

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un peuple—un but—une foi



MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
(U.C.A.D.)



INTITUT SUPERIEUR DE L'EDUCATION POPULAIRE
ET DU SPORT
(INSEPS)

MÉMOIRE DE MAITRISE ES-SCIENCES ET
TECHNIQUES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET DU
SPORT (S.T.A.P.S.)

THEME:

**ACTIVITES PHYSIQUES ET PRISE EN
CHARGE DE LA FEMME APRES
ACCOUCHEMENT: ETUDE DE CAS**

PRESENTE ET SOUTENU PAR:

Mr Koulapisso Boniface
Bassène DIEDHIOU

SOUS LA DIRECTION DE :

Mr Abdou Karim THIOUNE
Professeur à l'INSEPS de Dakar

Année académique 2006-2007



Dédicaces

Ce présent document me donne l'occasion de rendre hommage à tous ceux qui me sont chers, je veux citer :

- DIEU à qui je remets toute ma confiance, mon âme, mon esprit, mon corps
- Mon père, le Colonel Léon DIEDHIOU, dit Moulaye Bassène.
- Et ma mère, Directrice de l'école Saint Augustin de Thiès Marie Ephygénie COLY DIEDHIOU, qui n'ont jamais ménagé un effort pour la réussite de leurs enfants. Que Dieu les bénisse et les garde de tout mal. AMEN
- Ma grande sœur, ma petite maman Marie Annick et son époux Léandre DIEDHIOU les deux n'ont cessé de nous conseiller et de nous encourager.
- Guiyié François et son épouse Maria Dominica dite Nica.
- Yvette FONSECA
- Assénabo Hyacinthe Bassène mon frère jumeau
- Waly Jean Marie mon jeune frère
- Bouya Jean Pascal et Félicité en leur disant qu'on pense toujours à eux bien qu'étant loin d'eux et du courage pour toute initiative.
- Yves Birame DIADHIOU, Rachelle, Nadège Pauline, Edith
- Bassenkayi Jean François, Aguène, Yvot, Yannick
- Etienne DIEDHIOU
- Mes oncles et tantes, cousins et cousines en particulier tata Valentine, son époux, leurs enfants et tonton Lucius, tata Couco, Karamoune
- Tante Cécile et ces enfants, Awène Ko et Odile, Pierre et Célestine
- La famille DJITA
- La famille LIMA
- Les familles GOUDIABY, SANE, BA, NDIONE et DIAWARA depuis Thiès
- Mes amis Jean MANE, Bruno COLY, Thierno DIOUF, Jean Michel DIENE, Yvette NDIONE Agnès SECK, Jeannine NDIONE, Abdoulaye BA, Mamadou DIALLO, Emmanuel S. DIOUF, Paul SARR, Marianne NDOYE, Bécaye DIEME, Assane et Boubacar DIATTA, Alexandre GOMIS, Christophe SAMBOU.
- Tous les camarades de promotion.
- La chorale Jean BOSCO



REMERCIEMENTS

D'emblée, je remercie DIEU de m'avoir donné la chance de naître et de grandir avec le soutien remarquable de mes parents. Je tiens aussi à remercier le corps enseignant de l'école Daniel BROTTIER qui m'ont suivi durant mon cursus élémentaire, du collège Saint Gabriel et du collège saint Charles LWANGA.

Par ailleurs, merci à mon Directeur de Mémoire Mr Abdou Karim THIOUNE, qui m'a encadré et soutenu jusqu'au bout avec abnégation et rigueur.

Merci au docteur Albert M. MANGA

Merci à madame DIANDY

Merci à Eva Christie NGO MANDENG

Merci à petite maman ANNICK qui a fait le tirage de mon document.

Merci à Etienne MBENGUE

Merci au Directeur et à tout le personnel de CNAO, je veux parler d'Etienne M. DIOP, de Donatien, de Grâce et autres qui m'ont vraiment facilité mon travail.

Merci au corps enseignant le personnel administratif et technique de l'INSEPS

Merci à tonton Athanase DIEDHIOU pour la correction du mémoire et tata Florence

Merci à tous mes camarades de promotion qui sont presque mes frères et sœurs.

Merci à Assane DIATTA qui m'a aidé pour la saisie du mémoire.

Merci à Alexandre GOMIS qui assurait la maintenance de mon ordinateur

Merci à la famille GAYE et SANTOS de Mermoz.

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour la bonne réalisation de ce travail.



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I-REVUE DE LITTERATURE.....	7
I-1.Rappels anatomiques.....	8
I-1a.Notion de caisson abdominal.....	8
I-1b.Muscles abdominaux.....	8
I-1c.Grands droits.....	9
I-1d.Grands obliques.....	9
I-1e.Petits obliques.....	9
I-1f.Transverses.....	10
I-1g.Carrés des lombes.....	10
I-1h.Diaphragme.....	11
I-1i.Muscles dorsaux.....	11
I-1j.Muscles du périnée.....	12
I-2.Rappels physiologiques.....	12
I-2a.Physiologie de la grossesse.....	12
I-2b.Modifications physiologiques pendant la grossesse.....	12
I-2b-1.Modifications pondérales.....	13
I-2b-2.Modifications des téguments.....	13
I-2b-3.Modifications des moyens de défense.....	13
I-2b-4.Modifications somatiques.....	13
I-3.Physiologie de l'accouchement.....	17
I-4. Evocation de quelques pathologies courantes dans la région du petit bassin.....	17
I-4a.L'incontinence urinaire.....	18
I-4a-1.L'incontinence urinaire d'effort (I.U.E)	18
I-4a-2.L'incontinence par instabilité vésicale.....	19
I-4a-3.L'incontinence fécale.....	19
I-4b.La rétention urinaire.....	20
I-4c.La béance vulvaire.....	20
I-4d.Le vaginisme.....	20
I-4e.La constipation terminale.....	20
I-4f.Les prolapsus.....	21
I-4g.Les hémorroïdes.....	22
I-5.Prise en charge de la femme post-partum.....	23
I-6.Activités Physiques et Sédentarité.....	24
I-6a.Essai de définition de l'activité physique.....	24



I-6b. Définition de la sédentarité.....	25
I-6c. Risques liés à l'inactivité.....	26
I-6d. Bienfaits de l'activité physique sur l'organisme.....	26
I-6d-1. Bienfaits sur le sous-système cardio-vasculaire.....	26
I-6d-2. Bienfaits sur le sous-système respiratoire.....	26
I-6d-3. Bienfaits sur le sous-système neuromusculaire.....	27
I-6d-4. Bienfaits psychologiques.....	27
II. METHODOLOGIE.....	28
II-1. Population et échantillon.....	29
II-2. Les limites de la recherche.....	29
II-3. Méthodes.....	30
II-4. Etudes Statistiques effectuées sur une population de cent femmes.....	31
II-4a. Analyse du tableau.....	35
II-4b. Analyse graphique.....	36
II-4c. Interprétation de la série statistique.....	37
II-4d. Discussion générale.....	37
II-5. Les indicateurs de recherche : les moyens de prise d'informations	38
II-5-1. Analyse du tableau	40
II-5-2. Interprétation des résultats.....	41
III PROTOCOLE.....	42
III-1. Nouveaux principes de tonification abdominale.....	43
III-1a. Principe de la respiration.....	43
III-1b. Principe de l'expiration forcée.....	44
III-1c. Principe de l'auto agrandissement.....	44
III-1d. Principe de la fausse inspiration thoracique.....	45
III-1e. Principe du verrouillage du périnée.....	45
III-1f. Principe du renforcement musculaire.....	45
III-2. Quelques conseils d'hygiène de vie.....	45
III-3. Propositions de quelques exercices dans différents niveaux.....	46
III-3a. Pour les muscles transverses.....	46
III-3b. Pour les muscles grands et petits obliques.....	46
III-3c. Pour les muscles grands droits.....	46
III-3d. Pour les muscles carrés des lombes.....	47
III-4. Conclusion des classes d'exercices.....	60
III-4a. Bilan.....	60



CONCLUSION GENERALE.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES.....	68



INTRODUCTION



L'être humain a depuis longtemps manifesté un besoin d'hygiène corporelle. Cela était même remarqué dans les sociétés esclavagistes, surtout chez les nobles qui avaient des esclaves dévoués à leurs maîtres (rois, empereurs, nobles etc.)

Cette prise en charge a muté et de manière évolutive, elle a pénétré plusieurs domaines des activités humaines, pour améliorer la santé des personnes manifestant des défaillances les empêchant d'intégrer la vie sociale. En effet, l'homme social a besoin de s'adapter, d'apprendre à vivre. De ce fait, dès sa naissance, l'enfant est pris en charge par sa maman pour l'amener à s'intégrer progressivement dans la société. Par ailleurs, cette prise en charge ne se situe pas seulement du côté psychologique ou sociologique, mais aussi sur le plan de la santé qui demeure de nos jours une problématique surtout chez les femmes en général et particulièrement chez la femme en état de grossesse.

Une réflexion approfondie doit être menée à tous les niveaux de conception et de mise en oeuvre des politiques sectorielles de santé publique. C'est une nécessité et une urgence, si nous voulons battre en brèche les problèmes de mortalité et de morbidité qui frappent de manière drastique les femmes dans les pays pauvres. S'il est avéré dès l'accouchement, qu'au plan médical la prise en charge se fait par l'intermédiaire du gynécologue, de la sage femme ou de la matrone dans les campagnes, par contre une fois libérée du fardeau de la grossesse, la femme est laissée à elle-même. Qu'advient-il de sa santé encore menacée ? Comment va-t-elle s'y prendre ? Dans quel cadre pourrait-elle trouver des opportunités d'améliorer sa santé ? Quels sont les risques qu'elle encourt lorsqu'elle se soumet à un régime de sédentaire ? La nécessité d'approfondir la réflexion pour apporter des solutions aux interrogations légitimes implique la mise en place d'une politique collective de santé publique. En réalité, la santé de la femme après accouchement interpelle tous les acteurs impliqués dans ce domaine aussi sensible et difficilement maîtrisable

En outre, la femme qui est appelée à avoir des enfants, éprouve d'énormes difficultés pendant sa grossesse. D'après la nutritionniste Florence Pujol¹ (juin 2006), la femme enceinte prend en moyenne une douzaine de kilogrammes durant sa grossesse. Mais chaque femme est différente de l'autre. Elle possède un indice de masse corporelle variable. Dès lors, cette augmentation pondérale de la femme est susceptible de générer des problèmes qui la poussent à suivre un régime alimentaire sévère, éventuellement nuisible à sa santé et à celle de son enfant.

¹ Florence Pujol, Le journal des femmes, Juin 2006



Après accouchement, elle rencontre des problèmes musculaires, articulaires, psychiques et des complications ayant trait à la sciatique, à la lordose, à la scoliose, à l'arthrose, à la ptôse abdominale. Ceux-ci troublent la vie de la femme post-partum. Pour contrecarrer l'apparition de ces maux, les femmes en général recourent à des méthodes de traitement qui ne donnent pas souvent des résultats escomptés. En conséquence, des troubles psychosomatiques apparaissent et mettent la femme dans une situation de santé précaire. Certaines vont voir des kinésithérapeutes pour perdre du poids ou pour avoir des séances de massages etc. D'autres, habitant dans le milieu citadin, vont dans des salles de gymnastique, des cabinets d'esthétique, ou de diététique pour des cures d'amincissement.

On remarque aussi des femmes qui s'adonnent à la méthode de massage traditionnel. Celles-ci se font faire du « NDAMPE » ou encore se font appliquer des feuilles bouillies (de nîme ou de manguier) sur leur tête. Dès lors, la prise en charge de la femme après accouchement demeure une préoccupation cruciale et pose un véritable problème de santé publique.

Cependant, au cours du XXème siècle, on a assisté non seulement à des mutations et à une multiplication des activités physiques, sportives et de loisirs, mais aussi à une redistribution de la fonction sociale dans les domaines de l'éducation, des activités physiques d'entretien et de rééducation, basées sur l'utilisation du mouvement humain pour améliorer les conduites des hommes. Dès lors, la prise en charge de la femme après accouchement, à travers les activités physiques, s'inscrit dans cette recherche constante de moyens pour lutter non seulement contre les maladies liées à la sédentarité, mais aussi pour réduire de manière significative les risques de mortalité et de morbidité qui hantent le sommeil des femmes, des médecins et des autorités politiques.

L'objectif de notre étude consiste d'une part à comprendre le mode de vie des femmes post-partum, à identifier certains problèmes liés à cette période, à recueillir leurs attitudes, et d'autre part, à montrer l'importance de la prise en charge grâce aux bienfaits d'une Activité Physique adaptée et à proposer une démarche rationnelle.

Ainsi, nous allons soulever quelques aspects de la médecine de la femme enceinte en soulignant les problèmes qui accompagnent l'état de grossesse et qui peuvent persister même après. En outre, nous nous focaliserons sur les approches ou méthodes utilisées pour prendre en charge la femme après accouchement. Enfin, nous proposerons des réponses à la question de savoir pourquoi les A.P.S (Activités Physiques Sportives) comme méthodes d'intervention. Ce qui nous pousse à parler de la nécessité d'un diagnostic pour identifier les problèmes spécifiques et révéler éventuellement les risques de ces approches.



PROBLEMATIQUE

La femme enceinte a besoin d'un soutien mental, médical pour préparer la venue de l'enfant. Nous remarquons que la femme sénégalaise, lorsqu'elle est enceinte, a tendance à prendre du « kew »² qui est un produit nuisible pour sa santé et pour celle de l'enfant.

Par ailleurs, l'augmentation du poids corporel chez certaines, constitue un encombrement notoire. Après accouchement, certaines deviennent très grosses et d'autres très minces. Dès lors, nous pouvons parler des problèmes musculaires qui surviennent au niveau des membres inférieurs, et/ou de la sangle abdominale. De plus, nous constatons que la femme post-partum rencontre d'énormes problèmes articulaires notamment des difficultés qui ont trait à la lordose, à l'arthrose, à la scoliose. Chez certaines, des problèmes de ptôse abdominale demeure très accentués. Elles ont de sérieux problèmes pour maintenir longtemps les jambes en suspension dans la position couchée. Aussi, ont-elles des problèmes de coordination, d'incontinence urinaire. Leur bassin devient plus énorme, de même que leurs cuisses.

Pour remédier à ces maux, certaines femmes qui habitent dans les campagnes s'adonnent à des pratiques traditionnelles que sont le « Ndampe »³ ou la pose de « feuilles de nime » ou de manguiers sur la tête ou encore la consommation de la bouillie de mil. Cependant, l'efficacité de ces pratiques n'est pas du tout prouvée scientifiquement. Dès lors, ces maux risquent de demeurer et de se perpétuer. Par contre, de plus en plus, certaines femmes des villes vont dans des cabinets d'esthétique ou de diététique pour suivre des régimes sévères qui coûtent chers et dont le traitement n'est pas continu. D'autres, vont faire des cures d'amincissement ou consulter les kinésithérapeutes pour avoir des séances de massage et de physiothérapie et des exercices de renforcements musculaires. Cependant, toutes ces pratiques posent plusieurs problèmes liés aux services onéreux des lieux d'accueil thérapeutique et à la permanence dans l'effort, à la spécification de l'approche ou du mode de traitement, et « last but not least », à la satisfaction de la femme dans la réalisation de son projet.

Dès lors, on se pose les questions suivantes : « Comment prendre en charge la femme après accouchement ? Les médecins ou les kinésithérapeutes prodiguent-ils des méthodes ou des soins accessibles pouvant permettre de restaurer la santé de la femme post-partum ?

Les méthodes traditionnelles permettent-elles de réaliser des objectifs d'amélioration de la santé de la femme après accouchement ? Quels sont les voies et moyens à mettre en œuvre pour contribuer à l'amélioration de la femme post-partum ? » La nécessité d'interroger les

² Roche argileuse

³ Locution wolof désignant le massage



acteurs partie prenante de cet état de fait nous amène à définir une méthodologie pour mieux cerner la diversité des pratiques pendant cette phase et leur efficacité.



HYPOTHESE

Notre démarche consiste d'une part à partir des enjeux et des problèmes que soulève la prise en charge de la femme au regard de l'intérêt suscité par les activités physiques et d'autre part à proposer une démarche plus ciblée à partir de l'identification des problèmes les plus saillants qui touchent la femme pendant et surtout après la grossesse. La pratique méthodique des activités physiques par la femme post-partum non seulement est source de motivation mais encore elle permet d'atteindre des objectifs en minimisant les facteurs de risques. Les effets bénéfiques des activités physiques et sportives ne sont plus à démontrer. C'est pourquoi il convient d'amener les femmes post-partum à prendre conscience de la nécessité de suivre une activité saine dans la durée pour contrecarrer les conséquences de neuf mois de grossesse et d'un accouchement parfois à risques. L'observation des problèmes que vivent les femmes à la suite de la maternité, les informations recueillies à travers les conversations entre elles, les douleurs et les insatisfactions révélées lors des consultations, montrent si besoin en est, les inquiétudes que vivent ces femmes pendant cette période critique et des interrogations quant au devenir de leur état de santé. L'analyse de ces facteurs nous amène à formuler l'hypothèse selon laquelle une intervention centrée sur la sangle abdominale, sur le dos, les cuisses et les fesses non seulement contribue à agir sur le tissu adipeux, à diminuer les douleurs localisées à ces niveaux mais aussi procure un sentiment de bien-être.



I-REVUE DE LITTERATURE



Dans son ouvrage intitulé Anatomie – Myologie, Hertogh Claude, septembre 2002 a indiqué les zones directement concernées par les problèmes que rencontrent les femmes surtout à la suite de l'accouchement ; l'étude de ce document nous a permis de faire un résumé en mettant en évidence aux plans anatomique et physiologique, les points saillants qui intéressent notre champ d'étude.

I-1.Rappels anatomiques

Dans notre recherche concernant « l'activité physique et la prise en charge de la femme après accouchement », nous avons tenu à localiser tous les endroits susceptibles de contenir de la graisse. En ce sens, nous parlerons en particulier des muscles qui sont en général plus affectés dans la période post-partum de la femme. Ces muscles sont notamment ceux de la partie abdominale, ceux du périnée et ceux de sa partie périphérique. Parler de ces muscles revient à préciser aux lecteurs de ce document les endroits destinés à notre expérimentation.

I-1a.Notion de caisson abdominal

Il s'agit d'un caisson limité par une paroi ventro-latérale essentiellement musculo-aponévrotique, une paroi dorsale ostéo-musculaire et le diaphragme qui sépare les cavités thoracique et abdominale. Il est délimité par quatre parois :

- une paroi supérieure constituée du diaphragme
- une paroi inférieure constituée des muscles du périnée
- une paroi postérieure constituée des muscles dorsaux et du rachis dorso-lombaire
- une paroi antérieure constituée des muscles abdominaux

I-1b.Muscles abdominaux

Ce sont des muscles qui s'étendent du thorax jusqu'au bord supérieur du bassin ; ce sont des muscles larges qui contribuent à former les parois des grandes cavités du corps comme l'abdomen.

Ils sont formés principalement d'un ensemble de cinq paires de muscles de type différent :

- les grands droits
- les grands obliques
- les petits obliques
- les transverses
- les carrés des lombes

I-1c.Grands droits

Ils prennent naissance au niveau des côtes (c5, c6, c7) et à la pointe du sternum pour se terminer sur le pubis en se mêlant aux autres abdominaux.

Leur fonction essentielle est la flexion du tronc.



I-1d.Grands obliques

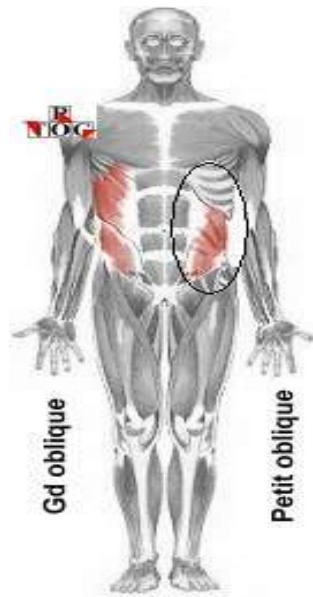
Prenant naissance au niveau de la face externe des côtes de c5 à c12, ils se terminent au niveau du pubis et sur la crête iliaque.

Comme fonction principale, ils participent à la flexion et à la rotation du tronc.

I-1e.Petits obliques

Ils prennent naissance de la pointe du sternum à la côte c12, ils se terminent sur la crête iliaque et au niveau du pubis.

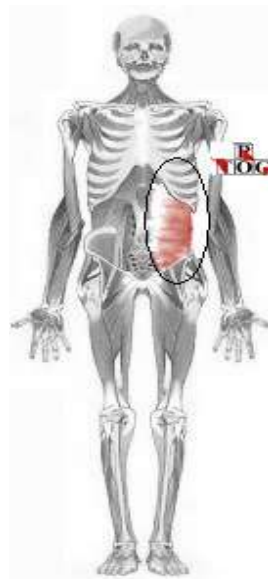
Ils participent essentiellement à la flexion et à la rotation droite ou gauche du tronc.



I-1f. Transverses

Naissant au niveau de c7 à c12, ils se terminent sur la crête iliaque et sur l'aponévrose lombaire.

Ils agissent dans le maintien de la masse viscérale de l'abdomen.



I-1g. Carrés des lombes

Ils prennent naissance au niveau de la crête iliaque et se terminent à la dernière cote.

Comme fonction principale, ils contribuent à l'expiration et à la flexion.



I-1h.Diaphragme

Encore appelé le diaphragme thoraco-abdominal (D.T.A), il représente une cloison musculo-aponévrotique qui sépare le thorax de l'abdomen. Il a la forme d'une coupole double dont la périphérie est un large muscle mince renforcé en son sommet par un centre tendineux appelé centre phrénique . Il se divise en trois portions : une portion sternale, une portion chondro-costale et une portion lombaire.

Sa position et sa forme sont conditionnées par :

- la respiration
- la position du corps
- le volume des viscères



I-1i.Muscles dorsaux

Jouant un rôle important dans la stature du corps les plus importants sont :



- le trapèze
- le grand dorsal
- le grand dentelé
- le long dorsal
- l'ilio-costal

I-1j.Muscles du périnée

Ils constituent l'ensemble des parties molles situées au-dessus du diaphragme pelvien. On les classe fonctionnellement en deux groupes :

- les muscles du périnée uro-génital

On distingue sur le plan superficiel les muscles ischio-caverneux, bulbo spongieux et transverse superficiel et sur le plan profond les muscles transverse profond, sphincter de l'urètre et les fascias supérieur et inférieur du diaphragme uro-génital.

- les muscles du périnée anal

On distingue deux muscles qui sont le sphincter externe de l'anus et l'ano-coccygien.

I-2.Rappels physiologiques

I-2a.Physiologie de la grossesse

La grossesse est l'union entre un gamète male et un gamète femelle qui va conduire à la formation de l'œuf ; ainsi tout au long de la grossesse l'œuf va se développer autant que la cavité qui le contient : la cavité utérine. Celle-ci va successivement occuper la région pelvienne, le bord du pubis, l'abdomen puis atteint l'apophyse xiphoïde à la fin de la grossesse.

L'enfant à naître ne porte pas le même nom pendant les différentes phases de la grossesse :

- pendant la deuxième semaine qui suit la fécondation, on parle de pré embryon et il mesure environ 1mm
- de la troisième semaine à la huitième semaine après la fécondation, on parle d'embryon et il mesure environ 5mm
- de la neuvième semaine à la naissance il porte le nom de fœtus et mesure environ 5cm

I-2b.Modifications physiologiques pendant la grossesse

Ces modifications sont tirées du support de cours du docteur Albert MANGA, gynécologue accoucheur à la clinique Conception de Thiès



I-2b-1.Modifications pondérales

La prise de poids durant la grossesse est d'environ 1 kilogramme par mois.

Cependant elle est de 9 à 11 kg chez la primipare et de 7 à 9 kg chez la multipare

-la prise de poids moyenne par semaine est de 500g à partir de la vingtième semaine d'aménorrhée : soit un gain total de 10kg répartis comme suit

* 5 kg pour l'œuf (fœtus= 3,5 kg ; placenta=500g ; liquide amniotique.=500g)

*2kg : appareil génital (1kg sein ; 1kg utérus)

*3kg prise de poids due à la grossesse :

Cette prise de poids est liée à la rétention hydrosodée physiologique et à l'accroissement du tissu adipeux localisé préférentiellement au niveau des hanches, de la taille face antérieure de l'abdomen

I-2b-2.Modifications des téguments

-Nous notons un épiderme très fin ; le derme est aussi infiltré d'où nous avons une belle peau

-Une surcharge en sels minéraux et graisses rhizoméliques

-Une hypersécrétion sébacée

- Une hyperpigmentation sélective au niveau de la ligne blanche qui devient brune, de l'aréole des seins, et du visage.

- Des vergetures chez une femme sur deux après le cinquième mois

I-2b-3.Modifications des moyens de défense

La femme conserve tout son potentiel de défense, ce qui permet la vaccination à l'exception des vaccins contenant des bacilles vivants.

La femme enceinte est plus allergique que tout. Une poussée d'urticaire, un œdème localisé, un érythème surviennent chez elle plus que chez les autres.

I-2b-4.Modifications somatiques

Appareil génital

➤ **Utérus**

*C'est l'organe maternel dont les modifications anatomiques sont plus évidentes

- Son poids varie de 50grammes à 1kilogramme
- Sa capacité de 2 à 3 centilitres à 4 à 5 litres
- Sa hauteur de 7cm à 32 cm



- Sa largeur de 4,5 cm à 22 cm

*L'utérus change de volume et de situation :

Cela se passe en 2 deux temps

1^{er} temps : Une augmentation harmonieuse du volume avec des parois épaisses jusqu'au quatrième mois.

2^{ème} temps : Après le quatrième, il y aura une distension aux dépens de parois. L'utérus devient ovoïde à grosse extrémité supérieure et petite extrémité inférieure.

De grossesse en grossesse et d'amincissement en amincissement, la paroi devient fragile de plus en plus : On parle d'un « utérus de verre » des très grandes multipares avec un risque de rupture utérine élevée.

- La position de l'utérus est variable au cours de la grossesse

A terme ; il est dextroposé (incliné vers la droite)

- La forme est variable au cours de la grossesse, selon la parité, le poids, la tonicité musculaire, l'existence ou non de mal formation anatomique.
- Au début, la paroi est aplatie d'avant en arrière puis l'utérus est globuleux, sphérique, cylindrique puis ovoïde à grosse extrémité supérieure, petite inférieure

➤ Les organes génitaux externes

-Leurs modifications facilitent le passage du fœtus

- Les seins augmentent précocement de volume
- Le vagin devient plus large et plus souple.
- Le périnée est plus mobile et la vulve hyper vascularisée
- Les lèvres deviennent œdémateuses et hyper pigmentées
- La distance ano-vulvaire augmente et passe de 2 - 6 cm à 12-15cm au cours de l'expulsion

➤ Appareil cardiaque et vasculaire

-Le volume sanguin

-La masse sanguine augmente

-Le volume plasmique augmente aussi plus que le volume globulaire



-Baisse progressive de l'hématocrite, de l'hémoglobine du nombre de globules rouges par mm³, ce qui provoque une anémie physiologique avec carence en fer

-Il existe une hyperleucocytose avec polynucléose

- L'hémodynamie

Il y a une augmentation du débit cardiaque de 30-40% de même que la masse sanguine.

La fréquence cardiaque augmente, et on constate une élévation de la tension artérielle diastolique et diminution significative

La T.A systolique diminue modérément

Une T.A 13/9 doit être considérée comme pathologique

-L'augmentation du débit cardiaque et la baisse de la pression artérielle expliquent que les résistances périphériques soient basses.

-La pression veineuse inchangée aux membres supérieurs mais elle augmente aux membres inférieurs, ce qui explique certains œdèmes des membres inférieurs

➤ **Appareil respiratoire**

-La femme enceinte hyperventile, la consommation d'oxygène n'augmente que de 20% mais la ventilation alvéolaire augmente de 60%.

-La fréquence respiratoire inchangée ; c'est le volume courant qui augmente.

➤ **Appareil digestif**

-l'appétit augmente au début de la grossesse puis diminue ou inversement

-la femme a un sens du goût émoussé d'où sa prédilection pour les mets salés, épicés

Augmentation de la sécrétion salivaire

- Fréquence de pyrosis correspondant au transit gastrique ralenti
- Sécrétion d'acide baisse durant la grossesse et le tonus du cardiaque diminue ce qui entraîne les épigastralgies
- L'estomac est progressivement balancé vers la droite par le fond utérus sa compression est à l'origine de la fréquence accrue des hernies diaphragmatiques durant la grossesse.
- Constipation chronique due à une inhibition des péristaltismes intestinaux qui ralentissent le flux gastrique et qui sont souvent la cause de poussées hémorroïdaires.



➤ **Appareil urinaire**

▪ Le rein

-volume rénal plasmatique augmente de 25-30%

-A terme survient une glomérulonéphrite plus ou moins avec diminution du seuil rénal d'où trace d'albumine durant la grossesse

-Filtration glomérulaire augmente d'environ de 145ml /min

▪ Les voies Excrétrices (uretères)

L'inhibition musculaire due aux progestatifs entraîne un phénomène de stase et de dilatation qui prédispose à la pyélonéphrite

▪ Vessie

Comprimée entre la présentation et le pubis maternel ce qui réduit sa compliance provoquant ainsi une pollakiurie.

Sa lésion et celle de l'urètre lors de l'accouchement entraînent souvent des fistules ou au mieux une incontinence urinaire d'effort très incommode et invalidante.

➤ **Appareil locomoteur**

• Les crampes

Ce sont les plus fréquentes. Leur caractère nocturne est habituel. Il s'agit de contractions spasmodiques douloureuses des membres inférieurs, essentiellement durant de 30 secondes à une minute, mais souvent extrêmement douloureuses. La fréquence d'apparition est variable : quelquefois déclenchées par un mouvement, une position anormale du membre inférieur, ou un étirement, elles surviennent habituellement dans les trois derniers mois de la grossesse et leur apparition nocturne permet de discuter leur origine vasculaire et veineuse.

• Les lombalgies

Elles sont très fréquentes et rarement organiques. Aucune investigation paraclinique n'est nécessaire, mais un bon examen clinique révèle souvent une hyperlordose, quelquefois une contracture localisée des muscles lombaires.



- Le relâchement douloureux des symphyses

Il s'agit d'un syndrome très précis décrit par LACOME en 1962. Il survient généralement en fin de grossesse et a tendance à récidiver d'une grossesse à l'autre. IL s'accompagne d'une douleur symphysaire basse, médiane, irradiant parfois dans la racine des cuisses, vers le bas, souvent bilatérale. Cette douleur est calmée au repos complet, mais elle est réveillée par les mouvements de torsion du corps dans le lit ; le passage du décubitus dorsal au décubitus latéral est parfois difficile. Il peut exister aussi une semi impotence fonctionnelle à la marche avec une démarche en « canard » très accentuée et des douleurs à chaque pas. L'irradiation se fait rarement en arrière, vers les sacro-iliaques, pouvant faire suspecter une sacro-coxalgie.

I-3. Physiologie de l'accouchement

L'accouchement normal peut se définir comme étant l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ces annexes des voies génitales naturelles.

Il se déroule en trois périodes :

- l'engagement : c'est quand la présentation franchit le détroit supérieur ; il s'accompagne de l'orientation de la flexion de la tête du fœtus puis de l'amoindrissement.
- la descente ; elle se fait au niveau de l'excavation pelvienne et s'accompagne uniquement de la rotation intra pelvienne
- le dégagement : il se fait au niveau du périnée qui est soumis à différentes contraintes ; il impliquera au fœtus un changement de direction suivi de l'ampliation du périnée postérieur et enfin la sortie du fœtus.

Ainsi, nous pouvons noter que la grossesse et l'accouchement ont des conséquences néfastes sur ces muscles abdominaux et périnéaux si ces derniers ne sont pas toniques ; nous pouvons ainsi citer quelques unes comme le diastasis des grands droits, l'engagement des viscères au niveau du bassin, les prolapsus, des atteintes neurologiques...

D'où l'importance capitale de la tonification de ces muscles chez une femme autant nullipare que multipare.

I-4. Evocation de quelques pathologies courantes dans la région du petit bassin

Blandine Calais- Germain dans son œuvre : Le périnée féminin et l'accouchement présente une évocation de quelques pathologies courantes dans la région du petit bassin.



Les pathologies du petit bassin sont très variées, car elles concernent des viscères appartenant à trois systèmes différents : urinaire, génital, digestif.

Les dysfonctionnements du petit bassin sont de trois sortes :

- Certains vont concerner le fait de ne pouvoir retenir les urines ou les selles, ou, au contraire, de les retenir exagérément : ce sont les pathologies de continence.
- Certains vont plutôt concerner la stabilité des viscères du petit bassin, qui parfois perdent leur disposition d'origine et se dirigent vers les orifices : ce sont les prolapsus,
- Certains vont concerner plutôt une désorganisation entre les sensations et les réponses motrices réflexes des différents viscères.

Ces trois sortes de pathologies peuvent se cumuler et se provoquer.

I-4a.L'incontinence urinaire

C'est le fait de ne pouvoir retenir ses urines dans les mouvements où cela est souhaitable. Elle peut avoir de nombreuses causes et formes. Nous évoquerons les deux les plus fréquentes :

I-4a-1.L'incontinence urinaire d'effort (I.U.E)

C'est une perte involontaire d'urine dans une circonstance où il y a augmentation de la pression abdominale. Elle se produit quel que soit le degré de remplissage de la vessie, mais plus, si la vessie est pleine.

Elle est plus souvent due à un manque de force musculaire, de la part des muscles de soutien, comme du sphincter de l'urètre. Elle est très fréquente en fin de grossesse, et pendant les semaines qui suivent l'accouchement. Normalement, elle disparaît ensuite, mais peut demeurer, et surtout réapparaître lors de la ménopause, vu la perte de force musculaire due au changement hormonal. Certaines femmes sont plus menacées par ce type d'incontinence et son aggravation, du fait de leurs circonstances de vie. Ce sont par exemple les femmes sujettes à des toux chroniques (bronchites chroniques) ou, paradoxalement, certaines sportives pratiquant de façon intensive. En effet, de nombreux sports (avec course, sauts, rebonds), provoquent des variations importantes, rapides et répétées de la pression abdominale sur le périnée.

S'il arrive à une femme de perdre ses urines lors d'efforts, elle peut essayer, pendant quelques semaines, les exercices de découverte et de renforcement des muscles du plancher pelvien, ainsi que les exercices concernant la vessie et l'urètre.

Si ses troubles de continence ne sont pas alors modifiés, c'est que celle-ci a des causes autres qu'un défaut de force musculaire. Un diagnostic médical plus approfondi sera nécessaire, de



même qu'un traitement plus spécialisé, effectué chez un masseur kinésithérapeute ou une sage-femme.

En maternité, après l'accouchement, il lui sera proposé un bilan de l'état de son périnée, ainsi qu'éventuel traitement spécialisé, pouvant prévenir les risques d'incontinence.

I-4a-2.L'incontinence par instabilité vésicale

La miction est un acte volontaire, réflexe, comportant une contraction du muscle de la vessie, déclenchée par la sensation d'envie d'uriner, qui apparaît lors d'un certain volume de remplissage de la vessie. Chez une personne adulte, ce volume est de 200cm³ environ pour la première sensation, et de 400/500 cm³ pour un besoin « urgent ».

Parfois, la sensation de besoin urgent peut apparaître dès 150/200 cm³ et être douloureuse et intense. La vessie peut alors se contracter trop vite, trop souvent. On la dit « hyperactive », ou « instable ». Ceci peut provoquer plusieurs sortes des dérèglements de mictions, selon la réponse du sphincter (strié) de l'urètre :

-Soit il se contracte suffisamment, La continence est assurée, mais la personne a très (trop) souvent besoin d'aller uriner. C'est l' « urgence mictionnelle ».

-Soit il ne se contracte pas suffisamment et n'assure que partiellement la continence : Ce sont les « mictions impérieuses ».

-Soit il ne se contracte plus : il y a alors « mictions involontaires ».

Cela est très fréquent chez les personnes âgées, (la vieillesse altérant le fonctionnement du système nerveux), mais aussi peut se trouver chez des personnes plus jeunes. C'est une forme d'incontinence liée plutôt à un dérèglement du réflexe de miction.

Cependant, il faut signaler que les mictions « urgentes », « impérieuses », « involontaires » peuvent avoir des causes autres qu'une vessie instable.

Si la femme connaît ainsi des besoins urgents et fréquents, elle peut essayer les exercices pour la vessie et l'urètre en particulier. Ils proposent une redécouverte des sensations. Ces exercices peuvent éventuellement aider à restaurer la boucle réflexe de la miction. Si ses troubles ne sont pas améliorés par ces exercices, il faudra un diagnostic et un traitement médical plus précis.

I-4a-3.L'incontinence fécale

C'est le fait de ne pas pouvoir retenir les selles. Elle peut avoir des causes et des formes diverses. Nous évoquerons les plus courantes :

- Le rectum peut ne pas avoir la capacité suffisante, ou se contracter trop souvent.



- La force contractile peut manquer au niveau du sphincter strié de l'anus, mais également au niveau des muscles du plancher pelvien qui sanglent le cap anal et ferment l'orifice.

Cette dernière cause d'incontinence peut se rencontrer après l'accouchement

I-4b.La rétention urinaire

Normalement, après une miction, la vessie est complètement vidée. Or, parfois, elle se vide incomplètement ou trop peu souvent, alors que l'urine, produite par les reins, continue d'arriver par les urètres. Ceci peut être dû à de nombreuses raisons, parmi lesquelles : vessie atone, pressions mal perçues, habitude de retenir, obstacle mécanique au niveau de l'urètre (calcul, rétrécissement de l'urètre, cancer...).

Dans ce cas, la vessie peut être amenée à travailler contre résistance, et le muscle vésical à se développer de façon importante, à s'épaissir : c'est ce qu'on appelle une **vessie d'effort**.

I-4c. La béance vulvaire

Le vagin peut être distendu, ou atone. La vulve est alors ouverte, les petites lèvres écartées (alors qu'elles sont normalement en contact), et l'entrée du vagin anormalement béante. Il peut y avoir alors des bruits d'air vaginaux (air restant dans le vagin, et expulsé lors de certains mouvements qui le compriment). Le vagin peut aussi retenir l'eau lors du bain, ce qui provoque un écoulement d'eau vaginal après le bain.

I-4d.Le vaginisme

Le vagin peut au contraire être excessivement contracté, ce qui constitue parfois une gêne lors de l'union sexuelle, voire des douleurs : on parle de dyspareunie. Ceci peut avoir des origines diverses, comme des lésions lors de l'accouchement, un défaut de sécrétion intra vaginale, des causes psychologiques.

Essayer des exercices pour le vagin en accentuant sur la concentration et la respiration entre les concentrations.

I-4e.La constipation terminale

C'est une forme de constipation qui siège sur la dernière partie du côlon : le rectum. Entre autres causes, elle peut être due à un rectum distendu ou trop peu contractile, ou encore à l'absence de relâchement des muscles sphincters ou releveurs.

Ces deux pathologies qui paraissent opposées, peuvent, en pratique, être liées :

- La constipation terminale va nécessiter des efforts de poussée « en inspir bloqué », avec une forte contraction de diaphragme/abdominaux.
- Cette poussée appuie sur le périnée,



- Elle a un effet prolabant sur les viscères, en particulier sur le rectum qui se distend encore davantage,
- Elle peut distendre les muscles de soutien et les sphincters,
- Elle peut même étirer les troncs nerveux qui innervent ces muscles, entraînant alors une dégradation neuro-motrice.

Tous ces facteurs contribuent à créer ou augmenter l'incontinence.

Certaines constipations terminales seront fortement améliorées en pratiquant des exercices pour le rectum et l'anus.

I-4f. Les prolapsus

Un prolapsus est une chute partielle ou totale d'un viscère (un viscère du petit bassin), par suite du relâchement ou de la détérioration de ses moyens de fixations.

Le vagin peut descendre : un déroulement de la paroi vaginale vers le bas s'appelle une colpocèle

L'utérus peut descendre dans le vagin, de façon plus ou moins importante, le col de l'utérus peut atteindre le niveau du coccyx : c'est l'hystéroptose, ou sortir hors de la vulve, formant une hystéroccèle.

L'utérus peut entraîner dans son glissement la vessie qui saillit alors dans le vagin, faisant bomber sa paroi antérieure. C'est une cystocèle.

Le rectum peut également être entraîné à glisser dans le vagin, faisant bomber sa paroi postérieure : ceci est appelé rectocèle.

Le péritoine (zone de cul-de-sac de Douglas) peut glisser dans le vagin, ce qui fait aussi bomber sa paroi postérieure. C'est l'élytroccèle.

Dans les trois cas, la chute peut être d'importance variable. Vessie, rectum et péritoine peuvent glisser peu, plus, ou très bas, allant jusqu'à s'extérioriser par l'ouverture du vagin.

Ces différents prolapsus peuvent se cumuler.

Ils donnent, au premier degré, des sensations de lourdeur vaginale, de béance de la vulve qui s'accroissent lors de toutes les hyperpressions abdominales. Si ces sensations sont repérées, il faut consulter le médecin spécialiste.

Le rectum peut glisser, se retournant sur lui-même, en dehors de l'anus, entraînant ce dernier

- Soit la muqueuse anale seule se déplace : c'est le prolapsus muqueux,
- Soit c'est la paroi rectale ou anale : c'est alors le prolapsus ano-rectal.

Le traitement des prolapsus varie selon l'importance de ceux-ci. **Il doit toujours se faire à partir d'un diagnostic médical, et sous surveillance médicale.**



Certains prolapsus peu importants seront parfois stabilisés par des exercices de décompression viscérale grâce à la respiration et des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien. Cependant, les exercices de fortes résistances qui créent une situation de pression sur le périnée sont déconseillés.

D'autres, par contre, peuvent faire l'objet d'une rééducation plus précise et intensive, effectuée chez un kinésithérapeute spécialisé.

Ils peut également être proposé de poser un pessaire : c'est un anneau souple qui, entourant le col de l'utérus, l'empêche de tomber d'avantage.

Enfin, dans des cas plus avancés, le traitement du prolapsus sera souvent chirurgical.

I-4g. Les hémorroïdes

Qu'est ce qu'une hémorroïde ?

C'est une veine qui se trouve dans la paroi du rectum. Par extension on décrit couramment la distension de la même veine. Celle-ci peut saillir à l'extérieur ou à l'intérieur du rectum, entraînant des complications diverses.

Il est fréquent qu'une femme ait sa première crise d'hémorroïde à l'occasion de l'accouchement ; ou que ce dernier réveille ou aggrave une crise ancienne.

En effet, pendant la phase de « travail », le fœtus, en s'engageant de plus en plus bas, entraîne une pression croissante sur les masses sanguines du petit bassin. Puis vient la phase de l'expulsion : quand la tête de l'enfant vient étirer le périnée postérieur, elle comprime aussi tout sur son passage et refoule tout vers l'anus, y compris le sang qui se trouve à ce moment là dans les veines rectales. Cette pression intense se prolonge ensuite pendant toute la phase de dégagement de l'enfant.

Le traitement des hémorroïdes relève de la compétence du médecin. Toutefois, certaines règles simples d'hygiène de vie permettent souvent de les prévenir.

Il y a certaines choses à éviter dans la vie courante, *a fortiori* pendant la grossesse :

- Rester longtemps assise sans mouvement des jambes, en particulier assise sur des sièges mous,
- Prendre des bains très chauds et prolongés,
- Etre constipée.

Il y a, au contraire, certaines choses à faire : des exercices de tonification des muscles du périnée, stimulent la circulation sanguine de la région. Penser à pratiquer plusieurs fois par jours, en particulier quand on doit rester longtemps assise (voyage en voiture, train, avion, par exemple). Des exercices de décompression du bassin par la respiration peuvent être indiqués.



I-5.Prise en charge de la femme post-partum

Beaucoup d'auteurs ont parlé de la rééducation du post-partum notamment RIGAUX P., RIFFAULT V., KUNST D., JAULT T., LIOU Y., MARPEAU L., PIGNE A., BARRAT J. Ceux-ci ont présenté, dans la Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, GUETTIER de la page 19 à la page 22, la rééducation périnéale du post-partum par électrostimulation précoce à domicile. Ici les auteurs présentent une étude préliminaire sur la rééducation périnéale du post-partum par électrostimulation fonctionnelle à domicile à partir de J15. Quinze primipares ont suivi la rééducation. Un testing périnéale et un examen urodynamique étaient effectués avant et après la rééducation. Le testing des releveurs montrait une récupération complète dans 20 p. cent des cas et partielle dans 80 p. cent des cas. Les résultats urodynamiques montraient une élévation significative de la pression urétrale de repos.

Par ailleurs, les auteurs comme BOURGUIGNON J., BAUER P., ATIENZA P., ont parlé des conséquences de l'accouchement sur les sphincters de l'anus dans la revue la Presse Médicale : 1983, 1998 vol.27, n°33 de la page 1702 à la page 1706 : « L'accouchement par voie basse est à l'origine de déchirures des sphincters de l'anus. Les périnéés complets sont des lésions secondaires à la distension terminale du périnée au cours de l'expulsion. D'emblées diagnostiquées, elles concernent moins de 1 % des accouchements. Les ruptures sphinctériennes passant inaperçues initialement sont plus fréquentes: des défauts échographiques apparaissent chez 13 des primipares. Ils peuvent toucher isolément l'un ou l'autre des sphincters, interne ou externe, ou être combinés dans 1 cas sur 2. Lésions neurologiques: Ces lésions sphinctériennes sont à l'origine d'incontinences anales souvent modérées (incontinence aux gaz ou impériosité des selles) et fréquemment réversibles mais dont l'évolution ultérieure est encore indéfinie. Elles s'associent dans la moitié des cas à des lésions de dénervation périnéale secondaire à un étirement des terminaisons du nerf pudendal.

Facteurs favorisants: C'est la primiparité, le recours aux forceps, la macrosomie foetale et certaines présentations (siège, occipito-postérieures).

Le diagnostic: Il repose sur un bilan complet périnéal postérieur (manométrie anorectale, électrophysiologie périnéale et échographie endo-anale) demandé en cas de signes fonctionnels à la visite du post-partum.



Principes thérapeutiques: Ces examens permettent d'orienter la conduite thérapeutique: sphinctéroplastie en cas de rupture symptomatique du sphincter externe, rééducation fonctionnelle avec biofeedback. Une surveillance ultérieure des femmes victimes d'un traumatisme périnéal postérieur permettra de définir les risques d'apparition d'une incontinence anale secondaire et sa prévention par le recours à une césarienne en cas de nouvelle grossesse ». En outre, les auteurs comme VALANCOGNE G. et GALAUP J.P. montrent que la grossesse et l'accouchement sont des facteurs étiopathogéniques importants de l'incontinence urinaire et des troubles de la statique pelvienne. 30 à 40% des femmes présentent une incontinence pendant la grossesse, et 20% dans le post-partum. Si cette incontinence régresse spontanément dans 60 à 80% des cas, elle témoigne cependant d'altérations pelvi-périnéales. Cumulés aux efforts de la vie quotidienne, ces traumatismes expliquent finalement la si grande fréquence de femmes présentant, à partir de la quatrième ou cinquième décennie, des troubles urinaires et des modifications de la statique pelvienne. Ces auteurs ont soutenu la nécessité de la rééducation pendant la grossesse et dans le post-partum. PIGNE A. a aussi parlé de l'incontinence urinaire d'effort à ne pas opérer ; le résumé de la page 127 à 128 de la Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique 1993, vol. 88, n°3 nous amène à retenir que l'incontinence urinaire d'effort pure par cervicocystoptose est d'indication chirurgicale sauf si la patiente est peu gênée ou si l'incontinence se manifeste dans le post-partum. La rééducation donne dans ces cas d'excellents résultats. Les incontinenances à l'effort par insuffisance sphinctérienne ou par instabilité urétrale à l'effort ne sont pas chirurgicales et relèvent de la rééducation éventuellement associée à l'électrostimulation. Les incontinenances d'effort d'origine mixte doivent être d'abord rééduquées avant toute intervention si le test de Bonney est positif.

La remarque notable est de voir plusieurs auteurs notamment des gynécologues obstétriciens parler de la rééducation de la femme post-partum et de son utilité sur le périnée de celle-ci.

I-6. Activités Physiques et Sédentarité

I-6a. Essai de définition de l'activité physique

Dans son Mémoire de Maîtrise intitulé « activités physiques chez la femme sénégalaise en état de grossesse » Etienne MBENGUE rappelle que « l'activité physique se distingue de la pratique sportive, c'est pourquoi chacun de nous peut la faire entrer dans sa vie quotidienne ». La définir revient à l'étudier en fonction des différentes approches qui ont eu à être formulée à son égard. Par ailleurs, le concept a été abordé par kino-québec dans un autre contexte le



reliant ou l'assimilant à la vie active qui est considérée comme une façon de vivre où les gens choisissent d'être actifs physiquement, quotidiennement dans leur communauté, qu'ils soient à l'école, au travail, à la maison ou au jeu. Celle-ci est fondée sur la croyance que l'activité physique régulière a de nombreux avantages tout au long de la vie. Ce concept a un sens différent pour chacun. La vie active, c'est jouer avec les enfants, promener le chien, danser avec des amis, marcher à midi avec des collègues de travail, ou bien profiter des moments actifs seul, avec des amis ou sa famille. La vie active comporte également des activités organisées, pour compétir soit dans un sport favori ou participer à une activité de choix⁴.

Du point de vue physiologique, la Revue Surgeon Genève Report 1996 précise :

« L'activité physique correspond à tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, qui entraîne une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au dessus de la dépense énergétique au repos. Ses principales caractéristiques sont l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Du fait de cette définition, l'activité physique recouvre un domaine plus large que celui de la pratique sportive. En fonction du contexte dans lequel elle est réalisée, deux situations principales sont identifiées : l'activité physique lors des activités professionnelles et de la vie courante ; et l'activité physique lors des activités de loisirs ».⁵

Elle est par conséquent la pratique habituelle que chacun devrait avoir pour rééquilibrer sa vie sédentaire. Il s'agit d'une approche accessible sans disposition sûre, progressive, avec pour finalité : santé et qualité de vie.

I-6b. Définition de la sédentarité

« La sédentarité peut se définir comme un manque de pratique d'activité physique minimale répondant aux besoins de l'organisme humain. Cette activité physique nécessaire correspond à un exercice ou une occupation provoquant un début d'essoufflement et accélération du rythme cardiaque (exemple : la marche rapide, le vélo lent). La durée de l'action doit se poursuivre pendant une demi-heure, voire se répartir en tranches de trois fois dix minutes chaque jour »⁶.

⁴ www.hltsh.nt.ca/features/programs_and_services/gestactivement/french/definition.htm.3K

⁵ <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/nutri025>

⁶ www.geneve.ch/Gebouge/bouger/pouquoi.html



De plus l'inactivité physique ou le comportement sédentaire est défini comme « un état pendant lequel les mouvements sont réduits au minimum et la dépense énergétique est proche du métabolisme de repos (suivre la télévision, lire, travailler sur l'ordinateur, conduire une voiture...) ».

I-6c. Risques liés à l'inactivité

En dehors du fait que le manque d'activité est responsable de nombreux décès prématurés, on note cependant une aggravation de nombreuses maladies qui ont des répercussions sur la qualité de vie et des effets négatifs sur la santé :

Aujourd'hui, la posture assise a tendance à se généraliser au travail, et les conditions de vie font que l'on utilise les moyens de transports surtout modernes pour parcourir de très courtes distances. Ainsi nous réduisons considérablement la quantité et l'intensité de notre exercice musculaire par rapport à celle qu'avaient l'habitude de fournir nos ancêtres durant toute l'histoire de l'humanité. Cette diminution de sollicitation de nos muscles (représentant 50% du poids de notre corps) et de nos fonctions vitales, a des conséquences néfastes sur notre santé.⁷

I-6d. Bienfaits de l'activité physique sur l'organisme

L'activité physique de manière générale permet à l'organisme de bénéficier d'un certain nombre de bienfaits qui contribuent à donner santé et vigueur aux différents sous-systèmes qui le constituent, notamment :

I-6d-1. Bienfaits sur le sous-système cardio-vasculaire :

L'activité physique permet d'entraîner le cœur à l'effort : le cœur devient plus fort (le volume maximal de sang augmente) et plus endurant. Conséquences : il bat plus lentement au repos, ne s'emballe pas au moindre effort (au contraire, plus on fait de l'activité physique régulièrement, plus on peut faire sans que le cœur ne s'affole, ni même ne batte très vite), bref, le cœur se fatigue moins et moins vite. D'autres part, le sang s'enrichit en hémoglobine, et est donc de meilleure qualité.

I-6d-2. Bienfaits sur le sous-système respiratoire :

L'activité physique permet de reprendre son souffle, même pendant l'effort. Avoir une activité physique régulière améliore la qualité de la respiration : plus d'air absorbé, un plus grand volume d'air dans les poumons faire le même effort avec moins d'air absorbé.

⁷ http://www.ansen.asso.fr/vie_actif/def1.php



I-6d-3. Bienfaits sur le sous-système neuromusculaire :

L'activité physique stimule les muscles. Si certains principes de base sont respectés (bien s'échauffer, s'étirer, boire et s'alimenter correctement), l'activité physique procurera des muscles dynamiques : plus forts, plus tonique, plus volumineux. Elle active les muscles, élimine certaines graisses inutiles, bref, elle « profile » les muscles et leur donne une meilleure efficacité.

I-6d-4. Bienfaits psychologiques

De nos jours, c'est un truisme de dire que l'activité physique donne du plaisir, permet d'avoir plus d'assurance, une meilleure estime de soi, voire plus de confiance en soi. L'activité physique permet également de diminuer le stress et la tension. On est plus efficace et plus motivé dans la vie professionnelle, et même dans la vie privée et sentimentale.



II-METHODOLOGIE



Durant la grossesse, la femme rencontre plusieurs problèmes notamment une lordose, une antéversion etc. Ces maux qui apparaissent souvent au niveau de la sangle abdominale demeurent des atteintes non négligeables chez la femme post-partum. L'activité physique chez la gent féminine à tous les âges est fortement décriée, à cause de la sédentarité avec son cortège de maux dont souffrent les femmes en général et en particulier la femme post-partum: que cela soit à l'école comme dans la vie courante, les filles ne s'adonnent pas de manière régulière aux activités physiques. Ainsi, à l'école, le recours aux dispenses souvent qualifiées de complaisance est monnaie courante. Cependant nous observons un engouement pour les mouvements du corps dans la mesure où de plus en plus de femmes ou de jeunes filles commencent à fréquenter les salles d'activités physiques d'entretien, les piscines ainsi que les espaces libres ou aménagés pour faire du jogging ou simplement la marche. Dès lors notre démarche va consister à utiliser une pratique méthodique des activités physiques visant à prendre en charge la femme après l'accouchement. En ce sens, nous nous baserons sur des exercices spécifiques pour pallier aux maux ayant rapport avec la sangle abdominale, les cuisses, le bassin et le dos visant à contribuer au bien-être de celles-ci.

II-1. Population et échantillon

Lors de notre recherche nous avons procédé à une enquête sur cent femmes afin de connaître les problèmes auxquels elles sont souvent confrontées après l'accouchement et nous leur avons proposé de faire une expérimentation. Seules dix femmes ont accepté de venir travailler avec nous, les autres avaient évoqué un problème de disponibilité.

Ces cent femmes ont été choisies dans l'environnement de notre quartier, au niveau du centre national d'appareillage orthopédique (CNAO) et au niveau du Ministère de la Santé. Nous avons choisi des femmes âgées entre 15 et 45 ans. Cependant malgré les dispositions et le contrat moral avec ces femmes, seule une parmi elles a pu répondre aux exigences du protocole, c'est à dire participer au moins à dix séances de l'expérimentation ;

II-2. Les limites de la recherche

Notre ambition déclarée au départ consistait à travailler avec les cent femmes ayant accepté de répondre à notre questionnaire. Malheureusement l'indisponibilité de ces dernières ne nous a pas permis de réaliser ce travail. Qui plus est, nous avons effectivement travaillé avec dix



femmes mais la faible fréquence de ces dernières nous a amené à opter pour l'étude de cas. Ce qui pose le problème de l'extrapolation et de la standardisation des résultats. Cependant l'étude de cas présente un intérêt important, car il s'agit d'individualiser le travail ; ce qui nous a permis d'avoir des informations très intéressantes.

II-3.Méthodes

Trois approches caractérisent notre démarche : d'une part, nous avons soumis à cent sujets un questionnaire pour recueillir l'indice de satisfaction des femmes post-partum, d'autre part nous avons proposé un testing pour réunir certaines informations et en dernière analyse, nous avons procédé à une expérimentation à partir d'une étude de cas. L'intérêt de notre démarche est fondé sur le souci de mieux appréhender les facteurs interférents pendant cette période aussi chargée et souvent laissée pour compte.

Tout d'abord, le premier protocole de notre étude est établi selon le chemin suivant :

Il a consisté à demander aux femmes leur âge, leur nombre d'enfant. Nous leur avons aussi posé la question de savoir si elles ont des problèmes de ptôse abdominale, des problèmes de graisse au niveau des cuisses, du bassin ou ailleurs ou si elles ont eu des problèmes d'articulation durant la grossesse et si ces problèmes demeurent toujours. Par ailleurs, nous leur avons demandé si elles fréquentent les salles de sport et le nombre de fois dans la pratique de cette activité par semaine. Enfin, nous leur avons donné l'opportunité d'apprécier l'activité physique qu'elles pratiquent pour en prendre les résultats ci après :





II-4. Etudes Statistiques effectuées sur une population de cent femmes

Nombre	Profession	âge	Enfant s	Avez-vous des problèmes de ptose abdominale, de graisses, ou d'articulatio ns	Avez-vous déjà fréquenté une salle de sport ou autres?	Combien de fois par semaines ?	Quels sont les résultats ?
1	kinésithérapeute	32	1	Oui	Non	-	-
2	Kinésithérapeute	29	4	Oui	Oui	7jours/7	Médiocre
3	Caissière	28	2	Oui	Non	-	-
4	Masseuse	44	2	Oui	Autres : yoga à domicile	3 à 4 fois/semaine	Bon
5	kinésithérapeute	32	3	Non	Non		
6	Kinésithérapeute	27	1	Oui	Non	-	-
7	Ménagère	29	1	Oui	Non	-	-
8	Ménagère	35	2	Oui	Non	-	-
9	Secrétaire	34	2	Oui	Oui	3fois/semaine	Médiocre
10	Ménagère	27	1	Oui	Non	-	-
11	Ménagère	19	7	Oui	Non	-	-
12	Ménagère	41	2	Oui	Non		
13	Ménagère	30	3	Oui	Non		
14	Commerciale	35	2	Oui	Autre (natation)	1à2fois/semaine	Médiocre
15	Commerciale	33	1	Oui	Non		
16	Comptable	40	2	Oui	Non		
17	Comptable	45	4	Non	Non		
18	Institutrice	26	6	Oui	Non		
19	Assistante	32	3	Oui	Oui	7jours/7	Bon



20	Ménagère	33	1	Oui	Non		
21	Commerciale	30	3	Oui	Non		
22	Sage-femme	45	5	Oui	Autres : exercices domicile	7jours/7 depuis à 1 mois	Médiocre
23	Kinésithérapeute	38	1	Oui	Oui	3fois/semaine	Médiocre
24	Secrétaire	39	4	Non	Non		
25	Ménagère	32	5	Oui	Non		
26	Comptable	42	1	Oui	Oui	3fois/semaine	Médiocre
27	Ménagère	23	7	Oui	Non		
28	Assistante sociale	35	5	Oui	Oui	5fois/semaine	Bon
29	Ménagère	30	1	Oui	Non		
30	Ménagère	27	1	Oui	Non		
31	Ménagère	40	6	Oui	Oui	7jours/7	Bon
32	Professeur	36	5	Oui	Non		
33	Ménagère	30	2	Oui	Non		
34	Ménagère	36	3	Oui	Non		
35	Ménagère	36	2	Oui	Oui	3fois /sema ine	Médiocre
36	Ménagère	40	5	Oui	Non		
37	Ménagère	39	5	Oui	Non		
38	Secrétaire	37	3	Oui	Oui	2fois/semai ne	Médiocre
39	Ménagère	44	5	Oui	Oui	4fois/semai ne	Médiocre
40	Chef de service	40	1	Oui	Oui	5fois /sema ine	Bon
41	Etudiante	21	1	Oui	Non		
42	Ménagère	42	4	Oui	Non		
43	Commerçante	45	5	Oui	Oui	3fois /sema ine	Médiocre



44	Ménagère	37	4	Oui	Non		
45	Etudiante	32	1	Oui	Non		
46	Enseignante	38	1	Oui	Oui	4fois/semai ne	Médiocre
47	Enseignante	43	2	Oui	Non		
48	Ménagère	29	1	Non	Non		
49	Ménagère	32	1	Oui	Oui	4fois /sema ine	Médiocre
50	Etudiante	23	1	Oui	Non		
51	Secrétaire	42	5	Oui	Non		
52	Commerciale	45	5	Oui	Non		
53	Commerciale	32	1	Oui	Non		
54	Commerciale	37	3	Oui	Non		
55	Ménagère	32	1	Oui	Non		
56	Etudiante	33	1	Oui	Oui	2fois/semai ne	Passable
57	Commerçante	44	7	Oui	Autres : massage	1 fois/semain e	Médiocre
58	Elève	21	1	Oui	Non		
59	Commerçante	30	1	Oui	Non		
60	Coiffeuse	30	1	Non	Non		
61	Ménagère	29	4	Non	Non		
62	Ménagère	28	2	Oui	Non		
63	Ménagère	37	4	Oui	Non		
64	Etudiante	24	2	Non	Non		
65	Comptable	36	1	Oui	Non		
66	Secrétaire	40	2	Oui	Oui	4fois/semai ne	Passable
67	Enseignante	42	6	Non	Non		
68	Professeur	32	3	Non	Oui	4fois/semai ne	Médiocre
69	Ménagère	27	1	Oui	Non		



70	Archiviste	41	4	Oui	Non		
71	Enseignante	38	4	Non	Non		
72	Réceptrice	36	1	Oui	Oui	3fois/semai ne	Médiocre
73	Commerçante	45	3	Non	Non		
74	Elève	18	1	Oui	Non		
75	Ménagère	23	1	Oui	Non		
76	Réceptionniste	24	1	Oui	Non		
77	Enseignante	39	4	Oui	Non		
78	Restauratrice	33	1	Oui	Oui	2fois/semai ne	Médiocre
79	Footballeuse	29	2	Non	Autres : football	2fois/semai ne	Bon
80	Basketteuse	40	2	Oui	Autre : basket	5fois/semai ne	Bon
81	Etudiante	23	1	Oui	Non		
82	Enseignante	42	3	Non	Non		
83	Ménagère	33	2	Oui	Non		
84	Etudiante	26	2	Oui	Non		
85	Ménagère	43	5	Oui	Non		
86	Directrice de société	40	3	Non	Oui	3fois/semai ne	Bon
87	Restauratrice	41	4	Oui	Non		
88	Secrétaire	38	2	Oui	Autres : yoga	4fois/semai ne	Bon
89	Journaliste	22	1	Oui	Non		
90	Pénitentiaire	34	2	Oui	Autres : jogging	6fois/semai ne	Médiocre
91	Consultante/opti cienne	44	2	Oui	Autres : chirurgie + kinésie	En moy 3fois/semai ne	Très satisfaisa nt
92	Enseignante	45	5	Oui	Non		
93	Ménagère	43	6	Oui	Non		



94	Transitaire	36	1	Oui	Autres : yoga	6jours/sema ine	Médiocre
95	Infirmière	30	1	Oui	Non		
96	Secrétaire	32	1	Oui	Non		
97	Ménagère	29	2	Oui	Autres : massage	3fois/semai ne	Passable
98	Directrice	32	1	Oui	Oui	3fois/semai ne	Médiocre
99	Commerçante	42	5	Oui	Non		
100	Comptable	34	1	Oui	Non		

II-4a.Analyse du tableau

Le nombre de femmes ayant présenté ou pas une ptôse abdominale, un problème de graisse ou d'articulations

- 86 femmes présentent un problème de ptose abdominale, de graisse ou d'articulation
- 14 femmes n'en présentent pas.

Le nombre de femmes ayant fréquenté une salle de sport : 21 dont :

- 2 femmes ont trouvé les résultats passables
- 14 femmes ont trouvé les résultats médiocres
- 05 femmes ont trouvé les résultats bons

Le taux de fréquentation des salles de gym

- 1 fois /semaine : aucune
- 2 fois/semaine : 3
- plus de 2 fois/semaine : 18

Le nombre de femmes ayant fréquenté une autre structure : 11 dont

- 2 massages : 1 passable, 1 médiocre
- 1 chirurgie : très satisfaisant
- 3 yogas : 2 bons, 1 médiocre
- 1 jogging : médiocre
- 1 natation : médiocre
- 1 football : bon
- 1 basket-ball : bon
- 1 exercice à domicile : médiocre

Le nombre de femmes n'ayant jamais exercé de l'activité physique ou autres : 68 soit 68%

Le nombre de femme exerçant de l'activité physique : 32 soit 32%

II-4b. Analyse graphique

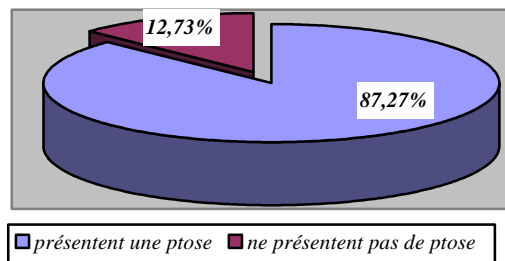


Figure 1. Nombre de femmes présentant ou non une ptose abdominale, une graisse ou des problèmes articulaires

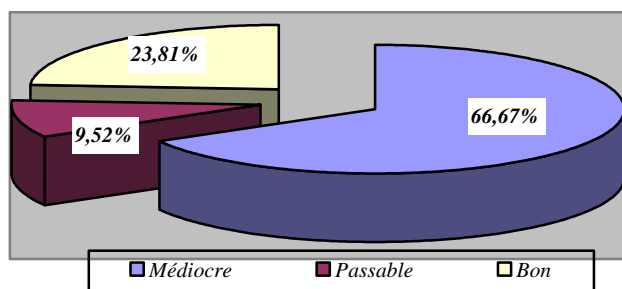


Figure 2. Résultats des femmes ayant fréquenté une salle de sport

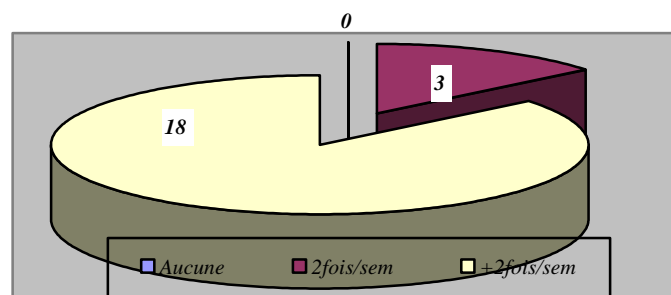
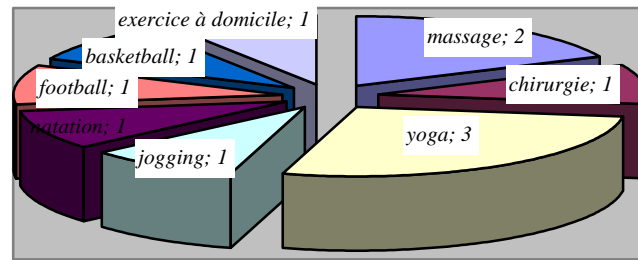


Figure 3. Le taux de fréquentation des salles de gymnastique



■ massage ■ chirurgie □ yoga □ jogging ■ natation ■ football ■ basketball □ exercice à domicile

Figure 4. Les femmes ayant fréquenté des structures outre que les salles de gymnastique.

II-4c. Interprétation de la série statistique

Dans cette étude, on a constaté que

- 86 femmes donc la majorité présentent une ptose abdominale, une présence de graisse ou des douleurs articulaires.
- 14 femmes n'ont pas présenté cela.
- 32 femmes seulement ont mené des actions pour lutter contre la ptose abdominale, la présence de graisse ou les douleurs articulaires
- Par contre 54 n'ont fait aucune action pour pallier à ces maux.

II-4d. Discussion générale

Dans notre hypothèse, nous sommes partis du fait qu'avec les activités physiques sportives, nous arriverons à faire une prise en charge de la femme après accouchement. Au terme de notre recherche, nous avons remarqué que la majorité des femmes ayant répondu à notre questionnaire, ne pratique pas l'activité physique.

Par ailleurs, celles qui pratiquent, s'adonnent le plus souvent aux activités de salles de gymnastique.

Dès lors, l'activité physique, ne se pratique pas chez les femmes en général et en particulier chez les femmes post-partum. En outre, 21% des femmes qui pratiquent la culture physique ne sont pas toutes satisfaites. La non satisfaction de celles-ci peut être référée au mauvais respect des pratiques. C'est-à-dire la façon dont elles font les activités physiques. On se



demande si ces femmes-là ont un bon suivi par rapport à leur pratique de l'activité physique. De plus, il faut savoir que c'est très bien de pratiquer l'activité physique, mais celle-ci doit être accompagnée d'un bon suivi alimentaire. En d'autre terme, elles ne doivent ni manger, ni boire n'importe quoi.

Ainsi donc, on peut dire que les femmes en général considèrent cette présence de graisse en elles comme un fait normal lié à la grossesse et à l'accouchement.

Parmi les femmes qui fréquentent les salles de sport ou autres structures, la grande majorité ne trouve pas des résultats satisfaisants.

Par contre, le taux de fréquentation des salles de gymnastique pour les femmes qui exercent du sport est très satisfaisant.

Pour la fréquentation des autres structures, elle est très faible et les bons résultats ne sont constatés que chez les sportives professionnelles.

II-5. Les indicateurs de recherche : les moyens de prise d'informations

En ce qui concerne la prise d'informations, elle a été établie selon le schéma suivant :

- **le poids** : Il sert à connaître la mesure du poids corporel des femmes,
- **la taille** : elle sert à connaître la mesure des pieds à la tête des femmes,
- **la centimétrie** se fait à l'aide d'un mètre ruban à trois niveaux : l'appendice xiphoïde, l'ombilic et le pubis pour mesurer la taille du bassin ainsi que celle des cuisses des femmes.
- **la masse adipeuse** se prend à l'aide d'un adipomètre qui est un appareil de matière plastique ayant la forme d'un compas mais à trois pieds. Ainsi on pince la peau et on ajuste l'adipomètre à l'épaisseur de façon que ce dernier soit perpendiculaire à la peau. On le fait à trois endroits de l'abdomen pour mesurer la graisse. Il faut noter que l'espacement entre deux traits de l'adipomètre correspond à 2mm.
- **le testing** : en décubitus, les genoux fléchis, on demande à la femme de soulever son dos et de ramener les bras tendus vers ses genoux. On note 2, si elle parvient à le faire sans décoller totalement son dos ; 3, si elle le fait dans toute l'amplitude et 4, si elle le fait avec une résistance manuelle pour son degré de souplesse.
- **l'examen morpho statique**

On s'est intéressé aux éléments les plus importants tels que l'état des abdominaux, l'état de la peau, les cicatrices et ceci de face, de dos et de profil pour observer l'équilibre corporel.



Sujets	Poids (en kg)	Taille (en m)	Mensurations (en cm)	Masse adipeuse (en mm)	Testing des abdominaux	Examen morpho-statique
1	69	1,60	-83 -89 -93	27.3	4+	Ptôse abdominale ou graisse
2	74	1,70	-81 -92 -95	31.3	3-	Ptôse abdominale Présence d'un myome Adhérent
3	78	1,60	-81 -85 -91	18	4+	Ptôse abdominale ou graisse
4	70	1,60	-80 -93 -97	33.3	3+	Ptôse abdominale Cicatrice adhérente Vergetures
5	50	1,60	-56 -60 -63	11.6	4+	Légère ptôse abdominale
6	69	1,68	-83 -84 -87	27.6	3-	Ptôse abdominale ou graisse
7	62,5	1,57	-82 -88 -90	30.3	3+	Ptôse abdominale ou graisse
8	68	1,63	-77 -82 -93	26	2+	Ptôse abdominale avec ventre éjecté vers le bas Cicatrice au niveau du pubis Varices au niveau des cuisses
9	96	1,78	-98	37.6	3-	Ptôse abdominale ou graisse



			-103			
			-112			
10	85	1,67	-87	35.3	3+	Ptôse abdominale ou graisse
			-95			
			-102			

Patiente 1	Numéro 23
Patiente 2	Numéro 16
Patiente 3	Numéro 9
Patiente 4	Numéro 38
Patiente 5	Numéro 6
Patiente 6	Numéro 70
Patiente 7	Numéro 57
Patiente 8	Numéro 14
Patiente 9	Numéro 28
Patiente 10	Numéro 51

Ce tableau extrait du tableau du questionnaire concerne les femmes qui ont été retenues pour participer à l'expérimentation

II-5-1. Analyse du tableau

La taille des femmes varie entre 1.57 et 1.78 m tandis que leur poids est compris entre 50 et 96 kg.

Par rapport à la mensuration le sujet 1 a en moyenne 88.33 m, le second 89.33 m, le troisième 85.66 m, le quatrième 90 m, le cinquième 59.66 m, le sixième 84.66 m, le septième 86.66 m, le huitième 84 m, le neuvième 104.33 m et le dixième 94.66 m.

Par ailleurs, la masse adipeuse des sujets varie en moyenne de 18 à 37.6 mm.

En ce qui concerne la cote du testing, le sujet 1 donne un résultat 4+, le sujet 2 donne 3-, le sujet 3 donne 4+, le sujet 4 donne 3+, le sujet 5 donne 4+, le sujet 6 donne 3-, le sujet 7 donne 3+, le sujet 8 donne 2+, le sujet 9 donne 3-, le sujet 10 donne 3+.

Et enfin, l'examen morpho-statique du sujet 1 indique une présence de graisse à l'abdomen, au bassin et aux cuisses. Le sujet 2, en plus de la présence de graisse, montre une existence de



myome adhérent. Le sujet 3, 6, 7, 9, 10 représentent les mêmes cas de figure que le sujet 1 en ce qui concerne l'examen morpho-statique. Le sujet 5 révèle une légère ptôse abdominale tandis que le sujet 8, en plus de la présence de ptôse abdominale, indique une cicatrice au pubis et des varices sur les cuisses.

II-5-2. Interprétation des résultats.

Après l'analyse des moyens d'information, nous remarquons que ces dix femmes ont une ferme désir de pallier aux maux qui les affectent.

Par ailleurs, la majorité des femmes affirme une présence de ptôse abdominale. Aussi, nous constatons d'autres maux que sont les varices qui infectent les cuisses et les cicatrices sur le pubis. Après accouchement, l'ensemble des dix femmes ont pris du poids et rencontrent un problème de ptôse ou d'accumulation de graisse. Par contre, le testing fait à ces dames, a montré que la majorité des femmes est très souple et est favorable pour faire les expérimentations.



III-PROTOCOLE



Nous nous sommes référés aux exercices contenus dans les ouvrages de Blandine Calais Germain et du Dr Bernadette de Gasquet, pour faire notre expérimentation. Durant cette dernière, nous avons étudié de nouvelles techniques de tonification pour l'abdomen.

III-1. Nouveaux principes de tonification abdominale

Actuellement beaucoup de principes sont utilisés afin de pouvoir régler de manière définitive le problème de ptôse abdominale, de problèmes de graisse au niveau des cuisses et du bassin, ainsi que les problèmes d'articulation.

Plusieurs principes peuvent être cités, c'est le cas du principe où l'on demande au patient d'inspirer en élevant les épaules et en gonflant la poitrine et à expirer en effectuant le mouvement contraire. Dans ce cas de figure, nous constatons que le diaphragme qui est le principal muscle inspiratoire ne joue presque pas son rôle.

De plus, cette façon de respirer ne mobilise pas les muscles abdominaux qui sont censés travailler plus que les autres groupes musculaires.

D'autres exemples peuvent être cités tels que le travail des muscles abdominaux en délaissant par exemple les muscles du périnée, les muscles fessiers, les muscles du dos ou encore les muscles de la jambe.

Ainsi donc les principes que nous allons proposer ci-dessous seront basés tout d'abord sur la respiration et ses composantes, ensuite sur d'autres principes tels que l'auto agrandissement, le verrouillage du périnée, la fausse inspiration thoracique qui nous permettront de travailler activement sur les muscles abdominaux mais également les muscles périphériques.

III-1a. Principe de la respiration

Il consiste à respecter certaines consignes pendant la respiration. Tout d'abord toujours partir de l'expiration en rentrant le ventre et en soufflant de manière progressive jusqu'à ce que l'on vide totalement tout l'air. Ainsi, l'inspiration se fera de manière réflexe car ayant expiré à fond on est obligé d'inspirer immédiatement après mais sans pousser sur le ventre et sans gonfler la poitrine.

Les poussées abdominales sont proscrites car elles entraînent le tassement des viscères et donc favorisent l'augmentation de la ptôse abdominale ou son apparition.



L'expiration



L'inspiration

III-1b.Principe de l'expiration forcée

Ce principe est beaucoup semblable au premier car l'expiration se fait toujours en rentrant le ventre et en soufflant progressivement sans pincer les lèvres sauf que cette fois-ci, lorsqu'on sent qu'on a vidé tout l'air, on essaie de tenir quelques instants et automatiquement après, on se sent obligé d'inspirer par le nez et sans produire un effort.

Ces deux premiers principes travaillent de manière intense le muscle transverse qui est un muscle difficile à travailler mais qui subit beaucoup de tensions lors de la grossesse ou à l'accouchement chez la femme.

III-1c.Principe de l'auto agrandissement

C'est un principe qui sera couplé à l'un des principes ci-dessus : comme son nom l'indique il s'agira de grandir, de s'allonger, de s'étirer au maximum bref de mincir.

Ainsi, il sera question ici de repousser le diaphragme vers le haut, les viscères et la tête mais ceci à l'expiration

L'auto agrandissement permettra surtout l'étirement des muscles du cou et du dos, car du fait de la présence de la ptose abdominale, ces derniers peuvent être contractés on profitera donc du principe pour les relâcher mais aussi pour corriger certains troubles de décubitus.



L'auto agrandissement

III-1d.Principe de la fausse inspiration thoracique

D'une importance capitale, il est recommandé chez les femmes qui viennent d'accoucher car il permet de stimuler les contractions utérines et surtout de remonter les viscères qui du fait de la poussée lors de l'accouchement se retrouvent au niveau bas. Il consiste à partir d'une expiration lente en respectant toujours les consignes c'est-à-dire en rentrant le ventre et en soufflant progressivement jusqu'à ce que l'on soit totalement vide. Puis on remonte la poitrine comme si l'on voulait inspirer mais on bloque la respiration en bouchant le nez à l'aide des mains afin que l'air ne puisse pas rentrer. On tient quelques secondes et on relâche.



La fausse inspiration thoracique

III-1e.Principe du verrouillage du périnée

Partant du fait que l'on ne peut travailler les muscles abdominaux sans travailler les muscles du périnée, le principe du verrouillage du périnée consiste à le contracter lorsqu'on travaille les muscles abdominaux.

Comment arriver donc à contracter le périnée ? Il s'agit en fait de s'imaginer que l'on a un besoin pressant alors que l'on est à quelques pâtés de maison de chez soi. On est donc obligé de fermer l'orifice urinaire et l'orifice anal. Automatiquement l'orifice vaginal se fermera.

Ce principe sera donc aussi associé à l'expiration plus précisément pendant l'expiration

III-1f.Principe du renforcement musculaire

Il s'agira ici de tenir compte de tous les muscles situés à la périphérie des muscles abdominaux afin de parvenir à une bonne tonification abdominale. Ainsi, seront pris en compte, pendant les séances les muscles fessiers, les muscles du dos, les muscles des cuisses et bien sûr les muscles abdominaux de façon analytique.

III-2.Quelques conseils d'hygiène de vie

Ils sont nombreux mais jouent un rôle important dans la tonification abdominale :

- ✓ il s'agira d'éviter le port des talons hauts car cela a tendance à projeter le centre d'inertie vers l'avant en entraînant ainsi la bascule du ventre vers l'avant.



- ✓ le port des charges lourdes sur la tête sera proscrit afin d'éviter tout d'abord de mettre en tension le cou mais aussi afin d'éviter de pousser sur le ventre mais aussi sur le dos car il entraîne une hyper lordose lombaire qui sera à l'origine du relâchement abdominal.
- ✓ on corrigera aussi les mauvaises postures par une prise de conscience surtout au niveau de la rétroversion du bassin qui favorise la ptose abdominale. On conseille aussi aux femmes d'éviter de rester longtemps debout.
- ✓ de même la surcharge pondérale sera déconseillée aux femmes en leur demandant de diminuer la consommation du sucre rapide et de privilégier le sucre synthétique, d'éviter tout ce qui est gras, d'arrêter la consommation des boissons gazeuses, de manger léger, d'éviter de manger entre les repas et les grignotages mais aussi une courbe de calories leur sera procuré avec des explications à l'appui.

III-3. Propositions de quelques exercices dans différents niveaux

III-3a. Pour les muscles transverses

Couchée sur le dos, les mains le long du corps et les pieds joints partir d'une expiration en rentrant complètement votre ventre tout en contractant le périnée et compter 1001, 10021010 et se relâcher en inspirant par le ventre. Le Faire au moins 20 fois.

III-3b. Pour les muscles grands et petits obliques

- Couchée sur le dos, faire une torsion en gardant les épaules fixes en position érigée, le bassin tourné et expirer en rentrant le ventre et en contractant le périnée : c'est le petit oblique qui est moteur de ce côté et le grand oblique de l'autre ; compter comme précédemment et se relâcher en inspirant par le ventre. Le faire au moins 20 fois.

- Couchée sur le dos, faire une torsion avec le bassin fixe tout en rendant les épaules mobiles à l'expiration où rentrer le ventre tout en contractant le périnée : le grand oblique est moteur de ce côté et le petit oblique de l'autre ; compter comme précédemment et se relâcher en inspirant par le ventre. Le faire au moins 20 fois.

III-3c. Pour les muscles grands droits

Couchée sur le dos, soulevez vos pieds à plus de 90° jambes tendues et expirer en rentrant le ventre tout en contractant le périnée, compter comme précédemment et se relâcher en abaissant les membres inférieurs et en inspirant par le ventre. Le faire au moins 20 fois.



III-3d. Pour les muscles carrés des lombes

Debout, un bras passant au-dessus de la tête, décoller le talon du pied opposé et avec l'autre main tenir le flanc opposé et expirer en rentrant le ventre et en contractant le périnée, compter comme précédemment et se relâcher en revenant en position érigée et inspirer. Le faire autant de fois que possible. Première séance : Apprentissage des techniques de base

Ces techniques étant au nombre de trois jouent un rôle important dans la tonification des muscles abdominaux et périnéaux ; elles seront donc faites au cours de chaque exercice de façon simultanée :

- **la respiration** : elle sera faite en deux temps, l'expiration au cours de laquelle l'effort sera fourni en rentrant le ventre et en soufflant de manière progressive et l'inspiration qui représentera le temps de relâchement ;
- **le verrouillage du périnée** : la femme doit faire l'effort de se retenir en fermant les orifices à l'effort ; elle pourra aussi l'expérimenter à la maison avec un miroir qu'elle placera en face de son intimité afin de pouvoir mieux visualiser cette technique et de la corticaliser.
- **la rétroversion du bassin** : il s'agira d'effacer son dos en essayant de grandir lors du mouvement ; elle est très efficace pour affiner la taille mais aussi pour un bon étirement du dos

Chacune des variantes a été effectuée 20 fois.

Deuxième séance :

-Echauffements

Etirement des muscles de l'abdomen, des ischio-jambiers, des quadriceps, des fessiers.

Talons aux fesses, puis élévation des genoux et sautilllements

-Application des principes du verrouillage du périnée et de la respiration de façon simultanée : couchée, genoux pliés, expirer en rentrant le ventre et en fermant les orifices urinaire et anal, on tient jusqu'à ce que l'on soit totalement vide et relâcher en inspirant de manière réflexe. 15 séries



-Exercice pour les muscles obliques : couchée sur le dos, genoux pliés, expirer en soulevant une jambe et plaquer le bras opposé sur la face interne de la cuisse en mettant une résistance mais en évitant que la cuisse cède à cette résistance ; tenir pendant quelques secondes et relâcher à l'inspiration puis alterner avec l'autre jambe. 15 séries



Les principes de la respiration et du verrouillage du périnée sont respectés pendant l'exercice.

-Exercice pour les muscles transverses : couchée, genoux pliés, expirer en mettant une de vos mains sous le dos ; tenir quelques secondes puis relâcher à l'inspiration tout en respectant les principes de la respiration et du verrouillage du périnée et alterner .15 séries

-Etirements pendant 15 minutes.

Troisième séance

-Echauffements pendant 10 minutes

-Exercice pour les muscles grands droits : couchée sur le dos, les bras croisés derrière la tête, décoller cette dernière et expirer en tendant les membres inférieurs à plus de 90° tout en rentrant le ventre et en contractant le périnée ; tenir quelques secondes et se relâche à l'inspiration.15 séries



-Exercice pour les muscles obliques : couchée sur le dos, genoux pliés, expirer en décollant un talon que l'on pose sur le genou opposé en exerçant une pression tout en rentrant le ventre et en contractant le périnée ; tenir quelques secondes et relâcher à l'inspiration ; puis changer chaque fois de côté. 15 séries



-**Exercice pour les muscles transverses** : couchée sur le dos, genoux pliés, coudes répondant au sol et à 90° expirer en poussant sur les coudes et sur la tête tout en rentrant le ventre et en contractant le périnée ; tenir quelques secondes et relâcher à l'inspiration.

-**Etirements pendant 15 minutes.**



Quatrième séance

-Echauffements

-Inflexions latérales pour les carrés des lombes : debout, une main levée au zénith, la face tournée vers l'aisselle homo latérale, expirer en décollant le talon du pied contro latéral et en posant la main sur le flanc du côté opposé tout en rentrant le ventre et en contractant le périnée pendant quelques secondes et relâcher à l'inspiration ; changer chaque fois de côté.15 séries.



-Torsions pour les obliques : debout, coudes à 90° paumes de la main vers l'avant expirer et tourner les bras d'un coté et le bassin et les pieds de l'autre coté tels que ces derniers restent sur place tout en respectant les techniques de base ; changez chaque fois de côté.

Toutefois, noter que les genoux sont légèrement fléchis. 15 séries



-**Exercice d'étirement du dos** : assise en position assis tailleur, coudes sur les genoux, expirer en poussant sur les genoux tout en sortant la poitrine le menton rentré sans élever les épaules et tenir pendant quelques secondes ; les mêmes principes sont respectés. 15 séries



-**Exercice d'auto agrandissement** : il s'agit de l'application du principe de l'auto agrandissement qui peut être fait en position debout avec les mains jointes élevées au zénith en position assis tailleur ou couchée jambes en triple flexion. 15 séries

-**étirements**

Cinquième séance

-**Echauffements**

-Auto agrandissement en position assis tailleur : posez vos mains sur les genoux, en ramenant la tête vers le haut tout en respectant les principes habituels ; tenez quelques secondes et relâchez à l'inspiration. 15 séries

-Exercice pour les muscles obliques : couchée, pieds joints, les bras le long du corps, basculer le bassin vers un côté sans les membres inférieurs en expirant ; tenir quelques secondes et relâcher à l'inspiration puis changer . 15 séries



-Exercice du dos rond : se mettre vous à quatre pattes, arrondir le dos comme un chat expirer en respectant les principes habituels et tenir quelques secondes puis se relâche à l'inspiration.

15 séries



- étirements

Sixième séance

-Echauffements

-**Exercice des muscles obliques** : en position couchée avec bascule du bassin (confère 5j).15 séries

-**Exercice des muscles transverses** : couchée, membres inférieurs en triple flexion, coudes et tête au sol (confère 3j). 15 séries

-**auto agrandissement** en position assis tailleur (confère 5j). 15 séries

-**Exercice des muscles de la cuisse** : couchée latéralement, la tête reposant sur le bras fléchi, expirer en tendant le membre inférieur libre à 15° d'angle en respectant les principes habituels ; tenir quelques instants et relâcher vous en inspirant. 15 séries.



-Etirements

Septième séance

-Echauffements

-Exercice pour les muscles transverses : couchée, membres inférieurs en triple flexion on expire progressivement en rentrant le ventre et en contractant le périnée ; tenir pendant quelques secondes et revenir à la position initiale à l'inspiration. 15 séries

-**Exercice pour les muscles grands droits** : couchée sur le dos, genoux pliés, expirer en posant vos mains jointes derrière la tête en soulevant légèrement cette dernière en respectant les principes habituels ; tenir quelques secondes et inspirer en revenant à la position initiale. 15 séries.



-**Exercice pour les muscles obliques** : couchée, genoux pliés, soulever un genou et avec la main opposée, contrer le genou de telle sorte qu'il n'y ait pas de mouvement tout ceci en expirant ; tenir quelques secondes et revenir à la position initiale en inspirant. 15 séries

-**Exercice global** : assise, jambes tendues, expirer en basculant vers l'arrière jusqu'à 15° du sol et tenir quelques instants tout en respectant les principes habituels puis revenir à la position initiale en inspirant. 15 séries



-Etirements

Huitième séance

-Echauffements

-**Exercices** (pour les muscles grands droits) : couchée, genoux pliés, expirer en décollant juste vos épaules les bras tendus ; veiller à ce que les bras soient dirigés vers les genoux mais qu'ils ne les touchent pas tout en respectant la respiration et le verrouillage du périnée puis, tenez quelques secondes et relâchez vous à l'inspiration. 15 séries

-**Exercice** : couchée sur le dos, les membres inférieurs fléchis, expirez en décollant une jambe et ramenez là au-dessus de l'autre jambe sans qu'elle ne se touche tout en la gardant fléchie ;tenir quelques secondes et se relâcher à l'inspiration.



-**Exercice** (pour les obliques) : couchée sur le dos, les bras tendus le long du corps, expirer en ramenant l'épaule droite de l'autre côté tout en respectant les principes habituels ; tenir quelques secondes, relâcher à l'inspiration et changer de côté. 15 séries



-**Exercice global** : couchée, genoux fléchis et pieds posés au sol, bras tendus de chaque côté le long du corps expirer en prenant appui sur les deux mains et en amenant lentement les genoux vers la poitrine, le bassin soulevé du sol comme pour effectuer une roulade arrière ; tenir quelques secondes tout en respectant les principes habituels et relâcher à l'inspiration.

N.B : Ne laisser pas les genoux dépasser le niveau des épaules lors de l'exercice.15 séries



-Etirements

Neuvième séance

-Echauffements

-Exercice (grands droits) : couchée sur le dos, les bras le long du corps, les paumes des mains tournées vers le sol, plier un genou en le dirigeant vers la poitrine à l'expiration tout en décollant l'autre membre au sol ; tenir quelques secondes tout en respectant les principes habituels, relâcher à l'inspiration puis changer de côté. 15 séries



-Exercice global : couchée sur le dos, genoux pliés, les bras tendus le long du corps expirer en croisant les chevilles en exerçant une force avec le talon du pied placé au-dessus mais, l'autre cheville s'oppose au mouvement ; tenir quelques secondes, relâcher à l'inspiration et changer . 15 séries



-**Exercice** (obliques) : couchée sur le dos, genoux pliés, expirer en soulevant un talon et diriger le vers le genou opposé sans qu'il ne touche ce dernier ; tenir quelques secondes, relâcher et changer de pied. 15 séries

-Etirements

Dixième séance

-**Echauffements**

-**Exercice 1**(obliques) : Debout à l'égyptienne, pendant un décompte de dix secondes, puis alterner de l'autre côté. 15 séries

-**Exercice 2** :

Confère exercice 4 de la septième séance

-**Exercice** : confère exercice 2 de la deuxième séance

-**Exercice 4** : confère l'exercice 3 de la troisième séance.

-**Etirements**

Onzième séance

-**Echauffement**

Exercice 1 : Auto grandissement : Cet exercice consiste à être assis, les genoux croisés puis au moment de l'expiration les dames devront s'agrandir en ayant le buste droit pendant un décompte de dix secondes. 15 séries

Exercice 2 : Il consiste à se mettre à deux, en position assis tailleur une main au sol expirer en poussant son adversaire avec l'autre main pendant un décompte de dix secondes. 15 séries



Exercice 3 : Il consiste à se mettre à genoux, tenir les hanches à l'inspiration, et au moment de l'expiration, basculer en gainant le bassin pendant un décompte de dix secondes. 15 séries

-**Etirement**

Douzième séance

-Echauffement.

Exercice 1 : cuisses et bassin

Il consiste à se mettre en station debout ; puis une main est posée sur le mur; enfin une des jambes est levée et amenée du côté de la cuisse tendue. L'autre main suit le même mouvement .15 séries



Exercice 2 : travail global

Il consiste à être couchée sur le dos, à l'inspiration les genoux sont pliés, maintenant au moment de l'expiration les jambes sont levées et les chevilles sont croisées et se contentent. 15 séries



Exercice 3 : Cuisses, adducteur et fessiers

Il consiste à se coucher sur le dos, à prendre une jambe, la croiser avec l'autre sans toucher la cuisse ni le mollet avec un décompte de dix secondes pour 15 séries en alternant.



-Etirement

Treizième séance

-Echauffement.

Exercice 1 : Fessier

Il consiste à mettre les deux mains au mur en position debout à l'inspiration. Au moment de l'expiration les jambes sont au sol, à l'expiration l'une des jambes est tendue vers l'arrière pendant un décompte de dix secondes. 15 séries.



Exercice 2 : Grands droits de l'abdomen

Il consiste à être en décubitus, membres inférieurs tendus, expirer en pliant une jambe et décoller les deux jambes du sol à l'expiration l'autre jambe étant fléchie.

Exercice : cuisse adducteur + transverse

Il consiste à se coucher latéralement, puis à soulever la jambe à environ un angle de 30° degré puis contenir pendant dix secondes et enfin alterner avec l'autre jambe. 15 séries pour chaque jambe.

-Etirements

Quatorzième séance

-Echauffement

-**Exercice** : couchée en décubitus les genoux fléchis, expirer en posant un des pieds sur le genou opposé et exercer une poussée avec les deux mains de telle sorte que l'une soit posée sur l'autre et que les mains soient tournées vers son buste ; tenir quelques secondes et relâcher à l'inspiration ; 15 séries

-**Exercice** : couchée en décubitus, genoux fléchis, expirer en mettant un des pieds à l'intérieur du creux poplité de l'autre et essayer de tirer ce pied vers son en respectant les techniques de base ; tenir quelques secondes et relâcher à l'inspiration.

-**Exercice** : couchée en décubitus, pieds à plat écartés de la largeur du bassin, bassin légèrement soulevé sans cambrure, expirer en amenant les hanches à droite puis à gauche, tenir quelques secondes et relâcher à l'inspiration.

-**Etirements**

Quinzième séance

Echauffements

-**L'exercice du pont**, départ assis, jambes tendues. Très redressé, épaules basses, coudes fléchis, haut du dos creux, les mains sont posées près des fesses. On s'assoit le plus près possible des pieds, bassin en rétroversion puis on ramène les cuisses près du ventre et on tend les jambes sans laisser les cuisses s'éloigner de leur position. Ensuite on repose les pieds le plus près possible des fesses et enfin on soulève tout le corps qui repose sur quatre points d'appui, les pieds et les mains.

On expire donc en poussant le plus haut possible le bassin sans cambrer et en poussant les fesses vers le plafond

- **Avec le ballon**



Assise sur un ballon de Klein, les jambes écartées, les mains posées sur les genoux, faire des cercles avec le bassin puis expirez en respectant les techniques de base tenir quelques secondes et relâchez à l'inspiration.

- **Etirements**



III-4. Conclusion des classes d'exercices

Au cours des différentes séances les femmes retenues, n'ont pas été régulières : cela conformément aux contraintes de l'expérimentation, ne nous a pas permis d'avoir la masse critique de sujets pour mener à bien notre étude. Nous nous sommes trouvés dans l'obligation de faire l'évaluation sur la femme la plus régulière c'est-à-dire celle qui a participé à toutes les séances prescrites et a régulièrement fait ses exercices à domicile. C'est ce qui justifie notre option d'étude de cas.

III-4a Bilan

Nom : DIEDHIOU

Prénom : Gnima

Age : 42 ans

Nombre d'enfants : 5

Taille : 1,67 m

Profession : Secrétaire

Adresse : Parcelles assainies unité 8

Bilan de la sensibilité : R.A.S

Bilan musculaire :

- testing des muscles abdominaux : 3+ ; testing des muscles dorsaux : 3-
- Centimétrie : 87 cm_ appendice xiphoïde
95 cm_ ombilic
102 cm pubis

Bilan psychologique : véritable source de gêne

	Bilan initial	Bilan final
Poids	85 kg	80 kg
Plainte	Problèmes de graisse	R.A.S
Examen morfo statique	Relâchement abdominal	Légère ptose abdominale
Palpation	Peau souple	Peau souple
Bilan de la douleur	Pas de douleur	Pas de douleur
Masse adipeuse	28 mm	24 mm



A près ces différentes séances nous avons refait un autre bilan où plusieurs points ont attiré notre attention, il s'agit :

- **du poids**, nous avons remarqué que ce dernier à diminuer de cinq kilos ; ainsi, de 85 kg notre patiente s'est retrouvée avec 80 kg
- **de la centimétrie** avec 84cm-91cm-96cm ; nous constatons que notre patiente à perdu en moyenne 4 cm comparer à son premier bilan
- **de la masse adipeuse** aussi a considérablement diminué de 28mm on s'est retrouvé avec 24 mm
- **du moral de la patiente** a beaucoup changé car ayant vu les résultats tout au long des séances elle était plus épanouie. Elle est même arrivée à dire que son époux apprécie les exercices qu'elle fait.

Séances effectuées au centre national d'appareillage orthopédique (C.N.A.O) : En fixant le nombre de séances à quinze et en limitant les contraintes à dix, nous avons voulu tenir compte des aléas d'indisponibilité qui pourraient réduire la masse critique recherchée au début. Ce qui va nous donner des résultats plus intéressants. Nous faisons trois séances par semaine. Elles étaient faites les lundi- mercredi et jeudi entre 13h et 14h.

Ce protocole a été rendu possible grâce au soutien de madame DIANDY et de Mr BOCOUM tous deux Techniciens Supérieurs au Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) et de l'étudiante en 3ème année à l'ENDESS, Eva Christie NGO MANDENG avec qui nous avons fait toutes nos expérimentations. C'est elle d'ailleurs qui figure sur toutes les photos du document.

En effet, la conjugaison de tous ces facteurs nous a permis de réaliser ce travail de recherche.



CONCLUSION GENERALE



Les problèmes de santé des femmes constituent une préoccupation de premier plan, en raison de leur diversité et de leur complexité. En effet, la précarité des conditions de vie des femmes, leur charge de travail, la fragilité de leur état nutritionnel, les grossesses multiples et rapprochées, l'analphabétisme et les multiples charges sociales sont autant de contraintes qui pèsent sur leur santé. C'est en Afrique de l'Ouest où le niveau de mortalité maternelle est le plus élevé avec, d'après les estimations de l'OMS, en moyenne 700 décès maternels pour 100000 naissances vivantes. La plupart des grossesses en milieu rural dans les pays en développement se terminant encore à domicile, les estimations du niveau de la mortalité maternelle dont on dispose ne reflètent que grossièrement la réalité à l'échelle régionale. Or l'évaluation de l'impact des activités visant à réduire la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère nécessitent de disposer de données de qualité et d'indicateurs fiables dans ce domaine.

Notre démarche a été concluante dans la mesure où les indicateurs postulés dans notre hypothèse se sont révélés confirmés.

L'intérêt d'une bonne démarche repose sur l'importance des informations que nous pouvons recueillir sur un bilan médical. Dès lors, pour la prise en charge de la femme après accouchement, il nécessite un nombre assez intéressant de femmes ayant eu un ou plusieurs enfants. Celles-ci devront être très disponibles pour une expérimentation plus plausible. Le respect des exercices à domicile et la bonne hygiène alimentaire doivent être bien suivis par les femmes soumises à l'expérimentation.

Dès lors, une certaine prise en charge de la femme dans sa période de grossesse ainsi qu'au moment du post-partum se place au-devant de toute préoccupation en ce qui concerne son épanouissement et son bien-être. Pour ce fait, des activités physiques de maintien du périnée demeurent obligatoires pour un bon retour à un état plus stable. Par ailleurs, les résultats du questionnaire nous ont montré qu'au Sénégal il y a un énorme travail de sensibilisation qui doit se faire au niveau des structures, des associations et mouvements féminins. Car les femmes connaissent l'existence de l'activité physique. Elles savent son intérêt sur l'organisme mais la motivation et la volonté de la pratiquer leur manquent. La prise d'informations sur le testing, la centimétrie, la mensuration, l'examen morpho-statique nous ont aidé à mieux connaître les femmes avec qui nous devrions travailler en ce qui concerne leur flexibilité, leur souplesse, leur poids, leur taille. En définitive, il faut noter que l'avis d'un médecin spécialiste est une priorité avant toute décision de prise en charge.



Perspectives

Comme dans toute activité humaine, une recherche présente des éléments capitalisables et mutualisables. Mais elle peut aussi permettre de faire des projections ouvrant d'autres opportunités socialement utiles.

Dans ce sens la réflexion doit être multidirectionnelle pour mieux cerner les enjeux et les contraintes liés à la vie des femmes post-partum

Sur ce, une bonne conscientisation et l'acquisition des moyens de recherche et d'expérimentation s'imposent. Il est nécessaire que les femmes prennent à bras-le-corps leur situation dans la période post-partum en anticipant au même titre que sur le plan médical, sur leur mise en condition physique afin de faire face avec succès aux multiples risques qui les menacent. Aussi une bonne rééducation de leurs muscles permet-elle d'éviter une accumulation de la graisse et des problèmes d'incontinence, préjudiciable à leur santé physique et mentale.

Il y a lieu (et c'est politiquement utile) de faire porter une étude de cette nature par le Ministère de la Santé et de la Prévention médicale. Car la nécessité d'une telle recherche par une instance étatique a plus de chance de réussir, étant donné la complexité du sujet et la difficile question de la maîtrise de la population cible. Par ailleurs, nous devons dans le même ordre d'idées, faire en sorte que les médecins gynécologues, les sages femmes, les kinésithérapeutes et les spécialistes des métiers de la forme, partagent la même vision, parlent le même langage pour amener les femmes à se prendre en charge autant pendant la grossesse qu'au cours de la période post-partum à travers des activités physiques régulières sécuritaires et contrôlées. Sous ce rapport, le renforcement des capacités d'interventions des acteurs dans ce domaine aussi sensible doit être pris en compte dans les nouvelles offres de formation que l'INSEPS est en train de décliner. De même, la conception d'une brochure comportant un canevas d'exercices d'hygiène alimentaire et des conseils de suivi, pourrait permettre d'accompagner les femmes dans la recherche d'un mieux être : par exemple, la rééducation du plancher pelvien, c'est-à-dire du périnée et au besoin des massages. Il n'est pas exclu de se référer à certaines pratiques traditionnelles reconnues bénéfiques au même titre que les pratiques modernes. Car les pratiques traditionnelles ont toujours existé et sont arrivées à pallier à ces maux que rencontre la femme post-partum.



BIBLIOGRAPHIE

**❖ Ouvrages**

- Blandine Calais-Germain, Le périnée féminin et l'accouchement, 1999
- Dr Bernadette de Gasquet, Abdominaux : arrêter le massacre, Robert Jauze, 2003
- Hertogh Claude, Anatomie – myologie, Septembre 2002

❖ Revues

- ANAES, Rééducation dans le cadre du post-partum : Décembre 2002, Kinésithérapie. , 2003, no 19, Masson, Paris, France, pp. 30 - 37 [8 pages.]
- -BOURGUIGNON J. « et al. », Conséquences de l'accouchement sur les sphincters de l'anus, La Presse médicale : (1983). [Presse méd. : (1983).] , 1998, vol. 27, no 33, Masson, Paris, France, pp. 1702 - 1706 [5 pages.]
- CAPDEPON C., Rééducation périnéale et post-partum, Titre de la Revue : Kinésithérapie scientifique. [Kinésithér. sci.] , 1997, no 373, Société de presse et d'édition de la kinésithérapie, Paris, France, pp. 10 - 20 [11 pages.]
- DENTZ Jean-Pierre, Évaluation clinique en rééducation dans le cadre du post-partum : bilans, diagnostic, Kinésithérapie scientifique. [Kinésithér. sci.] , 2002, no 427, Société de presse et d'édition de la kinésithérapie, Paris, France, pp. 39 - 41 [3 pages.]
- GUETTIER X. « et al. », rééducation périnéale du post-partum par électrostimulation précoce à domicile : étude préliminaire, Revue française de gynécologie et d'obstétrique. (Rev. Fr.Gynécol obstétr.), Expansion scientifique française Paris, France, 1993, vol. 88, no1, pp. 19-22 (4 pages.)
- LECLERC Roland, la rééducation post-partum, Kinésithérapie scientifique. [Kinésithér. sci.] , 2006, no 470, Société de presse et d'édition de la kinésithérapie Paris, France, pp. 47 - 48 [2 pages.]
- PASQUIER J. C., PORTERO H., Intérêt de la rééducation périnéale en fonction de la date de prise en charge avant et après les 3 mois du post-partum : Etude rétrospective sur 10 ans, Annales de kinésithérapie. [Ann. Kinésithér.], 1998, vol. 25, no 3, Masson, Paris, France pp. 105 - 107 [3 pages.]
- PIGNE A. Les incontinences urinaires d'effort à ne pas opérer, Expansion Scientifique Française, Paris, France
- VALANCOGNE G., La rééducation des déficits ano-rectaux dans le post-partum, Kinésithérapie scientifique. [Kinésithér. sci.] , 1997, no 373, Société de presse et d'édition de la kinésithérapie, Paris, France, pp. 21 - 24 [4 pages.]



-VALANCOGNE G. , GALAUP J. P., La rééducation pendant la grossesse et dans le post-partum, Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique. [Rev. fr. gynécol. obstét.], 1993, vol. 88, no 10, Expansion Scientifique Française, Paris, France pp. 498 - 508 [11 pages.]

- VALANCOGNE G., JACQUEMET J. M., Urogynécologie, Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique. [Rev. Fr. Gynécol. Obstet.], 1990, vol. 85, no 10s, Expansion Scientifique Française, Paris, France.
pp. 529 - 534 [6 pages.]

❖ **Sites Internet**

http://www.hltsh.nt.ca/features/programs_and_services/gestactivement/french/definition.htm.3K

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nutri2000/nutri025>

<http://www.geneve.ch/Gebouge/bouger/pouquoi.html>

http://www.ansen.asso.fr/vie_actif/def1.php

http://www.ansen.asso.fr/vie_actif/def1.php

http://asf.les-nounours.org/sante_femmes.html#Mortalite

http://www.syngof.fr/site/pages/?idl=21&page=283&id_page=453

http://www.lombalgie.fr/ortheses_lombaires/mecanismes/effets_immo.htm

<http://www.linternaute.com/femmes/famille/conseils/0606poids-grossesse.shtml>

❖ **Mémoire :**

MBENGUE E. : Activités physiques chez la femme sénégalaise en état de grossesse, mémoire de maîtrise STAPS, INSEPS, Dakar 2005-2006.



ANNEXES



Le muscle grand dorsal

Anatomie du Grand dorsal (M. Latissimus dorsi)

Large muscle du dos, il part des nombreux ligaments qui s'étendent entre les muscles du dos, sur les quatre côtes inférieures et sur le bord supérieur de la crête iliaque. Le muscle s'insère sur une petite protubérance à l'extrémité supérieure de l'humérus.

Fonction

- innervé par le nerf du grand dorsal, le muscle assure l'adduction, la rotation interne du bras et sa rétropropulsion
- le muscle est aussi un auxiliaire de la respiration



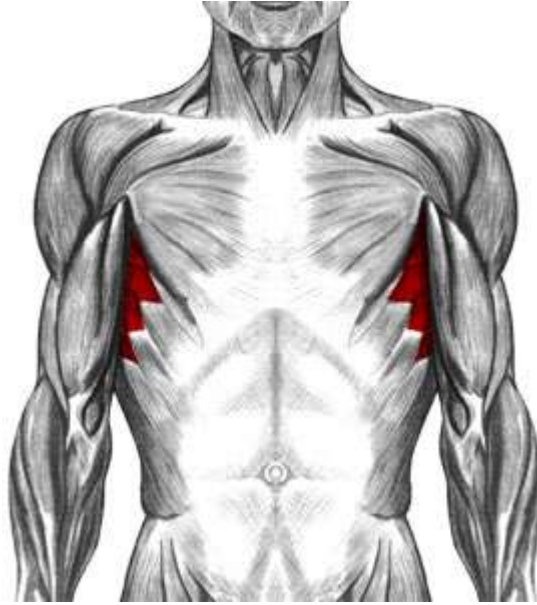
Le muscle trapèze

Anatomie du Trapèze (M. Trapezius)

Le muscle trapèze est triangulaire, il est un des plus grand muscle de l'organisme, il est composé de 3 chefs musculaires. Il prend son insertion au niveau de l'occiput (base du crâne), du cou et des vertèbres dorsales pour se terminer sur l'épine de l'omoplate et la partie externe de la clavicule.

Fonction

- le trapèze soulève le moignon de l'épaule (attire l'omoplate en dedans : adduction)
- il fait tourner la tête
- il assure l'extension du cou en arrière



Le muscle grand dentelé

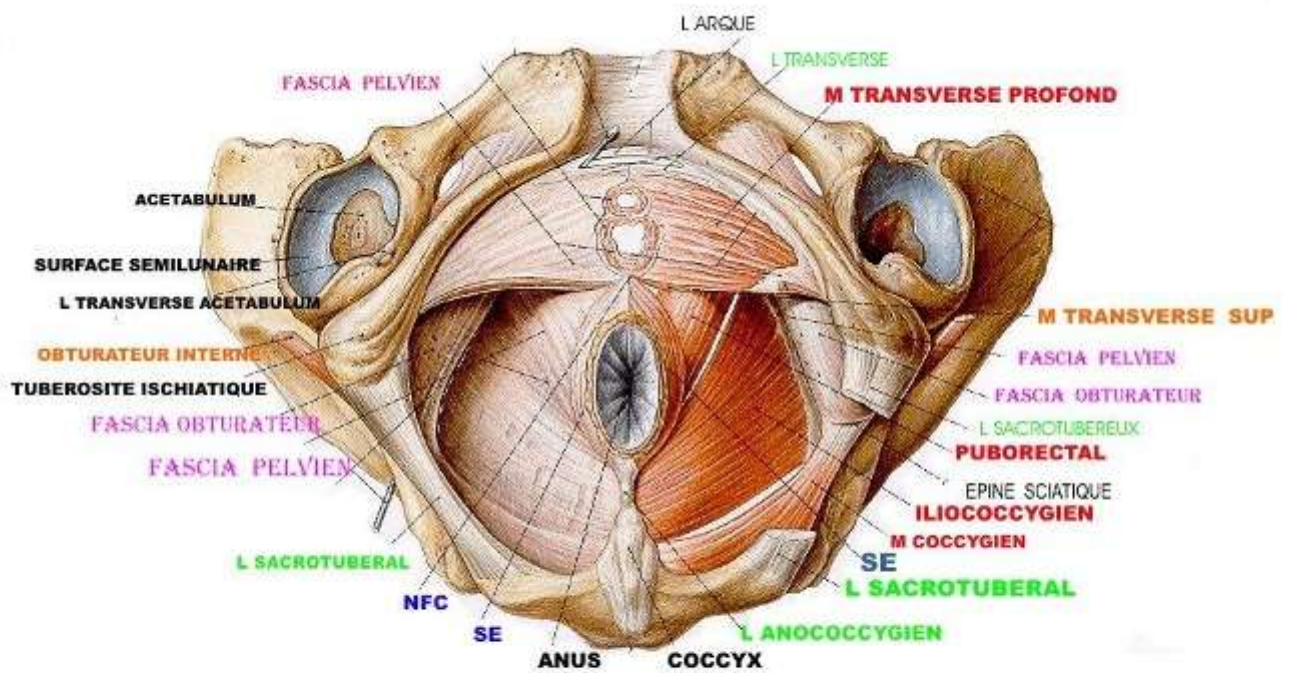
Anatomie du Grand dentelé (M. Serratus anterior)

Il s'étend depuis les neuf premières côtes jusqu'aux omoplates, innervé par le nerf du muscle grand dentelé (nervus thoracicus longus).

Fonction

Le muscle, en se contractant, élève et écarte les omoplates vers l'extérieur, il aide les mouvements respiratoires





SOBOTTA TOME2 P221

COUPE TRANSVERSALE DU PLANCHER PELVIEN