

OSTÉOPATHIE & FERTILITÉ

Bernard FERRU
Ostéopathe DO

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA FERTILITÉ

Les couples qui n'arrivent pas à mettre en route une grossesse après un 1 an de rapports réguliers et proches de l'ovulation sont répertoriés comme des couples ayant des problèmes de fertilité, c'est-à-dire de capacité à concevoir. En France ils représentent 15 % à 25 % des couples. Le taux d'infécondité des couples, ayant des rapports réguliers et sans contraception pendant un an dans notre pays, est estimé à 18 %. Après 2 ans il se situe à 8 %. D'un couple à l'autre, la fertilité peut avoir des variations importantes. Elle peut dépendre de la fréquence des rapports sexuels et de leur corrélation avec les fenêtres de fécondation, comme de l'âge de la femme.

Des éléments pathologiques de l'un ou de l'autre des conjoints peuvent altérer les capacités de fertilité comme :

- Pour l'homme : les troubles de la production de spermatozoïdes, les anomalies génétiques ou biologiques, le tabac, l'alcool, les drogues et entre autres tous les polluants... ainsi que le stress.
- Pour la femme : Les défauts constitutionnels de "l'arbre de vie" et de l'axe hypothalamo-hypophysaire, les pathologies utérines, tubaires, ovariennes, l'endométriome, les dysovulations, l'obésité, l'anorexie, et tous les polluants parasitants comme le tabac, l'alcool, les drogues... et aussi le stress.

Il y a en France environ 800 000 naissances dans une année. 28 000 sont issues de l'assistance médicale à la procréation. L'infécondité résiduelle correspondrait à 40 000 naissances non réalisées par an. 6 % des couples sont concernés par la stérilité qui rend impossible une quelconque procréation.

FÉCONDITÉ

Elle est limitée par la durée de la vie génitale et est le fait d'avoir donné naissance à un enfant.

STATISTIQUES INSEE

TAUX DE FÉCONDITÉ PAR GROUPE D'ÂGE

(NOMBRE DE NAISSANCES POUR 100 FEMMES)

ANNÉE	15 À 24 ANS	25 À 29 ANS	30 À 34 ANS	35 À 39 ANS	40 À 50 ANS	INDICATEUR CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ (1) (POUR 100 FEMMES)	ÂGE MOYEN DES MÈRES (2) (EN ANNÉES)
2016	2,4	11,4	12,9	6,9	0,8	189,1	30,6
2017	2,2	11,1	12,7	6,9	0,8	186,0	30,7
2018	2,2	10,8	12,7	6,9	0,8	183,9	30,7

(1) Somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée.

(2) Âge calculé pour une génération fictive de femmes qui auraient à chaque âge la fécondité observée pour les femmes du même âge l'année considérée.

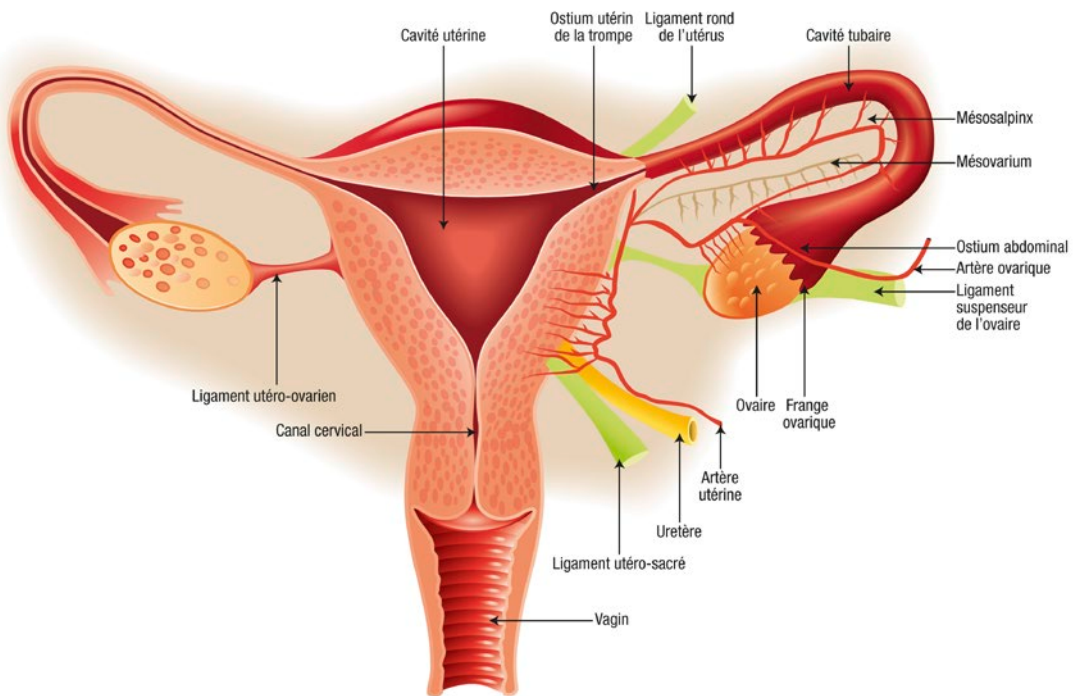
En France le taux de fécondité (1,9 enfant par femme) est supérieur à celui des pays du centre et du sud de l'Europe (Allemagne, Pologne, Espagne, Italie : environ 1,4 enfant par femme).

COMMENTAIRES

La bonne circulation des hormones va demander une perméabilité sans faille des réseaux et surtout des micros réseaux vasculaires. Ceci permet d'assurer la régulation du processus de reproduction nécessaire à la physiologie de la fertilité. Tout parasitage tissulaire dans la boîte crânienne (tensions membranaires, parasitages de sutures) peut avoir des redondances quant à la production et la libre circulation des messages hormonaux. Les centres névralgiques que sont l'hypothalamus et l'hypophyse peuvent aussi être parasités dans leur fonctionnalité par des éléments, non pas mécaniques, mais que l'on peut qualifier d'émotionnels impactant l'inconscient.

“L'ARBRE DE VIE”

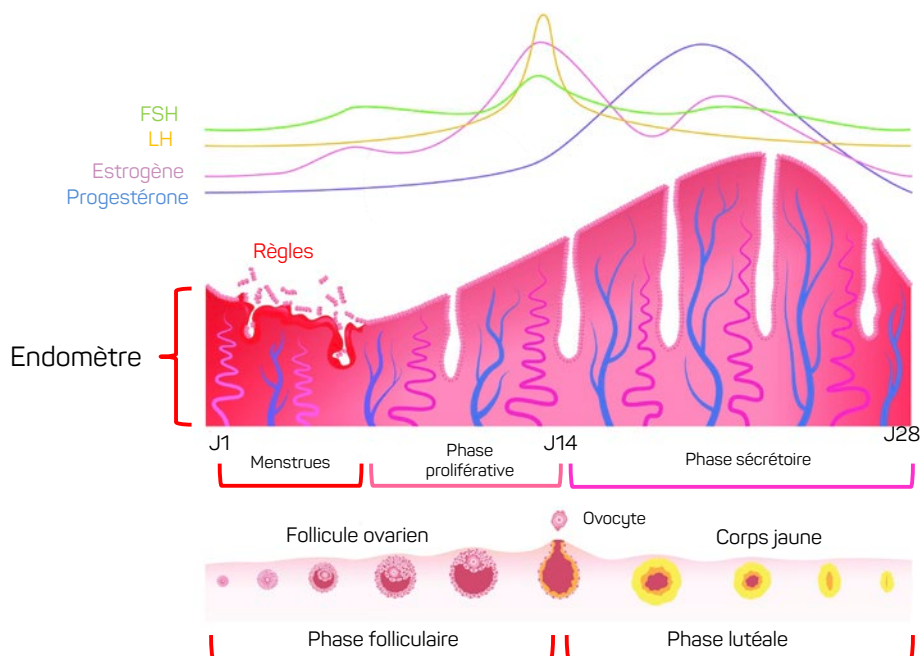
“L'arbre de vie” est constitué de l'ensemble des organes reproducteurs internes féminins réunissant le vagin, l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires.



Organes génitaux internes de la femme (face postérieure des organes)

MÉCANISMES DE TRANSFORMATION

L'endomètre se transforme dans sa morphologie et sa physiologie sous l'influence des estrogènes et de la progestérone que sécrètent les ovaires. Sa transformation au cours du cycle menstruel est la résultante du bon fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire et d'une bonne communication aller-retour de ce dernier avec les ovaires. L'endomètre possède des récepteurs spécifiques sensibles aux hormones stéroïdiennes qui vont agir sur ses 3 couches que sont : l'épithélium, le stroma et l'endothélium. Les récepteurs spécifiques sont des protéines qui sont présentes dans les noyaux des cellules endométriales et qui sont sensibles aux estrogènes et à la progestérone. Les estrogènes jouent un rôle important dans la multiplication des cellules endométriales.



Endomètre

PHASE PROLIFÉRATIVE

Elle correspond aux quatorze premiers jours du cycle. Sous la dépendance des estrogènes, le stroma, les glandes et les vaisseaux prolifèrent avec un pic de développement vers le dixième jour. Pendant cette phase la muqueuse endométriale augmente son volume. Cette augmentation est la résultante des augmentations cellulaires de mitoses et de la synthèse de l'acide désoxyribonucléique (ADN) et de l'acide ribonucléique (ARN) du cytoplasme. Cette transformation est majeure au niveau du fond et du corps de l'utérus et moindre au niveau de l'isthme, des cornes utérines et de la partie basale. Lors de cette phase, il existe une augmentation des microvillosités et des cils de l'épithélium de surface ainsi que des glandes, synthétisées par l'influence des estrogènes.

PHASE SÉCRÉTOIRE

Elle se situe entre le quatorzième et vingt-huitième jour du cycle menstruel. Elle est sous l'influence de la progestérone qui inhibe l'action des estrogènes. Cette inhibition

DÉCLENCHEMENT DE L'OVULATION

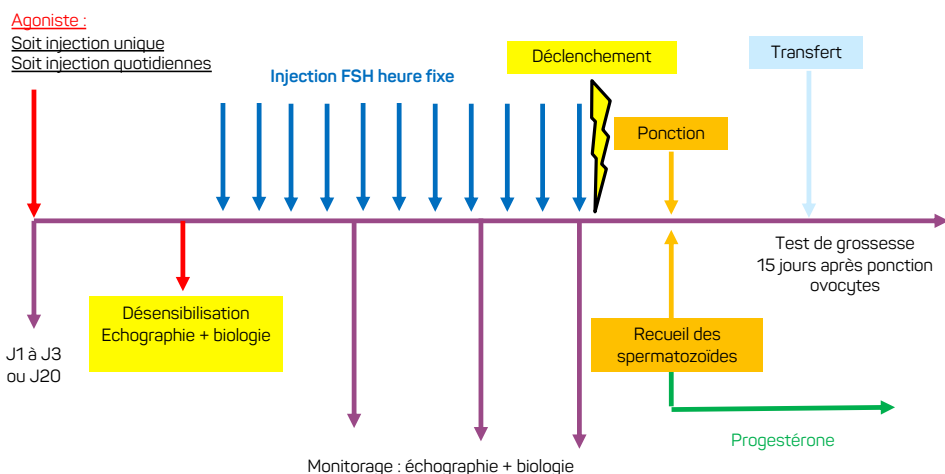
L'ovulation a lieu à la suite du pic de LH (durée de 48 heures) qui permet la rupture du follicule et la libération de l'ovocyte. Physiologiquement, la stimulation est le plus souvent monofolliculaire. Elle est multifolliculaire en cas de stimulation. Le déclenchement de la stimulation est primordial pour obtenir le plus grand nombre d'ovocytes matures, en évitant une ovulation spontanée. Il n'existe pas de critère unique permettant de définir avec certitude le "bon moment". Les critères de déclenchement sont propres à chaque centre de PMA. Ceux-ci utilisent des protocoles différents de mise en œuvre.

DIFFÉRENTS PROTOCOLES ET INDICATIONS

PROTOCOLE AGONISTE

• Protocole agoniste long

Il consiste à supprimer les sécrétions de FSH et de LH par l'administration continue d'un agoniste de la GnRH, qui désensibilise les récepteurs de la GnRH au niveau de l'hypophyse.



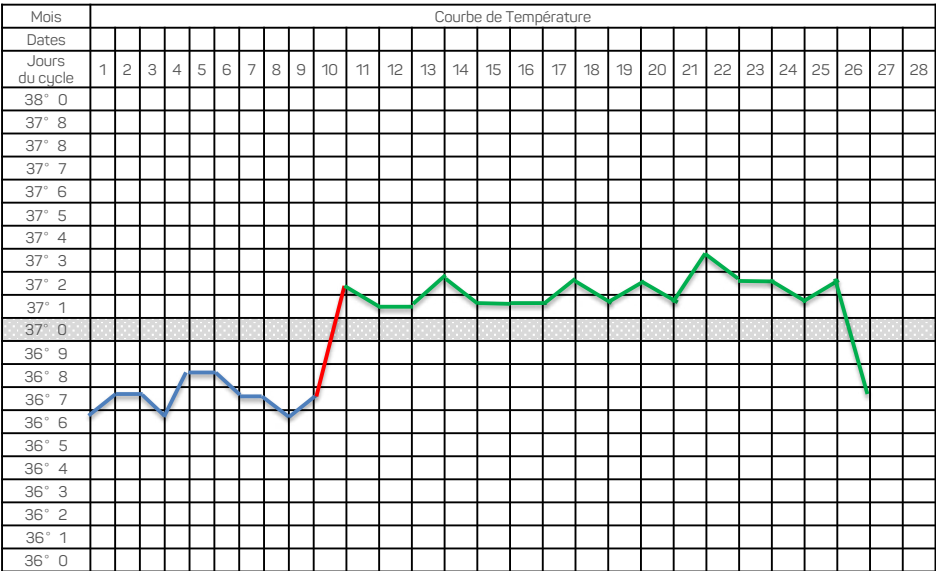
Protocole antagoniste long pour fécondation in vitro

L'administration peut commencer à J1 ou à partir de J20 en phase lutéale du cycle précédent. Un monitoring est réalisé entre J10 et J18 après le début de l'administration de la GnRH pour vérifier la désensibilisation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Quand les règles apparaissent avec un endomètre fin et un taux d'estradiol < 50 pg/ml, la désensibilisation de l'axe est considérée comme obtenue. La stimulation par gonadotrophine est alors débutée. Elle peut durer entre 10 à 12 jours en fonction du protocole et de la réponse de la patiente. Quand les follicules arrivent à une maturité optimale, l'ovulation est déclenchée.

• **Courbes de température courtes**

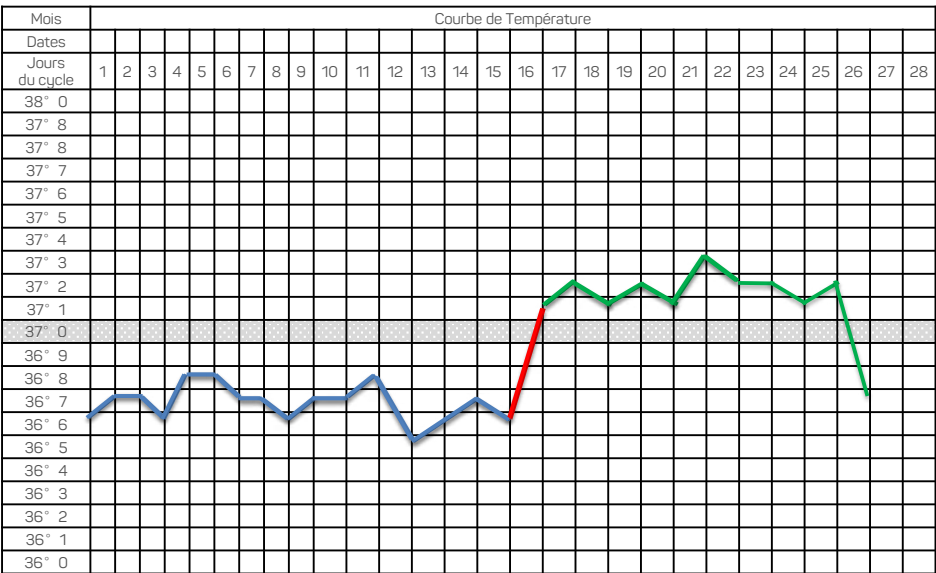
Elles correspondent à des cycles d'une durée inférieure à 27 jours. Elles peuvent présenter une ovulation précoce ou tardive.

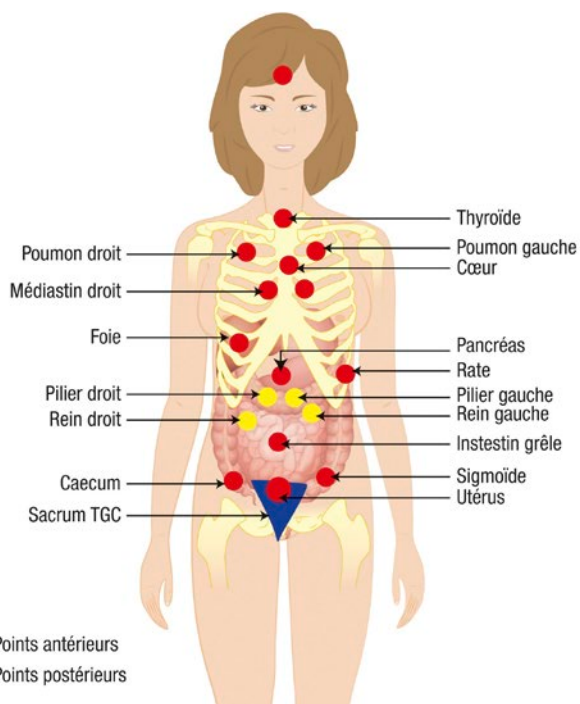
Courbe courte avec ovulation précoce



Ovulation précoce = problème plutôt central (Problème hyperactivité : voir thyroïde : plateau lutéal normal). L'ovulation est alors précoce. Dans ce cas, on se trouve théoriquement avec un problème plutôt central qui peut être allié à un problème d'hyperactivité. Il peut être nécessaire de vérifier l'activité thyroïdienne.

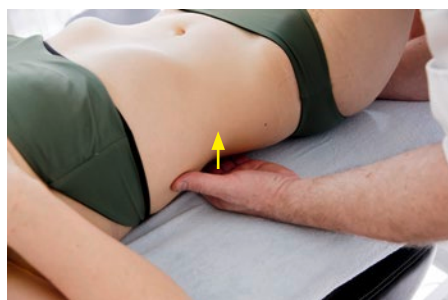
Courbe courte avec ovulation tardive





Principaux points d'inhibition

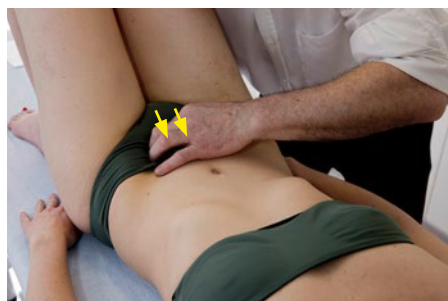
EXEMPLES DE TESTS



Test sacro-rénale droit



Test sacro-pulmonaire gauche



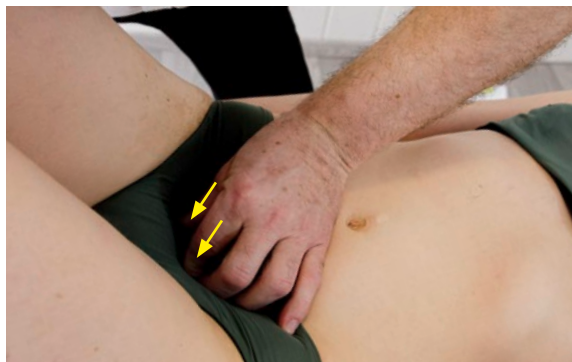
Test sacro-utérin



Test sacro-hépatique

LAMES SACRO-RECTO-GÉNITO-PUBIENNES (SRGP)

(d'après C. Ageron-Marque)



Liberté des tissus para-utérins

TYPE DE TEST

TISSULAIRE

IMPORTANCE

TEST DE MEMBRANES
PELVIENNES

MISE EN ŒUVRE

INDUCTION 2/5

PATIENTE

En **décubitus dorsal**, genoux fléchis, pieds à plat.

PRATICIEN

Debout, latéralement au niveau du bassin de la patiente.

TEST

Le praticien empaume le sacrum avec sa main caudale avec l'avant-bras posé sur la table. Puis avec sa main céphalique, il positionne délicatement la pulpe de son pouce et de son index de part et d'autre des bords externes des grands droits, au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne.

Il exerce une légère pression très douce orientée à 45° vers le petit bassin. Il laisse les tissus se récliner naturellement, pour s'approcher très délicatement des parois latérales de l'utérus ou de son dôme.

Lorsque le réclinement naturel maximum des tissus est atteint en douceur, le praticien peut alors apprécier la tension ou les tractions des lames sacro-recto-génito-pubiennes unissant le pubis au sacrum.

COMMENTAIRES

La qualité de la réponse tissulaire déterminera le niveau de tension des lames.

Il est à effectuer avec les mêmes précautions énoncées pour le test précédent.

Ce résultat est à corroborer avec les résultats des tests décrits précédemment pour structurer l'importance et le côté de la restriction de mobilité pelvienne, si elle existe.

■ THORAX LATÉRAL GAUCHE



Équilibre poumon gauche/rate

TYPE DE TECHNIQUE

TISSULAIRE

IMPORTANCE

DANS LE PROTOCOLE

MISE EN ŒUVRE

COMPACTION 5/5
OU INDUCTION

PATIENTE

Décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, pieds à plat sur la table.

PRATICIEN

Debout, placé à gauche de la patiente face au diaphragme (thorax).

- Membres inférieurs en fente avant.
- Mains positionnées sur la partie latérale du thorax gauche.
- Ponces placés de part et d'autre de la limite du bord supérieur de la rate et de la partie inférieure et latérale du poumon gauche.

TECHNIQUE

1 | Percevoir les zones de plus grande densité

Après centrage, porter votre attention sur les zones de plus grande densité sous vos appuis. Déplacer éventuellement la main céphalique pour situer votre appui au plus près des zones de densité. Généralement, l'une des zones est plus dense.

2 | Appliquer un travail tissulaire fonctionnel tridimensionnel

Appliquer votre intention en effectuant un travail tissulaire dans le sens fonctionnel tridimensionnel jusqu'à obtention d'un relâchement des tissus. Les mains doivent converger successivement vers les plus grandes densités perçues les unes à la suite des autres. Effectuer des "stacking*" successifs en fonction des informations perçues au niveau des tissus jusqu'à l'obtention d'un "Still point" à partir duquel la libération tissulaire se fait.

3 | Possibilité de mettre en place un travail structurel ou mixte

Si le travail fonctionnel ne produit pas la libération recherchée, il faut mettre en place un travail structurel (contre la ou les barrières motrices) ou mixte (fonctionnel/structurel), si nécessaire jusqu'à l'obtention de la libération tissulaire. Au cours de la technique, accompagner les potentielles variations d'amplitudes de la respiration.

COMMENTAIRES

La fente avant du praticien lui donne un centrage physique qui lui permet de pouvoir appliquer une très grande puissance avec un excellent contrôle. Il peut ainsi s'adapter facilement aux importantes densités qui peuvent être rencontrées latéralement sur le thorax.

■ POMPAGE INDIRECT DU REIN DROIT



Drainage rénal droit indirect

TYPE DE TECHNIQUE
MÉCANIQUE

IMPORTANCE
SI TEST REIN DROIT
HYDRONÉPHROSE
PAR ENGORGEMENT
HÉPATIQUE EXPANSIF

MISE EN ŒUVRE
POMPAGE SUBTIL

PATIENTE

Décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, pieds à plat sur la table.

PRATICIEN

Debout, placé à droite de la patiente, face à son thorax, à hauteur de son bassin.

- Main droite posée au niveau du gril costal, en regard du foie.
- Main gauche posée sur la table en regard du rein droit.

TECHNIQUE

Accompagner le gril costal en regard du foie

En suivant les temps respiratoires, la main droite accompagne la cage sans gêner sa cinétique et induit une très légère pression en fin de mouvement expiratoire de la patiente. Ce mouvement doit être interrompu rapidement avant la fin de l'expiration pour obtenir un très léger effet rebond au niveau du foie.

COMMENTAIRES

La technique de pompage indirecte doit être utilisée quand il existe une KDHF ou KDHM+, car le foie est en congestion expansive et comprime déjà le rein droit. Il est inutile d'aller renforcer la contrainte de pression sur le rein. Cette technique est recommandée principalement s'il existe un test du rein droit positif sur les 2 derniers chiffres (R 032 par exemple), et au-delà de 1, car nous sommes alors en présence d'un rein plus ou moins en hydronéphrose. C'est une technique mécanique, à appliquer en respectant le protocole. En effet, il semble logique de ne travailler le rein qu'après avoir libéré au préalable les éléments de la pompe thoracique (thorax droit puis gauche). Ceci permet de lui redonner une mobilité physiologique maximale, génératrice d'un drainage liquidien effectif de l'organe lui-même et de son environnement. Cette technique doit être appliquée avec une douceur et un respect tissulaire extrêmes, car le rein est un organe fragile et gorgé en permanence de toxines. Elle pourrait s'apparenter à une technique de pompage direct du foie. Cependant un foie en congestion ne peut être drainé que par une libération thoracique. Il est en effet illusoire de vouloir drainer un lac de barrage en poussant l'eau contre celui-ci sans avoir au préalable ouvert les vannes. Le travail thoracique suffit à favoriser le drainage liquidien hépatique sans avoir besoin d'écraser l'organe.

■ LAMES S.R.G.P.

(technique proposée par Claudine Ageron-Marque D. O.)



Motilité et mobilité para-utérine

TYPE DE TECHNIQUE

TISSULAIRE

IMPORTANCE

LIBÉRATION UTÉRINE

MISE EN ŒUVRE

INDUCTION

PATIENTE

Décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, pieds à plat sur la table.

PRATICIEN

Debout, au niveau du bassin de la patiente.

- Main caudale empaume le sacrum, l'avant-bras est posé sur le plan de la table.
- Les pulpes de P3 de l'index et P2 du pouce de la main céphalique se situent au-dessus de la symphyse pubienne, de part et d'autre des grands droits, un peu au-dessus de leurs insertions symphysaires.

TECHNIQUE

1 | Descendre vers les lames

Avec les pulpes des doigts de la main céphalique, exercer une pression très douce orientée à 45° vers le petit bassin et laisser les tissus se récliner naturellement.

2 | Approcher les parois latérales de l'utérus

Il est aussi possible d'approcher latéralement de son dôme si celui-ci est accessible.

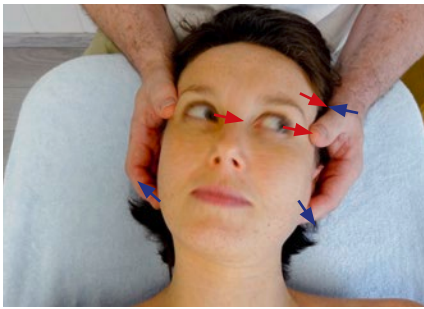
3 | Effectuer un travail tissulaire dans un sens fonctionnel tridimensionnel

Ceci jusqu'à obtention d'un relâchement des tissus.

Si le travail de libération fonctionnel ne produit pas l'effet de libération recherché, mettre en pratique un travail structurel (contre la ou les barrières motrices) ou mixte (mélange de travail fonctionnel ou structurel) si nécessaire jusqu'à l'obtention de la libération tissulaire. Au cours de cette technique, il faut accompagner les variations d'amplitudes de la respiration abdominale.

COMMENTAIRES

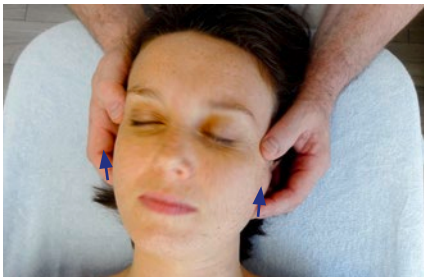
Cette technique demande un excellent centrage et une très grande finesse de mise en œuvre.



La pulpe des doigts de la main gauche effectuant son contre-appui vers l'arrière, la pulpe des doigts de la main droite vers l'avant.

Contre-appui en rotation gauche de la tête. Orientation alternative des yeux vers la gauche. Contre-appui en couple sur C1 des doigts du praticien pour favoriser la rotation gauche de C1.

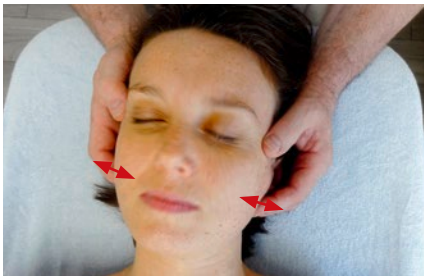
5^E TEMPS : LA COMPRESSION AXIALE



Compression axiale subtile de C1 vers C0

Le 5^e temps correspond à une compression axiale vers l'apex crânien de C1 sur C0. Elle doit se faire dans les limites tissulaires des capacités d'absorption des contraintes mécaniques par les tissus. Il faut positionner les pulpes de P3 des majeures sous les masses latérales de C1 et les comprimer subtilement vers C0. Un temps de travail tissulaire micrométrique fonctionnel de la jonction C0/C1 peut s'avérer nécessaire en fonction de la réponse tissulaire. Il faut également induire une composante de dérotation de C1 dans la compression.

À NOTER



Travail biotensègre en translation au niveau des masses latérales de C1

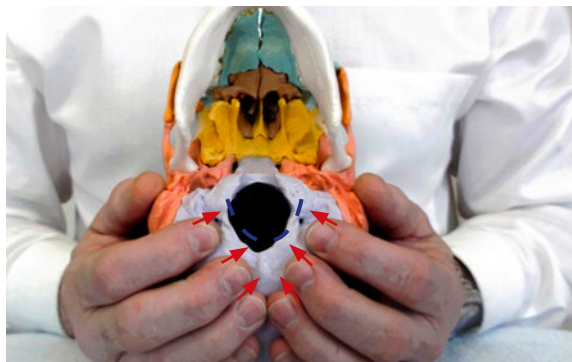
Entre chaque temps de la technique du complexe, il est possible d'effectuer un travail biotensègre au niveau de C1, en induisant des translations alternées droite/gauche en effectuant des poussées très douces et infradouloureuses sur les masses latérales de l'atlas. (La douleur peut survenir à cause des appuis de la pulpe des doigts sur les masses latérales.) Il faut veiller à ce que le contact soit fait avec la plus grande surface de la pulpe de P3 des index et/ou des majeures et non l'extrémité pointée des phalanges concernées. Ces enchaînements de la technique peuvent être reproduits plusieurs fois et adaptés en fonction des particularités de la patiente.

COMMENTAIRES

L'ensemble de cette technique complexe est une concaténation* d'ensemble de mises en œuvre techniques qui sont applicables en fonction des patientes et de leurs spécificités. Cette technique ne doit être mise en œuvre qu'après avoir libéré les zones 2+3, 4 et 5 de l'organisme (voir chapitre de la médecine ostéopathique) pour libérer les tensions périphériques parasites, pouvant influencer sur la mobilité de la zone du complexe.

Elle peut être mise en œuvre en première intention dans la programmation du traitement, si on est en présence d'un test d'inhibition positif frontal (chaîne postérieure). Également en présence de signes cliniques neurovégétatifs importants (parasitage du X).

DURE-MÈRE



TYPE DE TECHNIQUE

TISSULAIRE

IMPORTANCE

PROTOCOLE CRÂNIEN

MISE EN ŒUVRE

COMPACTION

INDUCTION

PATIENTE

En décubitus.

PRATICIEN

Assis à la tête de la patiente, les index posés au plus près de l'insertion de la dure-mère au niveau de la partie postérieure du trou occipital.

Les autres doigts se positionnant au plus près autour du trou occipital.

TECHNIQUE

Le praticien va investiguer la plasticité de la dure-mère avec la pulpe de ses doigts en se positionnant au plus près de l'insertion occipitale de cette dernière.

Il va ensuite effectuer un travail tissulaire dans le sens de la motilité fonctionnelle ou structurelle tridimensionnelle en fonction des réactions tissulaires.

Le but est d'obtenir une libération tissulaire maximale de la dure-mère au niveau de son insertion occipitale.

COMMENTAIRES

Il est important pour le praticien de se centrer le plus possible en direction du "fulcrum" de Sutherland".

La peau peut aussi être envahie dans sa structure par des substances délétères qui n'arrivent pas, ou plus, à être éliminée par les autres émonctoires. D'où les manifestations cutanées comme la rougeur, l'inflammation, les démangeaisons, les éruptions cutanées, les dermatoses, etc.

COMMENTAIRE

La peau pourrait paraître un émonctoire un peu accessoire, mais son rôle est tout aussi essentiel que les précédents. Les symptômes apparaissant à son niveau sont souvent la preuve d'une saturation des autres émonctoires. Elle est un peu une solution de compensation à la saturation des autres émonctoires.

ÉMONCTOIRES ACCESSOIRES

Des traces de médicaments ou d'autres substances peuvent être retrouvés dans toutes les sécrétions lactées, lacrymales, nasales, bronchiques ou génitales. Ces voies sont très accessoires pour l'élimination en général.

ÉLIMINATION SALIVAIRE

La sécrétion salivaire peut atteindre un à deux litres par jour. L'élimination salivaire permet d'éliminer les dérivés mercuriels ainsi que les médicaments liposolubles. Certaines substances telles que l'iodure et la spiramycine atteignent des concentrations salivaires supérieures à celles du plasma. L'excrétion salivaire reste cependant accessoire du fait de son cheminement dans les voies digestives qui sont un vecteur de réabsorption.

SYMPTOMATOLOGIE TOXINIQUE

Pour la symptomatologie de saturation, il va être assez facile de se fier à certains signes cliniques.

- Les manifestations cutanées : rougeurs, chaleur, prurit, éruptions, démangeaisons... à noter que tous ces signes peuvent aussi avoir pour origine un artéfact d'un dermatome par un viscérotome correspondant. Ils peuvent aussi être une manifestation d'un déséquilibre énergétique profond.
- Un marquage cutané long présent à la suite d'une pression tactile peut aussi être un signe de toxicité.
- Les inflammations tissulaires périphériques : principalement articulaires ou musculo-squelettiques avec leurs caractères algiques. À noter aussi qu'ils peuvent être la résultante d'un artéfact d'un viscérotome au niveau d'un sclérotome, d'un angiotome ou d'un myotome correspondant.
- La couleur des urines et la quantité : Plus la couleur est jaune, plus la charge toxique est importante. La bonne référence est jaune très clair. Si les urines sont blanc transparent, cela signifie que l'apport hydrique est trop important et que le rein n'a pas le temps de filtrer correctement le sang et qu'il libère rapidement de l'eau pour essayer de diminuer la charge hydrique excessive. Il ne peut alors retenir facilement les éléments essentiels à l'organisme.
- La couleur des selles est aussi une indication. La coloration des selles est la résultante de l'élimination des globules rouges défunts qui participent à la formation de la bilirubine. Plus les selles sont de couleur foncée, plus la sécrétion biliaire est importante. Des selles de couleurs claires sont l'expression d'une excrétion biliaire ralentie, donc de rétention.

7

APPROCHE OSTÉOPATHIQUE ÉMOTIONNELLE

L'émotionnel de l'humain est un des domaines les plus abstraits qui existe. Il se cache dans notre inconscient et nous n'en constatons que l'expression matérielle lorsqu'elle se manifeste physiquement.

La pratique clinique ostéopathique dans le domaine de la fertilité fait rapidement apparaître que dans ce domaine, les blocages sont, pratiquement essentiellement, la résultante de verrouillages émotionnels inconscients. Nos organes de perceptions sont limités quant à l'investigation et l'analyse de l'inconscient.

L'inconscient et son émotionnel manifeste sont les vecteurs des régulations ou dérégulations qui animent l'être humain. Le mécanicien qu'est l'ostéopathe possède beaucoup "d'outils" physiques pour poser les fulcrum* nécessaires aux organismes afin de les aider à se réharmoniser. Il semble démunie pour traiter l'émotionnel tant ce monde de l'inconscient paraît inaccessible et obscur.

Ce chapitre propose des moyens potentiels, pour essayer d'aller proposer des fulcrum* mentaux aux organismes des patientes en recherche de fertilité.

■ INTERROGATION MENTALE

PATIENTE

Décubitus dorsal, très confortablement installée.

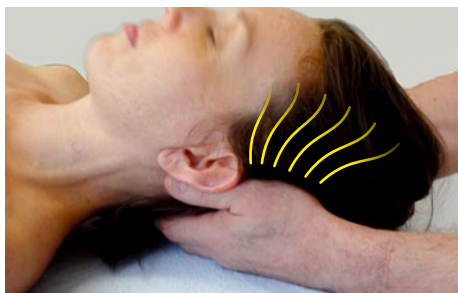
PRATICIEN

Soit assis à la tête de la patiente, les 2 mains prennent en berceau la partie arrière du crâne.

Les pouces et les éminences thénar étalés des mastoïdes (pulpe de P2) vers la base des temporaux (éminences thénar).

Les doigts des deux mains se croisent et se superposent pour contacter en berceau l'écaille de l'occiput.

Soit debout, placé latéralement par rapport à la patiente, ses mains posées en regard du cœur et du foie, qui sont les deux plus grosses zones d'alimentation neurovégétatives.



TEST

Ce test va demander un centrage très important de la part du praticien.

En étant positionné à la tête de la patiente ou latéralement, il va interroger les tissus pour avoir une réponse de ceux-ci, quant à son questionnement mental.

Il peut poser les questions inhérentes aux impactions émotionnelles inconscientes évoquées précédemment, ou de manière plus ciblée, en rapport avec les projections organiques habituelles des impactions mentales.

TABLEAU DES CIBLAGES

Il est possible de rechercher aussi des impactions organiques spécifiques en fonction des ciblage organiques inconscients fréquemment observés.

Certains symptômes cliniques concrets ciblés sur certains organes, peuvent aussi être une bonne indication de la nature des impactions tissulaires parasitantes.

ATTENTION cependant à ne jamais prendre au pied de la lettre et systématiquement un symptôme d'un organe pour "argent comptant", et de cela en faire un diagnostic exclusif. Tout ceci doit toujours être intégré dans une approche holistique* mentale et globale.

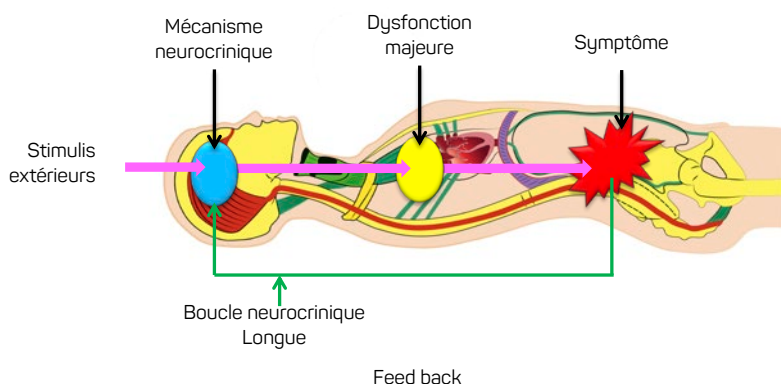
Lors du test, il est possible d'obtenir une réponse tissulaire à une interrogation tissulaire mentalement induite par l'esprit du praticien. Pour ce faire, il va falloir que le praticien soit parfaitement centré sur sa patiente et en totale présence avec les tissus de celle-ci. La mise en place à 100 % des quatre premiers "P" de la règle des "7 P" (voir le chapitre de l'approche ostéopathique) est essentielle.

propre et figuré, et donc devenus inadaptés aux variations et aux contraintes venues de l'extérieur.

La médecine ostéopathique a un fondement mécanique matérialiste de base visant à rétablir mécaniquement les dysfonctions mécaniques qui se sont installées. Dans la boucle de fonctionnement autarcique "cerveau/corps", son niveau d'intervention se situe classiquement sur la partie matérielle de la boucle. L'ostéopathe ne peut que modifier théoriquement le message des afférences sensibles, sans pouvoir intervenir directement sur les verrouillages des efférences motrices. Les efférences motrices sont une réponse aux afférences sensibles reçues du corps et de ses multiples récepteurs, mais sont modulés en permanence par les organes des sens, qui sont les capteurs du milieu extérieur à l'organisme, et qui en perçoivent la nature et les modifications. Le corps va donc être la traduction concrète du fonctionnement de l'ordinateur central qu'est le cerveau. Notre cerveau pourrait être comparé à un ordinateur très puissant et hyper miniaturisé. Tout comme les ordinateurs, son fonctionnement est loin d'être parfait. Il est, malgré ses extraordinaires capacités, soumis à de nombreux "bugs" générateurs de nombreuses dysfonctions physiques et d'inadaptations pouvant déboucher vers des pathologies. Elles peuvent aller de l'inconfort à la mise en péril de la vie de l'humain.

Les "blocages" de l'esprit sur le corps sont assimilés à des récurrences, qui vont demander des fulcrum* mentaux efficaces, pour que le "bug" installé puisse avoir une chance de se libérer.

LA BOUCLE RÉSILIENTE RÉCURRENTÉ



Mécanisme des dysfonctions récurrentes

Une boucle résiliente installée peut être verrouillée par des récurrences mentales inconscientes qui réinduisent en permanence un verrouillage. Ceci peut entretenir des parasitages à type de symptômes fonctionnels ou douloureux. Les organes des sens sont les moyens de perceptions que les organismes possèdent pour percevoir le milieu extérieur. De ses cinq sens, "l'homme" en crée sûrement un sixième qui est la synthèse complexe des informations perçues en permanence par le cerveau. Ce sixième sens, synthèse des cinq autres, permet sans nul doute d'acquérir les expériences nécessaires pour se protéger physiquement et se développer intellectuellement. Il peut aussi être délétère en générant des récurrences mentales, qui vont avoir des redondances permanentes sur la régulation physiologique de l'organisme. Ces parasitages de fonctionnalité mentale vont demander à l'ostéopathe de posséder des outils adaptés, s'il veut pouvoir proposer les fulcrum* nécessaires à chacune de ses patientes.