

ABRÉVIATIONS

LTR : Lésion Tissulaire Réversible

FG : Facteur Générateur ou Primaire

FD : Facteur Déclenchant ou Révélateur

PVO : Potentiel Vital Originel

PVT : Potentiel Vital Temporel

PVA : Potentiel Vital Actualisé

DFH : Domaine de Fonctionnement Habituel

DFF : Domaine de Fonctionnement Fragilisé

SQS : Structure Qui S'exprime

TM : Traitement manuel

TM(O) : Thérapie Manuelle (Ostéopathique)

1 INTRODUCTION

Aujourd'hui nous sommes presque 8 Milliards d'êtres humains et 4 milliards de femmes sur terre, soit 1 être humain sur deux endurera le cycle menstruel, les règles et souvent les symptômes qui y sont associés.

Durant ces cycles menstruels des douleurs peuvent être présentes, on les appelle les dysménorrhées. Leur prise en charge est variable en fonction des différentes médecines et cultures à travers le monde. Dans les pays développés économiquement c'est le traitement médicamenteux qui est préconisé en premier lieu.

Les dysménorrhées peuvent avoir un impact non négligeable sur la vie des femmes et des jeunes filles, impliquant parfois un absentéisme professionnel ou scolaire et lors de la pratique d'activité physique, altérant ainsi la qualité de vie des femmes.

Les dysménorrhées concernent 20% à 90% des femmes selon les études.

Ces douleurs se distinguent en deux catégories, primaire et secondaire.

Les dysménorrhées primaires concernent les adolescentes et les jeunes femmes sans pathologie associée et apparaissent le plus souvent à la puberté.

Les dysménorrhées secondaires sont associées à une pathologie dont la plus connue est l'endométriose.

Les dysménorrhées sont caractérisées par des douleurs abdomino-pelviennes qui accompagnent ou précèdent les règles auxquelles peuvent être corrélés d'autres symptômes comme les troubles digestifs, les maux de têtes, l'anxiété et la fatigue.

La prise en charge des dysménorrhées est structurée par un diagnostic médical et un traitement hiérarchisé : la prescription médicamenteuse d'AINS, puis la prescription d'une contraception orale jusqu'à parfois l'intervention chirurgicale incluant la mise en évidence d'une pathologie sous-jacente, dans le cas des dysménorrhées secondaires.

Ces traitements médicamenteux ne sont pas sans effets secondaires et leur efficacité est parfois restreinte, surtout dans la durée.

De plus en plus, les femmes se tournent vers des traitements alternatifs comme l'usage de tisanes, de chaleur, de TENS, d'acupuncture et de traitement manuel comme l'ostéopathie.

Le traitement manuel et les mobilisations viscérales améliorent la vascularisation limitant le phénomène d'hypoxie et d'hypercontractilité responsables des douleurs abdomino-pelviennes et permettent une action anti-inflammatoire.

La question serait alors de savoir si les professionnels de santé qui accompagnent les femmes souffrant de dysménorrhées ont-ils connaissance de cette alternative et l'encouragent-ils ?

C'est pourquoi pour mon travail de fin d'études d'ostéopathie, au sein de l'école IFSO de Rennes, j'ai décidé d'aborder ce sujet à travers un questionnaire, permettant ainsi d'ouvrir le dialogue avec les professionnels de santé entourant les femmes dans leur parcours de soins.

1.1 Contextualisation

Je suis masseur-kinésithérapeute depuis 2017, et étudiante à l'école d'ostéopathie structurale de l'IFSO (Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie) depuis 2020.

J'ai toujours souhaité accompagner les femmes dans leurs douleurs quotidiennes liées aux pathologies uro-gynécologique à travers la kinésithérapie et aujourd'hui l'ostéopathie.

Depuis ma formation à l'IFSO, j'ai pu soulager des femmes souffrant de dysménorrhées depuis de nombreuses années ou encore de jeunes adolescentes atteignant la puberté et se plaignant de douleurs lombaires et abdominales pour la plupart.

Auparavant les soins fonctionnels et ré-éducationnels que je pouvais leur proposer apportaient un confort de courte durée. Par ailleurs, les prescriptions médicales ne mentionnaient jamais le contexte ou le traitement des dysménorrhées mais pour la majorité des cas un soin de lombalgie.

Les techniques ostéopathiques structurales m'ont permises de soulager les patientes de manière pérenne, quasi-immédiate et parfois même de supprimer définitivement certaines douleurs (1 à 2 ans de recul post soins).

Malheureusement, pour la grande majorité des femmes, ces douleurs sont souvent synonymes de normalité et cette résilience peut être transmise au sein de la structure familiale, amicale et parfois médicale.

C'est pourquoi en tant que soignante et également en tant que femme, j'ai eu envie de mettre en lumière la possibilité d'améliorer ces douleurs et de ne pas laisser place à la résignation.

Je me suis donc intéressée aux moyens d'informer le plus grand nombre et d'améliorer l'orientation de ces patientes souvent en errance thérapeutique ou dans l'abandon de recherche de solutions.

1.2 Problématique

Je me suis posée plusieurs questions :

- Quelle est la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des dysménorrhées ?
- Quel est l'état actuel des connaissances des professionnels de santé ; médecins généralistes, gynécologues et sages – femmes concernant la prise en charge des dysménorrhées ?
- Est-ce que les professionnels de santé ; médecins généralistes, gynécologues et sages - femmes qui accompagnent les femmes dans les soins autour du féminin ont connaissance du soin ostéopathique dans la prise en charge des dysménorrhées ?
- Est-ce que les professionnels de santé sont favorables au soin d'ostéopathie dans le cadre du traitement des dysménorrhées ?
- Si c'est le cas, dans quel contexte et indications (Dysménorrhées primaires et/ou secondaires) orienteraient – ils les patientes ?
- Comment pourrais-je communiquer avec les médecins afin de donner plus de visibilité à mon travail et donc plus de chances aux patientes ?
- Existe t – il des boucles de communication / Congrès / Association interdisciplinaire dans la prise en charge de cette pathologie pour permettre l'échange entre professionnels et élargir l'arène thérapeutique ?

Face à toutes ces interrogations, il m'a été nécessaire d'établir un questionnaire afin de répondre à la problématique suivante :

Dans le cadre du traitement des dysménorrhées, les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues et sages -femmes) sont - ils enclins à l'orientation des patientes vers le traitement ostéopathique ?

2 Les dysménorrhées

2.1 Définitions

Le terme dysménorrhée nous vient du médecin et philosophe grec Hippocrate.

Il est la liaison de 3 termes ; difficile (dus), mensuel (mên) et écoulement (rhein) soit un « écoulement mensuel difficile ». (1)

En réalité, il s'agit plus exactement du terme médical qui désigne les douleurs abdomino-pelviennes qui précèdent et/ou accompagnent les règles de manière cyclique à type de crampes qui peuvent irradier dans le bas du dos et les cuisses.

Ces douleurs peuvent commencer 3 jours avant l'apparition des règles jusqu'à 3 jours après, le pic d'algie étant souvent atteint 24h après le début des règles. (2)

Les dysménorrhées sont distinguées en deux catégories primaires et secondaires.

La dysménorrhée primaire est idiopathique et « ne peut être expliquée par d'autres troubles gynécologiques ». (3)

Elle apparaît à l'adolescence lors des premières règles (ou ménarche). C'est la plus fréquente, elle concerne 50 à 70% des adolescentes. (2)

C'est une douleur décrite de manière spasmodique qui peut - être associée à de la fatigue, des nausées, des vomissements, une diarrhée, des douleurs lombaires et des céphalées. (3)

La dysménorrhée secondaire apparaît plus tardivement dans la vie des femmes et touche les femmes adultes. Elle est liée à une pathologie gynécologique ou à une anomalie pelvienne. Les plus fréquentes sont l'endométriose, l'adénomyose et les fibromes utérins. (3)

Elles peuvent être accompagnées d'autres symptômes comme une abondance anormale des règles, des saignements entre les cycles, des dyspareunies... (2)

2.2 Symptômes de la dysménorrhée et facteurs de risques

2.2.1 Symptômes

Les symptômes des dysménorrhées peuvent être nombreux mais le plus important et le plus fréquemment rencontré est la douleur. (4)

Les douleurs sont majoritairement localisées dans la zone abdomino-pelvienne, le bas du dos et les glandes mammaires.

Des études ont montré que le seuil douloureux dans ces zones était moins important chez les patientes atteintes de dysménorrhée quand, dans un même temps, elles souffraient d'hyperalgésie dans les tissus profonds. (5)

Parmi les symptômes associés les plus fréquents on retrouve (5) (6) :

- Les douleurs lombo-sacrées
- Les céphalées et les migraines :

Intrinsèquement liées aux variations d'hormones durant le cycle ainsi qu'à la chute d'œstrogène, cette dernière est également impliquée dans les tensions mammaires.

- Les troubles digestifs :

Ils sont caractérisés par des nausées, des vomissements, une perte d'appétit, un ballonnement et des variations de transit comme les diarrhées et les constipations sous l'influence des prostaglandines.

Une étude a mis en évidence que les femmes dysménorrhéiques ont deux fois plus de risque de développer un syndrome du côlon irritable. (7)

- L'anxiété et la dépression :

D'après plusieurs études, elles seraient corrélées à la présence de dysménorrhées et inversement. Le niveau de dépression serait proportionnel à la gravité des dysménorrhées et réciproquement.

- L'altération du sommeil :

Chez les patientes souffrant de dysménorrhées il a été observé dans plusieurs études une augmentation de la fatigue.

Cette diminution de la qualité du sommeil s'opère au sein même du cycle lors des règles. Elle est évidemment majorée en comparaison avec les femmes non douloureuses. Or plusieurs études ont mis en évidence un lien étroit entre la douleur aiguë ou chronique et la diminution de la qualité du sommeil.

On envisage alors aisément le lien entre les dysménorrhées et l'altération de la qualité de vie chez les patientes présentant l'ensemble de ces symptômes qui s'auto-entretiennent les uns les autres.

2.2.2 Facteurs de risques

Les facteurs de risques qui suivent sont les mêmes pour les dysménorrhées primaire et secondaire (1) (2) (3) (5) (8) :

- L'élimination de tissu menstruel à travers le col
- Des taux élevés de prostaglandine F2-alpha dans le liquide menstruel
- Un orifice cervical étroit
- Une malposition de l'utérus

- L'anxiété et la dépression
- La survenue précoce des règles (ménarche)
- Des antécédents familiaux de dysménorrhée
- Nulliparité
- Tabagisme
- Le manque d'activité physique et l'alimentation (l'hygiène de vie).
- Le milieu socio – culturel et l'environnement

2.2.3 Impact socio – économique

Selon une étude de 2018, portant sur des étudiantes en Arabie Saoudite, les dysménorrhées ont un impact direct sur leurs activités quotidiennes et sur leur qualité de vie, augmentant ainsi le risque d'absentéisme scolaire et par la suite un risque de fragilisation socio-professionnel.

Cette étude soulève un autre phénomène à prendre en compte : l'absence de consultations et de soins de nombreuses étudiantes. Aujourd'hui encore entre tabou et banalisation des symptômes beaucoup de jeunes filles n'ont pas de réel accès aux soins. (9)

Une autre étude de 2016, réalisée avec des adolescentes en Turquie, abonde en ce sens avec un impact réel sur la vie scolaire et sociale des patientes. Elle préconise la sensibilisation et l'éducation des jeunes filles et également des parents sur la possibilité de soins grâce entre autres aux analgésiques. (4)

Ces observations ont également été réalisées en France en 2017, à la suite d'une étude mettant en lien la prévalence des violences chez les femmes et l'expression des dysménorrhées, soulignant le contexte socio-environnemental dans la prise en charge des patientes. (10)

Le gouvernement japonais a été un pionnier, depuis 1947, en instaurant un congé menstruel. Néanmoins, sans aucune indemnité financière moins de 1% des femmes japonaises y ont eu recours.

Le 16 février 2023, l'Espagne a adopté à son tour une loi créant un congé menstruel sans durée définie.

Cette nouvelle législation s'ancre dans un chemin que déjà certaines entreprises privées à travers le monde avaient emprunté comme l'entreprise indienne Zomato, le fabricant français Louis Design ou encore le fonds de pension Australien Future Super. (11)

2.3 Anatomie

Nous allons définir le petit bassin ou pelvis (vrai) et le périnée féminin afin de mieux appréhender les structures qui vont être au cœur du soin ostéopathique structurel. (12)

Le petit bassin (vrai) correspond à la partie inférieure du bassin, il a pour rapports anatomiques :

- L'abdomen en haut
- Le périnée en bas
- Les articulations coxo-fémorales latéralement

Il contient chez la femme les organes pelviens uro-gynécologiques et digestifs suivants :

- La vessie et l'uretère pour le système urinaire.
- L'utérus, le vagin, les trompes de Fallope, les ovaires (intra-péritonéaux) pour le système gynécologique.
- Le côlon sigmoïde et l'ampoule rectale pour le système digestif.

2.3.1 Le pelvis

Le pelvis osseux est délimité de la manière suivante (12) :

- Une ouverture ou détroit supérieur : du promontoire sacré postérieur jusqu'à la symphyse pubienne antérieure en passant par les os coxaux latéralement.
- Une ouverture ou détroit inférieur : de l'extrémité du coccyx et du sacrum jusqu'à la symphyse pubienne inférieure en passant latéralement par le bord caudal des tubérosités ischiatiques.

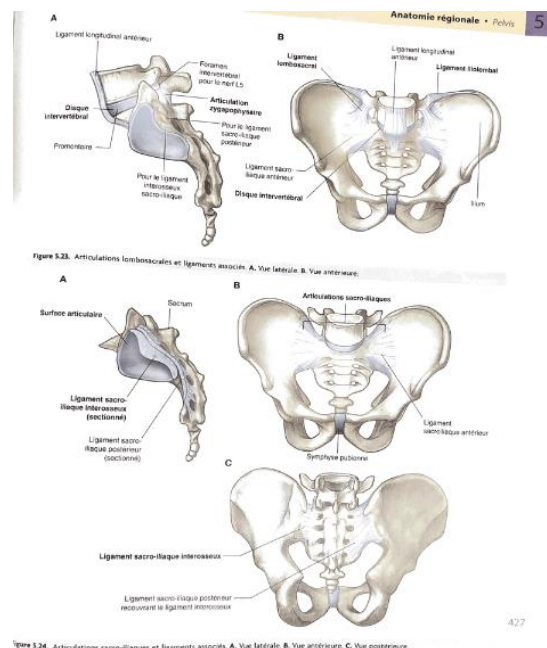


Fig.1 : Le bassin osseux et ligamentaire. (12)

Le pelvis est également délimité par les structures pelviennes suivantes :

- Ligamentaires : le ligament sacro-épineux et le ligament sacro-tubéral formant la grande et la petite incisure ischiatique.
- Musculaires : le muscle obturateur interne et le muscle piriforme agissant sur l'articulation de la hanche.

La partie inférieure de la cavité pelvienne est séparée du périnée par des muscles et des fascias qui constituent le plancher pelvien :

- Les deux muscles élévateurs de l'anus s'insérant sur le raphé médian et les muscles coccygiens constituent le diaphragme pelvien.
- Les ligaments sacro-épineux s'étendant du bord du sacrum au coccyx jusqu'à l'épine ischiatique.

Le plancher pelvien est également soutenu en avant par la membrane du périnée et les muscles périnéaux profonds.

Le diaphragme pelvien constitue la majeure partie du plancher pelvien et forme un hiatus en forme de « U » en lien avec des éléments de l'appareil uro-génital que sont le vagin et l'urètre permettant ainsi leur passage du pelvis au périnée et à l'arrière duquel passe le canal anal.

2.3.2 Le périnée féminin

Le périnée est situé en dessous du pelvis et entre les deux membres inférieurs.

Il est constitué d'un ensemble de tissus musculo-aponévrotique formant un « hamac » en forme de losange soit de deux régions triangulaires (12) :

- Le triangle uro-génital antérieur contient :
 - L'orifice de l'urètre et du vagin et le clitoris.
 - L'espace profond contient : le muscle transverse profond, le sphincter urétral, le muscle compresseur de l'urètre et le sphincter utéro-vaginal.
 - L'espace superficiel contient : les muscles ischio-caverneux, les muscles bulbo-spongieux et le muscle transverse superficiel, le clitoris, la partie distale de l'urètre et le vestibule du vagin.
- Le triangle anal contient :
 - Plus large chez la femme, il présente le canal anal et les sphincters anaux.
 - Une portion de l'artère et la veine pudendale interne, l'artère et la veine rectale inférieure, une portion du nerf pudendale et l'une de ses branches, le nerf rectal inférieur.

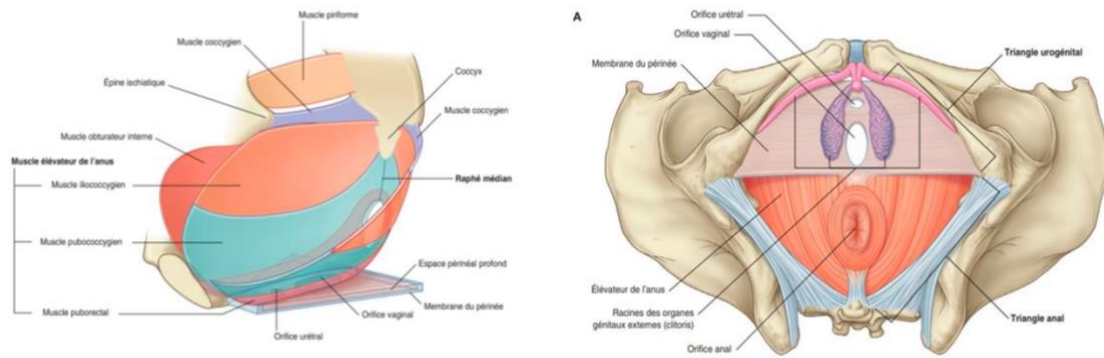


Fig. 2 : Le plancher pelvien et le périnée. (12)

Chez la femme, le périnée soutient la vessie, l'utérus et le rectum, dont il entoure les trois orifices. Son rôle est d'amortir les pressions abdominales.

Le périnée comprend également le muscle élévateur de l'anus qui entoure les viscères postérieurs en formant une arcade tendineuse. (12)

Il est constitué d'un ensemble de muscles :

- Le muscle pubo-coccygien formé par le muscle pubo-périnéal, pubo-vaginal et pubo-anal.
- Le muscle ilio-coccygien.
- Le muscle pubo-rectal.

L'innervation du périnée :

- Les dermatomes de S3 à S5 et pour la région antérieure L1 via les nerfs de la paroi abdominale.
- Les segments médullaires S2 à S4 pour la majorité des muscles squelettiques du périnée et du plancher pelvien (sphincter anal externe et sphincter externe de l'urètre).
- Le nerf pudendal concernant l'innervation somatique motrice et sensitive du périnée (via S2-S4).

2.3.3 La cavité pelvienne

La cavité pelvienne contenue dans le pelvis osseux est délimitée en haut par la cavité abdominale et en bas par le plancher pelvien et les membres inférieurs.

Des voies de passages entre la cavité abdominale permettent le passage du système veineux et artériel, nerveux et lymphatique ainsi que du côlon sigmoïde, des uretères et des trompes de Fallope chez la femme jusqu'à la cavité pelvienne.

De la cavité pelvienne, trois orifices permettent une communication jusqu'aux membres inférieurs :

- Le canal obturateur est le lien entre le pelvis et la région des adducteurs.
Il est situé dans la partie supérieure du foramen obturé dont la majeure partie est recouvert par la membrane obturatrice. La membrane obturatrice est une membrane fibreuse sur laquelle s'insèrent les muscles obturateurs interne et externe.
- Le grand foramen ischiatique
- Le petit foramen ischiatique (région glutéale au périnée)

La vascularisation du pelvis et du périnée est principalement assurée par l'artère iliaque interne bilatérale (ou hypogastrique), l'artère sacrée médiane et les artères ovariques.

L'artère iliaque interne irrigue la plupart des viscères pelviens, des parois et du plancher pelviens (tissus érectiles). (12)

Son contingent veineux est majoritairement drainé par le plexus veineux pelvien qui est constitué des différents organes utérin, vaginal, vésical et rectal chez la femme.

Le plexus veineux se draine à la fois dans le système porte (via les veines rectales supérieures) et dans le système cave (via les veines rectales moyennes inférieures).

C'est pourquoi le plexus veineux est considéré comme un « shunt porto-cave » lorsque le système hépatique est saturé. (12) (51)

Le drainage du petit bassin sera donc en étroite relation avec un bon fonctionnement hépatique.

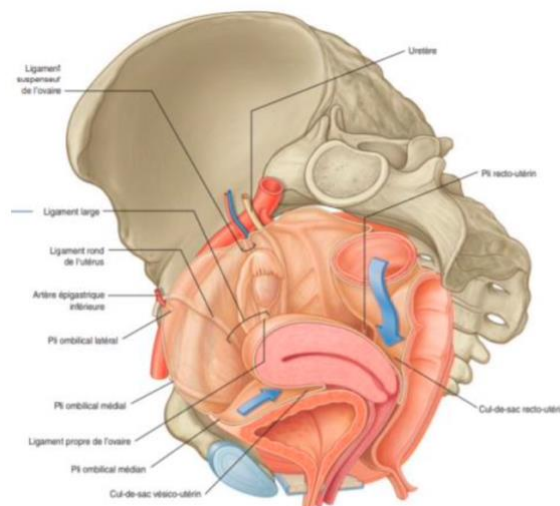


Fig. 3 : Le petit bassin – coupe sagittale. (12)

2.3.4 Le péritoine

La cavité péritonéale est recouverte à la partie supérieure par le péritoine qui se dépose en nappe sur les viscères pelviennes et en continuité avec le péritoine abdominal. (12)

Il forme ainsi :

- Des culs-de-sac entre les viscères entre elles : le **cul de sac vésico-utérin** (superficiel), le **cul de sac recto-utérin ou cul de sac de Douglas** (profond).
- Des replis et des ligaments entre les viscères et les parois pelviennes :

Le ligament Large qui s'étend des parois latérales pelviennes jusqu'à l'utérus recouvrant sur son passage les trompes utérines jusqu'aux ovaires qu'il renferme (intra-péritonéaux).

Il est constitué de trois parties : le mésomètre, le mésosalpinx et le mésovarium.

La cavité pelvienne contient les viscères de l'antériorité vers la postériorité : la vessie, l'utérus et le rectum.

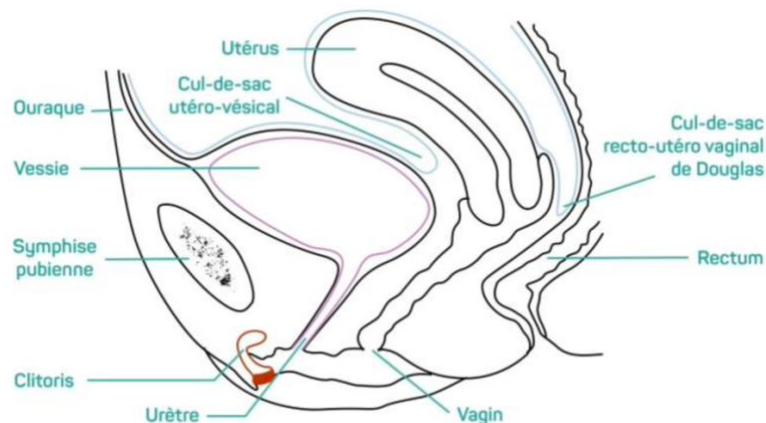


Fig. 4 : Coupe Sagittale et replis péritonéaux. (51)

2.3.5 L'utérus

L'utérus mesure 4 cm de long et 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur et pèse environ 7g. (12)

C'est un organe musculaire lisse, creux, impair et médian, situé entre la vessie et le rectum. Son rôle est l'implantation et le développement de l'embryon.

Il se compose de trois parties : le col, le corps et l'isthme.

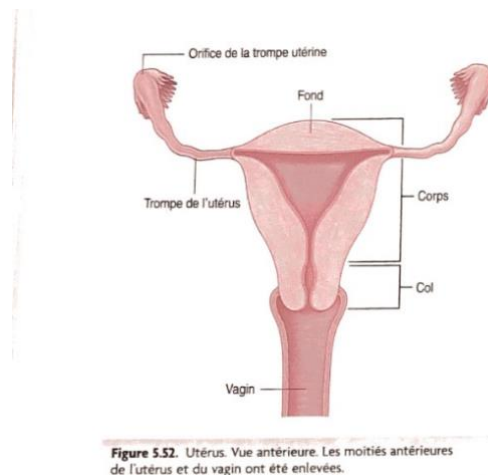


Fig. 5 : L'utérus, coupe frontale. (12)

Il est en lien avec :

- Face antéro-inférieure : la vessie et le cul de sac vésico-utérin.
- Face postéro-supérieure : les anses grêles et le côlon pelvien.
- Bords latéraux : les artères utérines et le plexus veineux.
- Partie supérieure : le fondus et les angles prolongés par les trompes utérines s'abouchant sur les ovaires via le ligament rond dans la cavité abdominale.

L'utérus appartient au système reproducteur de la femme composé également des ovaires, des trompes, du vagin et de la vulve.

Il est également le siège du cycle menstruel grâce à sa composition en trois couches de la plus externe à la plus interne :

- La séreuse péritonéale : partie du péritoine recouvrant l'utérus.
- Le myomètre : muscle lisse sous influence hormonale permettant les contractions nécessaires à l'évacuation des règles ou lors de l'accouchement.
- L'endomètre ou muqueuse : elle tapisse l'intérieur du corps de l'utérus et reçoit l'embryon.

L'endomètre est composé de deux couches :

- Superficielle ou fonctionnelle : vascularisée par les artères spiralées, elle prolifère la première partie du cycle avant de desquamer en l'absence de grossesse.
- Profonde ou basale : vascularisée par les artères basales elle reste en place durant tout le cycle.

L'utérus est défini par plusieurs angles (13) :

- **L'angle de version** : l'angle entre l'axe du corps de l'utérus et de l'axe omilico-coccygien. L'utérus peut être antéversé ou rétroversé.
- **L'angle de flexion** : l'angle entre le corps et le col de l'utérus. « C'est le point central de l'utérus, un point pivot autour duquel le col et le corps s'orientent dans tous les sens ». Il peut être antéfléchi (100-120 degrés), rétrofléchi (<90 degrés) ou en position intermédiaire (180 degrés).

Physiologiquement l'utérus est majoritairement antéversé et antéfléchi mais dans 20-25% des cas il est rétrofléchi et rétroversé sans symptômes associés.

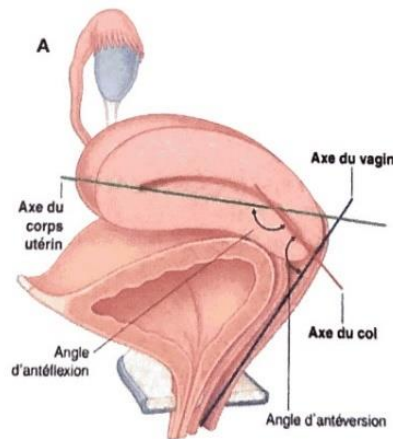


Figure 8 : Les différents axes de l'utérus et du vagin (20)

Fig. 6 : Les différents axes de l'utérus et du vagin. (12)

En revanche dans le cas de la rétroversion et rétroflexion de l'utérus des symptômes peuvent être associés :

- Dysménorrhées avec des signes de compression pelvienne rectale (constipation, dyschésie) ou urétrale (dysurie, pollakiurie).
- Dyspareunies profondes, rémanentes.
- Douleurs chroniques pelviennes et/ou sacro-lombaires.
- Risque d'enclavement de l'utérus lors du premier trimestre de grossesse.

Il existe également des positions dites anormales de l'utérus par hyper anté ou rétroflexion ou encore par antéposition de l'utérus.

Le corps de l'utérus est plutôt mobile alors que son col est fixe.

Pour cela des **moyens de fixité** sont présents :

- La **pression abdominale**
- Le **ligament large**
- Les **ligaments ronds** : ils s'insèrent face supéro-antérieure des cornes utérines vers la cavité abdominale avant de traverser le canal inguinal ayant ainsi une partie intra-abdominale et une partie extra-abdominale. Ils cheminent à la face antérieure du pubis pour terminer dans la grande lèvre homolatérale.
- Le **ligament vésico-utérin** : il se confond avec les lames vésico-utérines.
- Les **ligaments utéro-sacrés**

L'utérus est un organe central de la cavité pelvienne, il possède des variables de régulations artérioveineuse, lymphatique et nerveuse.

La vascularisation utérine (12) :

- Vascularisation artérielle : l'artère utérine, l'artère ovarique et l'artère du ligament rond.
- Vascularisation veineuse : la veine utérine, la veine ovarique et la veine du ligament rond.
- Vascularisation lymphatique :
 - Le réseau supérieur draine principalement le corps.
 - Le réseau inférieur draine principalement l'isthme et le col utérin.

L'innervation utérine est assurée par le système orthosympathique via le plexus utéro-vaginal et pelvien et par le système parasymphatique via le plexus sacré (S2-S3-S4).

2.4 Physiologie du cycle menstruel

Le cycle menstruel commence à la puberté et s'achève à la ménopause.

Le début des menstruations s'appelle la ménarche.

Le cycle dure en moyenne de 28+/- 7 jours, il commence à l'apparition des saignements qu'on appelle les menstruations.

Les menstruations sont caractérisées par :

- L'augmentation du tonus de base
- De l'intensité, de la fréquence et de la durée des contractions.

Le cycle menstruel est par définition « l'ensemble des modifications anatomiques et physiologiques de l'axe hypothalamo -hypophyso - ovarien et du tractus génital au début d'une menstruation à la suivante ». (14)

Le cycle menstruel est sous influence hormonal de l'axe gonadotrope. L'axe gonadotrope produit les hormones hypophysaires FSH et LH. Ces hormones vont réguler le fonctionnement des gonades féminines : les ovaires. (Annexe 1)

L'ovaire produira à son tour les hormones sexuelles féminines, les œstrogènes et la progestérone qui réguleront le cycle menstruel en influençant la composition de l'endomètre.

L'ovulation qui est la libération du gamète féminin dans le but d'être fécondé, scinde le cycle menstruel en deux temps.

L'endomètre de l'utérus subit trois phases de manière cyclique (14) :

- **La phase folliculaire** : c'est la phase de prolifération cellulaire de l'épithélium glandulaire et de l'épaisseur du stroma sous l'influence des œstrogènes sécrétés par les follicules en maturation.
- **La phase lutéale** : c'est la phase de sécrétion qui a lieu après l'ovulation sous l'action de la progestérone sécrétée par le corps jaune.
- En cas d'absence de grossesse : l'endomètre s'involue et dégénère avant l'apparition des **menstruations**.

2.5 Physiopathologie

(8) (7)

L'étiologie de la dysménorrhée primaire est caractérisée par une augmentation du taux de prostaglandines provoquant une hypercontractilité myométriale entraînant à son tour une ischémie et une hypoxie du muscle utérin responsable des douleurs lors des règles. (15) (16)

La prostaglandine, qui est un médiateur inflammatoire, provoque l'ischémie par diminution du flux sanguin. Son taux augmente les deux premiers jours du cycle, période que l'on peut corréler avec les deux premiers jours de pics douloureux dans le cadre des dysménorrhées primaires. (17)

L'hypercontractilité myométriale serait liée aux douleurs de crampes provoquées par l'augmentation de la pression utérine associée à un dysfonctionnement hémodynamique. (18)

La pression utérine augmentant, le débit vasculaire diminue par vasoconstriction artériolaire entraînant une hypoxie tissulaire.

Cette hypoxie tissulaire va elle – même engendrer un message douloureux via des nocicepteurs. (19) ([Annexe 2](#))

2.6 Diagnostic et traitements

On ne retrouve aucune recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) ni de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

En revanche, le Vidal propose des recommandations de diagnostic médical et un protocole de traitement allopathique sans aborder la notion de médecines complémentaires. (20) ([Annexe 3](#))

2.6.1 Diagnostic

(21) (7) (15) (4) (1) (3)

1- L'anamnèse

Elle doit évaluer premièrement les antécédents menstruels c'est-à-dire l'âge de ménarche (début des règles), la durée et la quantité du débit, le délai entre chaque menstruation et sa variabilité et le délai des symptômes par rapport aux règles. (3)

Elle doit également investiguer l'âge d'apparition des symptômes, leurs natures et leurs intensités, les facteurs qui soulagent ou aggravent les symptômes (y compris les traitements possiblement déjà mis en place), l'altération de la qualité de vie et la présence de douleurs pelviennes dissociées des menstruations.

Les symptômes associés tels que les douleurs lombo-sacrées, les troubles digestifs, la fatigue ou encore les maux de têtes.

Enfin elle doit établir, si des antécédents chirurgicaux ou médicaux sont connus comme l'endométriose, l'adénomyose, la présence de fibromes utérins ainsi que la présence ou non de contraception.

2- L'examen clinique

L'examen gynécologique est indispensable si l'anamnèse conduit le médecin à suspecter une cause organique et se concentre à la mise en évidence d'une dysménorrhée secondaire. (3)

Il peut -être également réalisé en cas d'activité génitale de la patiente permettant la découverte d'autres pathologies gynécologiques.

En revanche il n'est absolument pas préconisé chez une jeune patiente dont le tableau clinique s'oriente vers une dysménorrhée primaire. (1)

3- Les examens complémentaires

Les examens complémentaires sont nécessaires afin d'éliminer des troubles gynécologiques structurels éventuels lors de la suspicion d'une dysménorrhée organique ou secondaire.

Ils doivent être préalablement complétés par un test de grossesse (pour les femmes en âge de procréer).

Dans un premier temps une échographie pelvienne sera prescrite permettant la détection de masses utérines ou de dispositifs-intra-utérins mal positionnés.

Dans un second temps, une IRM pourra être nécessaire afin de mieux caractériser les anomalies.

Enfin, si les examens ne sont pas concluants on orientera la patiente vers une laparoscopie et plus particulièrement si une endométriose est suspectée. (3)

2.6.2 Traitements

Les recommandations médicales visent dans un premier temps à apporter des conseils d'hygiène de vie comme l'exercice physique régulier, un sommeil de qualité et du repos, l'utilisation de chaleur sur le bas du ventre ainsi qu'une alimentation saine et variée. (3)

En effet une alimentation pauvre en graisses et complémentée par des acides gras oméga-3, des graines de lin, du magnésium, de la vitamine B1, de la vitamine E et du zinc serait favorable à la diminution des symptômes.

C'est ce qu'a objectivé une étude de 2023 selon laquelle le zinc serait favorable à la diminution de l'intensité des douleurs au-delà d'un cycle d'utilisation. (22)

Une autre étude datée de 2019, met en avant l'efficacité antalgique proportionnellement du gingembre, de la vitamine D et enfin de la vitamine E contre les dysménorrhées. (23)

2.6.2.1 Les traitements allopathiques

Le traitement allopathique s'appuie sur la physiopathologie et aura pour cibles 3 agents utérotoniques responsables de l'hypercontractilité myométriale et de la vasoconstriction artériolaires entraînant l'hypoxie tissulaire.

Il s'agit des prostaglandines, de l'arginine vasopressive et des leucotriènes. (1)

En première intention ce sont les antalgiques comme le paracétamol qui sont le plus utilisés en France et à travers le monde. La facilité d'accès, sans prescription pouvant contribuer à cette consommation. (21)

Dans le cas où la douleur perturbe la vie de la patiente le premier traitement prescrit sera les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS).

Des anti-prostaglandines vont être administrés 24 à 48 heures avant les règles et prolongés jusqu'au 2^{ème} jour du cycle.

En revanche les effets secondaires de ce traitement peuvent en limiter l'utilisation. (24)

En seconde intention, si les AINS sont inefficaces on pourra y associer une contraception orale oestro-progestative qui empêchera le déroulement de l'ovulation et l'épaississement de l'endomètre inhibant ainsi la synthèse de prostaglandines.

D'autres traitements hormonaux peuvent être utilisés comme les traitements progestatifs qui agissent sur la motricité utérine par diminution du taux de prostaglandines. (25) ([Annexe 2](#))

2.6.2.2 Les traitements alternatifs

Les traitements physiques

Les Manipulations vertébrales sont de plus en plus étudiées dans le traitement des dysménorrhées mais le niveau de preuve reste encore faible, comme le rapportent les résultats d'une revue systématique de 2022 du traitement manipulatif ostéopathique en gynécologie et obstétrique.

Elle montre une efficacité des soins d'ostéopathie en gynéco-obstétrique malgré des résultats trop hétérogènes pour effectuer une analyse quantitative et des recommandations cliniques. (26)

Le TENS, d'après une étude de la Cochrane de 2002, favoriserait la diminution des douleurs de 30% chez les patientes ainsi qu'une réduction de la prise de traitements médicamenteux. Les résultats seraient d'autant plus pertinents que la fréquence du TENS est élevée. (27)

L'acupuncture pourrait permettre un soulagement de la douleur par sa modulation, via l'augmentation du débit sanguin utérin et une diminution des prostaglandines (15) ou encore par la diminution du taux d'œstradiol. (28)

La thérapie par la chaleur, tel que les patchs chauffants ou les bouillottes appliquées sur les zones douloureuses sont des thérapies traditionnelles qui permettent d'atténuer les sensations douloureuses et l'intensité des contractions.

La pratique de **l'activité physique** et plus particulièrement du yoga aurait selon certaines études montrées des effets positifs en réduisant le ressenti douloureux et en améliorant la qualité de vie des patientes. (21) (15) (8)

Autres

La **phytothérapie**, ou thérapie par les plantes peut être utilisée en tisane comme le Fenouil ou la Valériane pour leurs vertus antispasmodiques et calmantes.

L'aromathérapie est une branche de la phytothérapie utilisant les huiles essentielles.

Selon une étude de 2017, elle permettrait la diminution des douleurs par un massage abdominal durant dix minutes avec une huile associée à des huiles essentielles comme la menthe poivrée et le basilic tropical qui possèdent des vertus antispasmodiques ou encore l'eucalyptus citronné qui possède des vertus antalgiques. (29) (21)

La prise en charge **psychologique** est aussi pertinente, le stress et l'anxiété étant des facteurs de risques des dysménorrhées.

L'environnement psycho-émotionnel peut-être responsable de manière générale de la majoration d'une douleur. (30)

3 Ostéopathie Structurale : le modèle fondamental de l'ostéopathie structurale (MFOS)

3.1 Définitions

Le concept structurel de l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes (IFSO) a été pensé par Jean – François Terramorsi, ostéopathe depuis 1980 formé à Genève. (31)

L'ostéopathie structurale est à différencier de l'ostéopathie fonctionnelle et énergétique.

Le concept structurel ostéopathique est « de **changer l'état de la structure** qui est en lésion tissulaire réversible. Cette **lésion tissulaire réversible** (LTR) a dû être identifiée par des **tests** et **traitée** de la manière la plus **directe** possible et en **cohérence** avec la **plainte** du patient. » (31)

Le **tissu conjonctif** est la charpente du corps, il a un rôle mécanique, immunitaire, neurologique, vasculaire et métabolique.

Notre travail manuel cible le tissu conjonctif et plus particulièrement celui qui est en lésion. C'est-à-dire un tissu conjonctif dont les capacités **d'élasticité** et de **déformabilité** sont altérées.

L'état de la structure conjonctive est déterminé par sa qualité d'élasticité et de déformabilité. Il sera déterminant pour la fonction. La dysfonction est par conséquent induite par l'altération de **l'état de la structure**.

Nous chercherons à travers nos manipulations à améliorer l'état de la structure conjonctive.

Cette action mécanique permettra l'amélioration de la vascularisation du tissu conjonctif dans la zone de la LTR et par conséquent un changement d'état de la structure.

Notre action ne concerne donc que les lésions dites réversibles et non les **lésions tissulaires irréversibles** : cassure, usure et malformation.

La LTR est une **résistance** qui entraîne la perte de la **qualité dynamique** et non de la quantité c'est-à-dire une perte de la qualité d'amplitude et non de l'amplitude.

On ne recherchera donc pas un gain d'amplitude mais à modifier la qualité de l'amplitude par l'amélioration de la qualité du tissu conjonctif.

Au travers de ces manipulations, notre action mécanique, selon un mode **d'action réflexe** le plus **local** possible, aura pour variables d'exécutions : **la vitesse, la masse, l'amplitude et la fréquence**.

Au préalable de toute manipulation et après la conduite de **l'anamnèse** nous effectuerons la **palpation** du tissu conjonctif à la recherche de la LTR qui sera définie par une zone :

« *GROS – DUR – SENSIBLE QUAND ON Y TOUCHE* ».

Ces **tests de résistance** permettent d'identifier les zones en lésion, qui détermineront la ou les **zones à manipuler** en cohérence avec la plainte du patient.

Dans le cas où aucune lésion locale n'est mise en évidence, la recherche des LTR se fera à distance de la plainte en fonction des 3 variables de régulations du tissu conjonctif.

Les variables de régulations sont **mécaniques, neurologiques et neuro-végétatives** et peuvent influencer à distance l'état du tissu conjonctif local.

Le traitement par manipulation structurelle de ces variables à distance permettra de manière plus indirecte l'amélioration de l'état du conjonctif.

La reproduction du test de résistance après chaque manipulation nous permettra d'évaluer ou non le changement d'état du tissu conjonctif sollicité.

Concernant l'installation de la LTR il nous faut différencier le **Facteur Générateur ou Primaire** (FG) qui va modifier l'état de la structure et le **Facteur Déclenchant ou Révéléateur** (FD).

Le FD est extérieur et secondaire, c'est lui qui va mettre en évidence la fragilisation de la structure par le FG primaire et générer l'expression d'un symptôme.

A la naissance nous partons du principe que nous possédons tous un **Potentiel Vital Originel** (PVO) qui constitue la totalité de nos capacités physiques et psychiques.

Avec le temps, il s'opère une altération naturelle de nos capacités que nous appelons le **Potentiel Vital Temporel** (PVT) et qui par définition est décroissant (hors contexte de phase de développement et d'apprentissage).

Au cours de la vie d'un individu le PVT peut-être altéré par des traumatismes et accidents qui laisseront des séquelles irréversibles laissant alors place à ce qu'on appelle le **Potentiel Vital Actualisé** (PVA).

Au sein de ce PVA dont nous disposons, nous n'utilisons au quotidien qu'une partie de nos capacités qui appartiennent au **Domaine de Fonctionnement Habituel** (DFH) et au **Domaine de Fonctionnement Fragilisé** (DFF). C'est au sein du DFH que peuvent se développer les LTR.

Plus le Domaine Fragilisé est important par rapport au Domaine Fonctionnel, plus nous serons susceptibles de réagir à un Facteur Déclenchant minime.

3.1.1 Anamnèse et raisonnement clinique

○ L'anamnèse

L'anamnèse va nous permettre de cibler :

- La plainte de la patiente : localisation, intensité, rythme ...
- Le type de la plainte : mécanique, neurologique ou neuro-vasculaire.
- La structure qui s'exprime (SQS).
- Le phénomène déclenchant s'il est connu.
- Connaître les antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux, traumatiques et familiaux) de la patiente en lien ou non avec sa plainte : ce qui nous permettra de définir des lésions irréversibles.
- Mettre en évidence des variables de régulation en lien avec la plainte, que l'on pourra traiter dans un second temps après avoir traité la SQS.

○ Les structures à investiguer

À la suite de notre anamnèse, nous investiguons manuellement la patiente en commençant toujours par la zone de sa plainte.

Notre investigation commence toujours du local au distal vers les variables de régulations mécaniques, neurologiques et neuro-vasculaires.

Si notre investigation par les tests de résistance local est négative, il peut y avoir plusieurs causes possibles :

- **Une hyperfonction fonctionnelle** : utilisation aberrante d'une structure.
- **Une hyperfonction pathologique** : on recherche une lésion au sein du système en relation avec la SQS.
- **Une douleur projetée** : on investiguera les structures en rapport avec l'étage métamérique (dermatome, myotome, viscérotome, sclérotome, angiotome, neurotome).

○ Les variables de régulations

Les variables de régulations investiguées seront :

- **Variables mécaniques** : le tissu conjonctif est mécaniquement en lien à distance avec la SQS. (Ex : la cheville avec le genou et la hanche.)
- **Variables neurologiques** : C'est le système nerveux-cérébro-spinal qui s'exprime à travers le système moteur et sensitif par un système à un neurone, un centre médullaire et un centre ganglionnaire.
- **Variables neuro-végétatives** : Le Système Nerveux Autonome (SNA) se divise en Système orthosympathique et parasympathique. Il existe une variabilité inter-individuelle de l'expression du SNA, c'est pourquoi une schématisation a été définie. (32)
Le contingent parasympathique est constitué du nerf Vague (X) et le système para-crânien et para-sacré. (Annexe 4)

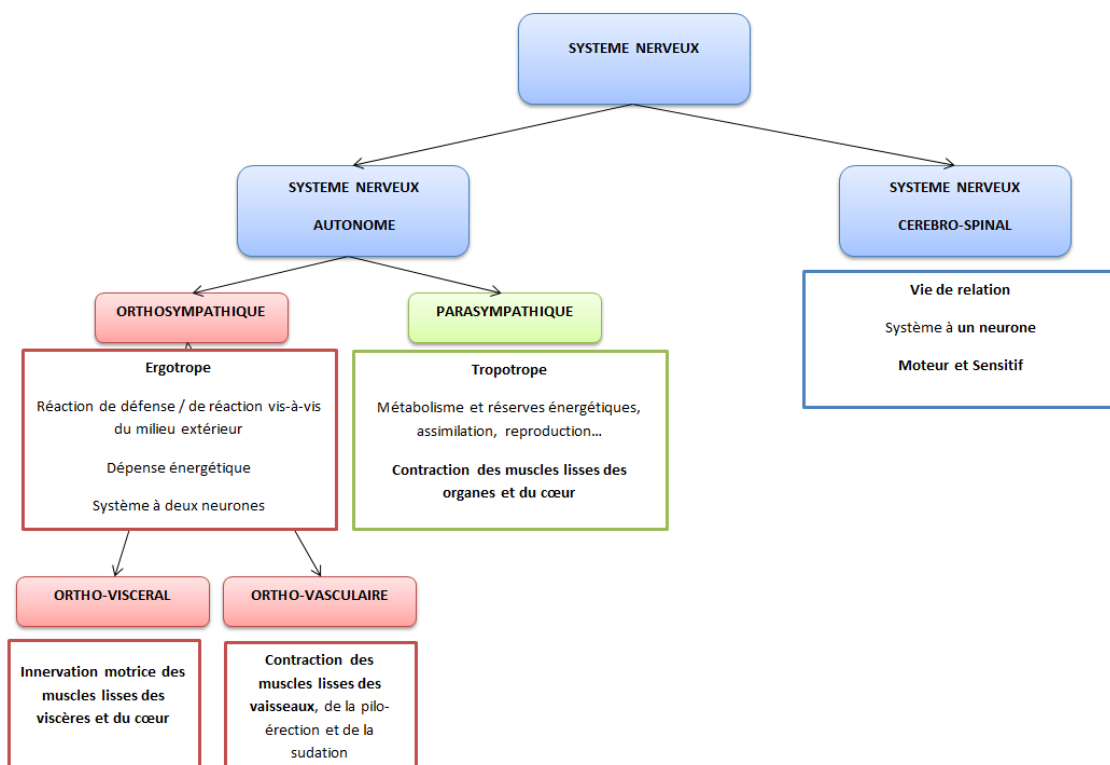


Fig. 7 : Schéma du Système Nerveux.

3.2 Intérêts de l'ostéopathie dans la prise en charge des dysménorrhées

A travers la littérature scientifique, on observe que les dysménorrhées et le soin manuel ostéopathique, est un sujet d'étude qui a été investigué depuis de nombreuses années.

En effet, en 1996, une étude porte sur le travail à haute vitesse et faible amplitude, « Efficacy of high-velocity low-amplitude manipulative technique in subjects with low-back pain during menstrual cramping ». (33) Les résultats de l'étude montrent une efficacité significative du traitement dans les douleurs rachidiennes lors des crampes menstruelles.

Plus tard, en 2010, une revue de littérature Cochrane « Spinal manipulation for dysmenorrhea », ne permet pas de mettre en avant des effets significatifs de la manipulation vertébrale. (34)

De plus en plus d'études se réalisent dans ce domaine, en corrélation avec le développement de la médecine autour de la santé de la femme.

A travers mes recherches au sein de la littérature scientifique, je m'aperçois que d'autres étudiants ont également porté leur intérêt sur la prise en charge des dysménorrhées dans le cadre de leur mémoire.

C'est le cas d'une revue systématique de 2020, « Effet de l'ostéopathie sur les patientes atteintes de dysménorrhées », réalisé dans le cadre d'un mémoire d'ostéopathie, qui met en évidence une tendance positive statistique et clinique de l'effet de l'ostéopathie sur les patientes atteintes de dysménorrhées. (35)

Une étudiante néo-zélandaise, a également traité cette question, à travers l'entretien de 8 femmes, dans son mémoire intitulé « Prise en charge ostéopathique de la dysménorrhée : un aperçu qualitatif. », qui met en lien l'impact de la dysménorrhée sur la qualité de vie des femmes et l'amélioration de la prise en charge grâce à l'ostéopathie. Elle souligne également les difficultés d'accès aux soins pour certaines femmes (connaissances, financier...). (17)

En effet, certaines études mettent en avant l'apport de l'ostéopathie dans la prise en charge des patientes souffrant de dysménorrhées.

En 2021, l'étude de cas d'une patiente, « Secondary dysmenorrhea and dyspareunia associated with pelvic girdle dysfunction : A case report and review of literature », portait sur le lien entre les dysménorrhées secondaires et un dysfonctionnement de la ceinture pelvienne.

Après avoir reçu 4 séances d'ostéopathie, la patiente objective une diminution de 70% de ses douleurs mesurées par 3 échelles de douleurs.

Par ailleurs une amélioration du positionnement ovarien et la libération du cul de sac de Douglas ont été objectivés par IRM, jusqu'à la guérison complète après 24 mois. (36)

Même si ce cas d'étude est unique et ne représente pas une cohorte, l'objectivation par l'imagerie de l'incidence des soins de thérapie manuelle est intéressante et sera peut-être dans le futur un moyen de mieux comprendre et démontrer l'efficacité des soins d'ostéopathie.

La pérennité des traitements ostéopathiques à long terme est également une question intéressante.

C'est ce qu'une étude de 2017, "Somato-Visceral Effects in the Treatment of Dysmenorrhea : Neuromuscular Manual Therapy and Standard Pharmacological Treatment." (37) met en avant en comparant l'effet d'un traitement neuromusculaire somato-viscéral avec un traitement pharmacologique (Ibuprofène et Naproxen) sur 60 femmes dans le traitement des dysménorrhées.

Le traitement manuel serait plus efficace dans le temps, soit 4 semaines de plus que le traitement médicamenteux et sans générer d'effets secondaires.

C'est également la question posée dans une étude de 2004, « Traitement ostéopathique pour patientes atteintes de dysménorrhées primaires. » (38), qui met en évidence une diminution des douleurs associées au dysménorrhées primaires et une diminution de la prise de médicaments par les patientes.

La comparaison est intéressante car le traitement médicamenteux est le premier axe de traitement recommandé. (2) (20)

Plusieurs autres études, montrent un intérêt thérapeutique identique entre le traitement manuel (TM) et le traitement médicamenteux (28) (38) (39) (40)

D'après l'étude, « Évaluation des niveaux de progestérone et des dysménorrhées après la thérapie manuelle chez les jeunes femmes, en relation avec l'utilisation de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens » (28), la thérapie manuelle aurait un impact sur les hormones sexuelles. Elle influencerait la diminution du taux de progestérone, et contrairement aux traitements médicamenteux, elle raccourcirait également la durée des dysménorrhées.

En 2022, la même équipe de recherche confirme que la Thérapie Manuelle et l'Ibuprofène diminue le taux de progestérone mais que seule la TM a un impact sur le dysfonctionnement contractile musculaire chez les jeunes femmes atteintes de dysménorrhées primaires, à travers l'étude « Effect of manual therapy compared to Ibuprofen on primary dysmenorrhea in young women—Concentration assessment of C-Reactive Protein, Vascular Endothelial Growth Factor, Prostaglandins and sex hormones » (40).

D'après une revue systématique, « La connexion somatique », une étude compare le traitement anti-inflammatoire et le traitement neuro-musculaire manuel. Parmi les 60 patientes, les 2 traitements montrent une efficacité significative, avec une diminution de l'intensité des douleurs par la TM supérieure à celle des AINS. (39)

On peut mettre en lien les 2 études, qui suggèrent une action bénéfique de la thérapie manuelle, la première sur le taux de progestérone (comme les traitements contraceptifs), la seconde sur la baisse du taux de prostaglandines (comme les AINS) générant une diminution des douleurs par diminution de l'hypercontractilité myométriale induisant une vasoconstriction artériolaire et une hypoxie tissulaire responsable des douleurs.

Une étude de 2013, « Effet du traitement ostéopathique sur la dysménorrhée » (41), de petite cohorte, suggère qu'en plus d'un niveau accru de PGF2alpha, les adhérences viscérales pourraient jouer un rôle dans le développement des crampes menstruelles et pelviennes et donc les douleurs de dysménorrhées.

D'autres études soulignent l'amélioration significative des symptômes dans le cadre des dysménorrhées primaires, comme l'étude « Traitement ostéopathique chez les patientes atteintes de dysménorrhée primaire : un essai contrôlé randomisé. » (42) et l'étude « Changes in Pain Perception after Pelvis Manipulation in Women with Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial » (43).

A travers mes recherches, je me suis aperçue que d'autres études sont également menées dans le domaine des douleurs pelviennes. L'étude clinique, « Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie » montre une amélioration de 76% des symptômes

suite à un travail sur les ligaments utéro-sacrés, qui peut être commun au traitement des dysménorrhées. (5)

De la même manière, des études portant sur des douleurs rachidiennes et lombo-abdomino-pelviennes chez les femmes enceintes ou en post – partum, obtiennent des résultats également encourageants et suggèrent de poursuivre les recherches. (44) (45)(46)

Il serait intéressant de croiser ces données avec celles liées à la prise en charge des dysménorrhées, les structures investiguées et traitées étant en lien ou identiques.

C'est ce que met en évidence une revue systématique de 2016, « Osteopathic manipulative treatment in gynecology and obstetrics » (47), qui a été réinvestiguée par la même équipe en 2022 dans la revue systématique « The role of osteopathic care in gynecology and Obstetrics: An updated systematic review. » (26), concernant les soins ostéopathiques en gynécologie et en obstétrique. Ils concluent à une augmentation de la quantité et de la qualité des études sur le sujet. Cependant, même si les études montrent une efficacité des soins, les résultats sont trop hétérogènes pour amener une analyse quantitative et des recommandations cliniques.

En revanche ils soulignent l'efficacité de l'ostéopathie dans le traitement des troubles musculosquelettiques et des maladies neurologiques. En effet, de nouvelles recherches indiqueraient que le traitement ostéopathique modifie l'activité neurophysiologique et cérébrale.

D'après un examen de la portée de 2021, "International overview of somatic dysfunction assessment and treatment in the osteopathic research: a scoping review." (48), la Thérapie Manuelle Ostéopathique (TMO) modulerait les activités neurophysiologiques et cérébrales. Cette modification de la perfusion cérébrale et des variations de la fréquence cardiaque seraient retrouvées après la TMO.

Ces actions sur les dysfonctions somatiques permettraient une action sur les fonctions régulatrices associées à un signe inflammatoire palpable dans les changements corporels dans différentes régions pouvant être à distance.

En 2014, un essai contrôlé randomisé, « Manipulation chez les femmes atteintes de dysménorrhée primaire : un essai contrôlé randomisé » (49), a également mis en évidence une amélioration à court terme de la douleur lombaire pelvienne à la suite d'une technique de manipulation globale du bassin en bilatérale chez la femme souffrant de dysménorrhées.

La douleur à la pression perçue sur les articulations sacro-iliaques était diminuée et le taux de sérotonine était augmenté. La sérotonine étant un inhibiteur de l'activité cérébrale liée à la douleur.

La douleur est le premier symptôme des dysménorrhées, la poursuite des études en lien avec les modulations neuro-physiques suite aux manipulations ostéopathiques seront peut-être la clé pour mieux comprendre notre action thérapeutique dans les années à venir.

3.3 La dysménorrhée d'un point de vue de l'ostéopathie structurale selon le MFOS

Après avoir établi le concept ostéopathique structurel tel que nous l'envisageons et investigué la littérature ostéopathique dans le traitement des dysménorrhées, nous pouvons à présent appliquer notre raisonnement théorique à la pratique.

Nous pouvons concevoir que le tissu conjonctif environnant, par exemple la zone de l'utérus, s'il est touché par un manque d'élasticité et de déformabilité, entraînera une moins bonne vascularisation de la zone conjonctive et donc un défaut de perfusion vasculaire locale.

La diminution de la perfusion artérielle pourrait favoriser l'hypercontractilité du myomètre, la vasoconstriction artériolaire ainsi que l'hypoxie tissulaire qui sont les 3 mécanismes dysménorrhéiques.

Ce qui dans un second temps pourrait provoquer ou entretenir un dysfonctionnement de la fonction utérine et ovarienne et être à l'origine d'une expression douloureuse.

Il en va de même concernant les variables de régulations neurologiques, mécaniques et vasculaires à distance.

Concernant la variable neurologique, on s'intéressera au conjonctif de la partie viscérale basse et du petit bassin sans oublier l'étage de ramification direct des organes génitaux. (32)

D'après nos recherches au sein de la littérature scientifique, les manipulations ostéopathiques manuelles pourraient favoriser, au même titre que les anti-inflammatoires, la diminution de prostaglandines responsables de l'hypercontractilité myométriales. Tout comme le travail sur les ligaments utéro-sacrés tendrait à diminuer les douleurs pelviennes.

Nous allons à présent présenter les investigations et les techniques ostéopathiques structurales.

3.3.1 Techniques et prise en charge de l'ostéopathie structurale

Zone d'investigation

Le bassin osseux (12) :

Dans le cadre d'une investigation de la mécanique locale nous évaluerons si l'ensemble des articulations du bassin sont libres :

- Sacro-iliaques
- Sacro-coccygienne
- Lombo-sacrées L5-S1
- Symphyse pubienne
- Coxo-fémorales

Sans oublier, d'investiguer la qualité de déformabilité et d'élasticité du tissu conjonctif osseux du sacrum, du coccyx et de l'iliaque de la tubérosité ischiatique jusqu'à la symphyse.

Les structures ligamentaires (12) :

- Ligaments sacro-tubérales
- Ligaments sacro-iliaques postéro-inférieurs
- Ligaments sacro-iliaques postérieurs
- Ligaments sacro-iliaques antérieurs
- Ligaments supra-épineux sacré
- Les membranes obturatrices
- Le ligament longitudinal antérieur lombo-sacré
- Les ligaments utéro-sacrés

Les muscles (12) :

Face antérieure :

- Ilio-psoas
- Tenseur du fascia Lata
- Sartorius
- Droit fémoral
- Pectinée adducteurs
- Insertion distale des abdominaux

Face postérieure :

- Les pelvitrochantériens : Obturateur interne et externe, Piriforme, les Jumeaux supérieur et inférieur, le Carré fémoral et le Moyen et Petit-fessier.
- Le Grand fessier
- Les Ischios-jambiers

Les cadrans viscéraux (12) :

- **L'hypogastre** : l'abord de cette région nous permet d'investiguer le tissu conjonctif péri-utérin, vésical ainsi que les culs de sacs vésico-utérins et recto-utérin (ce dernier est plus difficile d'accès par voie externe).
- **Les fosses iliaques** : à droite concernant le caecum et le début du côlon ascendant associée à une symptomatologie de type gaz et ballonnement. A gauche, concernant le côlon sigmoïde en lien avec la symptomatologie de constipation et en lien mécanique direct avec l'utérus.
- **Les hypochondres** : permettant l'abord des angles coliques dans le cadre de la constipation et également à gauche l'abord du tissu conjonctif péri-hépatique qui est majoritairement irrigué par la veine porte pouvant induire une incidence de la fonction vasculaire de la région du petit bassin.

Les variables neuro-végétatives de l'utérus (32) :

- **Le système orthosympathique :**

Investiguer la zone D12-L2 et jusqu'en T5 (innervation organes génitaux).

Ortho-vasculaire : C8-L2, les nerfs splanchniques (via les Ganglions pré-cathénaires logés proche ou dans l'organe en question) et les rameaux vasculaires direct (D5-L2 médullaire et L5-Sacrum pour l'utérus).

Ortho-viscéral : D10-L2 et le Conjonctif viscéral bas via le plexus hypogastriques proche organe et intra-muraux.

- **Le système parasympathique :**

Le **sacrum** doit être investigué afin de stimuler le système **Para-sacré** qui agira directement sur les fibres musculaires lisses utérines ainsi que le tube digestif à partir de l'angle colique gauche.

Le **trou déchiré postérieur** doit être investigué afin de stimuler le **Nerf vague (X)** qui agira sur la partie viscérale en amont de l'angle colique gauche.

La peau :

On retrouve fréquemment des adhérences au niveau de la région lombo-sacrée et on peut retrouver un bombement « pamplemousse » à la base du sacrum associé à des varicosités.

Cette observation doit nous interroger sur une possible congestion du petit bassin. (50)

Nous pourrions utiliser des techniques dites de « palper-rouler », de crochetage ou encore des ventouses.

✚ Les techniques majeures

Les techniques seront pratiquées uniquement sur les zones investiguées ayant révélées des lésions tissulaires réversibles (LTR).

Nous exposerons 4 techniques viscérales majeures utilisées dans le traitement des dysménorrhées. (51)

1) La grande manœuvre circulatoire ou dynamogénique



Figure 24 : Manœuvre dynamogénique réalisée par Hélène DUVAL pour Physio Académie (45)

But	Manœuvre fonctionnelle qui permet de relancer la circulation générale et de décongestionner le petit bassin
Position du patient	Décubitus dorsal avec coussin sous la tête, genoux fléchis pour permettre une détente des abdominaux
Position du thérapeute	En fente en direction des pieds du patient
Plan et prises	Plan frontal Prises avec les deux mains, bord ulnaire des 5èmes doigts Penser à faire un pli d'aisance Repérage du pubis, venir au plus près
Techniques	Descendre dans la profondeur avec un mouvement de pied de biche Ramener avec son corps ses mains vers le haut avec une action vibratoire si besoin. Pour obtenir une action réflexe utiliser la descente du diaphragme.

2) Abord antérieur du ligament vertébral commun antérieur



Figure 25 : Abord antérieur du promontoire sacré réalisée par Hélène DUVAL pour Physio Académie (45)

But	Travail du ligament vertébral commun antérieur
Position du patient	Décubitus dorsal avec coussin sous la tête Privilégier genoux tendus pour faire ressortir les vertèbres vers le haut
Position du thérapeute	Latéralement au patient Pour lombaires moyennes : de face au côté du patient Pour le promontoire sacré : en fente, tête vers les pieds
Plan et prises	Plan frontal Prises avec le bord ulnaire des 5 ^{ème} s doigts
Techniques	Poncing crânio-podal jusqu'à sédation de la douleur Intérêt +++ du promontoire sacré dans les problèmes du petit bassin

3) Corps de l'utérus



Figure 26 : Technique de travail du corps de l'utérus réalisée par Hélène DUVAL pour Physio Académie (45)

But	Décoller le cul de sac de Douglas
Position du patient	Décubitus dorsal avec coussin sous la tête, genoux fléchis pour permettre une détente des abdominaux
Position du thérapeute	Latéralement et perpendiculairement au patient
Plan et prises	Plan frontal Prises : (en regard du corps de l'utérus) ➤ Main crâniale : index et majeur de part et d'autres de la symphyse pubienne ➤ Main caudale : sus-pubienne
Techniques	Descendre à la profondeur Traction dans l'axe de la résistance repérée +/- Vibrations

4) Cul de sac de Douglas



Figure 28 : technique de décollement du cul de sac de Douglas réalisée par Hélène DUVAL pour Physio Académie

But	Décollement du cul de sac de Douglas par effet de dépression
Position du patient	Décubitus latéral ¾ ventral, coussin sous la tête, genoux fléchis
Position du thérapeute	Derrière la patiente Bras caudal sous la jambe supérieure Rq : table rehaussée pour être au plus proche du patient
Plan et prises	Plan frontal Prises : bord cubital des mains dans la continuité placée sur le bord latérale en regard du corps de l'utérus
Techniques	Pied de biche vers l'arrière Soulever les mains par le corps par une bascule en arrière Lâcher brutalement en repoussant ses mains vers le bas par une légère poussée thoracique sur le sacrum de la patiente Ne jamais perdre le contact avec la patiente

4 HYPOTHESE

Je fais l'hypothèse que les professionnels de santé ; médecins généralistes, gynécologues et sages – femmes sont enclins à l'orientation des patientes souffrant de dysménorrhées vers le traitement ostéopathique.

5 MATERIEL ET METHODE

L'utilisation d'un questionnaire m'a paru le meilleur moyen de répondre à mon interrogation, à savoir si les médecins généralistes, les gynécologues et les sages - femmes sont enclins à orienter les patientes souffrant de dysménorrhées vers le soin ostéopathique ; grâce au recueil direct des données auprès des professionnels de santé concernés.

5.1 *Avantages d'un questionnaire*

Le questionnaire permet une étude quantitative et objective des données recueillies.

L'un des avantages du questionnaire est son objectivité. En effet, les questions et les réponses sont identiques pour chaque participant, contrairement par exemple aux interviews.

L'anonymat des participants participe également au critère objectif du questionnaire.

De manière générale, l'intérêt du questionnaire est sa diffusion rapide, facile, peu coûteuse et surtout la possibilité de le diffuser au plus grand nombre. La diffusion à grande échelle permettant de renforcer la valeur des données recueillies.

Ces dernières pourront être traduites en pourcentage permettant ainsi une lecture facile et rapide des résultats.

L'utilisation d'un questionnaire permet également un échange et une prise de contact avec l'ensemble des professionnels de santé intervenants dans la prise en charge, permettant peut-être à l'issu de ce questionnaire un partage d'informations afin d'améliorer la prise en charge des patientes et faire rayonner le traitement ostéopathique dans le traitement des dysménorrhées.

5.2 *Inconvénients d'un questionnaire*

La plus grande difficulté de l'outil du questionnaire peut-être le faible taux de participation.

5.3 Élaboration d'un questionnaire

Je me suis inspirée de certains questionnaires établis au sein de mon Institut de formation IFSO de Rennes (52) que j'ai adaptés à mon questionnement, à la population ciblée et à la pathologie concernée.

5.3.1 Objet de l'enquête

L'objet de cette enquête est de savoir si les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes sont favorables ou non à l'inclusion du traitement ostéopathique dans la prise en charge des dysménorrhées chez la femme, de la puberté à la ménopause.

5.3.2 Hypothèse de l'enquête

Je fais l'hypothèse que les professionnels de santé sont favorables à l'inclusion d'un traitement d'ostéopathie, grâce à la diffusion depuis plusieurs années de l'ostéopathie dans le domaine du soin en France. Par ailleurs, les nombreuses études retrouvées dans la littérature scientifique soulignent l'intérêt de la recherche pour l'ostéopathie dans le traitement des dysménorrhées.

5.3.3 Population ciblée

J'ai décidé d'étendre mon questionnaire à une partie des professionnels de santé qui sont amenés à soigner les femmes dans le cadre des dysménorrhées d'un point de vue physiologique : les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes qui sont de plus en plus souvent en première ligne dans le suivi gynécologique des patientes.

J'ai volontairement exclu les autres professionnels de santé comme par exemple les psychiatres et les algologues qui peuvent également intervenir dans le parcours de soins.

5.3.4 Échantillon minimum

La capacité de mise en œuvre de ce mémoire étant restreinte, comparée aux études à l'échelon régional ou national, j'espère cependant recevoir le plus grand nombre de réponses possibles permettant une plus grande valeur scientifique des résultats.

5.3.5 Tester le questionnaire

Je me suis inspirée de la base du questionnaire de Matthieu SEVILLA, adapté à mon sujet, pour ces questions-réponses courtes, précises, non ambiguës et sans volonté de mettre en difficulté les participants au questionnaire. (52)

Ces questions et propositions de réponses ont été adaptées avec ma directrice de mémoire, Madame Valérie Charton. (Annexe 5)

5.4 Distribution du questionnaire

Le questionnaire sera diffusé auprès des praticiens sans limite géographique mais sera destiné aux professionnels de santé concernés exerçant sur le territoire français.

L'objectif est de faciliter au maximum la réalisation du questionnaire pour les professionnels de santé concernés : les médecins généralistes, les gynécologues et les sages – femmes dont le temps est précieux et restreint.

C'est pourquoi, nous ferons le choix d'un questionnaire en ligne rapide et facile à remplir et à transmettre. Ce lien a été transmis au service de gynécologie-obstétrique et de sages-femmes des établissements suivants : CHU de Cholet, la Clinique Santé Atlantique (NANTES) et la Clinique La Sagesse (RENNES).

J'ai également déposé par courrier avec lettres pré-postées le questionnaire sous format papier dans les cabinets de gynécologie, de médecine générale et de sages-femmes dans un rayon de 2km autour de mon cabinet.

J'ai laissé mon questionnaire en accessibilité de décembre à avril 2024.

6 RESULTATS

Le résultat de mon enquête a totalisé 23 réponses, ce qui est peu au vu de la large distribution auprès des services de certains établissements qui regroupent un grand nombre de praticiens.

Je pensais, grâce à ce relais directement interne, obtenir plus de réponses : peut-être qu'un contact direct avec les soignants aurait été plus favorable mais même au sein des cabinets de ville je n'ai par ailleurs pas pu être en contact direct avec les professionnels de santé lors du dépôt de mes questionnaires papiers au sein des cabinets (secrétariat, boîte aux lettres).

Le retour des questionnaires papier s'est fait par envoi avec l'enveloppe préimprimée fournie.

20 réponses ont été rédigées en ligne et 3 expédiées par courrier.

Évidemment, j'ai conscience que les professionnels de santé sont extrêmement sollicités et manquent de temps.

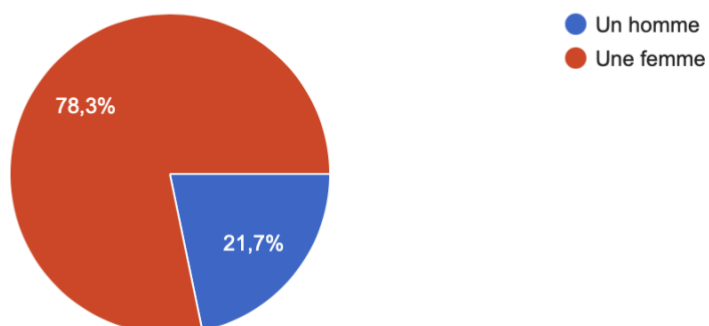
J'ai regroupé les réponses papier et en ligne afin d'obtenir les statistiques suivantes.

Voici l'ensemble des réponses aux 16 questions sous formes de diagrammes.

Fig. 1 : Pourcentage de femme et d'homme parmi les répondants.

Êtes - vous ?

23 réponses

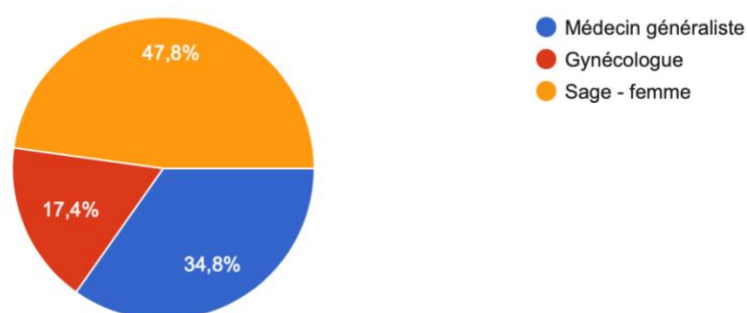


D'après les résultats, 18 femmes et 5 hommes ont répondu à ce questionnaire.

Fig., 2 : Pourcentage de gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes dans la population interrogée.

Êtes - vous ?

23 réponses



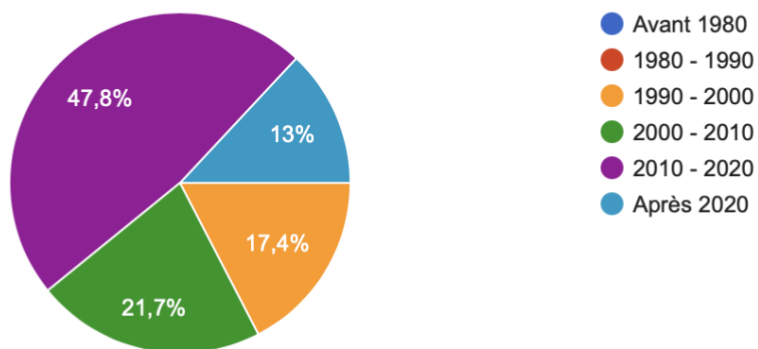
Parmi la population des répondants, il y a :

- 11 sages-femmes
- 8 médecins généralistes
- 4 gynécologues

Fig,3 : Pourcentage de professionnels de santé diplômés en fonction des années.

En quelle année avez-vous été diplômé-e ?

23 réponses



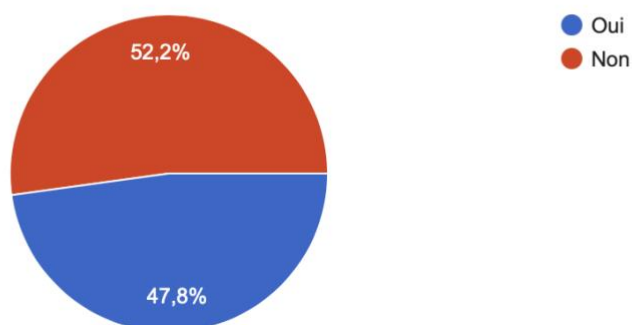
Parmi les praticiens l'année de diplomation a eu lieu :

- 11 entre 2010 et 2020
- 5 entre 2000 et 2010
- 4 entre 1990 et 2000
- 3 après 2020

Fig.4 : Pourcentage de professionnels ayant réalisé une formation complémentaire en gynécologie après leur diplôme.

Avez – vous réalisé des formations complémentaires après votre diplôme dans le domaine de la gynéco-obstétrique ?

23 réponses



Parmi les professionnels de santé interrogés :

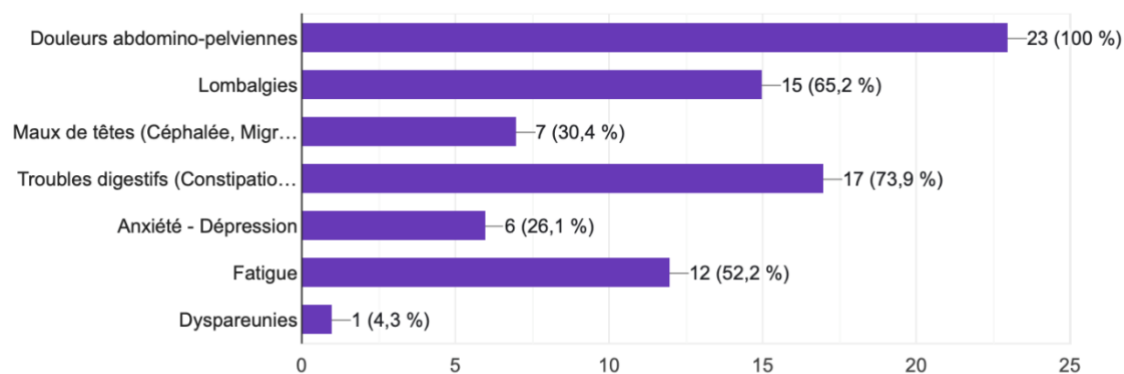
- 12 n'ont pas réalisé de formations dans ce domaine
- 11 ont réalisé une formation complémentaire en gynéco-obstétrique

Fig. 5 : Pourcentage des symptômes de dysménorrhées les plus fréquemment rencontrés par les soignants.

Quels symptômes rencontrés vous le plus souvent chez les patientes souffrant de dysménorrhées (plusieurs réponses possibles) ?

 Copier

23 réponses



Parmi les symptômes liés aux dysménorrhées :

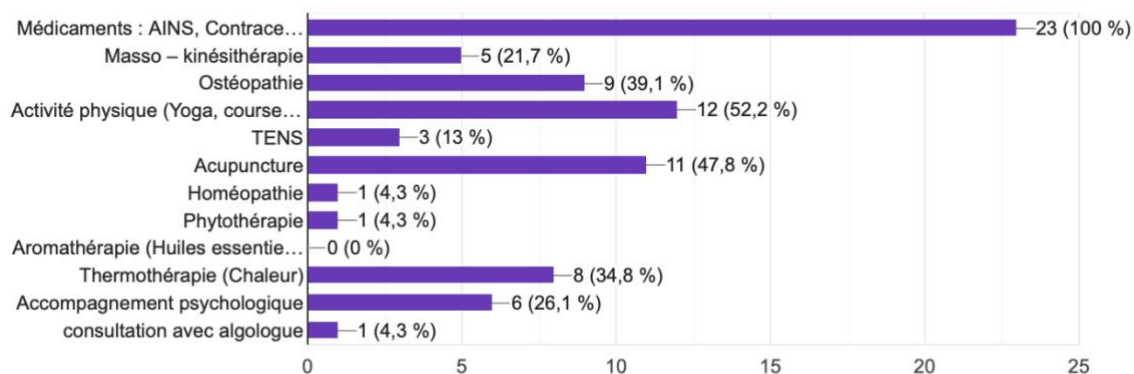
- Les 23 participants recueillent des douleurs abdomino-pelviennes
- 17 des troubles digestifs
- 15 des lombalgies
- 12 une fatigue
- 7 des maux de tête
- 6 de l'anxiété et de la dépression
- 1 des dyspareunies

Fig. 6 : Traitements proposés aux patientes par les professionnels de santé.

 Copier

Que proposez-vous aux patientes atteintes de ces symptômes ?

23 réponses



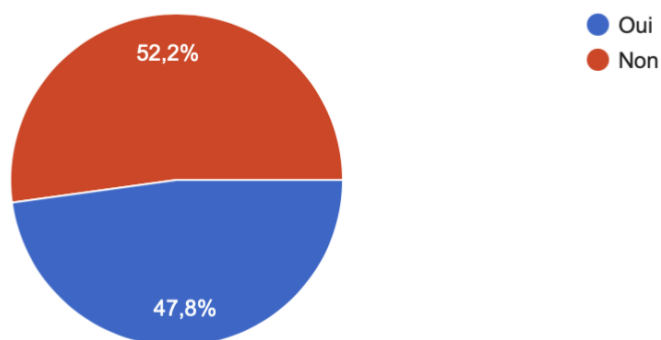
Les traitements proposés sont :

- Tous proposent un traitement médicamenteux (23)
- 12 suggèrent la pratique d'activités physique régulière
- 11 le soin d'acupuncture
- 9 le soin d'ostéopathie
- 8 le traitement par la chaleur
- 6 un accompagnement psychologique
- 5 une prise en charge kinésithérapique
- 3 l'utilisation d'un TENS
- 1 la phytothérapie
- 1 l'homéopathie
- 1 une prise en charge avec un algologue (également ostéopathe)
- Aucun ne conseille l'utilisation d'huiles essentielles.

Fig. 7 : Connaissance du champ de compétences de l'ostéopathe.

Connaissez-vous les champs de compétences des ostéopathes ?

23 réponses

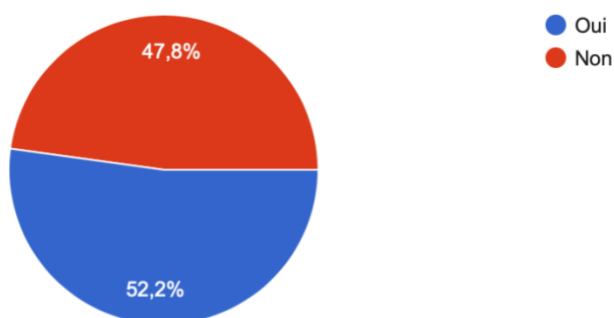


12 soignants répondent ne pas connaître les champs de compétences des ostéopathes contre 11 qui répondent en avoir connaissance.

Fig. 8 : Connaissance de la capacité d'action de l'ostéopathe dans la prise en charge des dysménorrhées.

Savez-vous si les dysménorrhées font partie du champ d'action du traitement ostéopathique ?

23 réponses

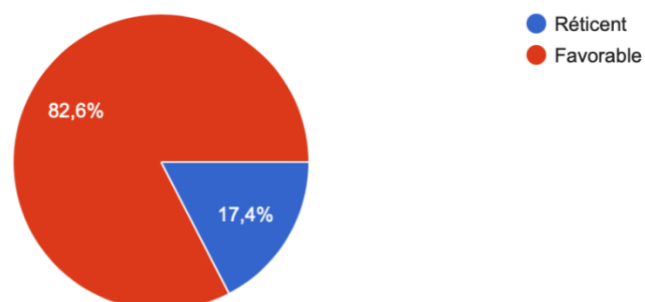


11 soignants ne savent pas que les dysménorrhées font partie de la prise en charge ostéopathiques contre 12 soignants qui en sont informés.

Fig. 9 : Avis concernant la prise en charge des dysménorrhées par un ostéopathe.

Seriez- vous enclin à conseiller à une patiente un traitement ostéopathique pour soulager ses dysménorrhées ?

23 réponses



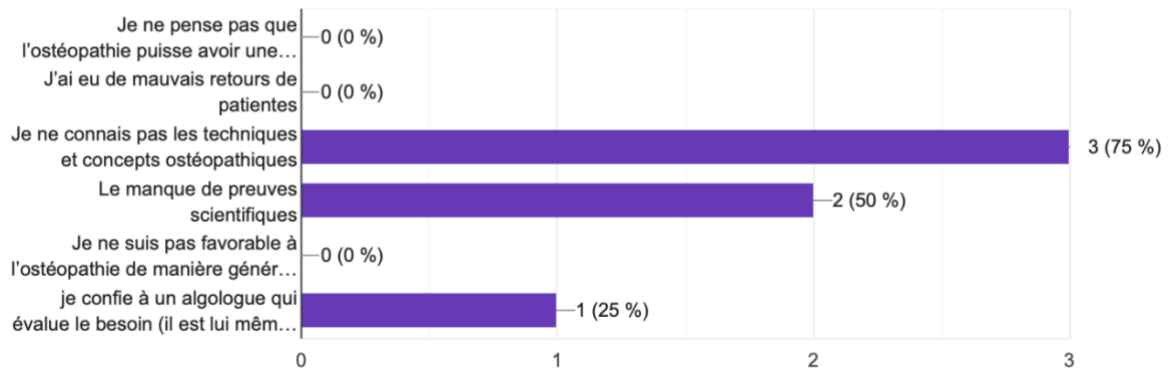
19 des professionnels de santé sont favorables à la prise en charge des patientes en soin d'ostéopathie dans le cadre de la prise en charge des dysménorrhées contre 4 soignants réticents.

Fig. 10 : Raison(s) de la réticence de certains professionnels de santé au traitement ostéopathique dans le cadre des dysménorrhées.



Pourquoi êtes-vous réticent (plusieurs réponses possibles) ?

4 réponses



Sur les 4 praticiens concernés :

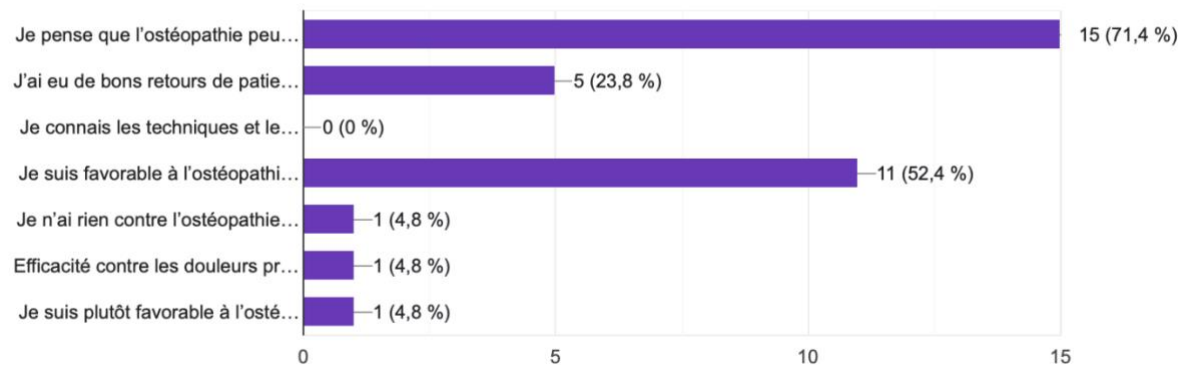
- 3 confient avoir une méconnaissance des techniques et des concepts ostéopathiques
- 2 soulignent le manque de preuve scientifique actuel
- 1 des soignants « confie ses patients à un algologue qui évalue le besoin (il est lui-même ostéopathe) ».

Fig. 11 : Raison(s) favorable(s) à la prise en charge ostéopathique des patientes souffrant de dysménorrhées.

Pourquoi êtes-vous favorable (plusieurs réponses possibles) ?

 Copier

21 réponses



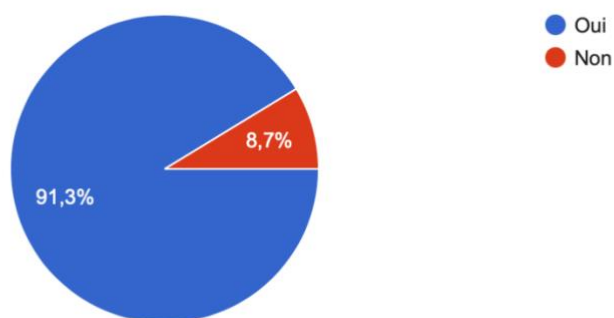
Parmi les praticiens favorables au soin :

- 15 praticiens sont convaincus de l'efficacité de l'ostéopathie sur les symptômes de dysménorrhées
- 11 sont favorables à l'ostéopathie de manière générale
- 1 n'est pas défavorable sans pour autant être convaincu
- 1 souligne « l'efficacité contre les douleurs projetées et l'hypersensibilité »
- 5 ont eu des retours positifs de patientes
- Contre 1 soignant qui souligne « être plutôt favorable à l'ostéopathie mais avoir aussi beaucoup de retours catastrophiques ».

Fig. 12 : Distinction entre soin de kinésithérapie et soin d'ostéopathie.

Connaissez – vous la différence entre un soin d'ostéopathie et un soin de kinésithérapie ?

23 réponses

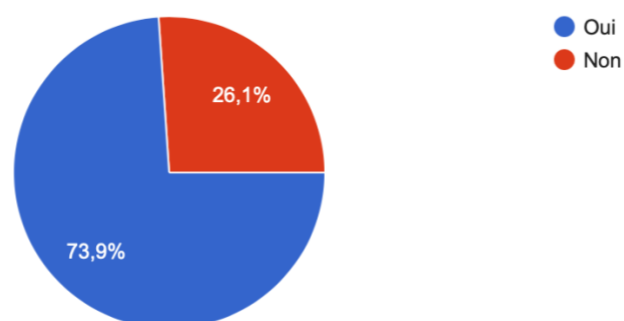


La majorité des professionnels de santé interrogés, soit 21 d'entre eux, connaissent la différence entre le soin de kinésithérapie et le soin d'ostéopathie, contre 2 praticiens n'étant pas informés des différences.

Fig. 13 : Majoration de la confiance pour les ostéopathes également professionnels de santé.

Auriez – vous plus confiance en un ostéopathe également professionnel de santé (par exemple masseur-kinésithérapeute) ?

23 réponses

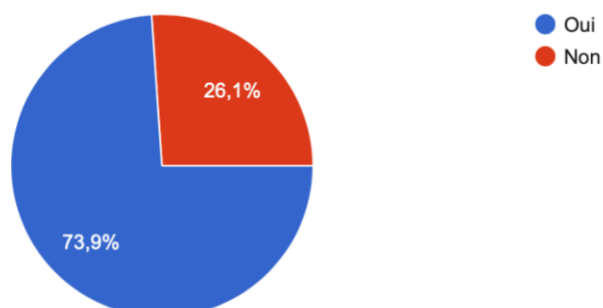


La majorité, soit 17 des praticiens, ont répondu avoir plus confiance en un ostéopathe également professionnel de santé, contre 6 dont la confiance envers l'ostéopathe est inchangée selon son statut.

Fig. 14 : Les professionnels de santé interrogés ont – ils déjà consulté un ostéopathe.

Avez – vous déjà consulté un ostéopathe ?

23 réponses

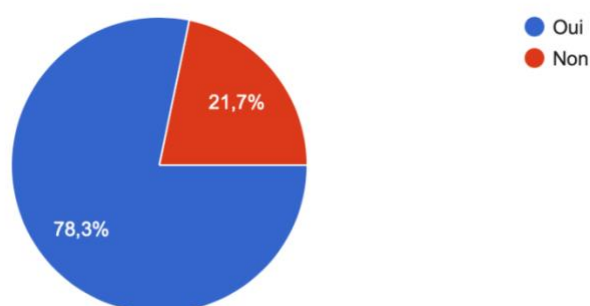


La majorité des répondants, 17 d'entre eux, ont déjà consulté un ostéopathe dans leur parcours de soins contre 6 soignants n'ayant jamais bénéficié de séances d'ostéopathie.

Fig. 15 : L'intérêt des professionnels de santé interrogés relatif à l'information du soin ostéopathique dans le traitement des dysménorrhées.

Auriez-vous envie d'être informé par un ostéopathe structurel à propos du traitement ostéopathique dans le traitement des dysménorrhées ?

23 réponses



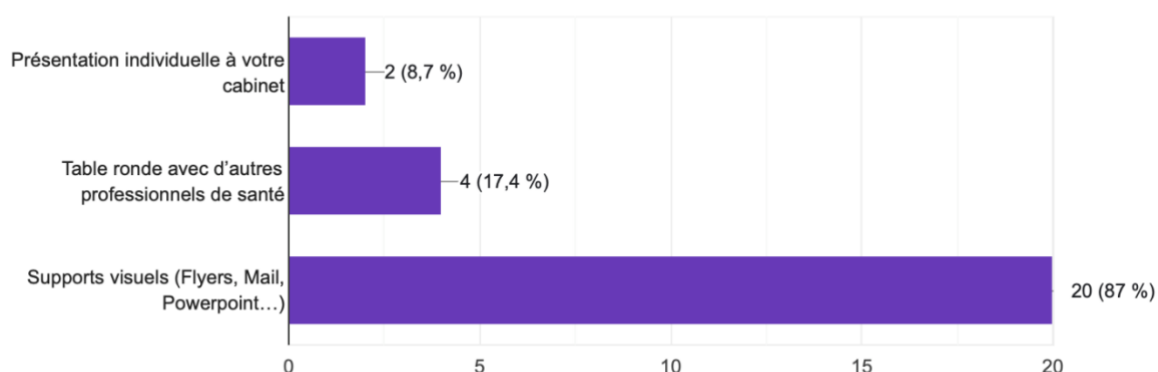
La majorité des soignants, soit 18 d'entre eux, souhaitent être informés à propos du traitement ostéopathique des dysménorrhées, contre 5 d'entre eux qui ne le souhaitent pas.

Fig. 16 : De quelle manière les professionnels de santé souhaitent -ils être informés.

Souhaitez-vous recevoir des informations par (plusieurs réponses possibles)

 Copier

23 réponses



Le mode d'informations :

- 20 professionnels de santé souhaitent un support visuel, soit une grande majorité.
- 4 une table ronde avec d'autres professionnels de santé
- 2 préfèrent une présentation individuelle à leur cabinet

Suite à l'erreur de paramétrage (cf. p.48), nous ne retiendrons que 18 réponses :

- 17 professionnels de santé souhaitent un support visuel, soit la majorité.
- 2 une table ronde avec d'autres professionnels de santé
- 2 préfèrent une présentation individuelle à leur cabinet

7 DISCUSSION

7.1 Points forts et biais de l'étude

Le premier biais de cette étude est le **faible nombre** de répondants, 23 professionnels de santé y ont répondu.

Le peu de réponses peut être lié à un autre biais que l'on pourrait appeler un biais de « **sélection d'intérêts** ».

Les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes qui ont pris le temps d'y répondre portent peut-être déjà un intérêt particulier à l'ostéopathie et/ou à la prise en charge des dysménorrhées.

Ils ont peut-être également une plus grande connaissance des offres de soins dans le traitement des dysménorrhées.

Afin d'éviter ce biais et pour renforcer mon questionnaire, j'ai décidé de ne **pas communiquer** ce questionnaire aux différents **acteurs de soins avec qui je travaille déjà** et qui orientent des patientes vers mon cabinet pour ce type de soins ou qui connaissent mes méthodes de travail.

Je n'ai également **pas souhaité intégrer les masseur-kinésithérapeutes**, craignant que la proximité physique au sein de nombreux cabinets et la double diplomation de certains kinésithérapeutes en ostéopathie (ou même ayant des notions de thérapie manuelle) puisse être un biais au sein de l'étude.

En effet, au sein même de l'école certaines formations concernant la prise en charge de la femme s'adressent de manière confondue aux kinésithérapeutes et aux ostéopathes.

Le temps de réponse consacré au questionnaire est primordial.

Les professionnels de santé manquent de temps que ce soit dans les structures publiques ou en exercice libéral. C'est pourquoi j'ai souhaité réaliser un questionnaire **rapide et facile** d'accès en utilisant majoritairement des questions fermées avec seulement 4 questions à réponses multiples.

Deuxième point qui me paraît important, **l'anonymat** des participants.

Il a été garanti par l'absence de lien entre le répondant (son adresse mail) et ses réponses.

L'adresse mail était obligatoire à remplir sous format en ligne mais il n'y a pas de lien entre les réponses et les répondants.

Peut-être aurais-je du mieux l'explicitier dans mon texte, afin de ne pas dissuader certains professionnels d'y répondre, et plus particulièrement dans le questionnaire en ligne car les réponses par papiers permettaient une plus grande liberté rédactionnelle.

Cela n'a pas favorisé cependant les réponses papiers qui sont au nombre de 3 sur 23 réponses.

L'anonymat des réponses étant préservé, l'accès à l'adresse mail permet par la suite d'échanger avec le plus grand nombre, notamment avec ceux auquel le questionnaire est parvenu par un tiers, confrère etc. et pour lesquels je n'aurai pas eu de possibilité d'échanges par la suite.

L'échange entre professionnels est la clé de développement de ce questionnaire.

N'ayant pas rencontré les médecins au sein des cabinets, les dépôts se sont faits auprès de leur secrétaire ou par voie postale.

Il n'y a donc pas pu avoir de « **biais d'influence** » à mon contact.

En revanche, la présentation qui précède le questionnaire a pu évidemment inconsciemment orienter certaines réponses.

Je me suis présentée comme masseur-kinésithérapeute et future ostéopathe, ce qui a peut-être induit les réponses de la question 13 « Auriez – vous plus confiance en un ostéopathe également professionnel de santé ? (Ex ; masseur-kinésithérapeute) ».

J'aurai pu également donner d'autres exemples de professions comme médecin ou infirmier(e).

Nous devons également souligner que les champs de compétences de l'ostéopathe en fonction des pathologies ne sont pas clairement définis, ce qui peut représenter un biais quant à l'analyse des données des questions 8 et 7. (53)

Enfin une erreur de paramétrage s'est glissée dans le questionnaire en ligne, obligeant la réponse à la question 14 sur le mode d'informations souhaités indépendamment du fait que les professionnels aient pu répondre à la question 13 qu'ils ne souhaitaient pas d'information.

C'est pourquoi les réponses des 5 praticiens ne souhaitant pas être informés seront isolées et analysées dans la partie suivante.

7.2 Analyse croisée des réponses et interprétations des résultats

Mon **hypothèse** de départ est donc **validée**, « **Les professionnels de santé sont favorables à l'inclusion d'un traitement d'ostéopathie dans le cadre des dysménorrhées** ».

Nous allons à présent discuter les résultats de cette enquête.

Les professions de santé depuis plusieurs années tendent à se féminiser pour aujourd'hui être majoritaire en France.

En effet, d'après le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, en 2024, 97,5% des sages-femmes sont des femmes. Dans notre étude les 11 sages-femmes sont des femmes.

Concernant les gynécologues, les femmes représentent 58% des praticiens en 2022, d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Au sein de notre étude elles représentent 50% des répondants, soit 2 sur 4.

Enfin d'après le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2018, 49% des médecins généralistes sont des femmes. Parallèlement dans notre étude 5 médecins sur 8 sont des femmes.

On peut observer que notre étude est assez représentative de la population interrogée, malgré une approximation des dates des sources. En revanche on ne peut donc pas corrélérer une intention de réponse liée au genre des répondants.

Par ailleurs il existe :

- 24 354 sages-femmes inscrit(e)s à l'ordre en France en 2024 (54)
- 2 113 gynécologues en France en 2022 (55)
- 99 500 médecins généralistes en France en 2023 (56)

Notre étude quant à elle regroupe 11 sages-femmes, 4 gynécologues et 8 médecins généralistes sur 23 répondants.

Notre groupe n'est donc pas représentatif de la répartition du nombre de soignants sur le territoire français toutes approximations confondues des dates et des sources.

Les sages-femmes représentent environ 19% des praticiens sur les 3 professions mais 47,8% du taux de participation au questionnaire. Les gynécologues représentent 1,67% de praticiens sur les 3 professions mais 17,4% de taux de participation au questionnaire. Les médecins généralistes représentent 78,9% de praticiens sur les 3 professions mais 34,8% du taux de participation au questionnaire.

Pour expliquer ces différences, nous pouvons suggérer que le déploiement de mon questionnaire n'a pas pu être aussi large en fonction des professions.

En effet, les médecins généralistes ont été contactés à une échelle individuelle, de cabinet de ville, contrairement aux sages-femmes et gynécologues qui ont pu être contactées à l'échelle de service d'un CHU, d'une clinique et d'une maternité.

Par ailleurs on peut suggérer que l'intérêt du sujet de ce questionnaire a pu susciter plus grandement l'intérêt des gynécologues et des sages-femmes, étant déjà spécialisés dans la prise en charge de la santé de la femme.

L'âge moyen des gynécologues est de 48 ans, des médecins généralistes de 51 ans et des sages-femmes de 40 ans. **L'âge moyen de diplomation** (parcours post-bac classique) est environ de 25 ans pour les sages-femmes et de 30 ans pour les médecins.

Nous pouvons en déduire que la majorité des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes en France ont été diplômés dans les années 2000 et 2010.

La plus grande part des participants, 47,8% ont été diplômés en 2010-2020 contre 21,7% entre 2000-2010.

Nous pouvons suggérer qu'une jeune génération de professionnels de santé a été plus sensible au sujet de ce questionnaire ou également plus à l'aise avec l'outil numérique.

Les professionnels de santé interrogés ayant participé à une **formation complémentaire** en gynécologie et/ ou obstétrique sont majoritairement des sages-femmes pour plus de la moitié (6/11 répondantes) et les gynécologues sans exceptions (4/4 des répondants) contre 1 médecin généraliste sur 8 interrogés.

Ce constat n'est pas surprenant car les formations complémentaires proposées aux professionnels de santé sont pour la plupart en lien avec leur spécialité et leur domaine de compétence. Les médecins généralistes représentent la population la moins orientée dans le domaine de la gynéco-obstétrique.

On peut suggérer que l'information sur le traitement des dysménorrhées pourrait être en priorité effectué auprès des médecins généralistes qui occupent une place de choix dans le suivi régulier et quotidien d'une grande partie de la population féminine.

Pour autant, **la fréquence des symptômes** observés par les soignants est homogène qu'elle que soit la profession et est en corrélation avec la littérature scientifique.

On pourrait en déduire que l'investigation à l'anamnèse réalisée par les 3 professions de santé est similaire et que le biais d'investigation lié à la spécialité n'est pas rencontré.

Cela suggère une approche transversale de la pathologie par l'ensemble des soignants qui peut faciliter le dialogue interprofessionnel et souligner la qualité de la prise en charge des patientes, que ce soit dans l'observation des symptômes ou dans les traitements proposés.

Les solutions thérapeutiques proposées aux patientes suivent en premier lieu les recommandations actuelles (2) par le traitement d'antalgiques, d'AINS et d'une contraception orale.

On note que les soignants préconisent ensuite majoritairement la pratique d'activités physiques régulières (12) puis les soins d'acupuncture (11), d'ostéopathie (9 + un algologue ostéopathe) et le traitement par la chaleur (8).

On observe que les catégories de soignants suggérant le plus souvent les soins d'ostéopathie comme traitement des dysménorrhées sont les sages-femmes (6/11) et les gynécologues (2/4). Les médecins généralistes sont moins « prescripteurs » avec 2 praticiens sur 8.

Ce résultat pourrait être mis en corrélation avec les résultats précédant et l'absence de formation spécifique pour la majorité d'entre eux.

Par ailleurs, l'installation majoritaire des médecins généralistes en cabinet libéral ne leur permet pas de bénéficier d'un lien pluridisciplinaire aussi fort et spécifique que les sages-femmes et gynécologues qui travaillent majoritairement en structures (cliniques, centres spécialisés et hôpitaux).

Aujourd'hui de nombreuses maternités travaillent avec des professions non médicales (soin de support) et notamment des ostéopathes (professionnels de santé ou non). Cette situation est plus propice au travail pluridisciplinaire.

Les soins de kinésithérapie (5) et de suivi psychologique (6) sont moins plébiscités.

Concernant cette dernière prise en charge, on observe que 6 soignants le proposent aux patientes et 6 préconisent un suivi mais paradoxalement ; 3 thérapeutes observent le symptôme de la dépression sans répondre préconiser un suivi psychologique et 3 autres préconisent une prise en charge psychologique sans avoir mentionné auparavant observer la dépression comme symptômes de dysménorrhées.

On pourrait suggérer que le domaine de la psychologie est un domaine plus méconnu et plus spécifique et que l'observation et la prise en charge des symptômes peut-être plus difficile pour les professionnels de santé dont ce n'est pas la spécialité.

A titre personnel, je partage cette difficulté lors des échanges avec des patientes, de reconnaître à leur juste mesure les signes de dépression ou annonciateurs afin de leur suggérer une prise en charge psychologique adaptée.

On peut également suggérer, que la prise en charge psychologique concernant les dysménorrhées est abordée sous l'angle de la gestion de la douleur pour les 3 thérapeutes ne rencontrant pas de symptômes de dépression mais préconisant un suivi psychologique.

Dans l'accompagnement de la gestion de la douleur, 3 répondants préconisent l'utilisation d'un TENS, dont l'efficacité a été démontrée dans certaines études.

En pratique, l'accès au TENS peut s'avérer difficile pour les patientes car il peut être uniquement prescrit par les algologues et quelques médecins travaillant au sein de certaines structures.

La phytothérapie et l'homéopathie sont peu préconisées et aucun des soignants interrogés ne conseillent l'utilisation d'huiles essentielles, peut-être encore méconnues en automassage.

La moitié des sages-femmes (6/11) et des gynécologues (2/4) ont **connaissances des champs de compétences de l'ostéopathe** contre 3 médecins généralistes sur 8.

Parmi les 12 sachants, 3 d'entre eux (2 sages-femmes et 1 médecin généraliste) ne savaient pas que les dysménorrhées en faisaient partie.

A l'inverse, 4 praticiens parmi les 11 praticiens ne connaissant pas les champs de compétences des ostéopathes, savaient que le traitement des dysménorrhées pouvait être pris en charge par l'ostéopathie. Parmi eux 2 sages-femmes et 2 médecins généralistes.

Nous n'avons pas plus d'informations sur le type de formation suivie en gynécologie, malgré tout nous n'observons pas de corrélation entre la formation des professionnels en gynécologie et leur connaissance des soins d'ostéopathie dans la prise en charge des dysménorrhées.

En revanche, nous pouvons mettre en corrélation l'indication de soins d'ostéopathie par les professionnels de santé et leurs connaissances en ostéopathie.

En effet, parmi les 10 soignants suggérant la prise en charge de l'ostéopathie pour le traitement des dysménorrhées : 6 d'entre eux ont connaissances à la fois des compétences ostéopathiques générales et spécifiques des dysménorrhées, 4 ont connaissances de la prise en charge des dysménorrhées uniquement et 1 a une connaissance globale des compétences des ostéopathes.

La majorité des professionnels de santé répondant au questionnaire sont favorables à la prise en charge des patientes souffrant de dysménorrhées : 19 sur 23 répondants.

Parmi les 4 praticiens « réticents » en réalité : 2 d'entre eux sont également favorables.

- L'un, gynécologue, travaille avec un algologue également ostéopathe et est convaincu de l'efficacité de l'ostéopathie.
- L'une, sage-femme, se dit « favorable de manière générale » mais réticente par « manque de preuve scientifique ». Néanmoins, elle dit proposer des soins d'acupuncture aux patientes souffrant de dysménorrhées en plus des médicaments et de l'activité physique. A travers la littérature scientifique, on ne retrouve pas de consensus quant à l'efficacité de l'acupuncture sur cette symptomatologie tout comme l'ostéopathie.

On peut à travers ces réponses souligner la mesure personnelle de la suggestion des soins inhérente à chaque thérapeute à travers ses relations de confiance avec d'autres thérapeutes connus, son vécu etc...

Concernant les deux soignants « réticents-favorables », ils ont pour points communs d'avoir déjà consulté un ostéopathe et auraient plus confiance en un ostéopathe également professionnel de santé.

Ils ne souhaitent tous les deux pas recevoir plus d'informations sur le traitement des dysménorrhées en ostéopathie, malgré le fait que la seconde répondante n'ait pas connaissance des compétences des ostéopathes de manière générale ni spécifique dans le cadre des dysménorrhées et n'a pas suivi de formation complémentaire en uro-gynécologique.

Contrairement au premier répondant qui a suivi des formations complémentaires et répond avoir connaissance des compétences des ostéopathes.

Le contexte de l'ensemble des réponses des participants tous les deux déjà spécialisés de par leur formation initiale nous permet de observer le profil d'un soignant déjà informé et plus avancé dans sa carrière (1990-2000) et le profil d'une soignante plus récemment diplômée (2010-2020) ne souhaitant pas orienter sa formation en ce sens pour le moment.

Les 2 autres professionnels de santé « réticents réels » sont 2 médecins généralistes.

L'un médecin diplômé entre 1990-2000 et l'une médecin diplômée après 2020, tous deux n'ayant jamais poursuivis de formation complémentaire en gynécologie ni consulté d'ostéopathe à titre personnel.

Ils confient tous les deux être réticents par méconnaissance des techniques et des concepts, le médecin soulignant également le manque de preuve scientifique actuel.

La jeune médecin souhaite malgré sa réponse être informée à propos de la prise en charge des dysménorrhées en ostéopathie et se dit plus confiante avec un ostéopathe également professionnel de santé, ce qui n'est pas le cas du médecin.

On peut trouver cohérent qu'une femme médecin, jeune diplômée, souhaite élargir son champ d'information malgré une première réticence.

De la même manière, on peut envisager qu'un médecin plus aguerri n'ayant pas orienté sa pratique de médecine générale dans ce domaine ne souhaite pas prioriser ses temps d'informations et de formations sur ce sujet. Peut-être même travaille-t-il au sein d'un cabinet de groupe dont certain(e)s médecins auront développé une expertise dans ce domaine ou travaille-t-il en lien avec une maison de santé spécialisée autour de la santé de la femme, comme c'est le cas actuellement dans certaines grandes villes.

Par ailleurs, une médecin généraliste favorable au soin d'ostéopathie, ayant déjà consulté et souhaitant être informé par la suite dit « je suis plutôt favorable à l'ostéopathie mais on a aussi beaucoup de retour catastrophique sur certaines pathologies (ex : cervicalgies). Je suis très prudente sur les indications en générale et financièrement cela reste un frein aussi pour beaucoup de patients. »

Les 19 praticiens favorables à l'ostéopathie dans le cadre des dysménorrhées ;

- Une majorité de 14 répondants sont convaincus de l'efficacité de l'ostéopathie
- 9 sont favorables à l'ostéopathie de manière générale
- 5 ont eu de bons retours de patientes

On peut noter sur notre petite échelle de réponses un retour pratique positif avec une tendance favorable aux soins d'ostéopathie à mettre en perspective avec une littérature encore timide sur les effets mesurables.

L'unique médecin généraliste formée en gynécologie précise « l'efficacité contre les douleurs projetées et l'hypersensibilisation ». On peut souligner, la précision des connaissances de la médecin et l'on peut se demander si elle travaille en collaboration directe avec certains ostéopathes. Cela aurait pu être l'objet d'une autre question : « Travaillez-vous en collaboration avec un ostéopathe, si oui pour quelles indications ? »

Une gynécologue qui n'indiquait pas conseiller les soins d'ostéopathie dans le cadre du traitement et n'ayant pas connaissance des domaines de compétences des ostéopathes de manière générale et spécifiques dit « Je n'ai rien contre l'ostéopathie de manière générale ».

On peut donc conclure à un avis réel favorable à l'ostéopathie dans le traitement des dysménorrhées de 21 sur 23 participants.

La plupart des soignants connaissent la **différence entre les soins de kinésithérapie et d'ostéopathie**, c'est le cas de 21 répondants sur 23.

Les 2 professionnels ne connaissant pas la distinction entre les deux professions sont :

- Une sage-femme qui en revanche a connaissance des champs de compétences des ostéopathes et leur action sur les dysménorrhées.
- Un gynécologue ne connaissant pas les champs d'action des ostéopathes mais étant favorable à l'ostéopathie.

Tous deux ont déjà consulté un ostéopathe à titre personnel et disent tous les deux avoir plus confiance en un ostéopathe également professionnels de santé.

A la question « **Auriez-vous plus confiance en un ostéopathe également professionnel de santé** » la majorité des professionnels (17/23) répondent oui.

Parmi eux 7/11 sages-femmes, 3/4 gynécologues et 7/8 médecins généralistes.

On peut souligner une certaine linéarité de la confiance entre les différents professionnels de santé vis-à-vis d'autres professionnels de santé.

Par ailleurs, cette confiance est accordée malgré la méconnaissance de l'ostéopathie et pour 4 d'entre eux, même en ayant jamais consulté d'ostéopathe.

A l'inverse 4 d'entre eux ont déjà consulté un ostéopathe et ne s'estiment pas plus en confiance si le thérapeute est également professionnel de santé.

Il s'agit de 3 sages-femmes et d'un gynécologue qui sont tous favorables à l'ostéopathie mais ne conseillent pas l'ostéopathie dans le traitement des dysménorrhées à l'exception d'une sage-femme qui le recommande.

En effet, « **Tous les praticiens ayant déjà consulté un ostéopathe sont favorables à l'ostéopathie** ».

Au sein des 6 thérapeutes n'ayant jamais consulté d'ostéopathe, nous retrouvons les 2 soignants défavorables « réels » à l'ostéopathie.

Il est intéressant de mettre en perspective l'absence d'expérience personnelle et la réticence face à la pratique ostéopathique même si cela s'intègre dans une réflexion globale personnelle.

Parmi eux deux, la jeune médecin est en revanche intéressée pour recevoir des informations concernant la pratique en ostéopathie structurelle dans le cadre d dysménorrhées comme 17 des autres répondants.

Les 5 thérapeutes ne souhaitant pas plus d'informations comptent :

3 réticents à l'ostéopathie, comme nous l'avons évoqué plus tôt.

Deux thérapeutes également favorables, l'un gynécologue travaillant avec un algologue ostéopathe et l'autre sage-femme s'estimant favorable de manière générale.

Ainsi qu'un médecin généraliste défavorable à la prise en charge ostéopathique des dysménorrhées ne connaissant pas les champs de compétences et n'ayant jamais consulté d'ostéopathe.

Les 2 autres répondants sont favorables à l'ostéopathie :

- Une médecin généraliste ne s'étant pas formée à la gynécologie, ne connaissant pas nos champs de compétences mais favorable à l'ostéopathie et ayant elle-même déjà consulté.
- 1 jeune gynécologue formée ne conseillant pas l'ostéopathie et ne connaissant pas nos champs de compétences mais favorable à l'ostéopathie et ayant déjà elle-même consulté.

On peut conclure que parmi les 5 professionnels de santé ne souhaitant pas plus d'informations sur la prise en charge des dysménorrhées en ostéopathie 4 sur 5 des répondants sont néanmoins favorables à l'ostéopathie.

Dans cette étude, un seul thérapeute est défavorable à l'ostéopathie et ne souhaite pas être informé.

La question concernant le **mode de support d'information** souhaité a été mal paramétrée (cf. p.48). C'est pourquoi je ne tiendrai pas compte des 5 réponses des soignants qui ne souhaitaient pas d'informations et qui ont été obligés de répondre à cette question pour finaliser le questionnaire.

- 17 répondants sur les 18 participants souhaitent être informés avec un support visuel (type : flyers, PowerPoint, mail...).
- 2 participants souhaitent une présentation au cabinet, l'une sage-femme de manière exclusive et l'autre gynécologue associé à un support visuel.
- 2 autres répondants l'une médecin généraliste et l'autre sage-femme souhaitent associer au support visuel une table ronde avec d'autres professionnels de santé.

On peut constater que le besoin premier exprimé par les soignants est l'information en accès libre, direct et rapide.

Ce qui permet aux soignants une liberté de prise d'informations et de réponse dans le temps. On peut mettre en perspective les agendas surchargés de toutes les catégories de professionnels de santé et leur manque de temps au quotidien.

Le second est l'échange en pluridisciplinarité.

Un fonctionnement qui est de plus en plus favorisé et même encouragé par les nouvelles recommandations de santé. En effet l'échange entre professionnels est à présent valorisé financièrement par le système de santé, (57) tout comme la création de maison de santé permettant encore une fois les échanges pluridisciplinaires.

7.3 Ouverture

Suite à l'analyse de ce questionnaire, nous pouvons constater que l'ensemble des professionnels de santé dans la majorité, sont favorables à la prise en charge ostéopathique mais également demandeurs d'informations et d'échanges autour de la prise en charge des patientes souffrant de dysménorrhées et des soins que peuvent apporter les ostéopathes.

Le mode d'information souhaité est à la quasi-unanimité le **support visuel**.

Ce mode de communication est facile à réaliser et à diffuser, nous permettant ainsi de toucher un large public de professionnels de santé mais également de patientes.

L'outil numérique visuel est largement utilisé par les campagnes publiques d'informations et de prévention du ministère de la santé.

Ex : Médicaments générique, vaccination, dépistage...

Il serait intéressant à l'issu de ce travail de proposer un projet d'affiche visant à résumer nos champs d'actions à travers les symptômes, les structures ciblées etc..

Ces supports pourraient faciliter l'échange interdisciplinaire, en améliorant la compréhension des champs d'actions et des enjeux de soins des ostéopathes, permettant ainsi de renforcer la prise en charge globale des patientes dans le cadre des dysménorrhées et améliorer la qualité de leurs soins.

Il serait intéressant de savoir sur quels points nous pourrions développer notre communication et nos échanges afin d'améliorer la collaboration entre professionnels de santé et ostéopathes.

Un projet de recherche de 2021, (58) réalisé par une étudiante ostéopathe suisse, mets en avant trois axes déterminants de communication pour une meilleure collaboration entre ostéopathes et gynécologues ; les indications de délégations pour un traitement ostéopathique, le domaine d'application de l'ostéopathie et le déroulement de la séance.

Nous pourrions nous inspirer de ces 3 axes pour développer un support de communication répondant au mieux aux besoins d'informations des professionnels de santé.

8 CONCLUSION

La rédaction de ce mémoire et la réalisation de ce questionnaire m'ont permis de confirmer l'envie et le besoin en tant que future ostéopathe et actuelle professionnel de santé de développer les échanges et la communication pluridisciplinaire avec les différents intervenants de soins.

Cet échange est évidemment nécessaire dans l'ensemble des domaines, mais la prise en charge des dysménorrhées est plus que d'actualité.

En effet, en France, le 27 mars 2024 ; une proposition de loi pour un arrêt menstruel a été soumis à l'Assemblée Nationale.

La prise en charge de la santé des femmes et plus particulièrement des douleurs liées au cycle menstruel qui peuvent entraver leur santé et leur quotidien est donc une préoccupation nouvelle dans l'espace public.

Cela met en lumière le besoin de trouver des solutions alternatives pour développer l'arsenal thérapeutique et offrir aux femmes des solutions pour améliorer leurs douleurs et leur quotidien plutôt que de laisser place à une forme de fatalité.

Pour cela, il sera également nécessaire de développer et poursuivre les études afin de confirmer leur tendance favorable.

L'avancée de la recherche nous permettra ainsi de renforcer les liens de prise en charge entre soignants autour de la femme et de ses souffrances liées aux dysménorrhées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Graesslin O, Dedecker F, Gabriel R, Quereux F, Quereux C. Dysménorrhées. EMC - Gynécologie-Obstétrique. mai 2004;1(2):55-67.
2. Assurance maladie. Les règles douloureuses. 2024; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/themes/regles-douloureuses/douleurs-regles#:~:text=La%20survenue%20de%20douleurs%20pendant%20les%20règles&text=Les%20douleurs%20lors%20des%20règles,à%20distance%20de%20la%20puberté>.
3. Manuel MSD. Troubles Menstruels. janv 2023; Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/troubles-menstruels/dysménorrhée>
4. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Hum Reprod Update. nov 2015;21(6):762-78.
5. Grimaldi M. Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Étude clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2008;37(5):449-56.
6. Esen İ, Oğuz B, Serin HM. Menstrual Characteristics of Pubertal Girls: A Questionnaire-Based Study in Turkey. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 1 juin 2016;8(2):192-6.
7. Guimarães I, Póvoa AM. Dysménorrhée primaire : évaluation et traitement.
8. A. Fevre, J. Burette, S. Bonneau, E. Derniaux, O. Graesslin. Dysménorrhée. Elsevier Masson. 2014;50(4).
9. Alsaleem M. Dysmenorrhea, associated symptoms, and management among students at King Khalid University, Saudi Arabia: An exploratory study. J Fam Med Prim Care. 2018;7(4):769.
10. Lebreton ED. Dysménorrhées chez l'adolescente précaire: analyse d'une cohorte de 202 patientes.
11. Rogeret, Cassandre. Le congé menstruel adopté en Espagne : une 1ère en Europe ! Handicap.fr. 17 févr 2023; Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-conge-menstruel-adopte-espagne-premiere-europe-34449.php/true>
12. Drake, Richard L., Wayne Vogl A., Mitchell, Adam W. M. GRAY'S ANATOMIE. 2ème. Elsevier Masson; 2013.
13. Dr Abbara, Aly. Les positions de l'utérus. [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.al-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/uterus_position.html
14. P. Merviel, S. Bouée, C. Rincé, C. Jacq, M.T. Le Martelot, J.J Chabaud, S. Roche, H. Drapier, D., Beauvillard, H. Sevestre. Cycle menstruel. EMC - Gynécologie. janv 2020;35.
15. Corey, Elizabeth,, Archer, Johanna. Dysménorrhée primaire.Diagnostic et thérapie. Collège Américain Obstétriciens Gynécologues Wolters Kluwer Health. 5 nov 2020;
16. Mach F, Marchandin H, Bichon F. Les dysménorrhées, des troubles qui altèrent la qualité de vie. Actual Pharm. mars 2021;60(604):42-5.
17. Leys AE. Prise en charge ostéopathique de la dysménorrhée : un aperçu qualitatif des nouvelles.
18. Hellman KM, Kuhn CS, Tu FF, Dillane KE, Shlobin NA, Senapati S, et al. Cine MRI during spontaneous cramps in women with menstrual pain. Am J Obstet Gynecol. mai 2018;218(5):506.e1-506.e8.
19. Dawood MY. Progrès dans la pathogenèse et la gestion. 2006;108.
20. Recommandations Dysménorrhées - VIDAL.webloc.
21. RASTEGARI, Maryam. Les Dysménorrhées. 2019.
22. Obiagwu HI, Eleje GU, Obiechina NJA, Nwosu BO, Udigwe GO, Ikechebelu JI, et al. Efficacy of zinc supplementation for the treatment of dysmenorrhoea: a double-blind randomised controlled trial. J Int Med Res. mai 2023;51(5):03000605231171489.
23. Pakniat H, Chegini V, Ranjkesh F, Hosseini MA. Comparison of the effect of vitamin E, vitamin D and ginger on the severity of primary dysmenorrhea: a single-blind clinical trial. Obstet Gynecol Sci.

2019;62(6):462.

24. Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks RS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 1 mai 2024]. p. CD001751.pub2. Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001751.pub2>
25. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother*. oct 2012;13(15):2157-70.
26. Ruffini N, D'Alessandro G, Pimpinella A, Galli M, Galeotti T, Cerritelli F, et al. The Role of Osteopathic Care in Gynaecology and Obstetrics: An Updated Systematic Review. *Healthcare*. 18 août 2022;10(8):1566.
27. Proctor M, Farquhar C, Stones W, He L, Zhu X, Brown J. Transcutaneous electrical nerve stimulation for primary dysmenorrhoea. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 21 janv 2002 [cité 1 mai 2024]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002123>
28. Barcikowska Z, Grzybowska ME, Rajkowska E, Zorena K. L'évaluation des niveaux de progestérone et de dysménorrhée après la thérapie manuelle chez les jeunes femmes en relation avec l'utilisation de Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens.
29. Bhargavi KL, Sri KS, Babu RS, Blessy K, Prasad KD, Rihana S. UN PARADIGME DE PHYTOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DES DYSMÉNORRHÉE. 8.
30. Matsushita S, Wong B, Kanumalla R, Goldstein L. Osteopathic Manipulative Treatment and Psychosocial Management of Dysmenorrhea. *J Osteopath Med*. 1 juill 2020;120(7):479-82.
31. TERRAMORSI, Jean-François. Ostéopathie Structurale. Éoliennes-Gépro. 2013. 415 p.
32. BASTIEN, Stéphane. Les systèmes nerveux. IFSO de Rennes; 2023.
33. Boesler D, Warner M, Alpers A, Finnerty EP, Kilmore MA. Efficacy of high-velocity low-amplitude manipulative technique in subjects with low-back pain during menstrual cramping. *J Osteopath Med*. 1 févr 1993;93(2):203-203.
34. Proctor M, Hing W, Johnson TC, Murphy PA, Brown J. Spinal manipulation for dysmenorrhoea. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 19 juill 2006 [cité 1 mai 2024]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002119.pub3>
35. TURNER, Christina. Effet de l'ostéopathie sur les patientes atteintes de dysménorrhées [Revue systématique]. Du Danube de Krems; 2020.
36. Origo D, Piloni S, Tarantino AG. Secondary dysmenorrhea and dyspareunia associated with pelvic girdle dysfunction: A case report and review of literature. *J Bodyw Mov Ther*. juill 2021;27:165-8.
37. Barassi G, Bellomo RG, Porreca A, Di Felice PA, Prosperi L, Saggini R. Somato-Visceral Effects in the Treatment of Dysmenorrhea: Neuromuscular Manual Therapy and Standard Pharmacological Treatment. *J Altern Complement Med*. mars 2018;24(3):291-9.
38. Nicholls B. Traitement ostéopathique pour patientes atteintes de dysménorrhées primaires. *Univ Vic*. 2004;
39. Smith Meagan, Galbraith William, Blumer Janice. La connexion somatique. *J Assoc Américaine Ostéopathie*. juill 2018;118(7).
40. Barcikowska Z, Grzybowska ME, Wąż P, Jaskulak M, Kurpas M, Sotomski M, et al. Effect of Manual Therapy Compared to Ibuprofen on Primary Dysmenorrhea in Young Women—Concentration Assessment of C-Reactive Protein, Vascular Endothelial Growth Factor, Prostaglandins and Sex Hormones. *J Clin Med*. 10 mai 2022;11(10):2686.
41. Schorpp P. Effet du traitement ostéopathique sur la dysménorrhée. *Médecine manuelle*. août 2013;325-32.
42. Schwerla F, Rütz M, Resch L. Traitement ostéopathique chez les patientes atteintes de dysménorrhée primaire : un essai contrôlé randomisé.
43. Molins-Cubero S, Rodríguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca Á, Heredia-Rizo AM, Boscá-Gandía JJ, Ricard F. Changes in Pain Perception after Pelvis Manipulation in Women with Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. *Pain Med*. sept 2014;15(9):1455-63.

44. Franke H, Franke JD, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2014;15(1):286.
45. Piot AV. L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum : étude prospective et descriptive du 1er mai au 30 juin 2013.
46. Julie M, Noémie H. INFLUENCE DU TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE SUR LES DOULEURS LOMBO-PELVI- ABDOMINALES POST-CÉSARIENNE. 2021;
47. Ruffini N, D'Alessandro G, Cardinali L, Frondaroli F, Cerritelli F. Osteopathic manipulative treatment in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Complement Ther Med.* juin 2016;26:72-8.
48. Tramontano M. International overview of somatic dysfunction assessment and treatment in the osteopathic research: a scoping review. 30 août 2022 [cité 1 mai 2024]; Disponible sur: <https://osf.io/vzgpu/>
49. Molins S, Oliva Á, Heredia AM, Boscá JJ, Ricard F. Manipulation chez les femmes atteintes de primaire Dysménorrhée : un essai contrôlé randomisé.
50. AGERON-MARQUE Jean-Marie, MICHELIN Claudine. Guide pratique d'ostéopathie en gynécologie. SATAS. 2000.
51. Techniques structurelles viscérales [Internet]. Physio Academie; Disponible sur: <https://physioacademie.com/techniques-structurelles-visceral-615.html>
52. SEVILLA Matthieu. État du ressenti et des connaissances des médecins (généraliste et gynécologue) au sujet de l'ostéopathie chez la femme enceinte. IFSO de Rennes; 2022.
53. Ministère de la santé et de la prévention. Référentiel d'activités et de compétences de l'ostéopathe. [Internet]. mars, 2007. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/osteopathie_arrete_121214_annexe_1_referentiel_activites_compences.pdf
54. Macsf. Sages - femmes : les chiffres clés de 2024. 21 févr 2024; Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/actualites/chiffres-cles-sages-femmes>
55. Profil médecin. Chiffres clés : Gynécologue - obstétricien. 18 août 2022; Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>
56. Direction, de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques (DREES). Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. 2018; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf
57. Assurance maladie. La téléexpertise. janv 2024; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise#:~:text=La%20t%C3%A9l%C3%A9expertise%20est%20factur%C3%A9e%2010,requ%C3%A9rant%2C%20pour%20un%20m%C3%Aame%20patient.>
58. GAUYE Marine, VERY Mélissa. Les déterminants d'une collaboration de qualité entre ostéopathes et gynécologues ; une études mixte auprès des gynécologues en Suisse romande. 2021;

ANNEXES

ANNEXE 1 : La coordination du cycle menstruel.

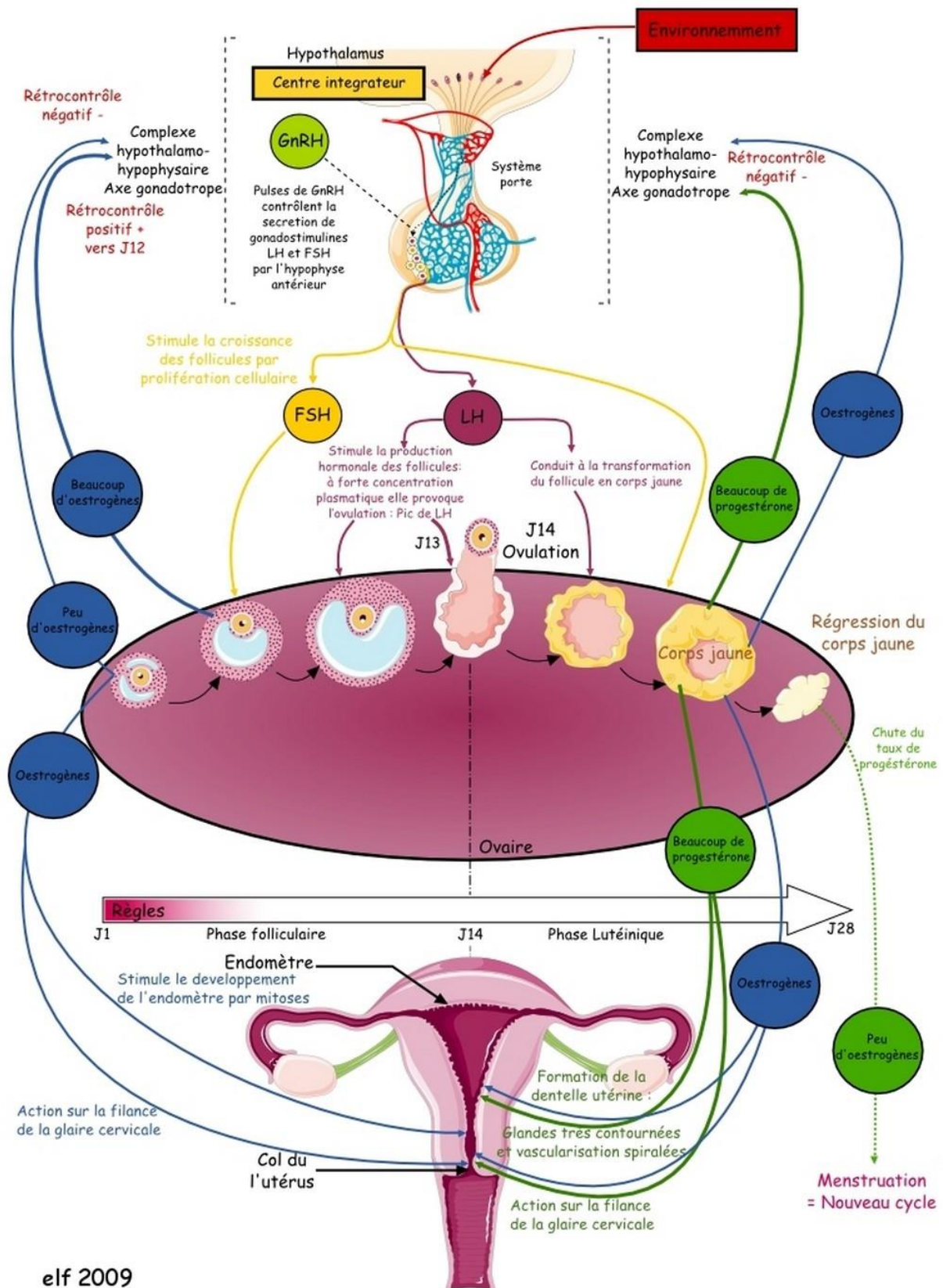
ANNEXE 2 : Voies de la douleur dans la dysménorrhée primaire. (5)

ANNEXE 3 : Protocole de prise en charge de la dysménorrhée primaire. (20)

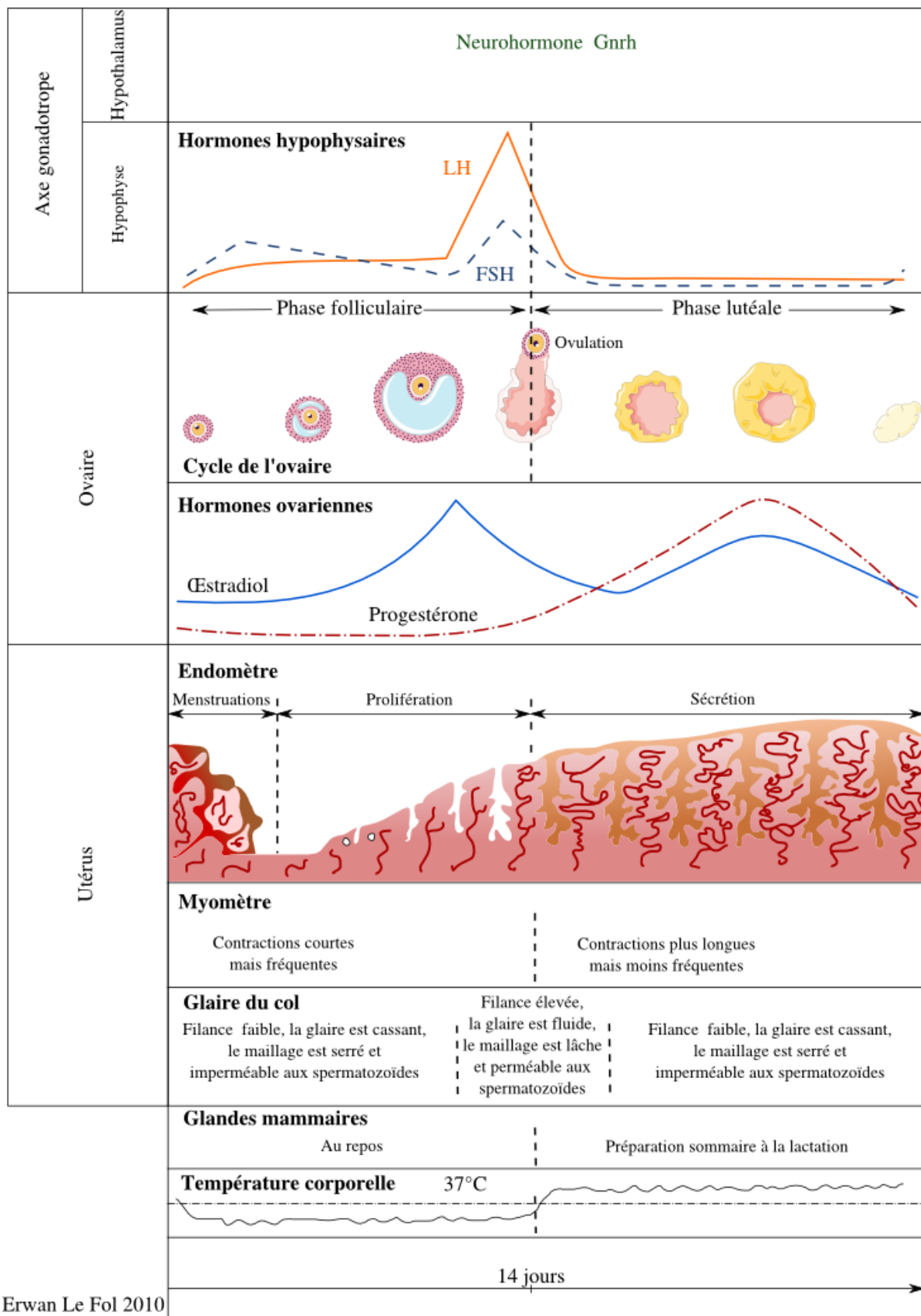
ANNEXE 4 : Système Nerveux Autonome (SNA). ((32)

ANNEXE 5 : Questionnaire de l'enquête.

ANNEXE 1 : La coordination du cycle menstruel.

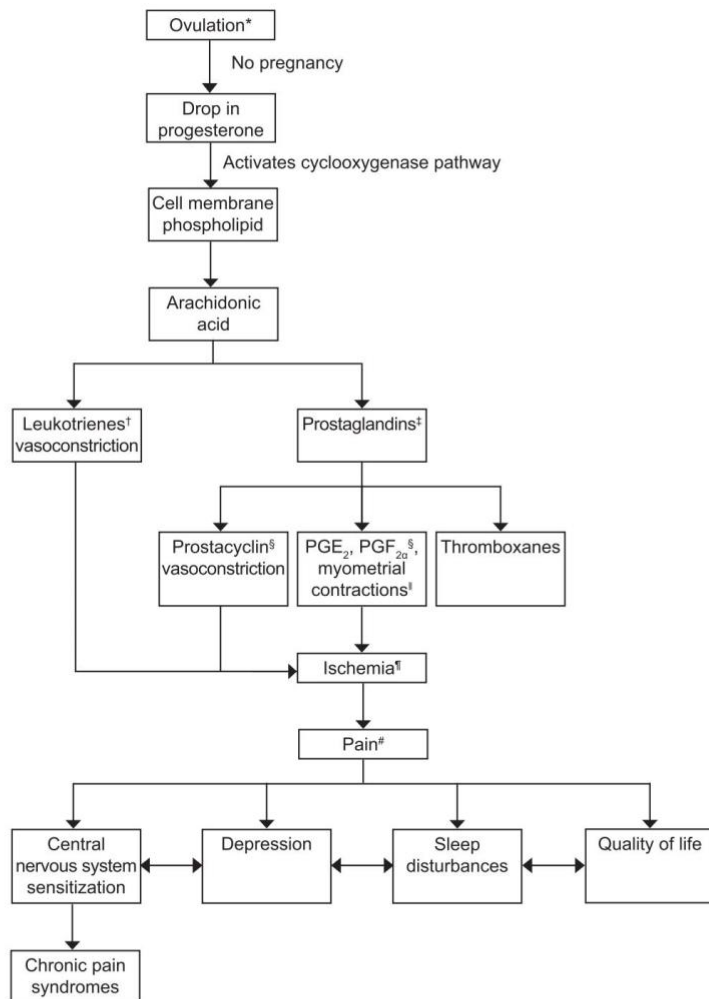


elf 2009

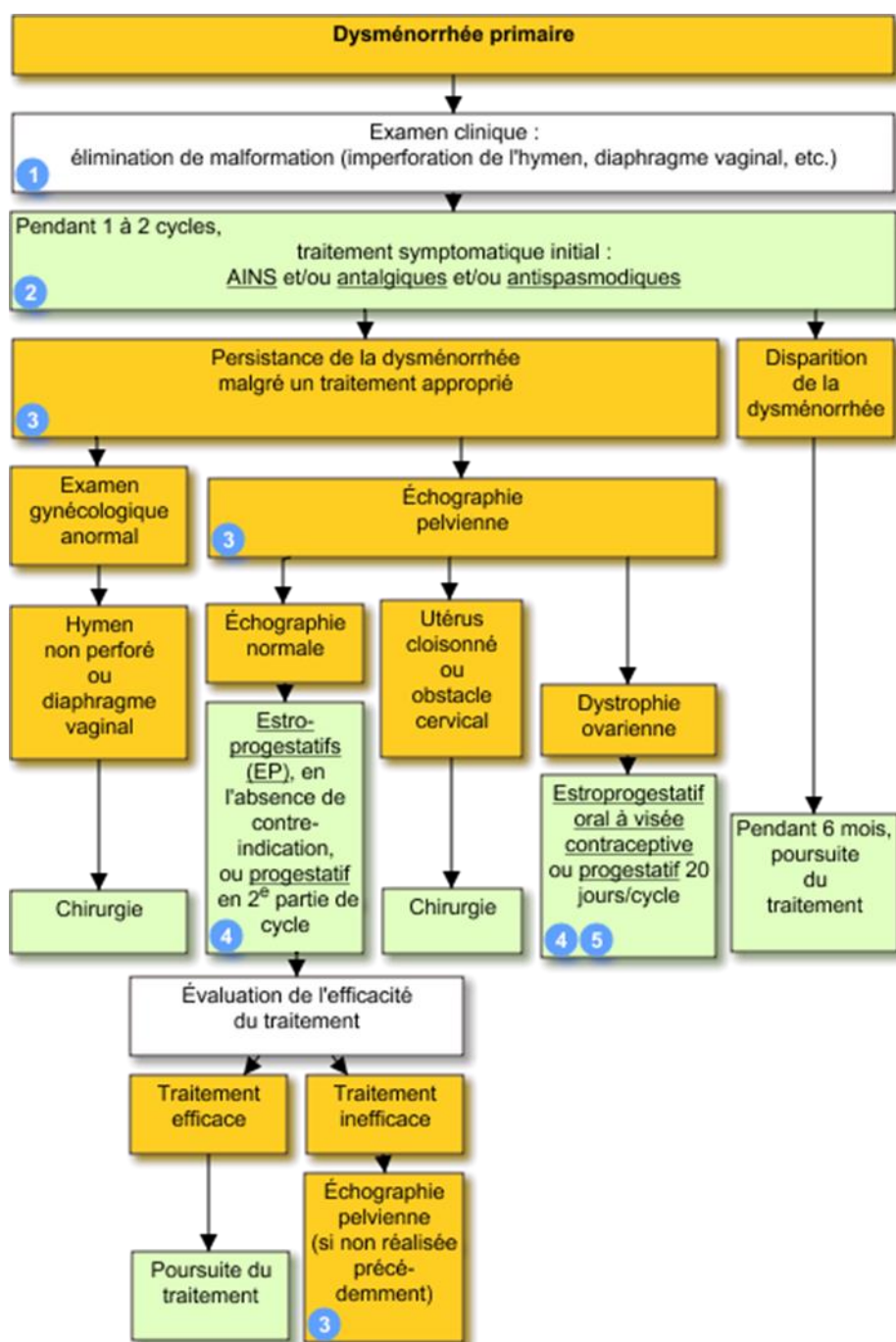


Erwan Le Fol 2010

ANNEXE 2 : Voies de la douleur dans la dysménorrhée primaire. (5)



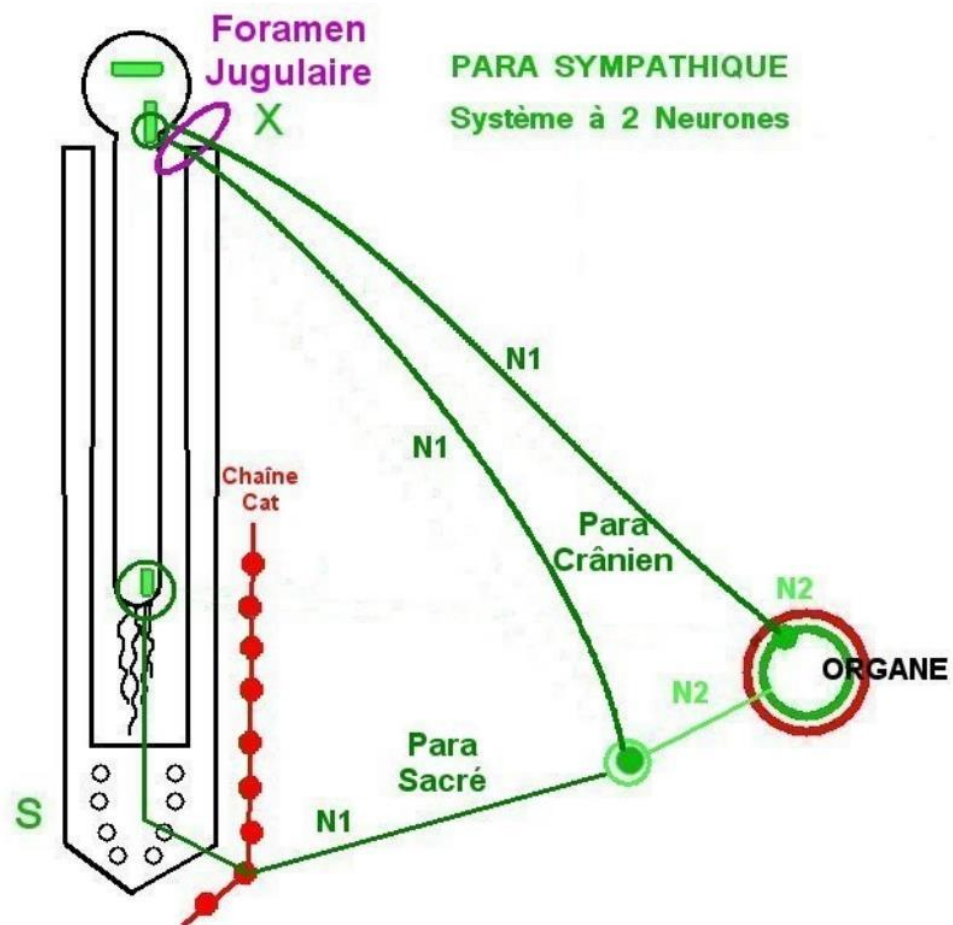
ANNEXE 3 : Protocole de prise en charge de la dysménorrhée primaire. (20)



ANNEXE 4 : Système Nerveux Autonome (SNA). (32)

ORTHO-VASCU		
	Centres Médullaires	Centres Ganglionnaires
TETE	C8àD4	GCSup GCInf cf Polygone de Willis
Mb Sup	D4àD8	K1 (80% vers MB Sup) à K8
Mb Inf	D8àL2	L2àCcx
VISCERAL	C8àL2	par les Splanchniques Gg Pré-caténaires ou plexus proches ou intra-muraux
DOUBLE INNERVATION	C8àL2	Par les rameaux vascu directs en particulier: D10-Coccyx: Pt bassin, sigmoïde, rectum L3: Ovaires, L3 parfois L5: Prostate (D5àL2 médullaire) et L5-Sacrum: Utérus

ORTHO-VISCERAL		
	Centres médullaires	Centres Ganglionnaires
Médiastin Coeur Poumon Oesophage	D1 à D5	PLEXUS Médiastinal Coélique
Digestif Haut Estomac duodénum foie rate pancréas jéjunum	D5 à D10	Mésentérique sup Rénal Mésentérique Inf
Digestif Bas et Pt Bassin Iléon Vessie Colon Reins Pt bassin	D10 à L2	Ovariens Spermatiques Hypogastriques Sup et Inf
VALVULE ILEO-CAECALE		Intra-muraux et proches des organes



ANNEXE 5 : Questionnaire de l'enquête.

05/02/2024 09:03

Questionnaire - Ostéopathie et Dysménorrhées - Claire MATHIEU - P16

Questionnaire - Ostéopathie et Dysménorrhées - Claire MATHIEU - P16

Bonjour,

Je suis Claire MATHIEU, masseur-kinésithérapeute en 4ème et dernière année de formation à l'école d'ostéopathie de Rennes (IFSO -Rennes).

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire, je souhaite bénéficier de votre expérience et de vos retours concernant le traitement ostéopathique des dysménorrhées.

Les professionnels de santé concernés sont les médecins généralistes, les gynécologues et les sages – femmes.

J'ai constitué ce questionnaire afin de connaître votre point de vue sur la prise en charge ostéopathique des patientes souffrant de dysménorrhées.

Ce questionnaire est réalisable en **moins de cinq minutes** et me permettra de mener à bien mon mémoire nécessaire à l'obtention du diplôme d'ostéopathe.

En répondant à ce questionnaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation de vos réponses dans le cadre de mon travail de fin d'étude.

Je vous remercie de votre participation et pour le temps de réponse que vous m'accorderez.

Je reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires.



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeOEGxhcUPsjeJmjsOLyxbQE7aE_0TbfmI4DgdBkTmqCnMw/viewform?fbclid=IwAR2_des5CYnUIBpEM7Ts... 1/8

Claire MATHIEU

Masseur – Kinésithérapeute

20 Bis Boulevard Delaunay

44100 NANTES

Numéro : 06 – 59 – 76 – 27 – 79

Mail : clairemathieu@orange.fr

Connectez-vous à [Google](#) pour enregistrer votre progression. [En savoir plus](#)

* Indique une question obligatoire

Adresse e-mail *

Votre adresse e-mail

Êtes - vous ? *

☐ Un homme

☐ Une femme



Êtes - vous ? *

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Gynécologue
- ☐ Sage - femme

En quelle année avez-vous été diplômé-e ? *

- ☐ Avant 1980
- ☐ 1980 - 1990
- ☐ 1990 - 2000
- ☐ 2000 - 2010
- ☐ 2010 - 2020
- ☐ Après 2020

Avez – vous réalisé des formations complémentaires après votre diplôme dans le *
domaine de la gynéco-obstétrique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non



Quels symptômes rencontrés vous le plus souvent chez les patientes souffrant de dysménorrhées (plusieurs réponses possibles) ? *

- ☐ Douleurs abdomino-pelviennes
- ☐ Lombalgies
- ☐ Maux de têtes (Céphalée, Migraine)
- ☐ Troubles digestifs (Constipation, diarrées, nausées, vomissements)
- ☐ Anxiété - Dépression
- ☐ Fatigue
- ☐ Autre :

Que proposez-vous aux patientes atteintes de ces symptômes ? *

- ☐ Médicaments : AINS, Contraception hormonal, Antalgiques, Antispasmodiques)
- ☐ Masso – kinésithérapie
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Activité physique (Yoga, course à pied...)
- ☐ TENS
- ☐ Acupuncture
- ☐ Homéopathie
- ☐ Phytothérapie
- ☐ Aromathérapie (Huiles essentielles)
- ☐ Thermothérapie (Chaleur)
- ☐ Accompagnement psychologique
- ☐ Autre :



Connaissez-vous les champs de compétences des ostéopathes ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Savez-vous si les dysménorrhées font partie du champ d'action du traitement ostéopathique ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Seriez-vous enclin à conseiller à une patiente un traitement ostéopathique pour soulager ses dysménorrhées ? *

- ☐ Réticent
- ☐ Favorable

Pourquoi êtes-vous réticent (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Je ne pense pas que l'ostéopathie puisse avoir une efficacité sur les dysménorrhées
- ☐ J'ai eu de mauvais retours de patientes
- ☐ Je ne connais pas les techniques et concepts ostéopathiques
- ☐ Le manque de preuves scientifiques
- ☐ Je ne suis pas favorable à l'ostéopathie de manière générale
- ☐ Autre :



Pourquoi êtes-vous favorable (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Je pense que l'ostéopathie peut avoir une efficacité sur les dysménorrhées
- ☐ J'ai eu de bons retours de patientes
- ☐ Je connais les techniques et les concepts ostéopathiques
- ☐ Je suis favorable à l'ostéopathie de manière générale
- ☐ Autre :

Connaissez – vous la différence entre un soin d'ostéopathie et un soin de kinésithérapie ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Auriez – vous plus confiance en un ostéopathe également professionnel de santé * (par exemple masseur-kinésithérapeute) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez – vous déjà consulté un ostéopathe ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non



Auriez-vous envie d'être informé par un ostéopathe structurel à propos du traitement ostéopathique dans le traitement des dysménorrhées ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Souhaitez-vous recevoir des informations par (plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Présentation individuelle à votre cabinet
- ☐ Table ronde avec d'autres professionnels de santé
- ☐ Supports visuels (Flyers, Mail, Powerpoint...)

Je vous remercie de votre participation !

Envoyer

[Effacer le formulaire](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce formulaire a été créé dans IFSO Rennes. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#)

Google Forms



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeOEGxhcUPsjeJmj8OfyxhQETaE_0TbImI4DgdBkTmqCnMw/viewform?fbclid=IwAR2_des5CYnUIBpEM7Ts... 7/8

RÉSUMÉ

Titre : Intérêt et inclinaison des professionnels de santé pour le traitement ostéopathique dans le cadre des dysménorrhées.

Contexte : Durant la vie des femmes, le cycle menstruel fait partie intégrante de leur quotidien, pendant lequel des douleurs peuvent s'y associer : les dysménorrhées.

Différents traitements existent parmi lesquels le soin d'ostéopathie, mais est ce que les professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes) impliqués dans la prise en charge de ces douleurs sont informés et enclins à la pratique de l'ostéopathie dans le cadre des dysménorrhées ?

Objectifs : Connaître l'opinion des sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes concernant l'ostéopathie et de manière plus spécifique dans l'accompagnement du soin des dysménorrhées. Sont-ils favorables à l'alliance avec les ostéopathes dans la prise en charge thérapeutique des patientes ?

Méthode : Élaboration et diffusion d'un questionnaire durant la période du mois de décembre 2023 au mois d'avril 2024, sous format numérique et sous dépôt papier au sein des cabinets.

Résultats et Discussion : Les 23 réponses obtenues ont été analysées, la grande majorité des répondants se disent favorables à l'indication de l'ostéopathie dans le cadre des dysménorrhées. La majorité des professionnels de santé interrogés souhaitent également être informés. Le retour de cette étude est favorable quant au développement d'une communication pluridisciplinaire autour de la prise en charge des dysménorrhées en ostéopathie.

