Mémoire en vue de l'obtention du diplôme en Ostéopathie

LE RECOURS A L'OSTEOPATHIE DANS LE TRAITEMENT DES DYSFERTILITES

Etude auprès des professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s des services d'Assistance Médicale à la Procréation

BLONDON Anthony

Directrice de mémoire : DECHAMBENOIT Caroline

Année universitaire : 2020-2021

IFSO Vichy – Clermont-Ferrand

Remerciements

A nos professeur-e-s et futur-e-s confrères-sœurs, pour leur enseignement riche et varié qui a su cultiver mon ouverture d'esprit et me guider vers une ostéopathie plus personnelle, au fil des approches différentes et des remises en question.

A ma directrice de mémoire, Caroline, pour sa disponibilité et son soutien bienveillant.

A mes collègues de formation, qui m'ont aidé à grandir, progresser ; dans nos échanges, que ce soit autour d'une table de manipulation, ou d'un verre.

A Antoine et Benoit, mes deux papas, pour ces trois années de colocation pleines d'amour, à base de rêve bleu, d'Arthur H, de Finette, de Taverne, d'acrosport, de « très bien, faisons comme ça » ; j'en passe et des meilleurs. Merci pour nos échanges, nos partages. A très vite…

A cette formation vichyssoise, pour m'avoir permis d'élargir mes horizons, de découvrir un nouveau métier, de m'offrir un nouveau chemin rempli de d'aventures, de découvertes présentes et futures. Et aussi, pour m'avoir permis de jouir à nouveau d'une vie étudiante.

A ma famille, pour sa confiance, son soutien sans faille et son amour inconditionnel.

A ma partenaire de pirogue, avec moi, même quand les eaux sont agitées et le chemin incertain. Je te remercie de parcourir la vie à mes côtés.

De façon globale, merci à la vie

Table des matières

Remerciements

Définitions 1

Introduction 3

Cadre de la recherche 5

1 - Les dysfertilités en France : quelle prise en charge par la médecine conventionnelle ? ... 5

a. Epidémiologie 5

b. L'Assistance Médicale à la Procréation en France 6

c. La place de l'ostéopathie 7

2 - L'ostéopathie a-t-elle un rôle à jouer ? 8

a. Les dysfertilités comme indication thérapeutique à l'ostéopathie 8

b. L'impact de l'ostéopathie sur les dysfertilités 9

c. Les français-es et l'ostéopathie 14

d. L'intérêt des patient-e-s en parcours de PMA pour l'ostéopathie 14

3 - Ostéopathes et professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s des services d'AMP : vers une articulation des soins ? 15

4 - Principaux résultats de la revue de littérature effectuée 16

Méthodologie 18

1 - Population cible 18

2 - Choix de l'outil de recueil des données 18

3 - Impératifs opérationnels 18

4 - Méthode de contact de la population cible 19

Résultats 20

1 - La population 21

2 - Les contacts avec des ostéopathes et l'opinion sur l'efficacité de l'ostéopathie dans le cadre des dysfertilités 21

3 - Le recours à l'ostéopathie en tant que patient-e 23

4 – Les conseils prodigués aux patient-e-s, en matière de MAC 23

5 - Les discussions sur les MAC, lors des entrevues avec les patient-e-s 25

6 - La recommandation d'ostéopathie par les professionnel-le-s médicaux-ales des centres d'AMP 26

7 - Le profil des répondant-e-s ayant souhaité un complément d'information..... 27

Discussion 28

1 - Rappel des résultats 28

2 - Comparaison des résultats de l'étude avec les données de la littérature 28

3 - Forces de l'étude 30

4 - Limites de l'étude 30

Conclusion 33

Bibliographie 34

Annexes 42

Annexe 1 : organismes de formation continue en ostéopathie proposant des programmes autour de la fertilité 42

Annexe 2 : références de pages internet mentionnant l'intérêt de l'ostéopathie dans l'accompagnement des dysfertilités 42

Annexe 3 : ouvrages spécialisés mentionnant un impact de l'ostéopathie sur les dysfertilités 43

Annexe 4 : questionnaire de l'étude 44

Annexe 5 : mail adressé à la population cible 49

Résumé : 51

Définitions

Avant d'entamer réellement ce mémoire, il est essentiel de définir quelques termes et abréviations employés ci-après :

Fertilité : c'est l'aptitude pour un couple, à concevoir un enfant. Cette capacité peut être influencée par de nombreux facteurs sur lesquels il est possible ou non, d'agir (Zorn & Savale, 2005).

Infertilité/Dysfertilité/Hypofertilité : un couple est dit infertile/hypofertile/dysfertile s'il rencontre des difficultés à concevoir. Cela se traduit par un allongement du délai de conception. En pratique, un couple est considéré comme infertile s'il n'a pas pu concevoir d'enfant après 12 à 24 mois de tentatives sans contraception. (« Assistance médicale à la procréation (AMP) », 2018) Cette situation concernerait 15 à 20% des couples français (Zorn *et al.*, 2005). Le terme dysfertilité sera privilégié car il véhicule moins une notion d'irrévocabilité péjorative. L'aspect psychologique étant primordial dans la prise en charge de ces troubles.

Stérilité : c'est l'impossibilité totale à concevoir, pour un homme, une femme ou un couple. Elle concernerait en France 2 à 5% des couples (Zorn *et al.*, 2005).

AMP : Assistance Médicale à la Procréation.

PMA : Procréation Médicalement Assistée.

IA ou IIU : Insémination Artificielle ou Insémination Intra-Utérine est la technique la moins invasive employée en PMA. Elle consiste à déposer le sperme du donneur directement dans la cavité utérine grâce à une canule introduite au travers du col utérin. Elle permet de shunter les problèmes de glaire cervicale, d'impuissance masculine ou d'anomalie éjaculatoire. La fécondation se produit naturellement.

FIV : Fécondation In Vitro. Cette technique consiste à prélever (après stimulation hormonale) des follicules ovariens arrivés à maturité puis, de les mettre au contact du sperme du donneur en laboratoire (FIV classique), donc à l'extérieur du corps féminin. La fécondation effectuée, l'embryon obtenu est déposé dans la cavité utérine, à la manière d'une IIU. Cette technique permet de palier à des problèmes de stérilité tubaire, d'anomalie d'ovulation, d'endométriose, ou encore de dysfertilité masculine modérée.

FIV-ICSI : Fécondation In Vitro par Injection Intra-Cytoplasmique de Spermatozoïde. En cas de spermogramme plus dégradé, une FIV-ICSI pourra être proposée. Dans cette procédure, on effectuera en laboratoire la fécondation des ovocytes, recueillis après stimulation hormonale, en injectant un spermatozoïde dans chaque gamète féminin obtenu. C'est la technique qui donne actuellement le plus de résultats (22%) (« Assistance médicale à la procréation (AMP) », 2018).

FIV-IMSI : Fécondation In Vitro par Injection Magnifiée de Spermatozoïde. Il s'agit d'une FIV-ICSI en ayant préalablement sélectionné un spermatozoïde sur des critères morphologiques afin de choisir le gamète qui semble le plus propice à produire une fécondation viable.

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone. Hormone secrétée de façon pulsatile par l'hypothalamus stimulant, via la tige pituitaire, la production d'hormones hypophysaires, notamment FSH et LH.

FSH et LH : Hormone de Stimulation Folliculaire et Hormone Lutéinisante. Elles sont sécrétées par l'hypophyse et interviennent dans la stimulation des gonades, en vue de la production de gamètes, et dans la maturation de l'endomètre.

Œstrogène (ou Estrogène), Progestérone, Testostérone : hormones stéroïdes métabolisées à partir du cholestérol hépatique et qui participent, entre autres, à la maturation de l'appareil génital et des gamètes (masculins comme féminins).

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires. C'est le terme retenu par l'ordre des médecins pour désigner les thérapies alternatives et complémentaires à la médecine conventionnelle, telles que l'ostéopathie, l'homéopathie, l'acupuncture, la psychologie… (« Quelle place pour les médecines complémentaires ? », 2015)

Dysfonction (Ostéopathique) : il s'agit d'une altération réversible d'un tissu dans ses qualités mécaniques, « objectivable » par le diagnostic ostéopathique. En vocabulaire médical, il s'agit d'une *dysfonction somatique*. Elle est à différencier d'une *lésion*, terme qu'on réservera au vocabulaire médical, et qu'on associera à une modification irréversible du tissu ; à un état pathologique.

Introduction

En France, nombreux sont les couples qui rencontrent, ou rencontreront, des difficultés à concevoir un enfant. Si ces troubles persistent, le parcours de soins classique peut les amener à solliciter un centre d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), qui leur proposera des solutions afin de pallier aux éventuelles dysfonctions ou pathologies pouvant être à l'origine de leur incapacité à concevoir. C'est la seule solution que notre médecine moderne propose, avec des résultats, malheureusement, assez faibles. L'ostéopathie, au même titre que d'autres Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC), peut apporter un complément à cette prise en charge ; et accompagner ces couples sur ce chemin difficile et éprouvant, tant physiquement que moralement. Il existe peu de preuves scientifiques en faveur de l'efficience de l'ostéopathie sur les dysfertilités. La littérature médicale est peu abondante concernant ce domaine précis, et la validité scientifique des écrits est assez faible. Néanmoins, la tendance irait dans le sens d'une efficacité, ou à minima, d'un intérêt d'une prise en charge ostéopathique chez ces patient-e-s. Une collaboration avec les acteurs médicaux semblerait donc intéressante à mettre en place, si ce n'est pas déjà le cas. Qu'en est-il sur le terrain ? L'ostéopathie fait-elle partie de l'arsenal thérapeutique des acteurs médicaux des services d'AMP ? Si ce n'est pas le cas, quelles en sont les raisons ?

Ayant personnellement été engagé dans un parcours de Procréation Médicalement Assistée (PMA), auprès de deux centres différents ; j'ai pu constater que, pendant les différentes consultations médicales, peu de place était donnée aux MAC (hormis du soutien psychologique et des compléments vitaminiques). Ma réflexion a été que l'AMP aurait tout à gagner à essayer de compléter sa prise en charge avec d'autres thérapies agissant à des niveaux différents, dans le but d'optimiser le terrain sur lequel elle va agir. L'ostéopathie bénéficierait aussi de cette prise en charge conjointe, centrée autour du-de la patient-e ; en gagnant en reconnaissance et en visibilité de la part du monde médical, comme du grand public. Cependant, rares sont les cas de collaboration entre ostéopathes et centres AMP. De nombreuses différences séparent ostéopathes et acteurs médicaux de PMA ; ce qui pourrait expliquer la distance, ou plutôt l'absence de proximité entre ces deux mondes.

A titre personnel, je compte développer cette indication thérapeutique dans mon exercice prochain d'ostéopathe. Ce travail constituera pour moi, un premier contact avec de futurs partenaires privilégiés.

A partir d’un questionnaire envoyé à l’ensemble des centres français de PMA, la réalité des rapports entre ostéopathes et professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s sera investiguée afin d’en comprendre la nature, et de mettre en lumière des axes de travail pouvant améliorer la prise en charge des couples en situation de dysfertilité.

Cadre de la recherche

Une recherche littéraire a été menée afin de réaliser un état des lieux des connaissances actuelles ; et ce sur plusieurs axes :

- La physiologie de la reproduction humaine.
- L'épidémiologie des dysfertilités.
- L'impact (ou non) de l'ostéopathie sur les dysfertilités.
- L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).
- La formation et l'exercice des gynécologues ainsi que des sages-femmes dans les services d'AMP.
- La formation et l'exercice des ostéopathes.
- L'intérêt des patient-e-s et des professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s pour l'ostéopathie.

Pour ce faire, des recherches ont été réalisées dans la littérature professionnelle, tout comme sur internet via les moteurs de recherche Ecosia et Google. Les sites les plus connus de littérature scientifique ont également été consultés (Pubmed, Sciencedirect, Scopus, Researchgate, Cairn, Lissa, Persée, Google Scholar).

1 - Les dysfertilités en France : quelle prise en charge par la médecine conventionnelle ?

« Sans doute parce qu'elle permet de ne pas avoir d'enfant quand on n'en veut pas, la contraception a laissé croire qu'à l'inverse on pouvait avoir un enfant lorsqu'on le désire ».

Claire Lelong (2009)

a. Epidémiologie

Les troubles de la fertilité concernent, en effet, de plus en plus de personnes en France. Selon Frydman, Hesters, et Fanchin (2006), 15% des couples connaîtront à un moment de leur vie des difficultés pour concevoir un enfant. On définit classiquement l'infertilité (le terme de dysfertilité sera préféré) comme étant l'absence de grossesse après une durée de 12 mois (24, selon certaines sources) de rapports sexuels non protégés (« Infertilité », 2019). Les facteurs

pouvant impacter de façon négative la fertilité (en dehors des causes organiques) sont nombreux : surpoids, stress, tabagisme, âge de la mère (on retient fréquemment la charnière des 35 ans, à partir de laquelle les probabilités de grossesse diminuent considérablement (« La baisse de la fertilité avec l'âge », 2008)... Hors, l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 nous indique que l'âge moyen de conception ne cesse d'augmenter, tout comme la proportion de couples en surpoids ou en obésité (« ENP2016_rapport_complet.pdf », 2017).

b. L'Assistance Médicale à la Procréation en France

Par voie de conséquence, les recours à l'AMP sont de plus en plus fréquents. Cela représente actuellement 1 naissance sur 32 (« Assistance médicale à la procréation (AMP) », 2018). L'AMP existe en France depuis les années 1970 avec le développement des Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme (CECOS). En 1982, naît Amandine, le premier bébé français issu d'une Fécondation In Vitro (FIV). Depuis, les techniques se sont perfectionnées et l'offre en matière de centres d'AMP sur le territoire s'est considérablement étoffée, pour atteindre en 2021, 111 établissements cliniques autorisés par les Agences Régionales de Santé ; majoritairement publics (« Liste des centres cliniques autorisés », 2021).

L'AMP permet de palier certaines difficultés à concevoir, sans nécessairement avoir à traiter la cause de l'infertilité. Les principales techniques proposées sont l'Insémination Artificielle (IA), et la Fécondation In Vitro (FIV).

En France, le parcours de soins en PMA est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Cependant, prise en charge n'est pas synonyme de gratuité. Une Insémination Intra-Utérine (IIU) coûte en moyenne 845 € à la société, là où une FIV est estimée à plus de 4 400 € (« RALFSS-2019-09-assistance-medicale-procreation.pdf », 2019). La technique la plus efficace, statistiquement, est la FIV-ICSI qui donne, en 2015, 22% de chances de grossesse (« Assistance médicale à la procréation (AMP) », 2018).

Dans leur parcours de PMA, les patient-e-s sont pris-es en charge par les professionnel-le-s médicaux-ales de ces services ; à savoir les gynécologues et les sages-femmes (« Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0166 du 19/07/2012 », 2012).

c. La place de l'ostéopathie

Dans l'optique de ce travail de fin d'études, il est intéressant de prendre en compte les différences d'exercice et de formation entre ces professions médicales et les ostéopathes. Certes, tou-te-s ont le corps humain, comme objet de travail. Cependant, la législation encadrant ces professions, la reconnaissance officielle, le type de prise en charge, les méthodes utilisées, le langage qui s'y rapporte, sont autant d'aspects qui différencient ces pratiques ; ce qui ne les prédestinent pas à se rencontrer.

Gynécologues et sages-femmes sont issu-e-s de la formation médicale publique. Après une Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), devenue maintenant le Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS), les étudiant-e-s s'orienteront soit vers un cursus médecine, pour ensuite se spécialiser en gynécologie (entre 10 et 11 ans de formation) (« Gynécologue : Ce qu'il faut savoir sur la profession », 2018) ; soit vers 4 années au sein d'une école de sages-femmes (« Etre Sage-Femme : Formation », s. d.).

Au sein des services d'AMP, ils-elles exerceront en tant que salarié-e-s, dans un parcours de soins conventionné (donc remboursé), approuvé par la Haute Autorité de la Santé, autorité publique à caractère scientifique qui vise à guider le système de santé vers une pratique optimale tant en matière de soins, qu'économiquement (« HAS (Haute autorité de santé) », 2021). Lors de leur formation, il n'est peu ou pas fait mention de l'ostéopathie. Toutefois, les gynécologues peuvent préparer un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) en ostéopathie, afin d'obtenir une spécialisation dans ce domaine. A noter que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recense plus de 400 MAC différentes. Parmi elles, seules quatre peuvent faire l'objet de titre et mentions sur les plaques et ordonnances françaises : ostéopathie, acupuncture, mésothérapie et homéopathie (« Quelle place pour les médecines complémentaires ? », 2015). En outre, gynécologues comme sages-femmes peuvent également intégrer une école d'ostéopathie afin d'obtenir un Diplôme d'Ostéopathie (DO).

La médecine moderne est le fruit de siècles de pratiques qui se sont progressivement scientifisées à partir du Moyen-Âge. L'ostéopathie est, quant à elle, beaucoup plus récente. Elle est née à la fin du XIXème siècle aux Etats-Unis et n'est arrivée en France que dans les années 1960. Ce n'est que très récemment, que les ostéopathes ont été reconnu-e-s par l'état français, tout d'abord en 2002 avec la reconnaissance de la profession d'ostéopathe par la « loi Kouchner », puis par un décret en 2014 qui légifère quant aux établissements autorisés à former des ostéopathes. L'enseignement est réalisé par des écoles privées qui recrutent soit

directement après le baccalauréat, soit après l'obtention d'un Diplôme d'Etat (DE). Une fois certifié-e, l'ostéopathe exercera une activité de profession libérale, dont le remboursement ne sera pas pris en charge par l'assurance maladie. Le coût d'une séance n'est pas encadré, mais se situe souvent autour d'une cinquantaine d'euros. Certaines mutuelles proposent des remboursements selon des modalités variées. A noter que l'ostéopathe n'est pas reconnu-e comme un-e Professionnel-le de Santé. Il n'y a donc pas de place pour lui-elle au sein d'un service d'Assistance Médicale à la Procréation. Les patient-e-s souhaitant avoir recours à ses services, le font donc en dehors du parcours conventionnel. Bien que l'ostéopathie soit entièrement basée sur l'anatomie et la physiologie, très peu d'études scientifiquement fiables attestent de son efficacité. Cette pratique ne fait donc pas partie des recommandations de la HAS ; exception faite de l'endométriose (« Prise en charge de l'endométriose », 2017).

La France se situe parmi les pays européens qui dénombrent et consomment le plus de MAC. Paradoxalement, en comparaison avec ces autres pays, elle fait partie de ceux qui ont le moins légiféré en vue de reconnaître, ou d'accorder un statut officiel à ces parcours de soins non conventionnels (Ramsey, 1999).

L'ostéopathe exerce donc en marge du parcours de soins conventionnels. Son rôle dans la prise en charge des dysfertilités n'a pas de reconnaissance officielle.

2 - L'ostéopathie a-t-elle un rôle à jouer ?

a. Les dysfertilités comme indication thérapeutique à l'ostéopathie

L'ostéopathe intervient sur de nombreuses problématiques fonctionnelles (Il-elle ne peut agir sur des lésions organiques qui sont du ressort médical) ; mais comme le montrent les thèses médicales de Dumoulin-Champetier de Ribes (2012), de Binson (2014) et de Voltz (2015), les indications principales de l'ostéopathie mentionnées par les médecins généralistes sont les rachialgies, les troubles musculo-squelettiques, les troubles bénins du nourrisson. Les troubles de la fertilité constituant une indication méconnue du milieu médical. C'est également le cas du grand public pour qui l'ostéopathe s'occupe essentiellement du rachis ; pour 90% des sondés (« Sondage OpinionWay sur l'ostéopathie », 2014).

L'engouement de la profession pour les dysfertilités est récent, mais de plus en plus présent. En effet, nombreux sont les organismes de formation continue « post-graduate » qui proposent des actions ayant pour thème la fertilité (cf. Annexe 1). Un symposium entièrement

dédié à ce domaine s'est d'ailleurs tenu en Mars 2020 à Bordeaux (« 1er symposium du Collège Ostéopathique de Bordeaux », 2020). Avec le développement de cet aspect de l'ostéopathie, le grand public et les médias découvrent cette indication thérapeutique. Une rapide recherche internet des termes « ostéopathie et fertilité » trouvera de nombreuses occurrences sur des sites « grand public », et sur des sites associatifs consacrées aux dysfertilités (cf. Annexe 2).

b. L'impact de l'ostéopathie sur les dysfertilités

Une question essentielle et préalable à ce mémoire a été de savoir si l'ostéopathie peut prétendre à une quelconque efficacité sur les dysfertilités. Dans les ouvrages ostéopathiques, les références aux dysfertilités sont nombreuses (cf. Annexe 3). Mais la tâche est plus ardue quand il s'agit de littérature médicale. Comme pour tout ce qui touche à l'ostéopathie, la recherche scientifique est très peu développée et la validité scientifique des quelques études existantes est assez faible. Les critères d'inclusion à cette revue de littérature ont, de ce fait, été peu exigeants. Les résultats avancés seront donc à nuancer, en regard des potentiels biais, et de la faiblesse de la plupart des échantillons.

De multiples mots clés (et leurs équivalents en langue anglaise) ont été employés et combinés dans ce but : ostéopathie (*osteopathy, osteopathic, osteopathic médicine*), chiropaxie/chiropractie (*chiropractic, chiropractic medicine*), thérapie manuelle/manipulative (*manipulative therapy/technics/medicine*), fertilité – infertilité – dysfertilité (*fertility – infertility – subfertility*), médecine de la reproduction – assistance médicale à la procréation – procréation médicalement assistée (*reproductive medicine – health, assisted reproductive techniques*).

Globalement, les études trouvées mesurent la survenue d'une grossesse ou non, après traitement manipulatif et démontrent une efficacité intéressante avec la survenue d'une grossesse pour la majorité des patientes traitées (Wurn B, Wurn L, Roscow, King, Heuer, Sharf & Shuster, 2004; Heim, 2007; Kermorgant, 2007; Wurn B, Wurn L, King, Heuer, Roscow, Hornberger & Scharf, 2008; Rice, Paterson, Wakefield, Reed, Breder, Wurn B, King Iii & Wurn L, 2015; Ruffini, D'Alessandro, Cardinali, Frondaroli, & Cerritelli, 2016). Les bons résultats de certaines études sont à tempérer eu égard aux échantillons de population limités. Néanmoins, les publications de l'équipe Wurn (2004, 2008, 2015) sont des plus prometteuses avec notamment une étude rétrospective sur 10 années de pratique portant sur

un total de 1392 femmes avec divers troubles fonctionnels et/ou organiques. Leurs résultats sont impressionnants : les plus faibles d'entre eux (différenciés selon les pathologies des patientes) rapportent un taux de grossesse de 39%. Les patientes ayant débuté un protocole FIV après leur prise en charge manipulative, ont déclenché une grossesse pour 56% d'entre elles. Pour rappel, les taux de grossesse obtenus par FIV-ICSI, (la technique de PMA la plus « efficace » statistiquement) sont de 22% (« Assistance médicale à la procréation (AMP) », 2018). La méthode utilisée repose essentiellement sur des mobilisations manuelles des tissus mous.

Certaines études ne montrent à l'opposé aucun intérêt à la pratique de l'ostéopathie appliquée aux troubles de la fertilité (Kapper, 2006; Miner, Robins, Zhu, Keeren, Gu, Read & Zelkowitz, 2018). Mais là encore, des échantillons de population restreints relativisent la portée de ces recherches. Il est à noter qu'aucune des études découvertes lors de cette revue de littérature ne mentionne d'effets indésirables au traitement ostéopathique ; *primum non nocere*.

Parmi les facteurs concourant à créer de l'infertilité, les adhérences tissulaires sont un sujet d'étude intéressant car il constitue un pont entre médecine et ostéopathie : une adhérence tissulaire peut se définir comme une altération des propriétés mécaniques du tissu restreignant sa mobilité, sa distensibilité, son élasticité. C'est là, exactement la définition d'une dysfonction ostéopathique. C'est en effet ce que le-la thérapeute recherche par sa palpation : des zones de densités tissulaires se manifestant par des pertes de qualités mécaniques, un déficit de mobilité, de souplesse. Son travail consiste justement à « assouplir » les zones diagnostiquées comme dysfonctionnelles.

L'impact délétère des adhérences post-chirurgicales sur la fertilité est relativement unanime et bien documenté (Stovall, Elder, & Ling, 1989; Vrijland, Jeekel, van Geldorp, Swank, & Bonjer, 2003; Attard & MacLean, 2007; van Goor, 2007; Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons, 2013; Brüggmann, Tchartchian, Wallwiener, Münstedt, Tinneberg & Hackethal, 2010; Bolnick A, Bolnick J & Diamond, 2015). Un aspect à ne pas négliger : en effet, Stanciu et Menzies (2007) estiment que 95% des chirurgies abdominales sont sources d'adhérences. Pour Diamond (2011), 40 à 65% des césariennes entraînent des adhérences post-chirurgicales.

Des études existent d'ailleurs, pour mettre en lumière l'intérêt des mobilisations manuelles dans le traitement des adhérences (Threlkeld, 1992; Bove, Chapelle, Hanlon, Diamond & Mokler, 2017), notamment le travail de l'équipe de Bove *et al.* (2017) qui démontre une réduction des adhérences post-chirurgicales chez le rat, après mobilisation manuelle précoce.

Le stress est également un facteur primordial d'infertilité. En plus de constituer une souffrance psychologique (Rozée & Mazuy, 2012) et un potentiel frein mental à l'accueil d'une grossesse, il provoque des effets physiologiques néfastes sur la fertilité qui ont fait l'objet d'études scientifiques ; que ce soit sur la qualité ovocytaire (Prasad, Tiwari, Pandey, Shrivastav & Chaube, 2016), sur la vascularisation de l'endomètre (Dong, Cai, Zhang, Xing & Sun, 2017), ou sur les sécrétions de gonadotrophines (Kirby, Geraghty, Ubuka, Bentley & Kaufer, 2009). Une étude d'Okhowat, Murtinger, Schuff, Wogatzky, Spitzer, Vanderzwalmen, Wirleitner et Herbert Zech (2015) démontre de meilleurs résultats (taux de grossesse, d'accouchement) chez les patientes ayant bénéficié d'une séance de massage mécanique avant un transfert d'embryon congelé ; résultats qu'ils imputent à une baisse du stress.

L'ostéopathie n'est pas l'approche ultime pour lutter contre ce phénomène complexe et multiple ; cependant, par l'attention portée au-à la patient-e, par l'écoute, et grâce à l'intention de soin empathique, elle peut apporter sa contribution afin de réduire le stress ressenti par les patient-e-s. Une étude spécifique à l'ostéopathie menée par Dugailly, Fassin, Maroye, Evers, Klein et Feipel (2014) a d'ailleurs démontré qu'un soin ostéopathique diminue significativement l'anxiété.

Afin d'illustrer les apports mécaniques potentiels de l'ostéopathie sur les problématiques de fertilité, un rappel succinct sur la reproduction humaine « naturelle » semble essentiel. En s'appuyant sur l'enseignement de formation initiale reçu à l'IFSO Vichy ainsi que sur les ouvrages spécialisés qui mentionnent un impact de techniques ostéopathiques sur la fertilité (cf. Annexe 3), l'utilisation d'un code couleur permettra d'attirer l'attention sur les structures anatomiques, les phénomènes biologiques sur lesquels l'ostéopathe peut retrouver des dysfonctions (selon les auteurs-trices), et donc avoir un potentiel impact.

La création d'un embryon, futur fœtus, naît tout d'abord de la rencontre réussie d'un gamète femelle et d'un mâle.

Création des gamètes (Zorn & Savale, 2005; « Infertilité », 2019) :

Chez l'Homme, la production de spermatozoïdes est continue de la puberté à la mort. La maturation des cellules sexuelles est sous la dépendance des secrétions hormonales. On retiendra notamment l'impact de la testostérone (produite par les testicules et les surrénales ; issue du cholestérol hépatique) et, comme chez la femme, des hormones GnRH, FSH, LH. Les spermatozoïdes vont se former dans les testicules, cheminer ensuite via l'épididyme, puis le cordon spermatique sous le ligament inguinal. Pour contourner la vessie, rejoindre les vésicules séminales, puis emprunter les canaux déférents. A la jonction avec les canaux prostatiques, les spermatozoïdes empruntent le canal éjaculateur. Grâce à une vascularisation artério-veineuse et une innervation ortho/parasympathique efficaces, l'érection pénienne aboutira lors du coït à l'éjaculation qui permettra le transfert des gamètes masculins dans l'appareil génital féminin.

Chez la femme, les ovules seront produites de la puberté à la ménopause sous l'impulsion de l'hormone hypothalamique GnRH (qui empruntera les vaisseaux de la tige pituitaire) ; l'hypophyse va secréter cycliquement des hormones notamment FSH et LH, qui vont stimuler la maturation des follicules présents dans les ovaires (qui contiennent chacun un ovocyte). Sous l'influence de ces hormones, le follicule ovarien va produire à son tour des œstrogènes ; dont les rôles principaux sont de préparer la muqueuse utérine et de rendre la glaire cervicale propice au passage des spermatozoïdes. La finalité du cycle sexuel féminin étant l'ovulation, l'expulsion de l'ovocyte hors de son follicule. L'ovule excrétée circulera via les trompes utérines (dont la perméabilité est essentielle) où il rencontrera le spermatozoïde avec lequel il fusionnera pour créer un embryon. Ce dernier viendra ensuite se nicher dans l'endomètre utérin rendu mature à l'implantation, par l'imprégnation hormonale. En seconde partie de cycle, c'est la sécrétion de progestérone qui permettra le développement d'une grossesse. On notera que le cholestérol métabolisé dans le foie sert de précurseur aux hormones stéroïdes sexuelles. Celles-ci seront transportés jusqu'aux organes cibles grâce aux vaisseaux sanguins.

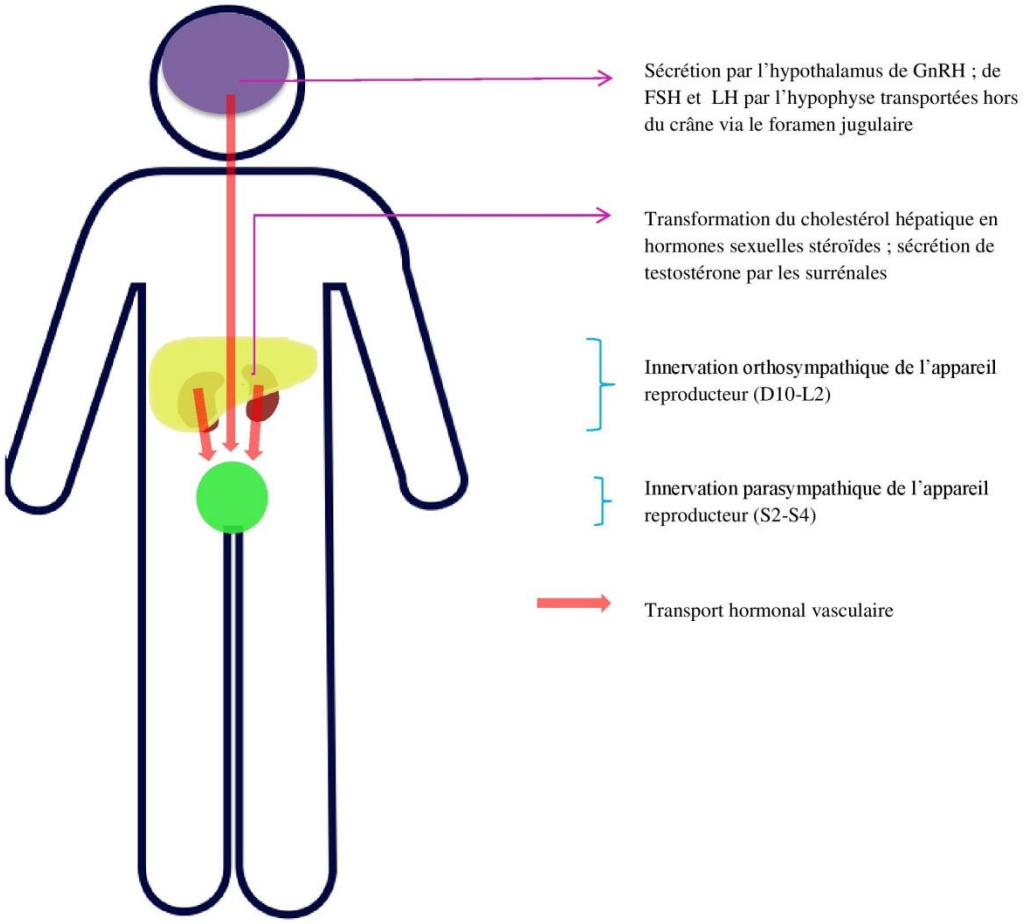

Figure 1 : Contrôles neurologiques et hormonaux de l'appareil reproducteur (masculin comme féminin)

Dans le cadre de dysfertilités, l'ostéopathe peut donc agir localement sur les organes de la reproduction, afin d'en optimiser le fonctionnement. Mais il aura également une action à distance sur les systèmes de régulation de ces organes ; grâce aux liens neurologiques et vasculaires.

Des « troubles de voisinage » peuvent également gêner ces processus physiologiques. C'est notamment le cas des adhérences tissulaires précédemment développées. L'ostéopathe investiguera donc également les organes à proximité de ceux intervenant directement dans la reproduction.

Comme le dit très justement Bydlowski (2003) :

« La procréation naturelle exigerait donc pour sa mise en œuvre la conjonction de facteurs hétérogènes :

- *des organes et des gamètes sains ;*
- *une fonction biologique harmonieuse, au même titre que ;*
- *des conditions psychiques favorables ;*

Chacun de ces trois facteurs est nécessaire, aucun n'est suffisant. »

c. Les français-es et l'ostéopathie

L'ostéopathie bénéficie comme beaucoup de MAC, d'un intérêt croissant de la part des patient-e-s. Des sondages nationaux de 2014, puis de 2015 indiquent qu'un-e français-e sur deux a déjà consulté un-e ostéopathe au cours de sa vie (« Sondage OpinionWay sur l'ostéopathie », 2014 ; « Les Français et l'ostéopathie », 2015). Les motivations du recours à cette pratique ont été investiguées par différentes études (Quéniart, Chabot, Walsh, & Jobin, 1990; Vincent & Furnham, 1996 ; « Sondage OpinionWay sur l'ostéopathie », 2014). Parmi les raisons motivant le recours aux MAC, l'écoute, l'attention, la compréhension de leur problématique ou la recherche d'efficacité sont fréquemment citées.

78% des patient-e-s viennent consulter de leur propre initiative. Seuls 13% d'entre eux-elles sont adressés par un-e autre professionnel-le (« Sondage OpinionWay sur l'ostéopathie », 2014). En parallèle, les patient-e-s déclarent ne pas ou peu mentionner leur recours aux MAC au corps médical (Ait M'hammed & Francois, 2012; Jouvet, 2018).

d. L'intérêt des patient-e-s en parcours de PMA pour l'ostéopathie

Quelques études ayant les patient-e-s des services d'AMP pour population existent et ont été d'un intérêt notable. Ainsi, les travaux de García *et al.* (2020) indiquent que l'efficacité des MAC arrive à la 7ème place des 10 préoccupations les plus mentionnées par les patient-e-s en parcours PMA, dans une étude interrogeant des patient-e-s de multiples nationalités (Brésilienne, Colombienne, Danoise, Espagnole, Française et Italienne). A noter que les français-es sont les patient-e-s qui placent cette préoccupation au plus haut rang (4ème place).

Jouvet (2018) a étudié le recours aux MAC de plus de 600 patient-e-s engagé-e-s dans un protocole FIV au sein du CHU de Bordeaux. Il ressort qu'en dehors du parcours de PMA, plus de 60% des patient-e-s ont recours à l'ostéopathie, qui est la MAC la plus utilisée par les sondé-e-s. Ils-elles sont 25% à avoir recours aux MAC pendant leur traitement. 40% d'entre eux-elles (majoritairement des femmes) ont consulté un-e ostéopathe ; 2ème thérapie la plus rapportée après le soutien psychologique.

Il semble donc y avoir une pertinence à ce que l'ostéopathie joue un rôle dans la prise en charge des dysfertilités. D'une part, parce qu'un intérêt médical tend à se dessiner, et d'autre part, parce qu'il existe une réelle demande de la part des patient-e-s. Cela aurait de ce fait, l'avantage d'offrir un rôle proactif aux patient-e-s ; attitude encouragée par les recommandations actuelles en matière de prise en charge thérapeutique.

3 - Ostéopathes et professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s des services d'AMP : vers une articulation des soins ?

Bien que l'ostéopathie ait peu de légitimité reconnue dans le traitement des dysfertilités, elle peut avoir un intérêt dans la prise en charge de ces problématiques, et par conséquent, également en complément d'une prise en charge en PMA. Que ce soit pour traiter les dysfonctions ostéopathiques pouvant impacter négativement la fonction reproductive, pour la prise en charge du stress lié à la dysfertilité, ou pour permettre aux patient-e-s d'être plus acteurs-trices de leur prise en charge en PMA. Qu'en est-il de l'opinion du corps médical, vis-à-vis de cette MAC ?

Si on en croit les travaux réalisés par O'Connor (2010) ; Binson (2014) ; Dorge, De Laroullière, et Baumann, (2020) ; les médecins ne sont pas hostiles à l'ostéopathie et cette MAC fait même fréquemment partie de leur arsenal thérapeutique, même s'ils-elles ne savent pas précisément en quoi elle consiste. Ils-elles souhaiteraient avoir davantage d'informations directement des ostéopathes. Les connaissances qu'il-elle-s ont de la discipline provenant souvent de leurs patient-e-s. C'est d'ailleurs chez les médecins « non-prescripteurs-trices d'ostéopathie » que la plus grande proportion de professionnel-le-s estimant ne pas savoir en quoi consiste cette médecine manuelle est retrouvée. Selon la thèse de Mortelecque (2016), 65% des médecins généralistes interrogé-e-s estiment que l'ostéopathie devrait faire partie du cursus médical. Les thèses médicales de Binson (2014), Voltz (2015) et Mortelecque (2016) mettent en évidence que les médecins adressent leur-e-s patient-e-s majoritairement à des

ostéopathes de leur réseau, avec lesquels ils-elles ont déjà échangé, travaillé ; ou dont ils-elles ont déjà eu des retours d'expériences.

A l'inverse, les principales raisons évoquées quant au « refus de prescription » sont la méconnaissance de l'ostéopathie, des incompréhensions quant à la pratique ou au discours du-de la professionnel-le, ainsi que la crainte d'effets secondaires post-manipulations (Binson, 2014). La majorité des médecins interrogé-e-s dans ces travaux ont montré leur intérêt pour cette pratique et souhaiteraient parfaire leur manque de connaissance.

Une communication interprofessionnelle qualitative semble donc nécessaire dans la constitution d'un réseau pluridisciplinaire, tant pour favoriser les échanges que pour dissiper les craintes potentielles du monde médical vis-à-vis de l'ostéopathie. D'autant plus que les rapports entre médecins et ostéopathes sont quasi-inexistants (Dorge et al., 2020).

4 - Principaux résultats de la revue de littérature effectuée

Il ressort de cette exploration littéraire plusieurs points :

- De nombreuses différences existent entre ostéopathes et professionnel-le-s médicaux-ales exerçant en centres de PMA.
- L'ostéopathie est connue du grand public comme du corps médical, même si les indications thérapeutiques, ou la réalité des pratiques sont floues pour la plupart d'entre eux-elles.
- Le plus souvent, les patient-e-s consultent un-e ostéopathe de leur propre chef, sans être adressé-e-s par un médecin.
- L'ostéopathie peut avoir un intérêt dans la prise en charge des dysfertilités, et par conséquent, également en complément d'une prise en charge en PMA.
- Les patient-e-s engagé-e-s dans un parcours FIV portent un grand intérêt aux MAC et notamment à l'ostéopathie. Ils-elles y ont fréquemment recours, et la classent à la 2ème position des MAC qu'ils-elles utilisent le plus.
- Le corps médical a globalement une opinion positive de cette approche manuelle.
- Moins les médecins connaissent l'ostéopathie, et moins ils-elles la recommandent à leur-e-s patient-e-s.
- Les médecins conseillent plus facilement l'ostéopathie lorsqu'ils-elles connaissent un thérapeute.

Fort de ces données, une investigation spécifique des professionnel-le-s de PMA semble intéressante afin de sonder leurs connaissances et opinions quant à l'apport potentiel de l'ostéopathie à leur pratique quotidienne. Les études montrent que les médecins généralistes connaissent grossièrement l'ostéopathie, et y ont fréquemment recours pour soigner leur patientèle, de manière informelle. Cependant, peu de contacts existent avec les ostéopathes, ce que les médecins déplorent. Est-ce également le cas dans le domaine spécifique de la PMA ? C'est ce à quoi devra répondre cette enquête.

Méthodologie

1 - Population cible

La population visée est l'ensemble des professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s des services d'AMP (gynécologues et sages-femmes) qui, dans leur exercice, échangent avec leur-e-s patient-e-s et sont en mesure de leur conseiller des thérapies complémentaires telles que l'ostéopathie. La spécialisation de ces professionnel-le-s dans le domaine de la fertilité correspondant exactement au thème de ce travail de fin d'études.

2 - Choix de l'outil de recueil des données

Pour réaliser notre étude auprès des gynécologues et sages-femmes des services d'AMP, le choix d'une enquête par questionnaire a été fait, ce qui réunit plusieurs avantages en comparaison d'une recherche par entretiens :

- Toucher une population plus large.
- Etre moins chronophage pour les participant-e-s.
- D'un point de vue plus personnel, je compte créer mon activité professionnelle dans un autre département, dont le choix n'est pas encore arrêté. Elargir le panel à l'échelle nationale me permettra d'avoir des contacts avec des professionnel-le-s de la médecine de la reproduction, peu importe mon futur lieu d'exercice.

3 - Impératifs opérationnels

Il paraît essentiel de réaliser un questionnaire rapide (moins de 5 minutes) afin de recueillir un maximum de réponses. Une durée trop importante entraînerait potentiellement un refus de participation, ou un abandon en cours de remplissage.

Il est explicitement mentionné que le questionnaire est anonyme, afin de permettre une plus grande liberté d'expression. Cependant, les répondant-e-s ont la possibilité de laisser leur adresse mail, s'ils-elles souhaitent un complément d'information.

Les termes et formulations utilisés dans le questionnaire ont été choisis de manière à être le plus neutres possible, afin de ne pas influencer les réponses en induisant un jugement

de valeur implicite. Les tournures choisies l'ont été de manière à ne pas induire la pensée qu'il y aurait une bonne ou une mauvaise réponse. Par exemple la formulation « Avez-vous eu des informations sur l'impact de l'ostéopathie sur des problématiques de dysfertilité ? » a été préférée à « Savez-vous… », qui, implicitement, suggère que le fait de ne pas savoir serait une erreur.

Le questionnaire final comporte 16 sections (en plus du texte de présentation), et le temps moyen nécessaire à son remplissage est d'un peu plus de 4 minutes. Le choix a été fait de rendre visible le nombre total de questions et la progression dans le formulaire (cf. Annexe 4).

4 - Méthode de contact de la population cible

A partir de la liste des centres AMP habilités à exercer une activité clinique (« Les centres et laboratoires spécialisés », s. d.; « Liste des centres cliniques autorisés », 2021) ; les sites internet des hôpitaux/cliniques ont été parcourus afin de récupérer un mail de contact de l'équipe de PMA, du responsable du service, ou d'un membre du staff médical. A défaut, un formulaire de contact ou une page facebook a été recherchée.

Le contact par courriel a été privilégié à chaque fois qu'une adresse a pu être récupérée. Au final, 130 mails ont été envoyés (cf. Annexe 5). 17 centres ont été sollicités grâce à un formulaire de contact de la structure hébergeant le service PMA, et 6 par le biais de la page Facebook de l'établissement concerné.

Ces envois ont été réalisés le 23 Février 2021. Un deuxième envoi, de relance, a été réalisé deux semaines plus tard, afin d'augmenter le taux de participation.

Résultats

Ce recueil de données a été effectué entre le 23 Février 2021 et le 21 Avril 2021.

Parmi les répondants, se trouvent 3 biologistes médicaux-ales. La possibilité pour ces professionnel-le-s d'avoir une activité de clinicien-ne n'avait pas été envisagée initialement. Leurs réponses suggérant qu'ils-elles peuvent exercer une activité de conseil auprès des patient-e-s, le choix a été fait de les inclure aux réponses valables.

Un questionnaire a été validé par un-e secrétaire médical-e. Bien que son opinion puisse révéler un intérêt certain, cette réponse a été écartée afin de se focaliser sur les professionnel-le-s clinicien-ne-s pouvant avoir une activité de conseil auprès des usagers des services d'AMP.

Par ailleurs, deux personnes ont rempli deux fois le questionnaire. Une seule de leurs réponses a été retenue.

Au total, 73 réponses ont été retenues et interprétées ci-après.

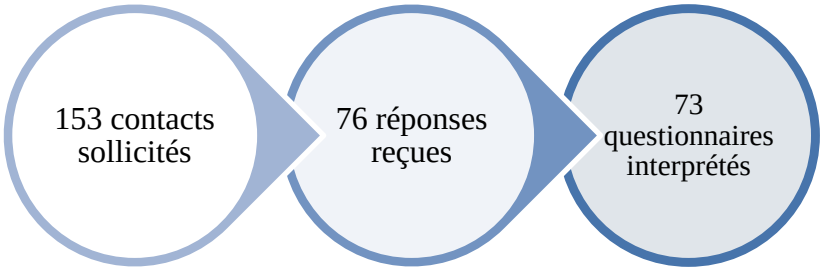

Figure 2 : échantillon de l'étude

1 - La population

Les répondant-e-s sont à 75% gynécologues, 21% sage-femmes, et 4% biologistes médicaux-ales. La majorité d'entre eux-elles (63%) ont moins de 45 ans.

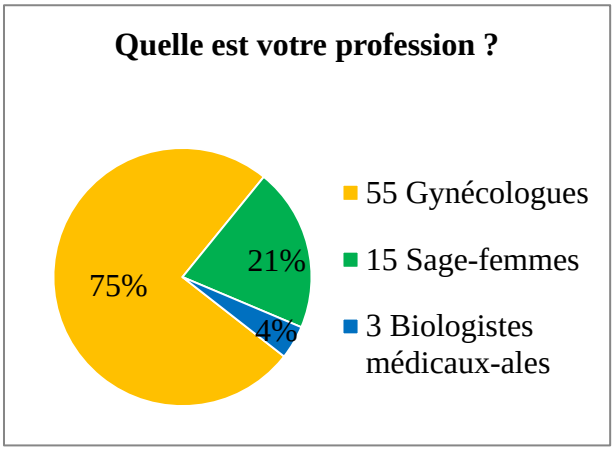

Figure 3 : profession des sondé-e-s

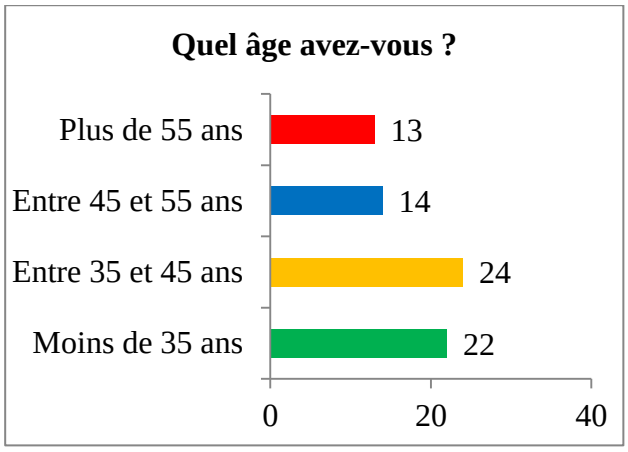

Figure 4 : âge des répondant-e-s

2 - Les contacts avec des ostéopathes et l'opinion sur l'efficacité de l'ostéopathie dans le cadre des dysfertilités

Seuls 33% des sondé-e-s indiquent avoir déjà échangé avec un-e ostéopathe, que ce soit à propos d'un-e patient-e commun-e, ou pour toute autre raison. Le questionnaire distingue deux cas de figures :

- Avez-vous déjà échangé avec un-e ostéopathe au sujet d'un-e patient-e commun-e ?
- Des ostéopathes vous ont-ils-elles déjà contacté-e dans le cadre de votre activité professionnelle ?

Les résultats sont identiques, cependant, les personnes qui ont répondu négativement à la première question, ne sont pas forcément les mêmes qu'à la deuxième (20% de différence entre les deux effectifs).

Bien qu'ils-elles ne soient que 33% à avoir déjà été en contact avec un-e ostéopathe (cf. figure 5) ; il-elles sont néanmoins 47% à avoir déjà reçu des informations concernant l'impact de l'ostéopathie sur les problématiques de fertilité (cf. figure 6).

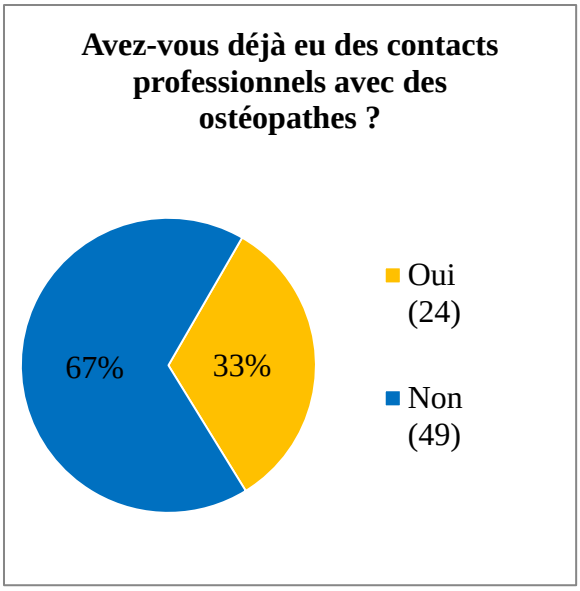

Figure 5 : échanges professionnels avec des ostéopathes

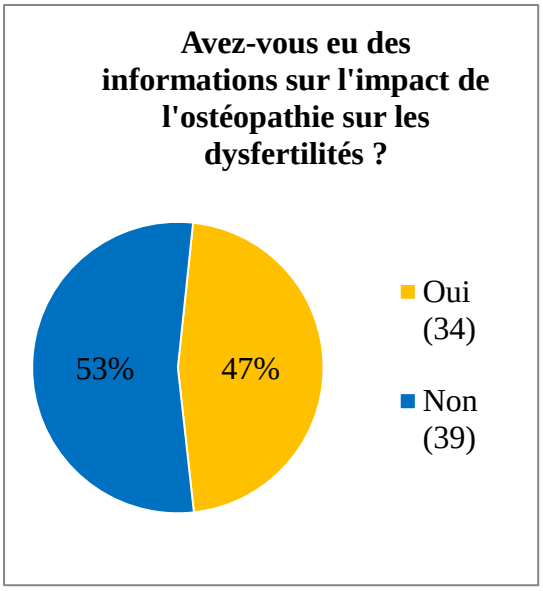

Figure 6 : informations reçues sur l'ostéopathie et les dysfertilités

La majorité des répondant-e-s pensent que l'ostéopathie peut avoir un impact positif sur les dysfertilités. Le croisement des données recueillies montre que les professionnel-le-s ayant reçu des informations sur l'ostéopathie et les dysfertilités ont globalement une meilleure opinion de l'efficacité de cette MAC que les autres (cf. figure 7).

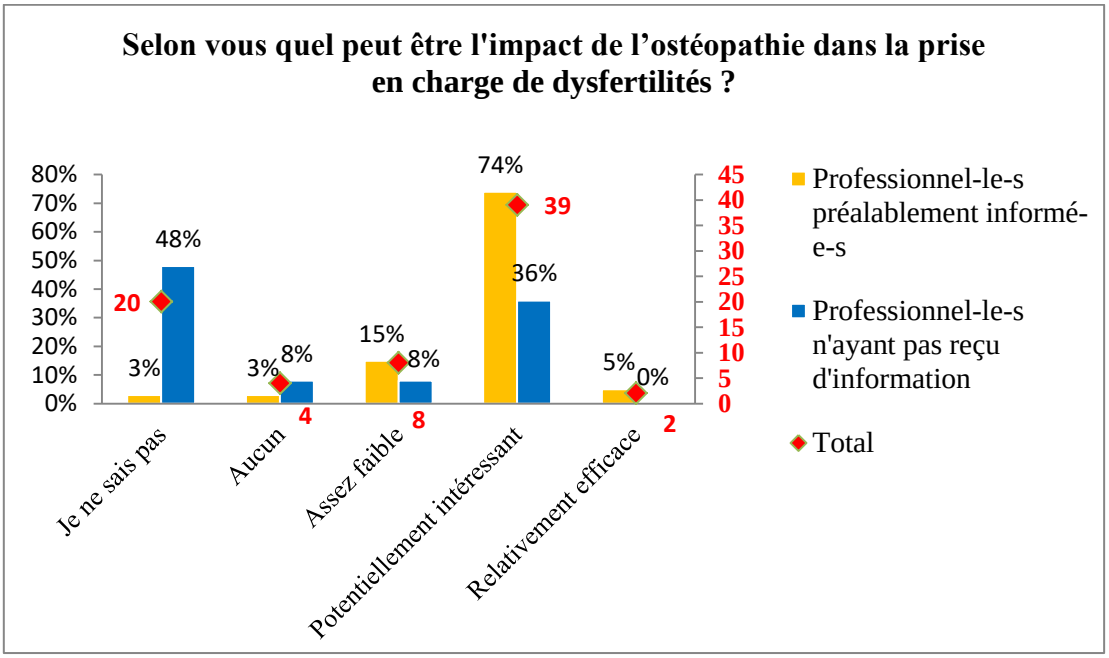

Figure 7 : influence des informations reçues sur l'avis des professionnel-le-s vis-à-vis de l'efficacité de l'ostéopathie sur les dysfertilités

3 - Le recours à l'ostéopathie en tant que patient-e

72% des répondant-e-s ont déjà eu recours personnellement à un-e ostéopathe (cf. figure 8). Ils-elles sont satisfait-e-s de leur prise en charge à 94% (cf. figure 9).

A noter que les 3 personnes ayant eu une appréciation plutôt négative de leurs consultations ostéopathiques n'ont pas une opinion forcément négative de l'impact potentiel de cette thérapie manuelle sur les dysfertilités (une personne «je ne sais pas » ; une personne « assez faible » ; une personne « potentiellement intéressant »). Et toutes ont déjà conseillé l'ostéopathie à leur-e-s patient-e-s.

Parmi les sondé-e-s n'ayant jamais eu recours à cette MAC, tou-te-s sont gynécologues. 70% de ces personnes n'ont jamais échangé avec un-e ostéopathe, soit 3 points de plus que dans l'échantillon total.

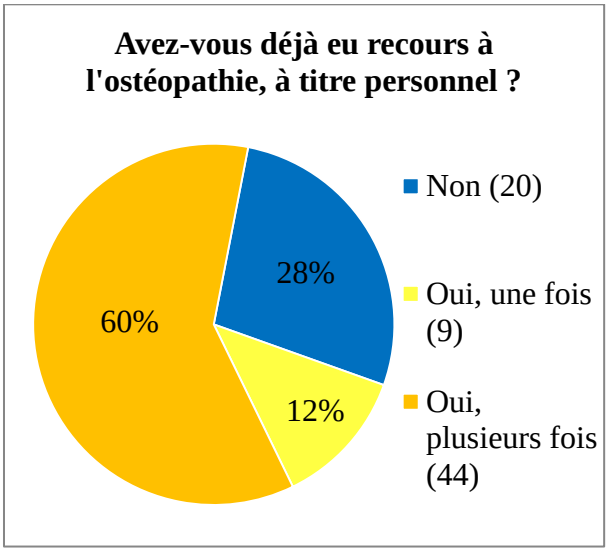

Figure 8 : recours personnel(s) antérieur(s) à l'ostéopathie

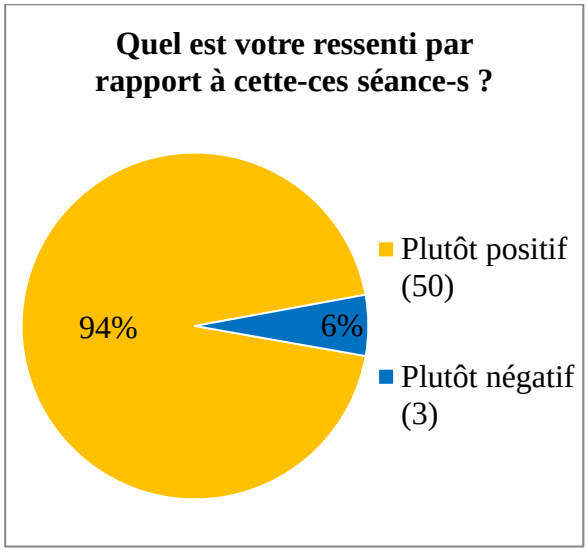

Figure 9 : appréciation de la prise en charge ostéopathique

4 – Les conseils prodigués aux patient-e-s, en matière de MAC

Les professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s des centres AMP recommandent quasiment tous l'usage de MAC à leur-e-s patient-e-s (93%) (cf. figure 10). 2/3 d'entre eux-elles évoquent le fait d'avoir reçu des informations sur ces pratiques, dans les raisons justifiant ce choix (cf. figure 11). Les 7% ne conseillant pas le recours aux MAC mentionnent

des motifs variés à cette prise de position (cf. figure 11). Cette étude ne permet pas de dégager une tendance dans les raisons mentionnées.

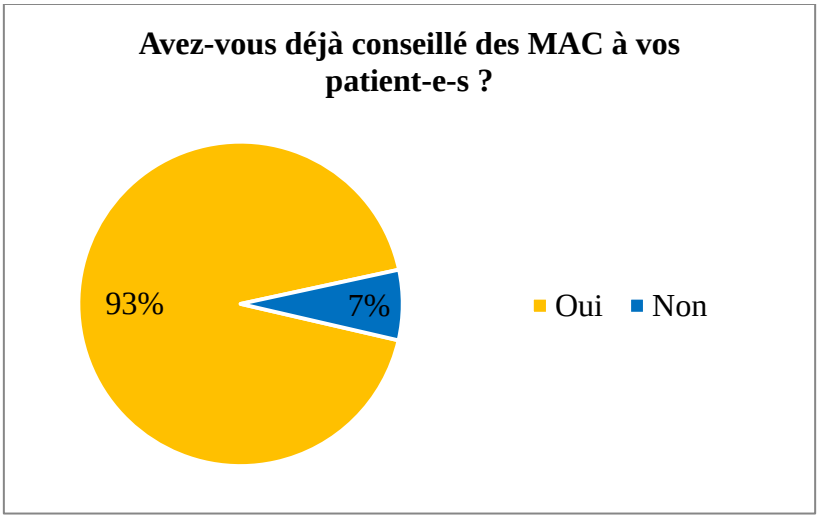

Figure 10 : avez-vous déjà conseillé des MAC à vos patient-e-s ?

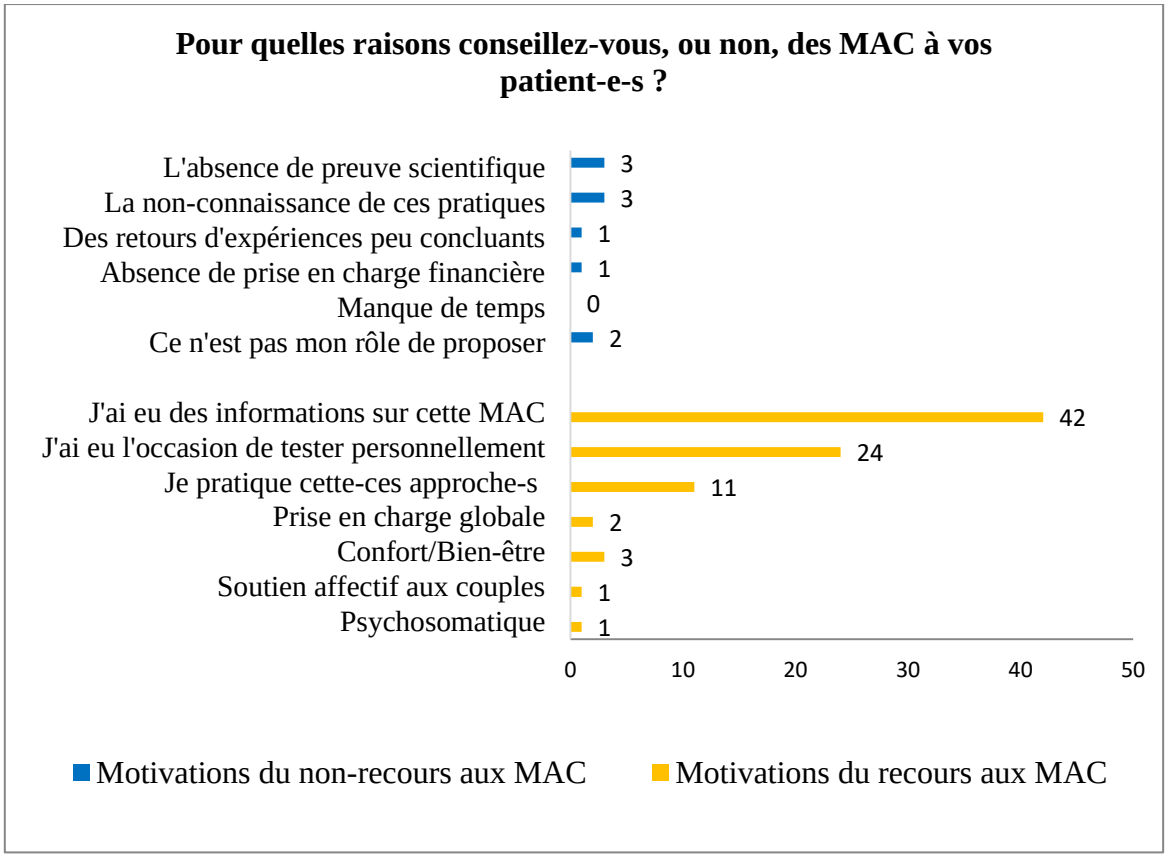

Figure 11 : Raisons évoquées quant à la recommandation, ou non, de MAC

Parmi les MAC prescrites par les répondant-e-s, les cinq thérapeutiques les plus citées sont : le soutien psychologique (94%), l'acupuncture (88%), l'ostéopathie (72%), les compléments vitaminiques et la méditation/sophrologie/relaxation (71%) (cf. figure 12).

A noter que la loi française prévoit la présence d'un-e psychologue au sein du service de PMA. La proximité physique et le partage d'informations médicales relatives au couple encouragent certainement le recours à cette MAC dont l'utilité n'est plus à démontrer. L'impact négatif du « facteur psychologique » sur la fertilité fait aujourd'hui l'objet d'un consensus (Bydlowski, 2003; Cayol, 2019).

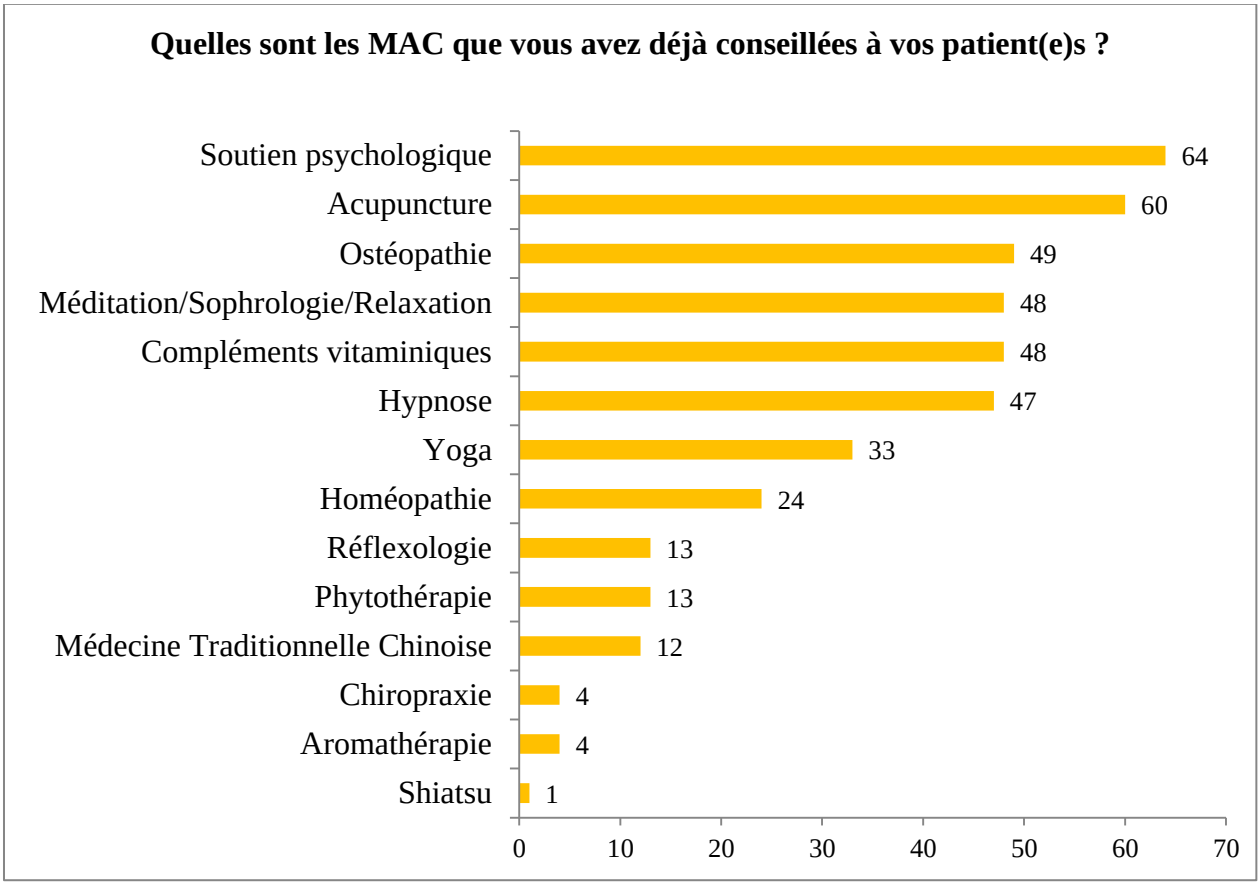

Figure 12 : MAC conseillées par les sondé-e-s

5 - Les discussions sur les MAC, lors des entrevues avec les patient-e-s

Ce thème est fréquemment abordé en consultation, avec le plus souvent, une initiative du corps médical (cf. figure 13). En effet, les répondant-e-s sont 38 à en parler fréquemment,

ou toujours en consultation. En revanche, ils-elles ne sont que 22 à déclarer que les patients en font autant.

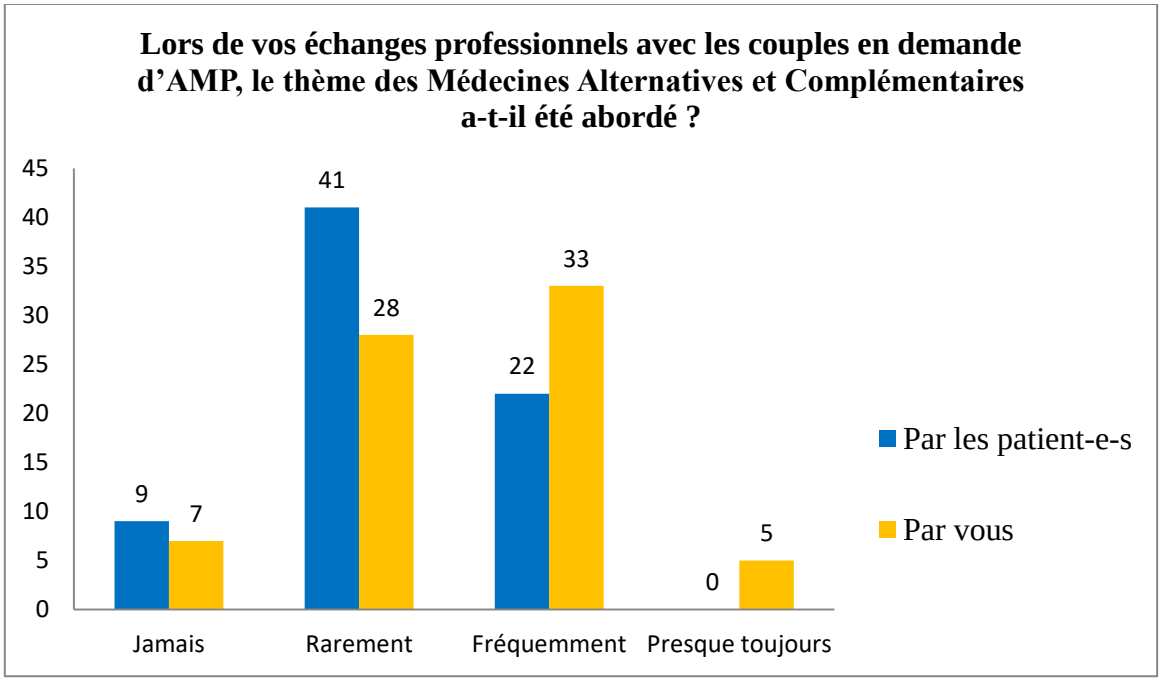

Figure 13 : abord de la thématique des MAC lors des échanges professionnels avec les patient-e-s

6 - La recommandation d'ostéopathie par les professionnel-le-s médicaux-ales des centres d'AMP

Les professionnel-le-s qui conseilleraient l'ostéopathie à leurs patient-e-s représentent 56% des sondé-e-s (les 2/3 d'entre eux-elles ont déjà eu des informations sur l'ostéopathie et les dysfertilités) (cf. figure 14).

6 professionnel-le-s (8% des répondant-e-s) ne recommanderaient pas le recours à l'ostéopathie dans le cadre de leur activité. Tou-te-s sont gynécologues et tou-te-s ont mentionné le fait que l'ostéopathie n'apporte pas de plus-value à la PMA (4 d'entre eux-elles n'ont jamais eu d'information sur cette indication thérapeutique ostéopathique). A noter qu'aucun-e répondant-e-s n'a sélectionné la réponse « Je pense que cela pourrait leur être préjudiciable ».

Chez les 36% d'indécis-es, les raisons évoquées peuvent être classées en trois catégories : le manque d'information sur l'intérêt de l'ostéopathie (60% des réponses) ; le fait

de ne pas connaître d'ostéopathe à qui adresser ses patient-e-s (24%) ; le non-remboursement par l'assurance maladie des séances d'ostéopathie (16%) (cf. figure 15). A noter que 85% des indécis-es n'ont pas reçu d'information sur l'intérêt de l'ostéopathie dans les troubles de la fertilité.

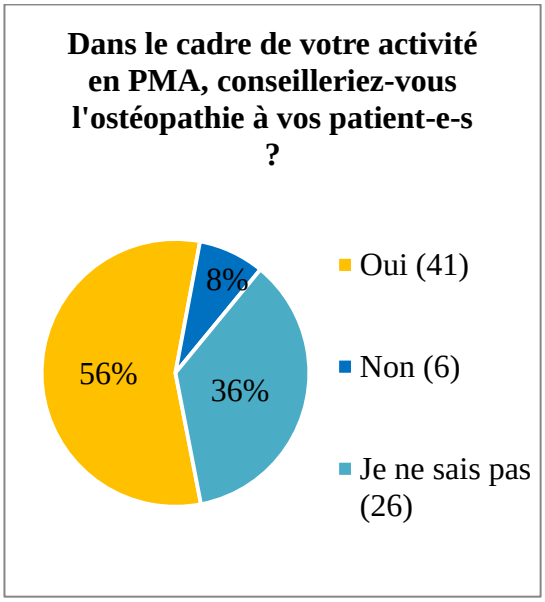

Figure 14 : la recommandation d'ostéopathie

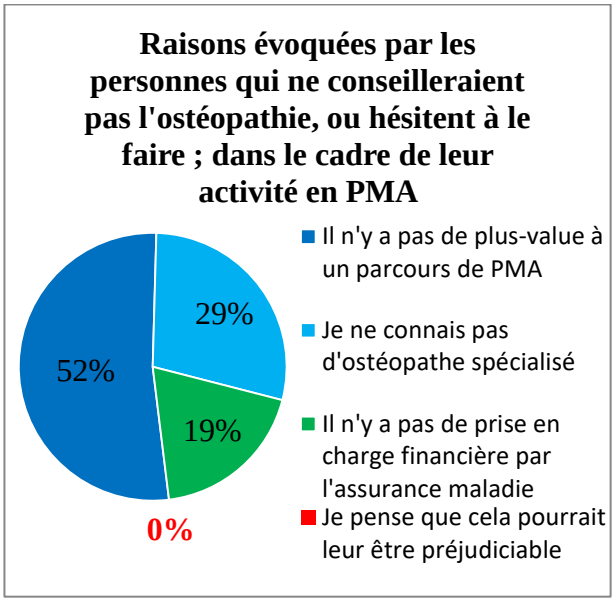

Figure 15 : les motivations à la non-recommandation d'ostéopathie

7 - Le profil des répondant-e-s ayant souhaité un complément d'information

45% des répondant-e-s ont souhaité recevoir un complément d'information sur l'ostéopathie et les dysfertilités. Le seul paramètre dénotant par rapport à l'échantillon global est l'âge des répondant-e-s, avec une proportion plus marquée de la tranche 45-55 ans (37% contre 18% dans l'échantillon total). Les personnes ayant souhaité obtenir des informations sur ce domaine sont très légèrement plus enclines à conseiller l'ostéopathie à leur-e-s patient-e-s (63% contre 56% pour l'ensemble des répondant-e-s) ; et ont davantage eu recours à l'ostéopathie à titre personnel que le reste de la population (81% de ces personnes ont déjà consulté un-e ostéopathe contre 73% dans la population totale).

Discussion

1 - Rappel des résultats

Cette étude quantitative montre que 2/3 des professionnel-le-s médicaux-ales sondé-e-s n'ont jamais eu de contacts professionnels avec des ostéopathes.

53% de l'échantillon n'a jamais reçu d'information quant à l'impact potentiel de soins ostéopathiques sur des problématiques de dysfertilité. Les praticien-ne-s ayant été préalablement informé-e-s sur le sujet ont une opinion nettement plus favorable quant à l'efficacité potentielle de l'ostéopathie dans ce domaine.

Ils-elles sont néanmoins 56% à penser que l'ostéopathie peut avoir un impact positif sur cette indication thérapeutique (28% déclarent « ne pas savoir », là où 16% ne pensent pas que cette approche puisse avoir d'efficacité intéressante. Une information sur le sujet pourrait donc potentiellement modifier l'opinion de cette partie de la population cible).

93% des répondant-e-s déclarent conseiller des MAC à leur-e-s patient-e-s ; l'ostéopathie étant dans les trois plus citées. Les 2/3 d'entre eux-elles mentionnent le fait d'avoir reçu des informations sur les approches en question comme raison à ce choix.

Le recours aux MAC est souvent abordé en consultation, que ce soit de la part des patient-e-s ou des clinicien-ne-s (avec une prépondérance pour une initiative médicale de la discussion).

56% conseilleraient l'usage de l'ostéopathie à leur-e-s patient-e-s de PMA. Pour les 8% qui ne le feraient pas, la raison principale évoquée est le fait que l'ostéopathie ne puisse pas apporter de plus-value à la PMA. Les 36% d'indécis-es sur le sujet évoquent des raisons qui pourraient aussi être influencées par une communication adéquate.

2 - Comparaison des résultats de l'étude avec les données de la littérature

Les résultats obtenus confirment ceux retrouvés par Dumoulin-Champetier de Ribes (2012), Binson (2014), Voltz (2015), Mortelecque (2016) et Dorge *et al.* (2020). A savoir, que le corps médical est globalement bien disposé vis-à-vis de l'ostéopathie ; ce même si des incompréhensions, des divergences d'opinion, ou un manque d'information existent.

Concernant les MAC les plus souvent conseillées par les professionnel-le-s de PMA, ce mémoire corrobore les conclusions de Jouvet (2018). Les pratiques auxquelles les patient-e-s engagée-e-s en FIV ont recours, en complément de leur parcours de PMA, sont les mêmes que celles conseillées par les professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s des centres d'AMP. En ce sens, les pratiques médicales collent au plus juste avec les attentes des patient-e-s. En revanche, les professionnel-le-s sondé-e-s déclarent être le plus souvent à l'origine des discussions concernant les MAC, contrairement à ce que rapportait la population interrogée par Jouvet.

La littérature souligne également que très peu de patient-e-s parlent de MAC à leur médecin (Jouvet, 2018). Ce que retrouve également cette investigation. 57% des répondants déclarent que les patients parlent rarement de ces approches, 13% qu'ils n'en parlent jamais.

Les répondant-e-s sont 73% à avoir déjà consulté un-e ostéopathe soit 25 points de plus que dans le sondage Odoxa de 2015, visant l'ensemble de la population française. Depuis six ans, le recours à l'ostéopathie s'est-il intensifié ? Le corps médical est-il plus enclin à consulter ? Ou bien les personnes ayant accepté de répondre à ce questionnaire sont-elles simplement plus favorable à cette MAC ? Il existe en effet un biais possible dans la sélection de l'échantillon : il est possible qu'une partie des professionnel-le-s ayant accepté de répondre au questionnaire l'aient fait en raison d'un intérêt préalable pour l'ostéopathie, et qu'à l'inverse les professionnel-le-s défavorables à cette approche n'aient pas souhaité répondre à l'enquête. Par ailleurs, la faible taille de notre échantillon le rend peu représentatif : nous ne pouvons pas généraliser les résultats à l'ensemble de la population cible.

Conformément aux données de la littérature, l'étude met en évidence le manque de communication entre professionnels médicaux et ostéopathes ; tout comme une mauvaise connaissance des indications ou de manière plus générale, de la pratique de l'ostéopathie. Ce sont sans doute, les conclusions les plus porteuses d'enseignement de ce travail. Les conséquences logiques présentes dans la littérature sont également retrouvées ici ; à savoir qu'un-e praticien-ne médical-e qui ne connaît pas d'ostéopathes locaux-ales, ou qui ne connaît pas (ou peu) l'ostéopathie, la recommande moins.

3 - Forces de l'étude

Le taux de réponses est intéressant, aux vues du nombre de mails envoyés (73 réponses sur 153 contacts sollicités) ; ce qui a permis de rendre les résultats interprétables.

L'originalité de cette étude est également un de ses points forts : en se référant aux recherches effectuées pour l'élaboration de ce mémoire, il s'agit du seul travail concernant le rapport spécifique à l'ostéopathie de cette population précise.

Ce mémoire de fin d'études permet également de mettre en lumière cet aspect méconnu de l'ostéopathie, qui peut constituer un appui intéressant tant pour les couples rencontrant des problématiques de dysfertilité, que pour les services d'AMP.

De ce point de vue, la recherche de littérature effectuée permet de justifier l'intervention de l'ostéopathe dans ce domaine et d'en expliquer le fonctionnement.

Comme l'étude le démontre, il y a beaucoup à faire tant en matière de prise de contact, que d'information sur les indications ostéopathiques à l'accompagnement des patient-e-s rencontrant des problématiques de dysfertilité. D'autant que les résultats montrent qu'un-e professionnel-le informé-e a une meilleure opinion de l'apport de l'ostéopathie, et conseille plus volontiers le recours à cette MAC. En effet, quel que soit le type de relation, la communication semble être un pilier essentiel, pour créer et maintenir des rapports pérennes et sereins. Ce travail pourra constituer un premier pas vers une meilleure collaboration entre les professionnel-le-s de la PMA et les ostéopathes ; et ce dans l'intérêt de tous. Le fait que cette enquête ait eu une portée géographique large pourra faciliter les demandes de contact ultérieures émanant des ostéopathes. Et pourquoi pas imaginer de futures études conjointes sur l'apport de l'ostéopathie à l'AMP…

4 - Limites de l'étude

Comparativement au nombre de mails/formulaires/messages envoyés, le taux de réponse de 48% est satisfaisant (73 réponses sur 153 envois). Cependant, en prenant en compte que chacun des 111 centres de PMA visés compte, dans ses équipes, plusieurs gynécologues et sage-femmes. Les résultats obtenus ne peuvent donc prétendre être représentatifs de la population globale.

Par ailleurs, le fait que l'étude traite de l'ostéopathie, qui n'est pas le cœur de métier des répondant-e-s, constitue un potentiel biais. Comme évoqué plus avant, il est fort probable que les personnes ayant peu d'affinité avec cette pratique n'aient pas souhaité remplir ce questionnaire et inversement.

Il n'est pas non plus possible d'éliminer un potentiel biais de complaisance qui inciterait, consciemment ou non, les répondant-e-s à essayer de satisfaire les attentes de l'auteur-trice de l'enquête.

La maturation d'un ovule comme d'un spermatozoïde s'effectuant sur approximativement trois mois, l'impact purement mécanique d'une prise en charge ostéopathique pourrait s'observer un trimestre plus tard. Ainsi, plus le suivi ostéopathique est entamé tôt dans le projet de grossesse, et plus il pourra porter ses fruits. Les gynécologues sont les premier-ère-s professionnel-le-s que les couples en demande d'AMP consultent dans leur parcours. Ils ne rencontrent les sage-femmes (et les biologistes médicaux-ales) qu'en fin de prise en charge. Dans cette optique, il aurait peut-être été judicieux de ne cibler que des gynécologues. Cependant, les résultats des procédures de PMA étant malheureusement assez limités, nombreux sont les couples qui se verront proposer plusieurs tentatives médicales avant de parvenir à obtenir une grossesse. Le choix a donc été fait de solliciter également les sage-femmes, qui peuvent de ce fait avoir une activité de conseil de prévention secondaire.

Comme explicité précédemment, un suivi ostéopathique précoce (par rapport au parcours de PMA) augmente théoriquement les chances de résultats. En suivant ce raisonnement, il aurait été intéressant de solliciter également les gynécologues libéraux-ales, les sage-femmes libéraux-ales ayant une activité de suivi gynécologique de prévention, ainsi que les médecins généralistes. Ces professionnel-le-s étant les premier-ère-s à découvrir les désirs contrariés de parentalité. Ce sont eux-elles qui orienteront les couples vers un centre d'AMP. Dans le cadre de cette étude, la population visée aurait été trop vaste et disparate. Les équipes médicales de PMA ont donc été les seul-e-s professionnel-le-s sollicité-e-s. D'autant que leur spécialisation dans le domaine de la fertilité répond parfaitement au sujet de ce travail de fin d'études.

En étudiant les réponses obtenues, il apparait que les professionnel-le-s ayant reçu des informations sur l'ostéopathie et les dysfertilités sont plus nombreux-ses que ceux-celles à avoir déjà été en contact avec un-e ostéopathe. Cette possibilité n'avait pas été envisagée. Il

serait intéressant de se renseigner sur la façon dont ces professionnel-le-s ont eu accès à ces informations.

Conclusion

Ce travail a mis en lumière le fait que les professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s de PMA ne sont pas du tout hostiles à l'ostéopathie et qu'une meilleure communication profiterait à tous.

En effet, la plupart des gynécologues et sages-femmes connaissent l'ostéopathie, y ont déjà eu recours personnellement, et ont une bonne image de cette approche. Cependant, peu ont été sollicité-e-s par un-e ostéopathe.

Les clinicien-ne-s médicaux-ales de PMA ont fréquemment recours aux MAC afin de complémenter leur prise en charge. Les pratiques qu'ils-elles conseillent répondent aux attentes des patient-e-s. Ce sujet est d'ailleurs fréquemment abordé en consultation, le plus souvent, sur une initiative médicale.

Une courte majorité de praticien-ne-s recommanderait l'ostéopathie dans un contexte de PMA. Les raisons évoquées par les personnes qui ne conseilleraient pas cette MAC à leur-e-s patient-e-s, tout comme par celles qui sont indécises ; relèvent principalement d'un manque d'information, dans ce domaine spécifique. Un travail de prise de contact et de communication auprès des centres de PMA seraient profitables à tous (patient-e-s, ostéopathes, service d'AMP, assurance maladie) ; ceci en partant du principe que l'ostéopathie permet d'optimiser l'état des patient-e-s, et donc de contribuer à améliorer les résultats obtenus en PMA, ce que les quelques écrits trouvés sur le domaine, tendent à montrer.

Bibliographie

Agence de la biomédecine. (s. d.). Assistance médicale à la procréation—Le centre d'AMP le plus proche de chez vous. Repéré à : https://www.procreation-medicale.fr/les-centres/

Agence de la biomédecine. (2021). Liste des centres cliniques autorisés. Repéré à : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/liste_ets_autorises_ampclin_090221.pdf

AIOS. (s. d.). Ostéopathie dans le Monde. Repéré à : http://aiosteo.fr/osteopathie-dans-le-monde/

Ait M'hammed, M., & Francois, G. (2012). *Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise*. Thèse de doctorat en médecine. Univerité de Picardie. Repéré à https://core.ac.uk/display/40125609

Attard, J.-A. P., & MacLean, A. R. (2007). Adhesive small bowel obstruction : Epidemiology, biology and prevention. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie*, *50*(4), 291-300.

Binson, R. (2014). *Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale : État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes libéraux et internes en médecine générale*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. Repéré à : http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/50222

Bolnick, A., Bolnick, J., & Diamond, M. P. (2015). Postoperative Adhesions as a Consequence of Pelvic Surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, *22*(4), 549-563. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2014.12.009

Bove, G. M., Chapelle, S. L., Hanlon, K. E., Diamond, M. P., & Mokler, D. J. (2017). Attenuation of postoperative adhesions using a modeled manual therapy. *PLoS ONE*, *12*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178407

Brüggmann, D., Tchartchian, G., Wallwiener, M., Münstedt, K., Tinneberg, H.-R., & Hackethal, A. (2010). Intra-abdominal adhesions : Definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options. *Deutsches Arzteblatt International*, *107*(44), 769-775. https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0769

Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilite*, *31*(3), 246-251. https://doi.org/10.1016/s1297-9589(03)00038-9

Cayol, B. (2019). Les enjeux psychologiques d'un parcours d'AMP. *Soins. Pediatrie, Puericulture*, *40*(311), 26-29. https://doi.org/10.1016/j.spp.2019.09.007

Collège Ostéopathique de Bordeaux. (2020). 1er symposium du Collège Ostéopathique de Bordeaux. Repéré à https://www.cob-osteopathie.fr/details-1er+symposium+du+college+osteopathique+de+bordeaux-189.html

Conseil national de l'Ordre des médecins. (2015). Quelle place pour les médecines complémentaires ?. Repéré à : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. (s. d.). Etre Sage-Femme : Formation. Repéré à : http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/

Cours des comptes. (2019). RALFSS-2019-09-assistance-medicale-procreation.pdf. Repéré à : https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/RALFSS-2019-09-assistance-medicale-procreation.pdf

Diamond, M. P. (2011). Postoperative adhesions : An underappreciated complication of cesarean deliveries. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *205*(6), S1. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.09.027

Dong, Y., Cai, Y., Zhang, Y., Xing, Y., & Sun, Y. (2017). The effect of fertility stress on endometrial and subendometrial blood flow among infertile women. *Reproductive Biology and Endocrinology : RB&E*, *15*. https://doi.org/10.1186/s12958-017-0236-7

Dorge, J., De Laroullière, L., & Baumann, L. (2020). Représentations des médecins généralistes au sujet de l'ostéopathie et des ostéopathes. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de Rueil-Malmaison. *La revue de l'ostéopathie*, *24*(1), 33-38.

Dugailly, P.-M., Fassin, S., Maroye, L., Evers, L., Klein, P., & Feipel, V. (2014). Effect of a general osteopathic treatment on body satisfaction, global self perception and anxiety : A randomized trial in asymptomatic female students. *International Journal of Osteopathic Medicine*, *17*(2), 94-101. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2013.08.001

Dumoulin-Champetier de Ribes, C. (2012). *Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : Enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nantes. Repéré à : http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=86c9c44a-e723-4b39-b6c3-9007d9ac098b

Frydman, N., Hesters, L., & Fanchin, R. (2006). Fécondation in vitro : Aspects cliniques et biologiques. *La Revue du praticien*, *56*(5), 507-512.

García, D., Brazal, S., Lindenberg, F., Toft, E., La Marca, A., Borrás, R., … Vassena, R. (2020). Identification of research priorities in infertility and assisted reproduction : An international, multicentre study. *Reproductive BioMedicine Online*, *40*(2), 238-244. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.10.012

HAS. (2017). Prise en charge de l'endométriose. Repéré à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf

Heim, S. (2007). *Does osteopathic treatment influence the hormone level of hyperandrogenaemic infertile women ?* Thèse de master en science de l'ostéopathie. Université Danube Krems. Repéré à : https://docplayer.net/4092273-Does-osteopathic-treatment-influence-the-hormone-level-of-hyperandrogenaemic-infertile-women-sabine-heim-a-6850-dornbirn.html

INED. (2008). La baisse de la fertilité avec l'âge. Repéré à : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/baisse-fertilite-age/

INSERM, DREES. (2016). ENP2016_rapport_complet.pdf. (s. d.). Repéré à : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

INSERM. (2018). Assistance médicale à la procréation (AMP). Repéré à : https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp

INSERM. (2019). Infertilité. Repéré à : https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/infertilite

Jouvet, S. (2018). *Recours aux médecines et thérapies complémentaires en fécondation in vitro : Étude prospective sur 608 patients au CHU de Bordeaux*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bordeaux. Repéré à : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781811/document

Kapper, A. (2006). *Unexplained subfertility and osteopathic treatment. A clinical trial.* Thèse de master en science de l'ostéopathie. Université Danube Krems. Repéré à : https://docplayer.net/3326084-Unexplained-subfertility-and-osteopathic-treatment-a-clinical-trial.html

Kermorgant, G. (2007). Apport de l'ostéopathie dans la prise en charge de l'infertilité secondaire. *Osteopathische Medizin*, *14*(2), 7-9. https://doi.org/10.1016/S1615-9071(13)60029-5

Kirby, E. D., Geraghty, A. C., Ubuka, T., Bentley, G. E., & Kaufer, D. (2009). Stress increases putative gonadotropin inhibitory hormone and decreases luteinizing hormone in male rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *106*(27), 11324-11329. https://doi.org/10.1073/pnas.0901176106

Légifrance. (2012). JORF n° 0166 du 19/07/2012. Repéré à : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=4l7IOnirI32epOgh3CdbxSrFi06kv4uNmW1FL3_nvcg=

Lelong, C. (2009). FERTILITE - Un bébé quand je veux ou… quand je peux ?. Repéré à : https://lepetitjournal.com/fertilite-un-bebe-quand-je-veux-ou-quand-je-peux-179378

Medworks. (2018). Gynécologue : Ce qu'il faut savoir sur la profession. Repéré à : https://med.works/gynecologue-obstetricien-etudes-diplomes-formation-metier/

Miner, S. A., Robins, S., Zhu, Y. J., Keeren, K., Gu, V., Read, S. C., & Zelkowitz, P. (2018). Evidence for the use of complementary and alternative medicines during fertility treatment : A scoping review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *18*. https://doi.org/10.1186/s12906-018-2224-7

Ministère des solidarités et de la santé. (2015). HAS (Haute autorité de santé). Repéré à : https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante

Mortelecque, B. (2016). *Ressenti des médecins généralistes de France sur la nécessité d'acquérir des compétences diagnostiques ostéopathiques pour une bonne pratique de la médecine générale*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Lille. Repéré à : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M111.pdf

Odoxa. (2015). Les Français et l'ostéopathie. Repéré à : http://www.odoxa.fr/sondage/1330-2/

O'Connor, D. (2010). *Étude sur les perspectives des omnipraticiens du Québec quant à leur rôle-conseil concernant l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC).* Thèse de maître ès sciences. Université d'Ottawa, Canada. Repéré à : https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/3975/O_Connor_Daniel_MSc_2008.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Okhowat, J., Murtinger, M., Schuff, M., Wogatzky, J., Spitzer, D., Vanderzwalmen, P., … Zech, N. H. (2015). Massage therapy improves in vitro fertilization outcome in patients undergoing blastocyst transfer in a cryo-cycle. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 21*(2), 16-22.

Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons. (2013). Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery : A committee opinion. *Fertility and Sterility, 99*(6), 1550-1555. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.02.031

Prasad, S., Tiwari, M., Pandey, A. N., Shrivastav, T. G., & Chaube, S. K. (2016). Impact of stress on oocyte quality and reproductive outcome. *Journal of Biomedical Science, 23*. https://doi.org/10.1186/s12929-016-0253-4

Quéniart, A., Chabot, P., Walsh, S., & Jobin, P. (1990). Parcours thérapeutiques en médecines alternatives. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (24), 43-50. https://doi.org/10.7202/1033935ar

Ramsey, M. (1999). Alternative medicine in modern France. *Medical History, 43*(3), 286-322. https://doi.org/10.1017/S0025727300065376

Rice, A. D., Patterson, K., Wakefield, L. B., Reed, E. D., Breder, K. P., Wurn, B. F., … Wurn, L. J. (2015). Ten-year Retrospective Study on the Efficacy of a Manual

Physical Therapy to Treat Female Infertility. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *21*(3), 36-44.

Rozée, V., & Mazuy, M. (2012). L'infertilité dans les couples hétérosexuels : Genre et « gestion » de l'échec. *Sciences sociales et santé*, *30*(4), 5-30. https://doi.org/10.3917/sss.304.0005

Ruffini, N., D'Alessandro, G., Cardinali, L., Frondaroli, F., & Cerritelli, F. (2016). Osteopathic manipulative treatment in gynecology and obstetrics : A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, *26*, 72-78. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.005

SFDO. (2014). Sondage OpinionWay sur l'ostéopathie. Repéré à : https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/document/1417-communique-de-presse-sondage-opinion-way-sfdo.pdf

Stanciu, D., & Menzies, D. (2007). The magnitude of adhesion-related problems. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, *9 Suppl 2*, 35-38. https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01346.x

Stovall, T. G., Elder, R. F., & Ling, F. W. (1989). Predictors of pelvic adhesions. *The Journal of Reproductive Medicine*, *34*(5), 345-348.

Threlkeld, A. J. (1992). The effects of manual therapy on connective tissue. *Physical Therapy*, *72*(12), 893-902. https://doi.org/10.1093/ptj/72.12.893

van Goor, H. (2007). Consequences and complications of peritoneal adhesions. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, *9 Suppl 2*, 25-34. https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01358.x

Vincent, C., & Furnham, A. (1996). Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*(1), 37-48. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01160.x

Voltz, C. (2015). *Représentations du médecin généraliste sur l'ostéopathie. Enquête qualitative.* Thèse de doctorat en médecine. Université de Montpellier.

Vrijland, W. W., Jeekel, J., van Geldorp, H. J., Swank, D. J., & Bonjer, H. J. (2003). Abdominal adhesions : Intestinal obstruction, pain, and infertility. *Surgical Endoscopy*, *17*(7), 1017-1022. https://doi.org/10.1007/s00464-002-9208-9

Wurn, B. F., Wurn, L. J., Roscow, A. S., King, C. R., Heuer, M. A., Scharf, E. S., & Shuster, J. J. (2004). Treating Female Infertility and Improving IVF Pregnancy Rates With a Manual Physical Therapy Technique. *Medscape General Medicine*, *6*(2). Repéré à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395760/

Wurn, B., Wurn, L., King, R., Heuer, M., Roscow, A., Hornberger, K., & Scharf, E. (2008). Treating fallopian tube occlusion with a manual pelvic physical therapy. *Alternative therapies in health and medicine*, *14*, 18-23. Repéré à : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18251317/

Zorn, J.-R., & Savale, M. (2005). *Stérilité du couple* (2e édition). Paris : Elsevier Masson.

Annexes

Annexe 1 : organismes de formation continue en ostéopathie proposant des programmes autour de la fertilité

Pages internet d'organismes de formation continue en ostéopathie proposant des programmes autour de la fertilité
- https://www.post-graduate.fr/formation/fertilite-et-osteopathie/
- http://osteonat.com/infertilite-et-osteopathie/
- https://www.opya-formations.fr/formation-fertilite/
- https://www.idheo.com/formation-osteopathie-fertilite/
- **https://www.cfpco.fr/workshop/392/approche-integrative-de-la-fertilite-en-osteopathie**
- https://eden-fertilite.org/formationcontinue-osteopathie-hiver21/
- https://www.osteo-evolution.fr/Calendrier-formations/osteopathie-et-troubles-de-la-fertilite-chez-la-femme/
- https://www.elisaboillot.com/fertilite-gyneco-sexualite-contrace
- https://www.creosteo.com/osteopathie-cranio-occlusale

Annexe 2 : références de pages internet mentionnant l'intérêt de l'ostéopathie dans l'accompagnement des dysfertilités

Références de pages internet mentionnant l'intérêt de l'ostéopathie dans l'accompagnement des dysfertilités
- https://www.magicmaman.com/,osteopathe-fertilite,3245433.asp
- https://www.topsante.com/maman-et-enfant/conception/tomber-enceinte/l-osteopathie-peut-booster-la-fertilite-613601
- https://www.santemagazine.fr/medecines-alternatives/therapies-manuelles/osteopathie/fertilite-avez-vous-pense-a-losteopathie-171654
- https://www.fiv.fr/osteopathie-fiv/
- https://www.doctissimo.fr/medecines-douces/therapies-manuelles/osteopathie/osteopathie-et-fertilite
- https://bamp.fr/?s=ost%C3%A9opathie

- https://www.lescigognesdelespoir.com/osteopathie-et-infertilite,20.html
- https://www.wistim.com/Articles-PMA-FIV-Fertilite/Bienfaits-ost%C3%A9opathie-sur-fertilit%C3%A9.html
- https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=tomber-enceinte-osteopathie
- https://www.myferti.com/articles/therapeute-fertilite
- https://maia-asso.org/liens-utiles-et-partenaires.html
- https://celia-fertilite.fr/evenements/33-medecines-douces-en-pma

Annexe 3 : ouvrages spécialisés mentionnant un impact de l'ostéopathie sur les dysfertilités

Ouvrages spécialisés mentionnant un impact de l'ostéopathie sur les dysfertilités
- Ageron Marque, C. (2006). *Guide pratique d'ostéopathie en gynécologie.*
- Barral, J. P. et Mercier P. (2004). *Manipulations viscérales 1.*
- Barral, J. P. et Croibier, A. (2009). *Manipulations vasculaires viscérales.*
- Bazin, O. et Naudin, M. (2016). *Manipulations des dysfonctions pelviennes fémninines.*
- Camirand, N. (2009). *Dysfonctions glandulaires et nerveuses - diagnostics et traitements ostéopathiques.*
- Doumenc, I. (2019). *Stimuler sa fertilité, c'est parti !.*
- Hegben, E. et Prudhomme, C. (2016). *Ostéopathie viscérale Principes et techniques - 2nde édition.*
- Marguaritte, J. P. *Une solution naturelle à l'infertilité*. Repéré sur le site europromosteo : https://europromosteo.com/articles-de-presse/articles/L%20INFERTILITE%20-%20UNE%20SOLUTION%20NATURELLE.pdf
- *Ostéomag #34 – Fertilité féminine Procréation ostéopathiquement assistée* ; (sept/oct/nov 2017)
- Richard, R. (2000). *Lésions ostéopathiques sacrées et leurs conséquences crâniennes et utérines.*
- Woodal, P. (1983). *Principes et pratiques ostéopathiques en gynécologie*.

Annexe 4 : questionnaire de l'étude

AMP & Ostéopathie

Dans le cadre de ma formation en ostéopathie, j'effectue un mémoire sur les relations existants entre les professionnels médicaux cliniciens des centres d'Assistance Médicale à la Procréation, et les ostéopathes. Votre contribution apportera des pistes pour potentialiser les résultats obtenus en AMP. Je vous remercie pour ce temps que vous m'accordez. Ce questionnaire anonyme requiert, en moyenne, 4 minutes aux répondants.

1. Tout d'abord, quelle est votre profession ?

   Une seule réponse possible.

   - Gynécologue
   - Sage-Femme
   - Autre : _____

2. Quel âge avez-vous ?

   Une seule réponse possible.

   - Moins de 35 ans
   - Entre 35 ans et 45 ans
   - Entre 45 ans et 55 ans
   - Plus de 55 ans

3. Vous est-il arrivé d'échanger avec un(e) ostéopathe, au sujet d'un(e) patient(e) commun ?

   Une seule réponse possible.

   - Oui
   - Non

4. Des ostéopathes vous ont-ils déjà contacté dans le cadre de votre activité professionnelle ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

5. Avez-vous déjà eu recours à l'ostéopathie, à titre personnel ?

Une seule réponse possible.

- Non *Passer à la question 7*
- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois

6. Quel est votre ressenti global sur cette-ces séance(s) ?

Une seule réponse possible.

- Plutôt positif
- Plutôt négatif

7. Avez-vous eu des informations sur l'impact de l'ostéopathie sur des problématiques de dysfertilité ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. Selon vous quel peut être l'impact de l'ostéopathie dans la prise en charge de dysfertilités ?

Une seule réponse possible.

- Je ne sais pas
- Aucun
- Assez faible
- Potentiellement intéressant
- Relativement efficace

9. L'ordre des médecins définit les "Médecines Alternatives et Complémentaires" comme regroupant des thérapies manuelles (ostéopathie, chiropraxie...), des approches corps-esprit (psychologie, méditation...), des thérapies biologiques (phytothérapie, aromathérapie...), et des systèmes complets (acupuncture, homéopathie...). En avez-vous déjà conseillé à vos patients ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 11*

10. Lesquelles ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Compléments vitaminiques
- [ ] Homéopathie
- [ ] Phytothérapie
- [ ] Aromathérapie
- [ ] Soutien psychologique
- [ ] Hypnose
- [ ] Méditation/Sophrologie/Relaxation
- [ ] Yoga
- [ ] Acupuncture
- [ ] Réflexologie
- [ ] Médecine Chinoise
- [ ] Ostéopathie
- [ ] Chiropraxie

Autre : [ ] _____

Passer à la question 12

11. Pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Le manque de temps en consultation
- [ ] La non-connaissance de ces pratiques
- [ ] Des retours d'expériences peu concluants, voire préjudiciables aux patients
- [ ] Il n'y a pas de preuve scientifique en faveur d'une efficacité, ou d'une inocuité de ces pratiques
- [ ] L'absence de prise en charge financière de ces pratiques, par l' Assurance Maladie.

Autre : [ ] _____

Passer à la question 13

12. Pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Je pratique cette-ces approche(s)
- ☐ J'ai eu l'occasion de tester personnellement
- ☐ J'ai eu des informations sur l'intérêt de cette-ces pratique(s) sur les problématiques de dysfertilité

Autre : ☐ _____

13. Jusqu'à présent, lors de vos échanges professionnels avec les couples en demande d'AMP, le thème des Médecines Alternatives et Complémentaires a-t-il été abordé ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Presque toujours
Par les patient(e)s	◯	◯	◯	◯
Par vous	◯	◯	◯	◯

14. Dans le cadre de votre activité en PMA, conseilleriez-vous l'ostéopathie à vos patients ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 16*
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

15. Pour quelle(s) raison(s) ?

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Je ne pense pas que cela puisse apporter une plus-value au parcours AMP
- [ ] Je pense que cela pourrait leur être préjudiciable
- [ ] L'ostéopathie n'est pas prise en charge financièrement par l'Assurance Maladie
- [ ] Je ne connais pas d'ostéopathe à qui adresser mes patients

Autre : [ ] _____

16. Je vous remercie d'avoir apporté votre contribution à ce travail de recherche. Si ce sujet vous intéresse et que vous souhaitez recevoir une information sur l'ostéopathie et les dysfertilités (pdf), vous pouvez inscrire votre adresse mail, ci-dessous.

_____

Annexe 5 : mail adressé à la population cible

Bonjour,

Je suis kinésithérapeute et actuellement en fin de formation en ostéopathie. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je réalise un mémoire sur **les relations existant entre les professionnels médicaux des services d'AMP et les ostéopathes**. Je souhaiterais donc soumettre un rapide questionnaire (4 minutes) à un maximum de Gynécologues cliniciens et de Sage-Femmes. Je vous serai très reconnaissant si vous pouviez prendre quelques instants afin de le remplir, et éventuellement de le diffuser aux autres professionnels médicaux du service d'AMP.

Le questionnaire est accessible en cliquant sur le lien suivant :

https://forms.gle/zCjRQ7YPc6q9aVwg9 ; ou en flashant le QR code suivant :

En vous remerciant pour votre précieuse contribution,

--

Anthony BLONDON
Masseur-Kinésithérapeute D.E. - étudiant en dernière année d'Ostéopathie à l'IFSO Vichy

--

Résumé :

Nombreux sont les couples qui ont recours à l'AMP. Les résultats obtenus par cette prise en charge médicale sont malheureusement assez limités. Un suivi complémentaire en ostéopathie permettrait potentiellement d'améliorer les probabilités de grossesse. C'est du moins ce que tend à montrer la littérature scientifique existante. Cette MAC fait-elle partie de l'arsenal thérapeutique employé par les acteurs médicaux des services d'AMP ? Cette étude quantitative investigue les rapports existants entre professionnel-le-s médicaux-ales clinicien-ne-s des centres de PMA et ostéopathes, à l'échelle nationale ; en sondant les gynécologues et les sages-femmes de ces services, sur leurs pratiques.

Il ressort que ces professionnel-le-s connaissent l'ostéopathie, et en ont une opinion majoritairement positive. Cependant ils-elles entretiennent peu de rapport avec ces praticiens, et ont des connaissances limitées quant à cette indication thérapeutique spécifique.

Par ailleurs, la majorité des répondant-e-s conseilleraient l'ostéopathie dans le cadre de leur activité. Ceux-celles qui ne le feraient pas ou hésitent à le faire évoquent des motivations principalement en lien avec un manque de connaissances. Une communication de la part des ostéopathes sur ce domaine spécifique serait des plus pertinentes pour optimiser la prise en charge des dysfertilités.

Mots clés : ostéopathie ; Assistance Médicale à la Procréation/Procréation Médicalement Assitée ; dysfertilité ; Médecine Alternative et Complémentaire

Abstract :

Many couples reach out to the help of reproductive medicine as a last resort. Whereas, positive results of those practices are quiet sparse, additional follow-up in osteopathy has potentially been established to improve the chance of pregnancy. It is at least what prior academic literature tend to demonstrate. A question remains on whether reproductive health currently rely on osteopathic medicine to holistically heal patients. This study investigates the relationships between clinical professionals and ostéopaths, at a national scale ; surveying gynecologists and midwives from assisted reproductive services.

It appears that, most of the interviewees are aware of such complementary and alternative medicine ; and share a good opinion on it. However, they report having a lack knowledge on its therapeutic ability, as well as connections with its practitioners ,

Interestingly, most of the interviewees would recommend osteopathy within the scope of their treatment plan. For those against , or sinply hesitating on its usage, they explain their choices by relating it to an overall lack of knowledge (of its practice and of its practitioners)

A more active communication from the osteopaths would benefit patients onboarding care in the treatment of sub-fertility.

Keywords : osteopathy ; reproductive medicine/health ; subfertility/infertility ; Complementary and Alternative Medicine.