

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

**PROPOSITION D'UN LIVRET D'INFORMATION DESTINE AUX
PATIENTES :
« LA REEDUCATION DU CAISSON ABDOMINAL APRES UN
ACCOUCHEMENT »**

Mémoire présenté par **Camille WEISS**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute

2013 - 2014

SOMMAIRE

Page

RESUME

1. INTRODUCTION	1
2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	2
3. ANATOMIE.....	2
3.1. Le plancher pelvien	2
3.2. Les abdominaux	3
3.3. Le diaphragme.....	4
3.4. La poutre composite lombaire.....	4
3.5. Conséquences anatomiques	5
4. PHYSIOLOGIE	5
4.1. La respiration	5
4.2. Rôle viscéral	6
4.3. La miction.....	6
4.4. Statique pelvienne	7
4.5. Synergies	8
4.5.1. Synergies abdomino-périnéales.....	8
4.5.2. Synergies abdomino-viscéro-expiratoires.....	8
5. CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	9
5.1. Le périnée.....	9
5.2. Rachis et ceinture pelvienne	10
5.3. Sangle abdominale.....	10
5.4. L'incontinence urinaire	11
5.5. Les prolapsus.....	12
6. LA REEDUCATION POST-PARTUM	12
6.1. Evolution	12
6.2. Compétences	13
6.3. Axes de traitement.....	13
6.4. Prise en charge périnéo-sphinctérienne	14

6.4.1. Généralités	14
6.4.2. Prise en charge précoce	14
6.4.3. Après la consultation post-natale	15
6.4.4. Techniques de rééducation.....	16
6.5. Prise en charge pelvi-rachidienne.....	18
6.6. Prise en charge de la sangle abdominale.....	19
6.6.1. Les abdominaux classiques	20
6.6.2. Une nouvelle approche des abdominaux	21
6.6.3. Gymnastique abdominale	22
6.7. Autres abords.....	23
7. LE LIVRET	23
7.1. Comment a-t-il été réalisé ?	23
7.2. A qui s'adresse-t-il ?.....	24
7.3. Quels sont ses objectifs ?.....	24
7.4. Le contenu.....	25
7.4.1. Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement.....	25
7.4.2. La rééducation en post-partum	25
7.4.3. Les abdominaux « classiques »	25
7.4.4. La reprise du sport	25
7.4.5. Relaxation.....	26
7.4.6. Contraction périnéale	27
7.4.7. Exercices.....	27
7.4.8. Protégez votre dos	28
8. DISCUSSION.....	28
9. CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

1. INTRODUCTION

En 2012, 822 000 enfants sont nés en France. Ce moment marque le début d'une nouvelle vie, les jeunes mamans consacrent alors tout leur temps à leurs bébés, au point d'oublier de prendre soin d'elles. Pourtant les troubles du post-partum sont fréquents et il existe des solutions pour les éviter. Les suites de couches représentent une période très importante pour le futur gynécologique de la femme.

L'éducation, la prévention et la promotion de la santé sont des enjeux majeurs dans la société actuelle. De nouvelles techniques sont apparues et permettent une rééducation précoce afin de prévenir les complications du post-partum. Le flux pressif à l'intérieur du caisson abdominal a été étudié. Ce qui a permis de proposer des exercices non délétères pour le périnée et qui peuvent ainsi être réalisés dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Cependant notre décret de compétence ne nous autorise pas une prise en charge avant la consultation post-natale.

L'objectif de ce livret est de pallier à cet écueil en informant les femmes sur les suites de couches et en les sensibilisant sur l'intérêt de la rééducation post-partum. Durant leur séjour à la maternité, les parturientes doivent être informées, éduquées, afin de pouvoir soigner et protéger leur corps lors de leur retour à domicile. Ce livret entre alors dans une démarche préventive quant aux conséquences de la grossesse et de l'accouchement.

Après quelques rappels anatomiques et physiologiques, nous décrivons les complications de la grossesse et de l'accouchement. Nous présenterons les bénéfices des nouvelles techniques de rééducation post-partum, ainsi que l'intérêt d'une prise en charge précoce. Pour finir, nous présenterons le livret.

2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Notre travail a débuté par une recherche bibliographique portant sur les différents éléments qui composent le mémoire et le livret. Pour cela nous avons utilisé différentes bases de données :

- Base de données des recommandations de bonnes pratiques : HAS, PEDro, Pubmed
 - Bases de données spécifiques : Réédoc
 - Moteurs de recherche des revues : EM consulte, Kinésithérapie Scientifique, Kiné Actualité
- *Mots-clés* : post-partum, périnée, abdominaux, incontinence, renforcement.
 - *Key words* : postpartum, perineum, abdominal muscles, incontinence, strengthening.

Nous avons sélectionné les articles parus après le rapport de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) sur la rééducation dans le cadre du post-partum de décembre 2002.

3. ANATOMIE

3.1. Le plancher pelvien

Le plancher pelvien, appelé également périnée, délimite la partie inférieure de l'abdomen, il est de forme convexe vers le bas. Il s'agit d'un tissage des structures musculaires, ligamentaires et aponévrotiques, disposé en deux plans :

- Le plan profond, appelé aussi diaphragme pelvien, est composé du muscle élévateur de l'anus et du muscle ischio-coccygien.

- Le plan superficiel, composé des sphincters striés urétral et anal, ainsi que des muscles bulbo-caverneux, bulbo-spongieux et les transverses.

Ces muscles sont innervés par le nerf pudendal.

En son centre, le périnée présente un noyau fibreux, il permet le maintien des muscles du périnée.

De la tonicité des muscles va dépendre la rétention des urines, des selles et des gaz. Ce tonus va aussi assurer la statique pelvienne et donc le bon positionnement de l'utérus, de la vessie et du rectum. En position debout, le périnée supporte les viscères. Il est attaché aux ischions, aux branches pubiennes et au coccyx. Il a donc également un rôle dans l'équilibre du bassin et du rachis.

3.2. Les abdominaux

On entend par « abdominaux » un ensemble de muscles formant la paroi antérolatérale de l'abdomen. En effet ce terme regroupe 8 muscles qui s'étalent sur trois plans :

- Le plan superficiel est formé par les muscles droits de l'abdomen.
- Les muscles obliques forment le plan moyen. On distingue les obliques externes et les obliques internes.
- Le plan profond est représenté par les muscles transverses. Ce sont les muscles expirateurs principaux.

Les abdominaux constituent une sangle et leurs orientations alternées augmentent la résistance de cette paroi. Ils ont un fort rôle statique de maintien, c'est l'activité la plus importante. Ils permettent la contention des organes abdomino-pelviens et la stabilisation du rachis lombaire grâce aux insertions vertébrales du

transverse. De plus ils forment un relai entre le diaphragme thoracique et le diaphragme pelvien. Ils ont aussi un rôle lors des expulsions (miction, défécation, accouchement, toux) et dans la mécanique viscérale extrinsèque (fonctions digestive et respiratoire). Ces muscles possèdent également une activité dynamique, différente en fonction de la direction des fibres. Les fibres transversales permettent de rentrer le ventre, les fibres verticales permettent la flexion du thorax sur le bassin ou du bassin sur le thorax, les fibres obliques permettent la rotation du tronc.

3.3. Le diaphragme

Le diaphragme est le muscle principal de l'inspiration. Il forme la limite entre le thorax et l'abdomen. Ce muscle est composé de deux coupoles concaves vers le bas et d'un cœur fibreux, appelé le centre phrénique. Il est percé de trois orifices principaux destinés au passage de l'aorte, la veine cave inférieure et l'œsophage, il forme également des arcades pour le psoas et le carré des lombes. Le diaphragme s'insère beaucoup plus haut en avant qu'en arrière. Il joue un rôle central dans la respiration et ses mouvements permettent un pompage aidant au retour veineux. Il permet également la stabilisation du rachis et permet les expulsions.

3.4. La poutre composite lombaire

Cette région est nommée poutre composite lombaire car elle est constituée par des structures osseuses, les cinq vertèbres lombaires et par des structures musculaires, le psoas, les spinaux et le carré des lombes. Ces quatre colonnes musculaires protègent la région lombaire de toute déstabilisation. Le rachis lombaire est caractérisé par une lordose physiologique. La poutre composite lombaire constitue le renfort postérieur du caisson abdominal.

3.5. Conséquences anatomiques

Les éléments du caisson abdominal sont en forme de voûte, avec une clef de voûte. Pour le diaphragme la clef de voûte est le centre phrénique, pour l'abdomen il s'agit de l'ombilic, des grands droits et de la ligne blanche, pour le périnée c'est le noyau fibreux central. Les clefs de voûte sont des points fixes autour desquels se font les mouvements. Cette architecture permet d'amortir les pressions en les répartissant vers les piliers, c'est-à-dire le pubis et le promontoire sacré. En post-partum, ce système est modifié. Les pressions seront alors transmises vers la fente uro-génitale plus fragile. Il y a donc un risque de prolapsus [1].

4. PHYSIOLOGIE

Le tronc est formé par deux caissons :

- Un caisson thoracique dit pneumatique, donc compressible.
- Un caisson abdominal dit hydraulique, donc peu compressible, mais il reste déformable.

Le tronc peut donc être comparé à un caisson hydropneumatique.

4.1. La respiration

La respiration permet d'apporter de l'oxygène et d'éliminer le dioxyde de carbone. Elle se divise en deux parties : l'inspiration et l'expiration.

Comme nous l'avons dit précédemment, le diaphragme est le muscle principal de l'inspiration. En effet, lors de la première étape de l'inspiration, le point fixe se situe au niveau des côtes. Le diaphragme se contracte, le centre phrénique descend et comprime les viscères, ce qui augmente le diamètre vertical du caisson

thoracique. Ensuite le point fixe devient le centre phrénique, la contraction continue, il se produit alors une élévation des côtes inférieures et donc une augmentation du diamètre transversal. Pour finir, les côtes inférieures étant fixées au sternum, leur mouvement va engendrer une élévation du sternum et donc des côtes supérieures, augmentant le diamètre antéropostérieur.

L'expiration est, au contraire, un phénomène passif. Cependant une sangle abdominale tonique est nécessaire pour l'expiration. On parle alors de synergie abdomino-diaphragmatique. Les abdominaux vont pousser les viscères, remonter le diaphragme et donc diminuer les différents diamètres.

4.2. Rôle viscéral

La respiration permet donc un échange gazeux, mais elle permet aussi une mobilisation viscérale. A chaque inspiration le diaphragme pousse les viscères vers le bas et l'avant.

De plus, les abdominaux permettent d'orienter et de réguler la transmission des pressions, soit vers la cavité pelvienne pour permettre la miction ou la défécation ; soit vers les voies aériennes pour permettre l'expiration forcée et donc la toux, le rire, se moucher....

4.3. La miction

L'appareil urinaire est constitué par : les reins, les uretères, la vessie et l'urètre.

- Les reins produisent l'urine, en filtrant le sang provenant des artères rénales. L'urine est ensuite dirigée vers les uretères pour rejoindre la vessie. La sécrétion est continue, la vessie se remplit donc en permanence formant ainsi un réservoir. Elle transforme ce flux continu en flux discontinu volontairement contrôlé. L'urine est alors évacuée, c'est la miction.
- La vessie est située dans l'abdomen, juste en arrière des muscles abdominaux. Lorsque la vessie est pleine sa situation est pelvienne, une fois remplie elle se retrouve au niveau abdomino-pelvien. Elle est composée par :
 - un muscle lisse : le détroisor.
 - un sphincter lisse qui permet la continence passive.
 - un sphincter strié qui permet la continence active.

La miction correspond à une contraction du détroisor, c'est un phénomène volontaire. La continence est caractérisée par un relâchement du détroisor, et une contraction des sphincters. Elle est automatique jusqu'à un certain point de remplissage, ensuite un mécanisme volontaire est nécessaire.

4.4. Statique pelvienne

Les fibres internes des muscles releveurs de l'anus jouent un rôle très important dans la statique pelvienne. En effet, elles suspendent activement les viscères. Un système de suspension postérieur passif, solidarissant entre eux les viscères, est aussi nécessaire pour le maintien. Ainsi, chaque viscère possède une orientation précise par rapport au plancher pelvien. L'urètre et le vagin sont obliques en bas et en avant, pour permettre en position debout de créer une angulation qui aide à la continence. L'intégrité du périnée assure le respect des orientations et le maintien des viscères dans la cavité abdominale, au repos mais aussi à l'effort.

Cependant certains événements, comme l'accouchement, peuvent altérer cette intégrité et donc provoquer une incontinence voir un prolapsus.

4.5. Synergies

4.5.1. Synergies abdomino-périnéales

Les abdominaux ont un rôle de contention, mais également d'expulsion en orientant les pressions. Une bonne synchronisation abdomino-pelvienne est donc nécessaire pour que le flux pressionnel soit efficace. Il existe alors deux types de synergies abdomino-pelvienne : une synergie de protection, pour la statique pelvienne et la continence et une synergie d'évacuation.

A l'inverse, lors d'une mauvaise synchronisation ou d'une réponse musculaire inefficace, on parle de dyssynergie. Au niveau de la sangle abdominale, la direction des pressions sera modifiée, créant alors une hyperpression périnéale. De même, lors de l'augmentation de la pression intra-abdominale, le périnée se contracte de façon réflexe. Si ce réflexe disparaît il y a dyssnergie abdomino-périnéale.

Il est intéressant de prendre en compte ces synergies lors de la rééducation. En effet, il sera utile de travailler le transverse car il provoque une contraction réflexe du périnée. Cette co-contraction permet de créer une gaine de maintien. L'objectif de la rééducation ne doit pas alors être uniquement un renforcement, mais elle doit aussi permettre de réintégrer ces synergies.

4.5.2. Synergies abdomino-viscéro-expiratoires

Kapandji a décrit l'expiration forcée comme fonction première des abdominaux. La contraction de ces derniers refoule la masse viscérale vers le haut

et donc repousse le diaphragme pour permettre l'expiration. Il faut donc également tenir compte de cette synergie et proposer une rééducation abdomino-expiratoire.

5. CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

5.1. Le périnée

La grossesse et l'accouchement sont responsables de la plupart des troubles périnéo-sphinctériens. La macrosomie fœtale, les extractions instrumentales et les dystocies sont les facteurs de risques principaux d'une insuffisance périnéale.

- Pendant la grossesse, le poids de l'utérus gravide appui sur les muscles du plancher pelvien, cet appui est renforcé par l'augmentation du poids des viscères et de la pression abdominale. De plus les ligaments péri-utérins se sont relâchés sous l'influence hormonale, ce qui explique l'hypermobilité utérine chez les femmes ayant accouchées.
- L'accouchement par voie vaginale, est aussi à l'origine de modifications fonctionnelles. Lors de l'expulsion, la tête du bébé provoque :
 - Un allongement de la distance ano-vulvaire.
 - Un étirement du périnée, pouvant aller jusqu'à la déchirure.
 - Une dilatation circulaire de l'anus. [2]

L'accouchement par voie basse est aussi souvent synonyme de lésions nerveuses, notamment sur le nerf pudendal. On estime que cette dénervation partielle du périnée touche environ 80% des parturientes.

Mais lors de césarienne le plancher est aussi distendu, à cause de l'influence hormonale et du poids du bébé durant la gestation.

Le plancher pelvien peut aussi devenir une zone de douleurs. Pour plus de 20% des femmes ces douleurs persistent jusqu'à deux mois post-partum et pour 10% ces douleurs se poursuivent après 12 mois [3].

5.2. Rachis et ceinture pelvienne

La posture de la femme enceinte est caractéristique, le poids du bébé déporte l'abdomen vers l'avant, provoquant une hyperlordose lombaire. Sous l'influence hormonale, les ligaments sont relâchés, ce qui rend les articulations plus souples. Cette hyperlordose s'accompagne généralement d'une antéversion de bassin. C'est entre le 2^{ème} trimestre et le début du 3^{ème} que la lordose lombaire augmente et cela se poursuit jusque dans les premiers mois après l'accouchement. Cette exagération de courbure provoque des tensions ligamentaires et des pressions sur les disques. Par ailleurs, l'antéversion de bassin accroît les appuis sur le périnée antérieur, alors que celui-ci est plus fragile que le postérieur.

47% des femmes se plaignent de douleurs pelvi-rachidiennes à un mois de l'accouchement et 37% après un an (étude de Ostgaard 1999). Cependant aucune étude retrouvée n'a démontré une relation entre ces douleurs et la posture [4]. Ces souffrances ont un retentissement important sur les activités de la vie quotidienne. Cette limitation d'activité est même décrite comme plus gênante que la douleur en elle-même [5].

5.3. Sangle abdominale

Pour pouvoir accueillir l'enfant, la paroi abdominale de la mère s'est distendue. Les abdominaux se sont donc allongés. Les grands droits s'allongent de 15 cm dans le dernier trimestre. Suite à l'accouchement, les abdominaux n'ont pas repris directement leurs tailles initiales. Ils vont également s'écarter au niveau de la ligne

blanche. Les grands droits s'écartent et les autres muscles suivent grâce aux aponévroses [6]. C'est le diastasis physiologique. Cette distension entraîne alors une faiblesse des fléchisseurs du tronc. En effet, dans les normes le ratio fléchisseurs sur extenseurs est de 0,7 alors qu'à 6 mois post-partum il est de 0,5 [4]. Pour la moitié des femmes ce diastasis persiste entre 5 et 7 semaines. D'un point de vue fonctionnel, si ce diastasis est supérieur à 2 cm il sera alors impossible de retrouver la force maximale des grands droits.

Cette sangle est aussi le siège de douleurs. Ici la douleur la plus intense est d'origine cicatricielle, elle est dite mécanique, c'est à dire déclenchée par le mouvement [3].

5.4. L'incontinence urinaire

Le plancher pelvien a été distendu, ce qui a modifié l'orientation de l'urètre. De plus les pressions sont dirigées vers la fente uro-génitale qui est plus fragile. Comme nous l'avons vu, la jeune maman présente une posture en hyperlordose lombaire associée à une antéversion. Cette position pose des problèmes pour l'orientation des organes du petit bassin. Lorsque le bassin est antéversé le canal urinaire est vertical et le col vésical propice à descendre et à s'ouvrir, ce qui augmente le risque de fuites.

Selon les auteurs, 15 à 40% des femmes seront sujettes à des problèmes d'incontinence urinaire, dont 1/3 guériront spontanément entre 12 et 13 mois et 1 à 5% présenteront des incontinenances fécales [4].

5.5. Les prolapsus

Un prolapsus correspond à ce que l'on appelle communément une « descente d'organes ». Les organes du pelvis sont suspendus par des ligaments, ils peuvent donc être sujets à une descente si les moyens de fixations se relâchent. Les accouchements sont responsables d'une grande majorité des prolapsus. Ils peuvent se révéler en post-partum immédiat et jusqu'à plusieurs années après. A court terme, ils régressent, disparaissent ou se stabilisent dans 25% des cas. Les facteurs de risque des prolapsus sont les mêmes que pour l'insuffisance périnéale : la macrosomie fœtale, les extractions instrumentales et les dystocies.

6. LA REEDUCATION POST-PARTUM

Comme nous avons vu précédemment, la grossesse et l'accouchement ont des conséquences importantes sur le corps de la jeune maman. Il est donc nécessaire de prendre en charge ces lésions, afin de les réduire mais aussi de prévenir les complications.

6.1. Evolution

Cette prise en charge a considérablement évolué depuis sa mise en place. Alors qu'auparavant elle était centrée sur le renforcement des abdominaux sans se soucier du périnée, ce dernier a ensuite été le seul protagoniste de cette rééducation. Actuellement, nous avons une vision beaucoup plus globale de la parturiente, toutes les parties de son corps sont prises en considération.

La notion de précocité est devenue elle aussi très importante. Jusqu'à présent il était recommandé de ne commencer la rééducation qu'à partir de 90 jours après

l'accouchement. En effet, auparavant les abdominaux étaient travaillés le plus tôt possible, engendrant des complications périnéales. Il a alors été recommandé d'attendre que le périnée soit moins fragile avant d'entreprendre le renforcement des abdominaux, or cela a conduit à une prise en charge basée uniquement sur le périnée. Il est pourtant possible de travailler le périnée mais aussi les abdominaux de façon précoce. Des nouvelles techniques ne provoquant pas d'hyperpression pelvienne le permettent. Il s'agit de la gymnastique hypopressive ou de l'aspiration diaphragmatique par exemple.

6.2. Compétences

Cette compétence est partagée par les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes. Le dernier décret de compétence, Journal officiel du 8 octobre 1996, autorise « la rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal », ainsi que « la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ». De plus une prescription médicale est nécessaire pour la rééducation chez un kinésithérapeute. Les sages femmes sont autorisées à débiter la rééducation périnéale dès la visite médicale du post-partum, soit 42 jours après l'accouchement.

6.3. Axes de traitement

La rééducation du post-partum doit prendre en compte le corps de la femme dans sa totalité. Le rapport de l'ANAES de décembre 2002 permet de dégager trois axes principaux :

- Une prise en charge périnéo-sphinctérienne.
- Une prise en charge pelvi-rachidienne.
- Une prise en charge de la sangle abdominale.

De plus ce traitement se divise en plusieurs parties :

- L'information, délivrée dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.
- La prévention, afin d'éviter toutes complications immédiates.
- Le traitement, celui-ci doit être personnalisé en fonction du bilan.

6.4. Prise en charge périnéo-sphinctérienne

6.4.1. Généralités

Arnold Kegel dans les années 1950 fut le pionnier de la rééducation périnéale, il mit en place des exercices permettant de remuscler le plancher pelvien à la suite d'un accouchement. Il fallut attendre 1977 pour que la rééducation périnéale apparaisse en France, grâce à Alain Bourcier. C'est seulement à partir du décret Evin du 2 août 1985 que cette compétence fut accordée aux kinésithérapeutes, avant cette pratique était illégale. Les sages-femmes attendront jusqu'en 1997 pour obtenir leur décret [7].

L'objectif de cette rééducation est de redonner un tonus correct au périnée et de supprimer les douleurs. La prise en charge touche à l'intimité de la patiente, il est donc nécessaire avant toute chose d'obtenir son consentement éclairé. Il faut aussi l'informer de l'importance du travail personnel entre les séances.

6.4.2. Prise en charge précoce

Dans ce nouveau concept de précocité, les professionnels de santé sont amenés à informer la patiente le plus tôt possible après leur accouchement, voir même en dernière partie de grossesse. Ils leurs apprennent des exercices à faire à la maison dès leur retour de couche. La rééducation périnéo-sphinctérienne proprement dite ne commence qu'après la consultation post-natale, c'est-à-dire 6

semaines après l'accouchement. Ce sont ces 6 semaines, que l'on appelle « suites de couches », qui vont être déterminantes pour le futur gynécologique de la femme.

Lors de son séjour à la maternité, les professionnels de santé doivent expliquer aux jeunes mamans :

- les conséquences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que leurs évolutions.
- la prévention de l'incontinence et le rôle du périnée.
- la prévention des rachialgies grâce à des conseils ergonomiques.
- les effets néfastes du renforcement non adaptés des abdominaux.
- l'importance de se rendre à la consultation post-natale.

Durant cette période la lutte contre la douleur est importante. Pour le traitement de la douleur, actuellement, seuls les traitements médicamenteux semblent être efficaces. La cryothérapie a également un effet, mais de courte durée et elle n'est pas acceptée par toutes les patientes.

6.4.3. Après la consultation post-natale

Lors de consultation post-natale, la parturiente reçoit généralement une prescription de rééducation. Elle peut se rendre alors au choix chez une sage-femme ou un kinésithérapeute. Cette rééducation du périnée, incluant le sphincter urétral et le sphincter anal, doit être personnalisée en fonction du bilan, il est inutile de renforcer une musculature cotée au maximum. Cependant il faut vérifier que la patiente utilise cette musculature au moment adéquat, sinon il sera nécessaire de lui apprendre à l'utiliser correctement.

6.4.4. Techniques de rééducation

Les techniques les plus utilisées sont les exercices du plancher pelvien, les études leur ont attribué un grade C (une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve). Ces exercices consistent à ré-entraîner le plancher en lui demandant régulièrement des contractions. Le biofeedback et l'électrostimulation sont aussi très largement utilisés.

6.4.4.1 *Prise de conscience*

Avant de commencer ces exercices il est primordial de passer par une étape d'éducation du contrôle périnéal. En effet, 30 à 50% des femmes, quelque soit leur âge, ne sont pas capables de contracter correctement leur plancher pelvien [8]. Il faut expliquer aux patientes ce qu'est le plancher pelvien, grâce à des dessins, des planches d'anatomie et surtout en utilisant des mots simples. Cette étape va également permettre de justifier les techniques à venir, afin d'obtenir le consentement éclairé de patiente. Il ne faut pas se limiter au plancher pelvien, mais aborder le caisson abdominal dans sa totalité. Il faut également évoquer l'apparition éventuelle de fuites urinaires.

Ensuite, le kinésithérapeute explique comment réaliser une contraction périnéale, en utilisant des images simples. Par exemple « retenez vous de faire pipi », « retenez un gaz ou un suppositoire », « retenez vous d'aller à la selle, ou de faire caca », « serrez le vagin ». Puis la patiente place ses doigts au niveau du noyau fibreux central du périnée afin de sentir l'élévation lors de la contraction. La technique du miroir peut aussi l'aider à comprendre la contraction demandée. Pour vérifier la bonne réalisation de la contraction nous plaçons deux doigts vaginaux, placés à la moitié de la longueur vaginale et appuyant sur la face postérieure du vagin. Nos deux doigts sont écartés de 3cm, ainsi chaque doigt se trouve sur un des faisceaux latéraux des releveurs de l'anus. Nos doigts permettent de vérifier l'intensité et la tenue de la contraction. Le kinésithérapeute doit veiller à ce qu'il n'y

ait pas de contractions parasites des adducteurs, des fessiers ou des abdominaux. Il doit aussi surveiller l'inversion de commande, la patiente pousse au lieu de serrer. La patiente doit aussi prendre conscience du relâchement, afin de permettre des temps de repos entre les contractions.

6.4.4.2 Exercices

Une fois que la patiente est capable de contracter correctement son périnée nous pouvons commencer les exercices. La technique est identique, cependant, nous demandons de maintenir la contraction pendant 5 secondes. Il est important de la faire suivre d'un repos de 10 secondes. Pour stimuler la contraction il est possible de provoquer un stretch réflexe, c'est-à-dire une secousse brève avec nos doigts vaginaux. La contraction est demandée juste après. Cette technique permet de déclencher une contraction pour les muscles inférieurs à 3. Pour les muscles supérieurs à 4, nos doigts vont alors opposer une résistance au mouvement. Il ne faut pas appliquer une résistance trop importante, la patiente doit être capable de la vaincre.

Puis, au fil des séances, nous réaliserons les contractions en position assise, puis debout, en marchant. Sans oublier l'apprentissage du verrouillage périnéal lors du port de charge ou la toux. Nous demandons alors à la patiente de contracter son périnée avant de tousser, et de tenir la contraction, pour la relâcher uniquement à la fin de la toux. Il s'agit d'une « anticipation périnéale », car la contraction doit toujours débiter avant l'effort.

*6.4.4.3 Le "stop-pipi" **

Cet exercice correspond à un arrêt du jet urinaire au milieu de la miction. Le périnée et le sphincter urinaire strié entourent le canal urinaire et donc diminuent son

diamètre lors de leurs contractions. Mais l'arrêt du jet ne provient pas uniquement de la contraction périnéale, en effet c'est la contraction des muscles releveurs qui va diminuer le tonus de la vessie par voie réflexe, le détrusor ne chasse donc plus l'urine, la miction est donc stoppée. Ainsi, il est possible d'arrêter le jet urinaire avec des muscles périnéaux affaiblis. De plus, la pratique répétée du "stop-pipi" peut être néfaste, car elle bouleverse l'enchaînement des réflexes de déclenchement, de poursuite et de fin de miction. La vessie risque de devenir trop tonique, trop excitable. Cette pratique peut aussi provoquer des infections urinaires en laissant stagner des résidus dans la vessie.

6.5. Prise en charge pelvi-rachidienne

La rééducation post-partum se voulant globale il est nécessaire de penser aussi à la posture de la patiente. Après l'accouchement le dos garde la posture en hyperlordose, alors que le poids du bébé n'est plus présent. Cette position est néfaste pour les disques intervertébraux et les articulaires postérieurs et peut être à l'origine de lombalgies et de dorsalgies aiguës ou chroniques. La grossesse ayant emmené le rachis en hyperlordose et le bassin en antéversion, il subsiste des pressions intra-abdominales. Ces pressions appuient sur le périnée antérieur qui est plus fragile que le postérieur. Il faut éviter que ces attitudes deviennent structurelles et provoquent plus tard des pathologies.

Il n'existe actuellement aucunes recommandations, ni aucunes études, propres à cet aspect de la prise en charge en post-partum. La rééducation s'appuie alors sur les recommandations de la conférence de consensus « prise en charge kinésithérapique du lombalgique » de 1998. Certains principes spécifiques à la rééducation du post-partum sont tout de même évoqués dans le rapport de l'ANAES de décembre 2002 :

- Le traitement doit être ciblé en fonction de l'origine des douleurs, c'est-à-dire pelvienne ou rachidienne.
- Il faut éviter de solliciter les structures ligamentaires ou musculaires qui ont été lésées pendant l'accouchement
- Les exercices doivent être adaptés en fonction de leur retentissement sur le plancher pelvien et la sangle abdominale.

Le traitement débute par une prise de conscience de la posture puis nous effectuons des exercices permettant de diminuer cette hyperlordose. Il ne faut pas oublier l'étape de reprogrammation neuromusculaire afin que la patiente intègre les changements posturaux. Des conseils en ergonomie doivent aussi être délivrés à la jeune maman, afin qu'elle protège son dos lors des activités de la vie quotidienne.

Les douleurs pelvi-rachidiennes doivent être prises en compte par le thérapeute. Les techniques antalgiques (massage, physiothérapie) font partie intégrante de la rééducation post-partum. Mac Lenman grâce à une étude sur 115 patientes a démontré en 1997 que la relaxation était efficace pour 94% des femmes. Cette étude a également montré que les thérapies manuelles amélioraient 88% des femmes et la kinésithérapie 78% (équilibre postural, renforcement musculaire).

6.6. Prise en charge de la sangle abdominale

Actuellement, il est courant de prescrire en post-partum 10 séances de rééducation périnéale, suivies de 10 séances de rééducation abdominale. La sécurité sociale prend en charge à 100% ces 10 dernières séances, tandis que les soins périnéaux eux ne sont pris en charges qu'à 60%, les 40% restant sont à la charge des mutuelles [9].

6.6.1. Les abdominaux classiques

La jeune maman, voit son corps transformé, sa silhouette ne lui plait plus, elle ne se sent plus désirable. Son souhait est de retrouver une intégrité esthétique le plus rapidement possible, au détriment quelque fois d'une intégrité physique. Ce ventre disgracieux va alors être mis à rude épreuve avec des cours d'abdos-fessiers, de step et autres exercices de fitness. Cependant cette musculation intensive possède plus de défauts que de qualités. Les résultats ne sont pas ceux attendu, ils génèrent une ptose abdominale et surtout sont à l'origine de nombreux problèmes : prolapsus, incontinence urinaire [10]. Il est alors indispensable de leur expliquer pourquoi les abdominaux classiques peuvent être néfastes et quelles sont les bonnes techniques à utiliser. Pour leur montrer les effets des abdominaux traditionnels, nous pouvons leur demander de palper leur ventre lors de quelques battements de jambes. La patiente peut alors observer que son ventre gonfle et que la vulve subit une poussée et s'ouvre. Le résultat obtenu ne correspond donc pas à ses attentes et elle peut d'elle-même se rendre compte des inconvénients de cette technique.

Les « abdominaux » pratiqués dans les salles de sport, pédalages, battements, ciseaux, font essentiellement travailler le muscle psoas. C'est un muscle très puissant qui permet en chaîne ouverte l'élévation des membres inférieurs. Les abdominaux ne se contractent que par réflexe pour résister à l'hyperpression qui se crée dans le caisson abdominal. Aucune contraction volontaire de ces muscles n'est obligatoire. Le ventre se gonfle, car la contraction réflexe des abdominaux n'est pas assez puissante pour résister à la pression. Ainsi, ils se contractent mais dans une position étirée, ce qui donne des ventres ronds. Notons que ces exercices se font généralement sur l'expiration, or le ventre sort, provoquant alors une respiration paradoxale. De plus lors de l'expiration le diaphragme ne peut pas remonter à cause de l'abaissement du sternum et la flexion cervicale. Le rejet d'air n'est pas physiologique. Les " crunchs " produisent également une flexion lombaire pouvant

engendrer des douleurs voir des hernies discales. Cette gymnastique en hyperpression risque donc de créer des prolapsus, d'aggraver les fuites urinaires et le mal de dos mais en plus ne donnerait pas le ventre plat que l'on nous promet.

6.6.2. Une nouvelle approche des abdominaux

Depuis quelques années, les praticiens informés tirent le signal d'alarme sur le renforcement inadapté des abdominaux. De nouvelles techniques voient actuellement le jour et permettraient une rééducation postnatale précoce. En effet elles réduisent la musculature abdominale sans provoquer de pressions excessives sur le périnée.

Les abdominaux, tout comme le périnée, ne doivent pas être réduits comme une entité dissociable du reste du corps. Il faut prendre en compte l'enceinte thoraco-abdomino-pelvienne dans sa globalité. Cela veut dire que le renforcement des abdominaux ne doit pas être délétère vis-à-vis du plancher pelvien ou du rachis, mais doit aussi intégrer la respiration. Ainsi, pour respecter la physiologie, les exercices doivent être basés sur une respiration abdomino-costo-diaphragmatique. A l'inspiration, l'abaissement du diaphragme provoque un gonflement du ventre et du périnée. A l'expiration, le diaphragme, aidé en fin de course par le transverse, remonte, le ventre rentre et le périnée remonte. C'est ce muscle, le transverse, que l'on va renforcer. Il permet de rentrer le ventre et de donner l'aspect du ventre plat, mais surtout il maintient le rachis et évite les hyperpressions abdominales néfastes [11].

Cette pratique spécifique va aider à corriger le diastasis des grands droits, à plaquer les viscères contre le rachis pour protéger les ligaments et le périnée, tout en respectant la respiration. Ils vont favoriser le transit intestinal et la circulation sanguine, mais aussi renforcer les dorsaux sans les raccourcir [15]. Pour respecter

tout ces principes il faut veiller à ce que les exercices proposés éloignent au maximum les ceintures pelvienne et scapulaire, qu'ils ne raccourcissent pas les grands droits et les obliques, et que la nuque soit bien placée pour permettre la mobilité du diaphragme.

6.6.3. Gymnastique abdominale

Il existe différentes techniques qui permettent de renforcer les abdominaux sans créer d'hyperpressions. Il s'agit par exemple de la gymnastique abdominale hypopressive développée par M. Caufriez. Ce dernier a démontré que la dépression pouvait atteindre -50 mmHg, ce qui permet donc de stimuler les abdominaux sans être délétère pour le périnée [6].

Sur le principe de la gymnastique hypopressive, Mme de Gasquet propose « la fausse inspiration thoracique ». Cet exercice peut être débuté dès la table d'accouchement. La fausse inspiration permet de remonter les organes tout en contractant de façon réflexe les abdominaux.

Position de départ : la patiente se place en décubitus, avec un coussin sous les genoux.

Action : On lui demande une expiration lente en remontant son ventre du bas vers le haut. A la fin de l'expiration la patiente ferme la bouche et se pince le nez afin de bloquer l'entrée de l'air. Elle va alors mimer une inspiration, en ouvrant les côtes et en montant la poitrine. Le ventre se creuse.

Cette fausse inspiration crée une dépression dans l'abdomen. Les transverses et les obliques se contractent de façon réflexe tout en rapprochant les grands droits. Cet exercice permet de tonifier le plan profond du périnée et de stimuler les organes d'élimination, il favorise aussi la circulation sanguine et lymphatique [16].

Notons que l'électrostimulation excito-motrice n'a pas fait preuve de son efficacité sur les muscles de la sangle abdominale en post-partum.

L'esthétique de notre silhouette passe aussi par notre posture. Une attitude en auto-grandissement avec une diminution de l'hyperlordose lombaire permet déjà d'effacer ce ventre rond.

6.7. Autres abords

Les complications de la grossesse et de l'accouchement ne se restreignent pas aux trois régions précédentes, il faut prendre en charge la patiente dans sa totalité. Il n'est pas rare que les parturientes se plaignent de douleurs viscérales liées à une constipation, le massage abdominal peut alors faire parti du traitement [4]. La constipation en post-partum est dite physiologique. Le retour à l'état antérieur du transit est lent et ne se corrige qu'au bout de 2 à 3 mois.

7. LE LIVRET

7.1. Comment a-t-il été réalisé ?

A la suite de nombreuses lectures concernant la rééducation post-partum, nous nous sommes rendu compte que de nouveaux principes étaient apparus ces dernières années. Il faudrait alors commencer la prise en charge dès les premiers jours qui suivent l'accouchement et non pas à partir de la consultation post-natale. Cependant notre décret de compétence ne nous autorise pas une rééducation précoce. Il nous a alors semblé important d'informer et de sensibiliser les femmes sur les suites de couches.

7.2. A qui s'adresse-t-il ?

Ce livret s'adresse à toutes les parturientes, primipares ou multipares, qu'elles aient accouché par voie basse ou par césarienne. Il leur sera distribué dans les premiers jours post-partum. Nous avons utilisé un langage simple, sans termes techniques, afin qu'il puisse être lu par le plus grand nombre.

7.3. Quels sont ses objectifs ?

La prévention est devenue une des préoccupations principales des politiques de santé. Selon l'OMS il s'agit de « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou des accidents ». Ce livret s'inscrit dans cette démarche. Même si la rééducation périnéale est beaucoup plus présente en France que dans les autres pays, la prévention est quasiment absente et notre éducation physique occulte le périnée [12].

En informant et en sensibilisant les femmes nous espérons prévenir certaines complications liées à la grossesse et à l'accouchement. L'ANAES, dans son rapport, insiste d'ailleurs sur l'intérêt et l'importance de l'information délivrée aux jeunes mamans. Les patients sont également de plus en plus curieux sur leur état de santé et réclament des explications. Ce livret va permettre aux femmes de mieux connaître et comprendre leur corps pour qu'elles puissent s'investir dans leur santé. Il tentera de répondre aux interrogations les plus courantes des jeunes mamans, et également de leur donner des solutions aux différents problèmes qu'elles rencontrent.

7.4. Le contenu

7.4.1. Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement

Le livret débute par une description simplifiée du caisson abdominal. Nous avons inclus des images afin d'aider à la représentation. Ensuite, nous expliquons les conséquences de la grossesse et de l'accouchement sur les abdominaux, le périnée et le rachis lombaire.

7.4.2. La rééducation en post-partum

Une partie est dédiée au rôle de la rééducation en post-partum, afin de sensibiliser les femmes à l'importance de cette prise en charge. Ce livret a également pour objectif de dédramatiser et d'encourager la rééducation périnéale. C'est un sujet qui reste encore très tabou, les femmes n'osent généralement pas parler de leurs troubles, par pudeur et préfèrent garder cela secret plutôt que de consulter. Il nous a semblé important d'expliquer aux femmes que ces troubles sont fréquents et surtout qu'il existe des solutions pour les éviter ou les guérir.

7.4.3. Les abdominaux « classiques »

Nous entrons ensuite dans la prévention proprement dite avec les inconvénients des abdominaux dits « classiques », en expliquant que ces derniers provoquent des pressions néfastes pour le périnée.

7.4.4. La reprise du sport

Nous poursuivons dans le domaine des activités physiques avec la reprise du sport. Elle doit être progressive et adaptée, mais peut débuter très précocement si il n'y a pas de contre-indications médicales (césarienne, épisiotomie...). En plus des

bienfaits physiques, l'activité sportive apporte un bien être psychologique. Elle est associée à une baisse de l'incidence de la dépression du post-partum [13]. Certains sports sont contre indiqués dans les premiers mois post-partum, ce sont tous les sports qui comportent des sauts, des accélérations et des décélérations, comme les sports d'équipes ou le tennis par exemple. A l'inverse, d'autres sont conseillés comme la marche, la natation, le yoga adapté, le vélo d'appartement.

L'exemple de la danse orientale est à mettre en avant. C'est un très bon moyen de redécouvrir son corps et sa féminité. Et en plus de passer un moment agréable, elle permet de faire travailler son périnée. Certes, cette pratique nécessite une position debout, qui habituellement augmente la pression intra-abdominale. Mais ceci ne se vérifie pas dans la danse orientale. Les bras sont toujours en élévation, la poitrine est remontée, les côtés ouvertes, le rachis cervical est bien placé, tout cela concourt à une bonne mobilité diaphragmatique. Les ceintures pelviennes et scapulaires ne se rapprochent jamais, le rachis n'est jamais en flexion. Les courbures rachidiennes sont préservées. De plus, la mise en charge nécessite une contraction des pelvitrochantériens, qui soutiennent le périnée et maintiennent la contre nutation sacrée assurant un tonus pubo-rectal. Les mouvements des hanches et les vibrations permettent la détente, mais également la tonification du périnée [12].

7.4.5. Relaxation

Comme nous venons de le dire, les contraintes de notre société ne permettent pas aux jeunes mamans de se reposer. Nous avons donc dédié une partie du livret à la relaxation. Pour les aider à se détendre nous leur proposons un exercice basé sur la respiration. Nous leur expliquons la ventilation physiologique, c'est-à-dire abdomino-diaphragmatique. Cet exercice respiratoire va permettre aux femmes de se relaxer et il va également être bénéfique pour les exercices suivants.

7.4.6. Contraction périnéale

Afin d'aider les femmes à réaliser les exercices qui suivent correctement, nous avons consacré une partie du livret à la prise de conscience de la contraction périnéale.

7.4.7. Exercices

En effet, afin de stimuler les abdominaux et le périnée nous proposons deux exercices très simples afin que les femmes puissent les réaliser seules, à domicile. Pour le choix des exercices nous nous sommes appuyés sur l'expérience de M. Roland Leclerc, kinésithérapeute à la maternité des Lilas de Paris [14]. Dans cette maternité, la rééducation post-natale est entreprise très précocement et cette démarche a prouvé ses bénéfices depuis 25 ans. Les parturientes commencent un travail périnéal 24 à 48 heures après un accouchement par voie basse et 4 à 5 jours après une césarienne. Deux exercices leur sont proposés.

- Le premier exercice s'effectue en décubitus, les genoux sont fléchis. On demande à la patiente d'expirer, bouche ouverte, en rentrant le ventre du bas vers le haut. L'expiration doit être lente. Elle doit également contracter les fessiers et basculer son bassin, pour cela nous lui demandons d'enfoncer ses pieds dans le sol. Ainsi, le bassin revient en position neutre, ce qui soulage les lombalgies. En expirant ainsi, le diaphragme remonte créant une aspiration qui diminue les pressions sur le périnée. Les abdominaux se contractent donc, sans pour autant être néfaste pour le périnée. Cet exercice est aussi bénéfique pour le transit et la circulation, par son effet de pompage sur les intestins et la veine cave inférieure.
- Le deuxième exercice va permettre de stimuler le périnée. Dans la même position, la femme doit réaliser de la même manière une expiration en rentrant le ventre. Mais cette fois ci elle profitera de la diminution des contraintes sur le

périnée, pour contracter ce dernier. Cet exercice va permettre une prise de conscience de la contraction des sphincters et de se réapproprier cette région du corps lésée par la grossesse et l'accouchement.

7.4.8. Protégez votre dos

Pour terminer, nous donnons certaines règles d'ergonomie adaptées aux activités de la jeune maman. Les femmes n'ont pas le temps de se reposer après leur accouchement. Elles s'occupent de leur bébé et certaines fois de leurs autres enfants, elles gèrent les différentes tâches ménagères... Le repos devrait pourtant être le mot d'ordre en post-partum. Puisque cela est impossible dans notre société, il est important que les femmes protègent leurs corps dans les activités de la vie quotidienne, notamment grâce à certains principes ergonomiques. Des positions d'allaitement y sont décrites ainsi que des conseils pour les activités spécifiques des jeunes mamans.

8. DISCUSSION

Le décret de compétence des Masseurs-Kinésithérapeutes date d'une époque où la rééducation post-partum était principalement basée sur le renforcement des abdominaux. Les techniques employées créaient des hyperpressions néfastes pour le périnée. Afin d'éviter que la rééducation abdominale soit délétère pour le plancher pelvien un délai de 6 semaines avant la prise en charge a été décidé. Ces dernières années, de nouvelles techniques de renforcement dites « hypopressives » sont apparues et permettent une prise en charge dès les premiers jours après l'accouchement. Cependant le décret de compétence n'a pas été modifié. Il n'est donc pas possible de proposer aux parturientes une rééducation précoce. Il est important que ces techniques soient reconnues afin de pouvoir modifier la législation. Il est nécessaire que les professionnels de santé soient formés et que les exercices

inadaptés enseignés auparavant disparaissent. Des formations doivent être organisées pour sensibiliser les Masseurs-Kinésithérapeutes sur l'intérêt d'une prise en charge précoce. L'enseignement au sein des instituts de formation doit tenir compte de ces nouvelles recommandations et la rééducation uro-gynécologique doit être considérée comme une matière en tant que telle. Les spécificités de la prise en charge post-natale doivent être enseignées. Pour que le décret de compétence soit modifié il faut que l'intérêt des techniques hypopressives soit reconnu.

La rééducation post-partum reste un domaine peu pratiqué par les Masseurs – Kinésithérapeutes. Et même si la France fait parti des pays où la rééducation périnéale est la plus présente, il reste difficile d'en trouver qui la pratiquent. Les femmes sont plus facilement en contact avec des sages-femmes qu'avec des kinésithérapeutes, ces derniers étant quasiment absents des maternités. Certes, c'est un sujet tabou pour les femmes, mais c'est également un domaine peu valorisé par les kinésithérapeutes.

Il aurait été intéressant, avant de réaliser le livret, de mettre en place une enquête pour définir plus précisément les connaissances des jeunes mamans, ainsi que leurs interrogations les plus courantes.

Ce livret s'inscrit dans un travail d'étude en kinésithérapie, cependant il semble difficile de le faire distribuer par des Masseurs-Kinésithérapeutes à la maternité. Ces derniers ne rencontrent les patientes qu'après la consultation post-natale, or ces informations doivent être délivrées dans les premiers jours après l'accouchement. Nous espérons pouvoir distribuer ce livret dans les semaines à venir auprès des parturientes afin de pouvoir l'évaluer et le modifier en fonction des retours.

Nous pourrions même aller plus loin dans cette approche préventive, en effet il serait intéressant de proposer une prise en charge prénatale sous forme d'éducation thérapeutique. Cela permettrait que la prise de conscience de la contraction périnéale soit acquise avant l'accouchement, d'optimiser la respiration et que les conseils soient prodigués précocement pour qu'ils puissent être automatisés dès l'accouchement.

9. CONCLUSION

A une époque où les coûts de la santé sont devenus une priorité nationale, la prévention devient un enjeu majeur. Ce livret s'inscrit dans ce contexte. L'information devient la première phase de la rééducation. La prise en charge n'est alors plus curative, mais préventive.

Dans cette démarche, tous les aspects de la vie quotidienne doivent être abordés, la pluridisciplinarité est indispensable. Les médecins, les sages-femmes, les professeurs d'activités physiques et les masseurs-kinésithérapeutes sont concernés.

Les incontinences et les prolapsus demeurent des sujets tabous pour les femmes. Il semble indispensable que les professionnels de santé répondent à leurs interrogations pour éviter la mauvaise information liée à internet aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

1. **GALLIAC-ALANBARI S.** – Gymnastique abdominale dans le cadre du post-partum. KS, 2004, 442, p.37 - 45
2. **CONTAUX A.** – La douleur périnéale chronique ... Parlons-en ! 2007. Mémoire : Ecole de Sage-Femme de Metz
3. **INPES.** *Fiche d'action n°18 : La rééducation du post-partum.* Mai 2010.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3r.pdf>
4. **ANAES.** Rééducation dans le cadre du post-partum – Service des recommandations professionnelles. Décembre 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/.../post_partum_rap.pdf
5. **NILSSON-WITKMAR L; PILO C; PAHLBACK M.** Physiotherapy Research International: Perceived pain and self-estimated activity limitation in women with back pain post-partum. 2003, vol. 8, n°1, p.23 - 35
6. **DE GASQUET B.** - Les abdominaux et la maternité. KA, 2009, 1136, p.18 - 21
7. **CAPPELLETTI M-C.** - La rééducation périnéale : de sa naissance à aujourd'hui. KS, 2009, 498, p. 5 - 7
8. **PORTERO H.** - Education du contrôle périnéal chez la femme. KS, 2007, 474, p. 34 - 36
9. **LECLERC R.** - La rééducation post-partum. KS, 2006, 470, p.47 - 48
10. **DENTZ J-P.** – La rééducation abdominale : de l'espoir à l'hérésie. KS, 2006, 470, p. 43 - 44.
11. **GALLIAC-ALANBARI S.** – Gymnastique abdominale non génératrice de pression dans le cadre du post-partum. KS, 2006, 470, p. 45 - 46

12. DE GASQUET B. – Rééduquer le périnée « sans y toucher » : le modèle de la danse orientale. KA, 2012, 1293, p.19-23

13. POLE RESSOURCE NATIONAL. « Sport, éducation, mixité, citoyenneté ». Sport et maternité [dossier]. Les cahiers du Pôle (Aix-en-Provence). Janvier 2010. 66 pages.

14. LECLERC R. – Pour une rééducation post-natale très précoce, une expérience de 25 ans en maternité.

http://www.geyreelectronique.com/perineologie/.../publication_id47.pdf

15. DE GASQUET B. Abdominaux : arrêtez le massacre ! 1ère éd. Espagne : Marabout, 2011. 223 p. ISBN 978-2-501-06148-3

16. DE GASQUET B. En pleine forme après bébé. 1ère éd. Espagne : Marabout, 2012. 157p. ISBN 978-2-501-07809-2

ANNEXE

ANNEXE I

Livret d'information destiné aux patientes :

« La rééducation du caisson abdominal après un accouchement »

Ci-joint avec le mémoire.

LA REEDUCATION DU CAISSON ABDOMINAL

APRES UN ACCOUCHEMENT



Sommaire

- Introduction
- Le caisson abdominal
- Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement
- Rôle de la rééducation en post-partum
- Inconvénients des abdominaux « classiques »
- La reprise du sport
- Relaxation, respiration
- Contraction du périnée
- Exercices
- Protégez votre dos

Introduction

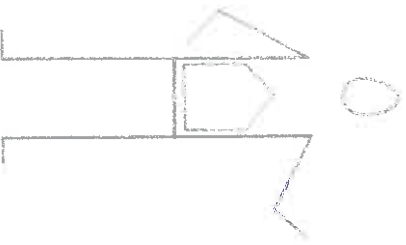
La naissance d'un enfant est un événement extraordinaire dans la vie d'une femme. Les neuf mois d'attente se concrétisent enfin, et la joie est à son comble. La jeune maman se concentre alors entièrement sur son bébé, au point d'oublier de prendre soin d'elle. Pourtant, pendant toute la grossesse son corps a été mis à rude épreuve, de nombreux changements sont apparus, et l'accouchement a lui aussi eu des conséquences. Il est donc très important que la jeune maman prenne le temps de s'occuper d'elle également.

Ce livret a été conçu pour aider les mamans à protéger leur corps après leur accouchement.

Le caisson abdominal

On peut représenter cette partie du corps comme une maison :

- Le toit est formé par le diaphragme. C'est le muscle de la respiration.
- Les murs correspondent aux abdominaux en avant et sur les côtés, et à la colonne lombaire en arrière.
- Le sol est appelé plancher pelvien, ou périnée. C'est une cloison musculaire qui soutient la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum.



Les conséquences de la grossesse et de l'accouchement

Durant ces 9 derniers mois, votre ventre s'est arrondi, votre dos s'est creusé, votre poitrine a gonflé ... Et même si votre bébé est né, votre corps garde des traces de son séjour. L'accouchement a lui aussi laissé des marques.

- *Les abdominaux* : Votre ventre s'est distendu, les abdominaux se sont allongés et écartés. Ils sont moins efficaces.
- *Le périnée* : Le poids du bébé et les traumatismes de l'accouchement ont distendu votre périnée. Il a perdu de sa force. Ainsi, même si vous avez accouché par césarienne, la grossesse l'a affaibli.
- *La colonne lombaire* : Le poids du bébé pousse le ventre vers l'avant, en réponse le bas du dos se creuse.

Après un accouchement, des incontinences urinaires ou anales (c'est-à-dire des pertes involontaires d'urine ou de selles) peuvent apparaître, ainsi qu'un prolapsus, mieux connu sous le terme de descente d'organes. Vous pouvez ressentir des douleurs périméales, lombaires ou abdominales, ainsi que des douleurs lors des rapports sexuels.

Rôle de la rééducation en post-partum

Le rôle de la rééducation est de prendre en charge ces différents problèmes (incontinence, prolapsus, douleurs, diminution de force des abdominaux et du périnée, modification de la posture).

Et même si vous ne décrivez aucun de ces symptômes, la rééducation aura un but préventif très important pour éviter des complications dans le futur.

Si ce n'est pas déjà fait, il est important que vous preniez rendez vous chez votre gynécologue pour la consultation « post-natale », 6 semaines après votre accouchement.

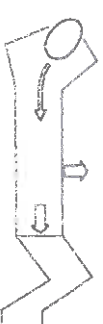


Mais pendant ces 6 premières semaines vous devez veiller à respecter certains principes afin de protéger votre corps. Ce livret vous donnera des informations sur les activités recommandées et celles à éviter. Cette période est très importante pour votre avenir gynécologique. Il va falloir respecter certains principes pour aider votre corps à récupérer. Le mot d'ordre de cette période est **le repos**.

Les abdominaux « classiques »

Actuellement, les femmes ayant accouché se tuent dans les salles de sport pour retrouver un ventre plat, grâce à des cours d'abdominaux intensifs. Cependant, ces cours ne sont pas adaptés pour les jeunes mamans et ils peuvent même engendrer des complications.

Le périnée a été fragilisé lors de la grossesse et de l'accouchement. Lorsque l'on réalise des abdominaux de façon « classique », la contraction de ces derniers provoque une pression qui appuie sur le périnée. Celui-ci étant déjà abîmé, ces hyperpressions sont déconseillées.



Il existe cependant d'autres techniques qui permettent de renforcer les abdominaux sans engendrer de complications. Pour cela on utilise notamment le muscle transverse. Ce dernier appartient au groupe des abdominaux, il permet de rentrer le ventre, et il maintient également la colonne vertébrale.

La reprise du sport

La reprise du sport peut débuter très tôt après l'accouchement. Nous vous conseillons tout de même de demander à votre médecin si vous ne présentez aucunes contre-indications à l'activité physique.

Certains règles sont tout de même à respecter. **La reprise doit être progressive et adaptée.** La marche, la natation, le vélo d'appartement ou sur terrain plat sont conseillés. Par contre il faut éviter les sports qui comportent des sauts, des accélérations et des décélérations comme les sports d'équipes ou le tennis par exemple.

- *Remarque : La danse orientale est un sport très intéressant pour la jeune maman. Elle permet de redécouvrir son corps et sa féminité, mais aussi de faire travailler son périnée ! Tout cela en passant un agréable moment.*

Lors de toute pratique sportive, l'hydratation est très importante. Il faut également que vous ayez mangé en conséquence.

N'oubliez surtout pas les périodes d'échauffement et de récupération.

- *Pense-bête : Pour éviter que votre poitrine vous gêne, pensez à faire les tétés ou le tirage du lait avant l'exercice. Utilisez de préférence des soutiens-gorges de sport.*

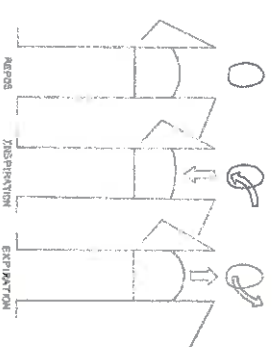
Relaxation, respiration

Il est important que vous preniez du temps pour vous, pour vous détendre, vous reposer.

Pour cela vous pouvez utiliser la respiration. Installez-vous dans un endroit calme, en position allongée ou assise, avec une lumière non agressive.

Fermez les yeux.

Placez une main sur votre ventre pour sentir les mouvements. Et concentrez-vous sur votre respiration. A l'inspiration votre ventre doit se gonfler, à l'expiration il se dégonfle. Le rythme doit être lent.



Contraction du périnée

Afin de pouvoir réaliser les exercices suivants, et pour vous préparer aux séances de rééducation périnéale, vous allez apprendre à contracter votre périnée.

Allongez-vous, dans un endroit calme, vos jambes sont pliées.

Pendant que vous expirez, vous allez alors contracter votre périnée. Pour cela vous allez « serrer » votre vagin, comme si vous vouliez vous retenir d'uriner ou de d'aller à la selle.

Pour vous aider à ressentir la contraction, vous pouvez placer vos doigts au centre du périnée. Quand vous contractez, vous devez alors sentir que le périnée s'élève. Vous pouvez également utiliser un miroir pour visualiser le mouvement.

Veillez à bien relâcher votre périnée après la contraction.

Remarque : Vérifiez que le mouvement que vous effectuez permet bien de « resserrer » votre vagin. Il ne faut pas confondre avec un mouvement de poussée.

Exercices

Ces deux exercices sont à réaliser **une fois par jour** à domicile. Ils vont permettre de stimuler vos abdominaux et votre périnée.

Allongez-vous dans un endroit calme, dans une position confortable. Pliez vos jambes. Assurez-vous avant vos exercices que votre vessie est vide.

- 1^{er} exercice :

Vous allez expirer profondément avec la bouche ouverte, sans pincer les lèvres. Pendant l'expiration vous allez rentrer le ventre, vers le haut du corps (comme si vous vouliez remonter votre ventre sous les côtes). Une fois que vous avez bien compris ce mouvement, vous y ajoutez une contraction des fessiers, et vous enfoncez vos pieds dans le sol pour créer une bascule de bassin. Relâchez lors de l'inspiration.

Faites quelques secondes de pause et recommencez ainsi une trentaine de fois.

- 2^{ème} exercice :

De la même manière que pour le premier exercice, vous allez expirer par la bouche en remontant le ventre sous les côtes. Cette fois ci vous allez ajouter une contraction du périnée lors de l'expiration, c'est-à-dire resserrez votre vagin ou faire comme si vous vouliez arrêter d'uriner. Relâchez lors de l'inspiration.

Pour vous rendre compte de la contraction demandée vous pouvez poser vos doigts pour ressentir le mouvement ou alors utiliser un miroir.

Faites quelques secondes de pause et recommencez ainsi une trentaine de fois.

Protégez votre dos

- L'allaitement : Installez-vous **confortablement**, dans un endroit **calme**.

Quelque soit la position, il faut toujours que vous approchiez votre bébé de votre sein, et non l'inverse, sinon vous risquez de vous pencher. **Votre enfant doit être face à vous**, sans devoir tourner la tête. Sa tête, ses épaules et ses hanches doivent être alignés.

Il existe différentes positions. La position assise étant la plus courante. Pensez alors à utiliser un dossier pour économiser votre dos. Posez vos pieds sur un tabouret. Placez votre bébé en position couchée sur le côté, face à vous, sur un coussin. Sa tête repose sur le creux du coude, son buste repose sur votre avant-bras. Sa tête doit être légèrement inclinée en arrière.

Vous pouvez également positionner votre bébé assis à califourchon sur la cuisse du côté tétée. Soutenez alors sa tête avec votre main.

La position allongée est aussi possible. Elle vous permettra de vous reposer. Allongez-vous sur le côté, les jambes pliées. Calez votre dos et votre tête avec des oreillers. Votre bébé est allongé sur le côté, face à vous. Votre main est sous sa tête.

- Pour les soins de votre bébé choisissez des meubles hauts, il faut éviter de vous baisser.
- Pour porter votre enfant, ne le portez pas à bout de bras, portez le contre vous. Pour les sorties utilisez une poussette plutôt qu'un cosy.