

L'EFFET DU TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE SUR LA RÉGULATION DU CYCLE MENSTRUEL

Par

ISABELLE MARCOTTE

Collège d'Études Ostéopathiques de Montréal
Thèse présentée au jury international le 5 juin 2008

RÉSUMÉ

Cette recherche expérimentale de type clinique a pour but premier de vérifier si le traitement ostéopathique global améliore la régulation du cycle menstruel des femmes souffrant d'aménorrhée secondaire (absence de règles) et de spanioménorrhée (cycle menstruel de plus de 35 jours). Elle vise aussi à évaluer, à l'aide du Menstrual Attitude Questionnaire (Brooks-Gunn, Ruble, 1980), la perception des menstruations de notre échantillon de femmes.

Pour les besoins de cette recherche, le traitement ostéopathique global était orienté sur la libération des structures impliquées dans la régulation du cycle menstruel. Cette approche, qui repose entre autres sur le principe d'unité fonctionnelle, a permis en normalisant les éléments de la chaîne centrale et du mécanisme cranio-sacré, de relancer le MRP, de favoriser un meilleur drainage des liquides et d'améliorer l'équilibre du système nerveux sympathique et parasympathique.

Une recherche expérimentale randomisée, à simple aveugle, où les participantes ignoraient leur appartenance au groupe expérimental ou au groupe contrôle, a été menée auprès d'un échantillon de 34 femmes, dont l'âge moyen, était de 28 ans. Parmi celles-ci, 18 formaient le groupe expérimental et 16 le groupe contrôle. L'expérimentation s'est déroulée dans la région de Montréal et de Laval entre les mois de mai et novembre 2007. Les participantes du groupe expérimental ont reçu trois traitements d'ostéopathie et ont été revues trois mois plus tard pour récupérer les données d'analyse. Les participantes du groupe contrôle n'ont pas reçu de traitement ostéopathique, elles ont été rencontrées pour remplir les questionnaires et revues trois mois plus tard.

L'analyse statistique des résultats obtenus confirme que le traitement ostéopathique a eu une incidence favorable sur la régulation du cycle menstruel des femmes du groupe expérimental (valeur $P = 0,001$). Il n'a toutefois pas été possible de vérifier si la perception des menstruations a une influence sur la régulation du cycle menstruel. L'expérimentation a tout de même permis de révéler des tendances fortes dans l'attitude des femmes à l'égard de leurs menstruations. De manière générale, les participantes avaient une attitude négative envers leurs menstruations, mais les considéraient comme un phénomène naturel et sain dans leur vie.

INTRODUCTION

Le cycle menstruel est un événement qui rythme la vie de la plupart des femmes. Il peut être associé à divers changements comportementaux, psychologiques et somatiques, et joue un rôle dans l'équilibre physique et psychique de la femme. En retour, le cycle menstruel peut être perturbé par tous les désordres physiques et psychologiques (Allison et al., 1998).

L'approche ostéopathique repose sur des principes de globalité basés sur l'harmonie entre la matière et sa structure, et entre l'énergie et son mouvement. Elle considère le corps comme une unité fonctionnelle réunissant la physiologie et le psychisme. En s'appuyant sur ce principe, nous avons tenté de vérifier l'hypothèse selon laquelle le traitement ostéopathique peut aider les femmes ayant des cycles menstruels irréguliers ou absents.

Afin de mieux cibler l'objet de notre étude, nous avons fait le choix d'orienter spécifiquement notre recherche sur les anomalies du rythme menstruel : l'aménorrhée secondaire (absence de règles) et la spanioménorrhée (cycle menstruel de plus de 35 jours) (*Dictionnaire de Médecine Flammarion*, 2001). Nous avons constaté en effet qu'il existe une physiopathologie commune à ces dérèglements.

En respectant les concepts ostéopathiques enseignés au Collège d'Études Ostéopathiques de Montréal, nous espérons, par le biais de cette recherche, pouvoir montrer l'efficacité du traitement ostéopathique sur la régulation du cycle menstruel et mesurer l'impact de la perception des menstruations sur les dérèglements du cycle menstruel. Ultiment, nous souhaitons que ces recherches contribuent à une meilleure compréhension des différents aspects liés à cette problématique.

REVUE DE LITTÉRATURE

Le cycle menstruel est caractérisé par des modifications anatomiques en rapport avec les variations cycliques et la sécrétion des hormones au niveau de l'ovaire, sous la dépendance de l'hypothalamus (Empereire, 1995). Régi par l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien, le cycle menstruel débute à la puberté et prend fin avec l'arrivée de la ménopause. Le début des règles marque la fin du cycle menstruel, qui est en moyenne de 28 jours.

Le cycle menstruel est lié à des sécrétions hormonales cycliques, dont le contrôle fait intervenir tout l'axe gonadotrope : ovaires, hypophyse, hypothalamus, cortex cérébral.

L'**hypothalamus** exerce un contrôle sur l'hypophyse et libère la GnRH (gonadolibérine). La sécrétion de GnRH est modulée par une variété de neurotransmetteurs influençant l'activité hormonale et les sensations de bien-être, dont la norépinéphrine, la sérotonine et les opioïdes endogènes (Mauvais-Jarvis et al., 1982). Une petite dose, telle une impulsion, est sécrétée toutes les 60 à 90 minutes. Cette pulsation rythmique de l'hypophyse est importante pour que l'ovulation soit possible. La GnRH véhiculée par le système porte hypothalamo-hypophysaire, favorise la sécrétion de deux hormones par les cellules endocrines de l'adénohypophyse : FSH (hormone folliculo-stimulante) et LH (hormone lutéinisante). La FSH contrôle le développement des follicules ovariens, la LH déclenche l'ovulation et stimule les sécrétions du corps jaune (Tortora, 2001). La FSH et la LH stimulent les cellules endocrines de l'ovaire afin de sécréter deux types d'hormones : les œstrogènes (œstradiol) et la progestérone (Empereire, 1995).

Pour que les menstruations aient lieu, l'intégrité de l'axe gonadotrope (système nerveux central, hypothalamus, hypophyse, ovaires) et du tractus génital (utérus, vagin) doit être préservée. Toute perturbation à l'un ou l'autre de ces niveaux, mais aussi toute anomalie touchant une des structures anatomiques impliquées, peut être à l'origine d'un trouble du cycle menstruel (Mauvais et Jarvis, 1982).

Lors de notre revue de littérature, nous avons cherché des études dans plusieurs domaines reliés à la gynécologie. Cependant, aucune étude clinique en ostéopathie n'a été menée en regard des anomalies du rythme menstruel comme l'aménorrhée secondaire et la spanioménorrhée.

L'**aménorrhée** se définit comme l'absence de menstruation chez une femme en âge d'être réglée (*Dictionnaire de Médecine Flammarion*, 2001). On retrouve deux types d'aménorrhée, primaire et secondaire. On parle d'aménorrhée primaire lorsqu'une adolescente n'a jamais eu de règle à l'âge de 17-18 ans, cela pouvant s'accompagner d'un retard pubertaire (Bourrit, 2003). L'aménorrhée secondaire est l'absence de règles depuis au moins trois cycles consécutifs chez une femme qui a déjà eu ses règles (Bourrit, 2003).

La **spanioménorrhée** est une augmentation du temps qui sépare deux menstruations. On parle de spanioménorrhée lorsque les règles sont espacées de plus de 35 jours, cela ayant pour conséquence des irrégularités du cycle menstruel (*Dictionnaire de Médecine Flammarion*, 2001).

La plupart des théories arrivent toutefois à la conclusion que les anomalies du rythme menstruel ne sont pas liées à une seule cause. Nos lectures ont permis de relever les principaux éléments qui, outre les lésions ostéopathiques, sont susceptibles de perturber la régulation du cycle menstruel. Ces facteurs externes sont : l'exercice excessif, l'indice de masse corporelle, le niveau de stress, l'état psychologique et l'alimentation (Mauvais et Jarvis, 1982).

Nous croyons que le rapport que les femmes entretiennent avec les menstruations est intimement lié au rapport qu'elles entretiennent avec leur corps. Il semble toutefois que les menstruations continuent d'être un phénomène perçu de façon négative. Selon le rapport de recherche de Karine Bertrand portant sur la représentation sociale des menstruations, 54 % des répondants (hommes et femmes) s'entendent pour dire que les menstruations sont vécues de manière déplaisante ou très déplaisante. Ces données d'observations s'appuient sur des études antérieures, dont celle de Golub (1992), Laws (1990), Walker (1997), qui arrivent à cette même conclusion en ce qui a trait à la perception négative des menstruations.

Ces observations nous conduisent à poser la question suivante : la perception des menstruations peut-elle avoir un impact sur la régularité du cycle menstruel ? La perception, que nous définissons comme l'opération d'interprétation consciente des sensations et dont découlent nos réactions, est considérée comme le dernier stade du traitement sensoriel. Elle comprend la conscience des stimuli et la différenciation de leurs caractéristiques. Pour accéder

au niveau de la perception, les influx sensitifs doivent atteindre le thalamus et le cortex cérébral (Tortora, 2001). L'interprétation de la perception dépend toutefois de l'influence des expériences vécues, des attentes perceptives, de la culture, de la motivation et du contexte des stimulations (Huffman et al., 2000), ce qui nous amène à poser une seconde question : la pensée négative envers les menstruations peut-elle influencer la régulation de la fonction de l'axe hypothalamo-hypophysaire ? Nous tenterons de répondre à cette question à l'aide du Menstrual Attitude Questionnaire (Brooks-Gunn, Ruble, 1980).

Rappelons que le mécanisme de la commande hormonale se trouve dans l'hypothalamus, qui est en relation avec le système limbique, siège de l'intégration affective (Huffman et al., 2000). Tout changement important sur le plan psychique peut avoir un impact considérable sur l'hypothalamus et ainsi influencer la sécrétion d'hormone GnRH.

HYPOTHÈSES

Le traitement ostéopathique global améliore la régulation du cycle menstruel, chez les femmes souffrant d'aménorrhée secondaire et de spanioménorrhée.

La perception des menstruations influence la régulation du cycle menstruel, tel que mesuré par le Menstrual Attitude Questionnaire (Brooks-Gunn, Ruble, 1980).

MÉTHODOLOGIE

Le modèle théorique choisi pour notre étude est de type essai clinique randomisé avec un groupe expérimental et un groupe contrôle. La population était composée de femmes âgées de 20 à 35 ans qui présentaient des problèmes de régulation menstruelle depuis au moins 6 mois. Les critères d'admissibilités pour notre étude étaient très rigoureux, ce qui nous a permis de contrôler plusieurs facteurs influençant le cycle menstruel tel : l'âge, le poids, l'activité physique, la médication, la grossesse et l'allaitement. La taille de l'échantillon a été de 34 femmes, c'est-à-dire 18 dans le groupe expérimental et 16 dans le groupe contrôle. Nous avons utilisé une table de randomisation aléatoire pour la formation de nos deux groupes. Le matériel nécessaire à l'expérimentation était composé d'une grille de sélection utilisée lors de l'entretien téléphonique, un formulaire de consentement, trois questionnaires et un journal de bord.

L'expérimentation s'est déroulée dans la région de Montréal et de Laval de mai 2007 à novembre 2007. Les traitements d'ostéopathie ont été effectués par la chercheuse principale, Isabelle Marcotte. Les participantes du groupe expérimental ont reçu trois traitements d'ostéopathie et nous les avons revues trois mois plus tard pour récupérer le journal de bord et faire les questionnaires. Les participantes du groupe contrôle ont rempli les questionnaires et le formulaire de consentement et n'ont reçu aucun traitement ostéopathique. Nous les avons revues trois mois plus tard pour refaire les questionnaires et pour leur offrir trois traitements d'ostéopathie afin de les remercier de leur participation.

Afin d'optimiser notre étude et de nous assurer de la validité interne des résultats obtenus, nous avons tenté d'éliminer autant de biais que possible.

- Les mêmes procédures d'évaluation et de traitement ont été utilisées tout au long de l'expérimentation.
- L'évaluation et le traitement ostéopathique ont été notés dans un dossier confidentiel et numérotés pour chaque sujet.
- Nous avons demandé aux sujets de ne pas modifier leur activité physique ainsi que leur alimentation.
- Nous avons demandé aux sujets de ne pas avoir recours à d'autres traitements d'ostéopathie durant la période de l'étude.

- L'analyse des données a été faite par un statisticien.
- Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été respectés.
- Afin de nous assurer du bon déroulement de la recherche, les participantes ont signé le formulaire de consentement, expliquant la nature de leur participation dans l'étude. L'expérimentation ne comportait aucun risque connu sur le plan médical et les participantes avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Les dossiers demeurent confidentiels et n'ont servi que pour des fins de communication scientifique et professionnelle.

Notre approche ostéopathique des traitements était orientée sur la libération des structures impliquées dans la régulation menstruelle au niveau de la chaîne centrale et du core-link.

ANALYSE STATISTIQUE

Le test statistique est considéré significatif si le niveau critique observé était inférieur à 5 %, ($P < 0.05$).

Pour la première hypothèse

Le traitement ostéopathique global améliore la régulation du cycle menstruel chez les femmes souffrant d'aménorrhée secondaire et de spanioménorrhée.

Pour répondre à notre première hypothèse, le test statistique de Wilcoxon a été utilisé pour analyser les réponses du questionnaire menstruel. Précisons que la mesure pour déterminer l'aménorrhée secondaire et la spanioménorrhée était une cote de 0 à 3. Les sujets devaient noter le nombre de cycles menstruels dans les trois mois précédant l'étude et une seconde mesure était prise de la même manière trois mois suivant la fin de l'expérimentation.

Le **groupe expérimental** était composé de 5 femmes aménorrhéiques. Suite à l'expérimentation, une seule femme était encore considérée aménorrhéique. Dans ce même groupe, 16 femmes ont noté une amélioration de la fréquence de leur cycle menstruel et 2 n'ont vu aucun changement significatif.

Dans le **groupe contrôle**, 12 femmes ont affirmé que l'intervalle entre leur menstruation n'avait subi aucune modification, 3 femmes ont vu cet intervalle s'allonger (diminution du nombre de cycle menstruel dans la période de référence de 3 mois) et une femme a vu cet intervalle diminuer (augmentation du nombre de cycles menstruels dans la période de référence.) Selon l'analyse statistique, le groupe contrôle n'a pas subi de changement significatif, nous pouvons l'utiliser pour comparer nos données pré- et post-expérimentations.

Table 1 Le nombre de cycles menstruels mesuré pré et post-expérimentations pour le groupe expérimental.

n =	Nombre de cycles menstruels pré-expérimentation ¹	Nombre de cycles menstruels post-expérimentation ²	% d'amélioration	P =
18	1,11	2,33	41 %	0,001

Table 2 Le nombre de cycles menstruels mesuré pré et post-expérimentations pour le groupe contrôle.

n =	Nombre de cycles menstruels pré-expérimentation ¹	Nombre de cycles menstruels post-expérimentation ²	% d'amélioration	P =
16	1,38	1,25	- 4,4 %	0,317

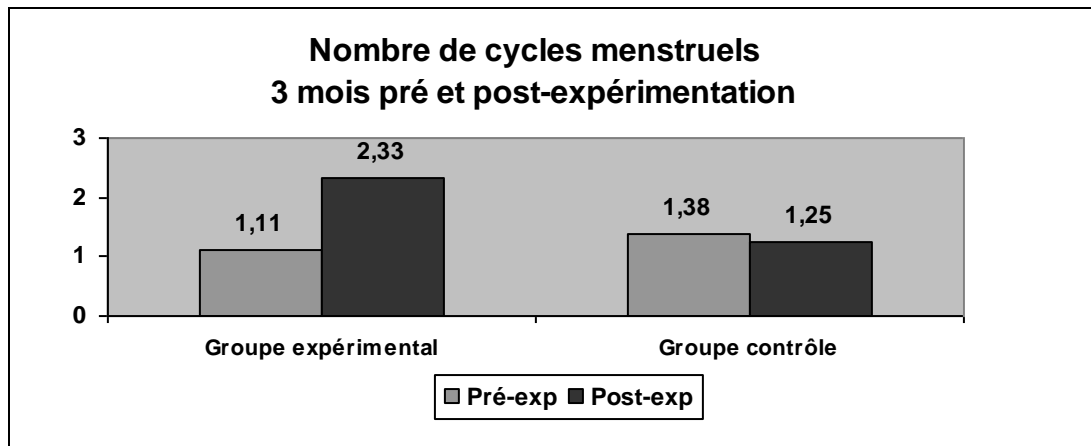
Nous obtenons une amélioration de la régulation menstruelle avec un facteur de signification :

« P » de 0,001

¹ Période de référence de 3 mois pré-expérimentation

² Période de référence de 3 mois post-expérimentation

Figure 1 Le nombre de cycles menstruels 3 mois pré et post-expérimentation.



La variance obtenue suite aux calculs statistiques est de 0,001. Ces données démontrent qu'il existe une amélioration considérable dans le groupe expérimental et peu d'effet dans le groupe contrôle.

Notre première hypothèse : « Le traitement ostéopathique améliore la régulation du cycle menstruel chez les femmes souffrant d'aménorrhée secondaire et de spanioménorrhée » est vérifiée et est hautement significative. (P = 0,001)

Pour la seconde hypothèse

La perception des menstruations influence la régulation du cycle menstruel, tel que mesuré par le Menstrual Attitude Questionnaire (Brooks-Gunn, Ruble, 1980).

Notre outil de mesure et notre méthodologie ne nous ont pas permis de répondre à notre seconde hypothèse. Nous avons remarqué, au terme de l'expérimentation, que le questionnaire n'était pas adapté à notre réalité et à notre hypothèse de départ. Les participantes ont entre autres souligné que le questionnaire n'était pas adapté à leur catégorie d'âge. Nous utiliserons tout de même les données recueillies dans ce questionnaire pour tracer un profil des femmes qui souffrent d'aménorrhée secondaire et la spanioménorrhée.

Nous avons choisi de ne pas retenir tous les éléments du questionnaire et de ne faire ressortir que les facteurs dominants. La méthodologie qui vise à vérifier notre deuxième hypothèse ne permet pas de faire des comparaisons statistiquement acceptables, puisque les données ne sont pas suffisantes. Il nous a donc été impossible de conclure au sujet de l'influence de la perception des menstruations sur les dérèglements du cycle menstruel. Compte tenu de l'impossibilité de conclure en faveur de notre hypothèse, nous souhaitons relever certaines tendances qui pourraient faire l'objet de discussion et ouvrir la voie à de futures recherches cliniques.

Nous retenons donc de cette analyse trois observations. La première est que les femmes vivent leur période menstruelle comme un événement **affaiblissant s'associant à une expérience plutôt négative**. La seconde est que pour plus de la moitié d'entre elles, les menstruations sont perçues comme une **expérience dérangeante**. La troisième est qu'en général (97 %), la perception des menstruations est vécue comme un **phénomène naturel** et physiologique qui est le signe de bonne santé global, et est associé au fait de devenir femme. S'il n'a pas été possible, de prouver statistiquement le lien entre la perception des menstruations et les problèmes liés à la régulation menstruelle, nous retenons tout de même l'importance de la perception des menstruations dans les processus d'autorégulation de l'axe hormonale.

DISCUSSION

Première hypothèse

L'amélioration de la régulation du cycle menstruel est significative dans le groupe expérimental, qui compte les femmes ayant reçu trois traitements d'ostéopathie. Grâce à l'analyse statistique de nos données de recherche, nous pouvons affirmer que l'ostéopathie peut aider les femmes qui ont des troubles de la régulation menstruelle.

Le traitement ostéopathique global axé sur la libération du core-link ainsi que sur les éléments constituant la chaîne centrale a eu un effet normalisant sur le cycle menstruel des femmes du groupe expérimental. L'interprétation de cette amélioration positive de la régulation s'explique par le fait que les structures impliquées dans la fonction hormonale sont grandement influencées par le mécanisme cranio-sacré.

Nous savons aussi que les éléments de la chaîne centrale sont reliés entre eux par des réalités nerveuses, vasculaires, endocriniennes, faciales, énergétiques et spirituelles (Forget, 2006). En nous appuyant sur ces deux systèmes, nous avons pu relancer la vitalité et la mobilité des structures impliquées dans la régulation du cycle menstruel et avoir ainsi un effet positif sur nos résultats.

Cela nous a permis de relancer le MRP, de favoriser un meilleur drainage des liquides et d'améliorer l'équilibre du système nerveux sympathique et parasympathique. Cependant, il nous est impossible de nous prononcer sur le maintien de la régularité du cycle menstruel au-delà de la période de référence de trois mois. Nos mesures ont été limitées à la période s'étendant des trois mois précédant l'expérimentation jusqu'à trois mois suivants l'expérimentation. Il aurait été intéressant de rencontrer les femmes ultérieurement et de reprendre le questionnaire sur les menstruations.

Deuxième hypothèse

Notre seconde hypothèse visait à poser un regard nouveau sur la problématique. Au terme de notre expérimentation et de l'analyse de nos résultats, nous ne pouvons tirer de conclusions définitives qui confirmeraient le lien entre la perception des menstruations et les troubles du cycle menstruel. Nous pouvons cependant relever des tendances qui peuvent expliquer un phénomène et ouvrir une porte pour d'autres études plus ciblées et plus systématiques.

L'analyse des données recueillies par le biais du Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ) (Brooks-Gunn, Ruble, 1980), permet de constater que l'ensemble des participantes a une perception plutôt négative des menstruations. Les femmes associent les règles à des symptômes physiques (crampes, douleurs, gonflements) et psychologiques (stress, irritabilité). Ces résultats ne sont pas surprenants, puisque plusieurs études ont déjà conclu dans ce sens (Bertrand (2003), Walker (1997), Golub (1992)).

Si les règles sont perçues comme un événement dérangeant et affaiblissant, les femmes considèrent toutefois la présence d'un cycle menstruel régulier comme le signe d'une bonne santé globale chez la femme. Étonnamment, les femmes perçoivent donc les règles comme un phénomène **affaiblissant** et **dérangeant** et comme un phénomène **naturel**.

L'aspect négatif entourant les menstruations est un fait réel. Toutefois, nous ne pouvons affirmer que la perception négative des menstruations influence directement les troubles du cycle menstruel.

En réponse à notre première question, « La perception des menstruations peut-elle avoir un impact sur le fait d'avoir ou non un cycle menstruel régulier? », nous pouvons répondre que les participantes à notre étude ont répondu à nos questions de façon semblables aux femmes des études antérieures qui utilisaient les mêmes énoncés. Règle générale, la venue des menstruations est vécue comme un évènement dérangeant qui comporte un certain stress lié à un inconfort ou à un malaise physique. En réponse à la seconde question, « La pensée négative peut-elle influencer la régulation de la fonction de l'axe-hypothalamo-hypophysaire? », nous nous devons d'être prudents. Nous pouvons le présumer, mais notre étude n'a pu le prouver de façon statistique.

Les résultats recueillis à partir des questionnaires nous ont permis d'établir un profil de nos sujets en identifiant les éléments qui ont un effet sur la régulation du cycle menstruel. Le stress, les accidents traumatiques, la dysménorrhée, les problèmes d'ordre psychologique et la perception négative des menstruations ont suscité notre attention et ces caractéristiques se trouvent très présentes dans notre population.

- Le stress vécu (92 %);
- Les accidents traumatiques (chute sur le bassin) (71 %);
- Les problèmes d'ordre psychologique (53 %);
- La perception négative des menstruations.

Les résultats de l'évaluation ostéopathique initiale révèlent que les compactations des structures de l'axe crania-sacré sont majoritairement retrouvées : la **SSB (64,7 %)**, le **sacrum (61,8 %)**, **C0/C1 et C1/C2 (55,9 %)**. Pour une grande majorité des femmes, (73,5 %), le diaphragme thoracique est affecté et présente une lésion non physiologique avec ou sans respect des axes.

Cette recherche nous a sensibilisées sur l'aspect multifactoriel des troubles de la rythmicité menstruelle. L'importance qu'accordent les femmes à un cycle « normalement » réglé en dit long sur les fondements et motif de notre étude. Notre recherche a permis d'approfondir ce domaine d'étude et surtout, de constater que les règles ont une fonction essentielle dans la vie d'une femme et que nous devons en tenir compte davantage dans la pratique ostéopathe. Afin de prévenir de futures complications des fonctions reproductives, les troubles du cycle devraient être traités ou à tout le moins examinés attentivement.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que l'ostéopathie peut aider les femmes souffrant d'aménorrhée secondaire et de spanioménorrhée. En tenant compte de l'aspect global qui découle de nos connaissances de l'ostéopathie et des nombreux facteurs qui influencent le cycle menstruel, nous croyons qu'un traitement avec une approche « corps-esprit » peut aider ces femmes de manière significative. Cette recherche a aussi permis de comprendre que les troubles de la rythmicité menstruelle sont à la fois vastes et complexes, et qu'ils requièrent une approche générale, gynécologique, endocrinienne, ostéopathe et psychosomatique (Richard, 2001).

À l'exception des cas qui nécessitent des interventions chirurgicales et médicales, nous constatons que la grande majorité des femmes qui consultent en médecine conventionnelle n'ont pas d'autre option que la prise d'anovulants. Les traitements médicaux proposés sont, hélas, symptomatiques, et ne s'intéressent malheureusement pas aux causes des symptômes. Nous comprenons mieux maintenant l'importance d'avoir un cycle menstruel régulier sur la physiologie et la psychologie et nous pourrions plus aisément transmettre ce message à nos patientes.

À la lumière de nos résultats, nous croyons fermement que le traitement de l'axe cranio-sacré ainsi que de la chaîne centrale favorise la régulation hormonale du cycle menstruel. Selon le concept de globalité, qui affirme l'unité fonctionnelle du corps humain, l'être humain est un *tout* et toute perturbation se produisant dans une région déterminée du corps pourra donc se manifester dans n'importe quelle autre région du corps. Aussi, nous suggérons de porter une

attention particulière aux facteurs qui déclenchent les dérèglements du cycle menstruel et de bien cibler, au moment du questionnaire, les facteurs de stress et les facteurs psychologiques.

Notre seconde hypothèse a permis d'observer la perception négative entourant les menstruations. Puisque ce phénomène est basé sur des aspects multifactoriels, il s'avère exact de dire que cette problématique peut être travaillée conjointement avec d'autres approches, comme la psychothérapie, l'homéopathie, l'acupuncture ou la naturopathie.

Cette étude a permis de mieux cerner cette problématique des troubles du cycle menstruel et de proposer aux femmes qui en souffrent des moyens d'atteindre l'équilibre intérieur et l'harmonie des structures impliquées dans la régulation du cycle menstruel. Notre étude, inédite, offre donc de nouvelles possibilités pour les femmes et ouvre la voie à ceux qui voudraient poursuivre la recherche sur les troubles du cycle menstruel.

Nous aimerions, en guise de mot de la fin, citer Andrew Taylor Still : « Sans le consentement intérieur avant toutes choses aucun résultat harmonieux chez l'homme ne peut être obtenu, aucune maladie ne peut être guérie, aucun chemin d'éternité et d'accomplissement en nous-mêmes ne peut trouver d'ouverture »

Andrew Taylor Still D.O.