



Le diastasis des grands droits ... un écart de conduite ?

D^r BERNADETTE DE GASQUET

Médecin périnéologue et professeur de yoga

Mots-clés: expiration, périnée, grands droits abdominaux, prolapsus, contre nutation

Key words: expiration, perineum, abdominal rectus, prolapse, against nutation

Le diastasis des grands droits est l'écartement anormal des muscles droits de l'abdomen, créant une déhiscence au niveau de la ligne blanche.

Il peut se situer à différents niveaux de l'abdomen. Il s'étale sur des hauteurs variables, et peut atteindre plusieurs centimètres en largeur.

— PHYSIOLOGIE ET ÉTIOPATHOLOGIE —

Le nourrisson :

Les grands droits sont accolés mais non jointifs chez l'enfant, afin de permettre le développement abdominal. Le nourrisson n'étant ni assis ni debout et son rachis n'ayant pas de courbures, le diastasis n'a pas de conséquences sur le maintien viscéral.

La grossesse :

Le diastasis est **physiologique** lors de la grossesse.

Il faut en effet que l'utérus puisse trouver sa place entre le bassin et le diaphragme, ce qui nécessite une adaptation de la ceinture abdominale permise par le non accollement des grands droits.

Il faut ici revenir sur **l'anatomie du caisson abdominal**.

Les droits s'insèrent par de très gros tendons sur les branches pubiennes, près de la symphyse. Ils sont totalement accolés dans cette partie et il existe des expansions du tendon qui s'insèrent sur la branche pubienne opposée, afin de limiter l'effet de cisaillement de la symphyse lors des mouvements et

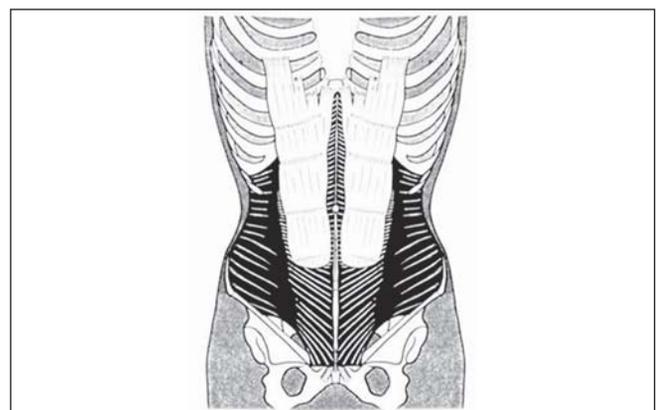
d'éviter l'écartement dans cette portion de la musculature. Les pyramidaux de l'abdomen, très courts, rigides, vont du bord d'un droit (ligne blanche) au pubis opposé. Le rôle est toujours de renforcer la stabilisation de la symphyse et de limiter le diastasis bas.

Près de la symphyse, de chaque côté, s'insère aussi le tendon commun des grands obliques.

Par-dessus, l'aponévrose commune relie les deux iliaques horizontalement, depuis les branches pubiennes jusqu'aux épines antéro supérieures. C'est un renforcement très solide qui empêche une hyper mobilité des sacro-iliaques et de la symphyse et protège encore cette construction.

Il faut remarquer, ce qui est rarement connu, que les grands droits, superficiels dans la partie supérieure de l'abdomen, deviennent profonds et passent sous l'aponévrose commune dans la partie inférieure, au niveau des épines iliaques antéro supérieures. Cette architecture réalise comme un tissage. Il existe un plan de clivage dans l'aponévrose transverse qui constitue la gaine postérieure des droits au-dessus de l'épine iliaque antéro supérieure et participe à la gaine antérieure dans la partie pelvienne.

On peut en déduire que les droits ne doivent jamais s'écarter dans la partie pelvienne.



» » Figure 1: les grands droits et les deux parties du transverse ⁽¹⁾

Une majorité de femmes enceintes soutiennent leur ventre juste à ce niveau et le port d'une ceinture dite « sacro-iliaque » est particulièrement appréciée des hyperlaxés.

L'utérus se développe à partir du deuxième trimestre au-dessus du plan de clivage. Il a une forme de montgolfière, plus large en haut qu'en bas.

Le diastasis physiologique commence lui aussi au-dessus de ce plan de clivage et va s'évaser vers le haut au fur et à mesure du développement utérin.

La forme de « boutonnière allongée » entre les deux droits explique l'écartement en son centre sous la poussée des viscères abdominaux.

L'allongement des muscles grands droits par fabrication de fibres, entre le cinquième et le septième mois (15 cm, soit la moitié de la hauteur utérine) évite un écartement trop important péri ombilical.

Au dernier trimestre les insertions hautes vont s'écarter grâce à l'adaptation possible des dernières côtes, modifiant la forme et les possibilités de mobilisation du diaphragme.

L'utérus a une hauteur à terme très « standard ». Les variations sont très minimes (environ 2 ou 3 cm) On comprend aisément que la morphologie de départ de la femme (hyperlordose, cyphose, grill costal rigide) conditionne le positionnement de l'utérus et les tensions qu'il entraîne...

L'accouchement, en raison de la position d'expulsion et de la poussée diaphragmatique vers le bas dans le modèle habituel augmente de façon extrême le diastasis en précipitant l'utérus vers l'avant et le bas.



» » Figure 2: test de diastasis: relèvement de la tête ⁽²⁾

La grossesse masculine:

La grossesse de l'homme ne se termine jamais et les « crunch » ne le feront jamais accoucher... malgré tous ses efforts de poussée! De l'œuf colonial seules les hernies pourront sortir...

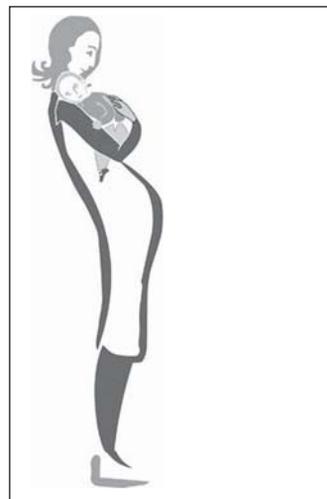
— LES SUITES DE COUCHES IMMÉDIATES (DE LA TABLE D'ACCOUCHEMENT À QUARANTE JOURS...) —

C'est une période à haut risque, très peu prise en compte dans la médecine moderne.

Les droits sont trop longs et écartés, l'utérus reste gros pendant plusieurs semaines, les côtes sont écartées, les seins sont lourds... tout plonge en avant.

Les postures assises d'allaitement sont en flexion du rachis et poussent le contenu abdominal encore volumineux dans la lumière de la boutonnière.

Le portage à bras, ventre en avant est tout aussi catastrophique. Le portage ventral (portes bébés, écharpes) ne permet pas, en général, l'équilibre des chaînes musculaires antérieures et postérieures et donc la bonne tension des grands droits.



» » Figure 3: portage ventral du bébé ⁽³⁾

Les six semaines qui suivent la naissance sont fondamentales pour l'élimination des 15 centimètres et du diastasis.

A condition d'assurer la protection suffisante par une statique adaptée et/ou un maintien par bandages. Ce que toutes les sociétés traditionnelles ont compris et bien maîtrisé...

Dans quel état serions-nous si nous vivions ce que vivent les femmes des sociétés rurales du tiers monde, malgré toutes nos rééducations?...

Nous avons déjà beaucoup de dégâts avec un seul enfant!

Mais en réalité c'est le premier bébé qui fait les principales adaptations.

La statique, la vie quotidienne, les positions assises...

La station assise ne favorise pas l'extension du rachis mais plutôt l'attitude voutée, les épaules en dedans, les membres supérieurs en rotation interne, la pronation. La sangle abdominale est alors passivement distendue. L'expiration ne

permet pas le travail du transverse abdominal... la boutonnière « baille ».

La station debout, le port de charges à bout de bras, la plupart des sports ne favorisent pas le redressement et le rapprochement des berges de la boutonnière, lequel ne se réalise que dans l'auto grandissement (statique toréador!)

Influence de la morphologie:

Si la statique féminine est plus souvent en hyperlordose, poussant la partie inférieure de l'abdomen vers le bas et l'avant, la statique masculine en position debout est plus en renversement postérieur du tronc, ce qui pousse l'estomac en avant.

La localisation du diastasis est fonction de la statique et de la morphologie:

Des abdominaux grands droits très rétractés, des grands obliques raccourcis (pratique des séries de relèvement de buste ou de torsions mal conduites), empêchent l'écartement des côtes et la possibilité de trouver de la place « vers le haut ». Le diastasis est alors maximum en péri ombilical. Si on a une morphologie de « dos plat » avec des côtes naturellement écartées le diastasis sera plus marqué dans la partie supérieure, sus ombilicale.

La statique en hyperlordose compensée par une cyphose dorsale ne laisse aucune place entre le pubis et le sternum et favorise un écartement bas situé (statique plus féminine), aggravé par la nutation sacrée due au tirage des utéros-sacrés sur la partie supérieure du sacrum. Cette lordose et cette nutation sont plus importantes chez les femmes ayant eu beaucoup d'enfants, les ligaments utéros-sacrés et ronds ayant été allongés et la sangle abdominale affaiblie.

Il faut remarquer que le diastasis n'existe pas chez les animaux à quatre pattes...

— EPIDÉMIOLOGIE —

Mon constat est qu'il y a de plus en plus de diastasis après un premier enfant et qu'on voit réapparaître des éventrations chez des femmes jeunes, phénomène très rare il y a vingt ans.

A cela plusieurs raisons possibles:

- Pour les femmes:

L'âge du premier enfant a reculé et les femmes sont souvent plus sportives, fréquentent plus les salles de sport et de fitness que les cours de danse d'antan. La danse rythmique ou folklorique ne crée pas de raccourcissement des droits, la danse classique est l'allongement permanent des chaînes postérieures et antérieures, ventre rentré, poitrine haute... l'inverse du crunch! (mais attention la danse classique présente beaucoup d'éléments anti physiologiques.. dont le fait de ne pas détendre le ventre à l'inspiration)

La position assise sur une chaise de bureau, dans la voiture, devant la télé représente un temps très important de relâchement des muscles du dos et de la ceinture.

Notre quotidien ne nous permet pas de compenser par les travaux des champs ou de ménage à l'ancienne qui reproduisaient la biomécanique du quatre pattes au niveau abdominal et périnéal et peu de sports se pratiquent dans un positionnement de type quatre pattes!



» » Figure 4: se pencher comme dans le relevé de buste, avec rapprochement des ceintures ⁽⁴⁾



» » Figure 5: se pencher en allongement et flexion de hanche ⁽⁵⁾

Le portage des enfants en écharpe ou en portes bébés (donc ventral) a remplacé les landaus Anglais. Le portage ventral s'oppose en tous points au portage dorsal traditionnel. C'est une véritable épreuve pour le dos de la mère, pour sa statique, pour ses abdominaux et son périnée

Autre facteur de risque, il y a plus de **grossesses multiples**, en particulier en cas de procréation assistée. Une grossesse gémellaire en premier, autour de quarante ans, est plus « lourde » et plus violente pour l'adaptation musculaire et posturale qu'une grossesse unique à vingt ans.

Des jeunes femmes minces et toniques vont vivre un différentiel de poids lors de la grossesse et des suites de couches beaucoup plus important que des femmes plus « charpentées »... Prendre 15 kilos en quelques mois, perdre 10 kilos en deux semaines est plus brutal sur un corps de 50 kg que sur celui de 70...

Multiparité : Il y a plus aujourd'hui de familles de quatre enfants qu'il y a quelques décennies, sans que le mode de vie et les postures quotidiennes aient changé. Il ne s'agit pas des mêmes « multipares » que celles des sociétés traditionnelles qui ont une gestuelle plus protectrice.

Le nombre d'intervention chirurgicale pour diastasis est en augmentation chez des femmes jeunes pour qui la rééducation abdominale n'est plus suffisante. C'est la seule proposition qui leur est faite...

On veut bien mettre des plaques mais surtout pas de gaine ! cherchez la logique... il serait intéressant de faire des études pour voir si une gaine bien adaptée (qui empêche la flexion du rachis et le rapprochement des ceintures) ne serait pas plus efficace que l'incurie organisée pendant six semaines. Je peux en tous cas affirmer sur le témoignage de jeunes mamans que même si l'intervention se révèle nécessaire, la gaine aura apporté un confort précieux avant la cure chirurgicale. De quel droit refuse-t-on à quelqu'un un adjuvant qui le soulage, même s'il ne guérit pas, en attendant l'opération ?



» » Figure 6 : position habituelle devant l'ordinateur

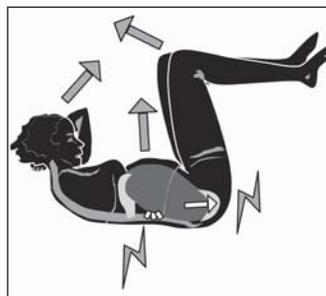
• Pour les hommes :

L'augmentation de taille des adolescents qui grandissent très rapidement, et le mobilier courant inadapté conduit à une statique très « avachie », voutée... Les heures passées devant les ordinateurs augmentent de façon inquiétante.

Les consignes anciennes « tiens-toi droit » n'ont plus cours dans l'éducation (ou la non éducation)

La musculature masculine, en raison des travées aponévrotiques qui séparent le corps charnu des droits en six segments permet difficilement leur allongement. Ils vont donc s'écarter sous la poussée viscérale.

Toutes les pratiques sportives comprennent des temps de renforcement (raccourcissement) des grands droits. Il y a peu de proposition d'extension du rachis dans les entraînements. Peu de sports étirent la chaîne postérieure. Les relevés de buste se rajoutent aux postures assises en flexion pour affaiblir les muscles anti gravitaires.



» » Figure 7 : exercice type de renforcement abdominal

— LE TESTING HABITUEL (OU CRUNCH TEST) —

On met en évidence le diastasis lors d'un relèvement de buste ou simplement de tête, ou de relèvement des membres inférieurs. Ces exercices sont utilisés comme test de gravité du diastasis et de localisation de la zone la plus large.

Il est intéressant de noter que le testing du diastasis correspond très exactement aux séries d'abdominaux les plus pratiqués pour avoir le ventre plat... et ressemblent étrangement à la position d'accouchement, pour pousser le bébé.... mais aussi les viscères, vers le bas !

Un testing fonctionnel : à instituer

Un testing plus subtil et fonctionnel serait cependant plus intéressant : on peut avoir un écartement des droits assez large, en particulier dans la partie haute, sans protrusion viscérale lors du relèvement de tête. L'aponévrose reste tendue, solide, protectrice. Elle n'a pas été rompue. On trouve cette situation chez des athlètes masculins jeunes dont le développement superficiel des grands droits (tablettes de chocolat) fait ressortir par contraste le creux entre les deux bandeaux musculaires.

Chez des femmes qui ont eu des enfants mais dont l'expansion abdominale a été harmonieuse, on peut aussi retrouver un espace bien résistant entre les droits au niveau sus ombilical.



Le pronostic et les conséquences sont très différents selon qu'il y a eu rupture de la continuité aponévrotique. On conçoit que la récupération totale par travail corporel est alors compromise.

Indices de gravité :

Si le diastasis est important (supérieur à 4 cm en largeur) et important en longueur, on a généralement une hernie ombilicale associée. Si le diastasis est permanent, même sans effort de relèvement, il s'agit d'une éventration. On voit alors le péristaltisme intestinal à fleur de peau.

— DIASTASIS ET PROLAPSUS: MÊME ORIGINE —

*J'ai montré cette correspondance dans ma vidéo de 1984 «le périnée féminin». Une jeune femme enceinte, dont le pubo rectal est très bon, lève la tête, un petit tube à essai dans le vagin.
On voit la petite « pyramide » entre les droits et le tube à essai est expulsé...*

Diastasis et prolapsus sont souvent associés et répondent à une même origine: le rapprochement des ceintures et la poussée vers le bas et l'avant du contenu abdominal.

Dans l'enceinte abdominale comme dans le plancher pelvien la faiblesse est en avant: ligne blanche et paroi antérieure du vagin (hiatus uro génital).

Si le diastasis est important les poussées abdominales vont l'aggraver mais la résultante de force sera plus abdominale que pelvienne. Si la sangle abdominale est puissante et qu'il n'y a pas de béance au niveau de la ligne blanche (hommes jeunes, sportifs...) le rapprochement des ceintures va transmettre les poussées vers les orifices herniaires. Si on opère les hernies inguinales ...le diastasis va apparaître ou augmenter.

De même la contraction du périnée (pubo rectal) au moment du rapprochement des ceintures va augmenter le diastasis. Demander la contraction du périnée lors de séries de crunch est la preuve d'une incompréhension totale du jeu des pressions.

— LES ERREURS DE TIMMING DE LA RÉÉDUCATION —

Les diastasis et les prolapsus s'aggravent et parfois se fabriquent en post partum immédiat.

Les consignes de rééducation abdomino-pelvienne recommandent de ne pas faire de renforcement abdominal avant la récupération du tonus périnéal. Et de ne pas faire de renforcement périnéal avant six semaines en raison de l'impotence physiologique liée aux hormones....

La logique voudrait alors que la femme reste couchée, ne porte pas de poids, ne soit pas en hyperlordose etc...

Et peut-être, en fonction des facteurs de risques, qu'elle mette une gaine qui contienne et remonte les viscères et qui referme la boutonnière du bas vers le haut, jusqu'à resserrer les côtes...

On préfère lui dire de vivre une vie «normale»... sans abdominaux et sans périnée! ...

— L'ABSENCE DE PRÉVENTION ET LES PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES INADAPTÉES —

Il est évident **qu'aucune prévention** n'est faite dans notre éducation physique (au contraire!), dans la préparation à l'accouchement ou la rééducation périnéale qui ne s'occupe pas d'un diastasis éventuel. Il n'y a pas de rééducation abdominale précoce mais on refuse les gaines sous prétexte qu'elles empêcheraient le travail des abdominaux!

Mais surtout:

La musculation abdominale habituelle n'est pas la bonne réponse. Elle est la première cause de diastasis ou d'aggravation de celui-ci.

Les «crunch», les relevés de buste ou les ciseaux, pédalages... ne peuvent qu'aggraver les choses.

Ils sont juste l'opposé des «bons abdominaux», les fameux «gainages» ou auto grandissements.

Les fausses bonnes réponses:

Les gainages sont mal compris. Le blocage de la sangle transverse, en apnée inspiratoire augmente la pression et ne permet pas de rapprocher les droits. La rétroversion du bassin par raccourcissement des droits ne permet pas au diaphragme de remonter. L'expiration est donc paradoxale, avec abaissement du sternum. L'inspiration est aussi paradoxale, limitée, thoracique. Remonter le diaphragme à l'inspiration ne sollicite aucun travail abdominal.

Une respiration mal placée:

Les abdominaux sont des muscles expirateurs et c'est l'expiration qui les fait travailler.

Mais: expirez rentrez le ventre, rentrez le nombril, c'est serrer une ceinture à la taille, beaucoup trop haut, ce qui pousse vers le bas et entraîne une flexion du rachis, abaissement du sternum et blocage du diaphragme. **Cette consigne devrait être proscrite, de même que son corolaire «inspirez gonflez le ventre»** qui pousse vers le bas et l'avant.

Les insuffisants respiratoires, en particulier les bronchiteux et emphysémateux, ont souvent un thorax très particulier,

avec des côtes très ouvertes, très écartées à la base du thorax. Ils n'expirent pas bien, ne remontent pas le diaphragme... celui-ci ne peut donc descendre pour aspirer l'air... et ils cherchent toujours de l'air. Leurs abdominaux ne sont pas sollicités dans la respiration qui est paradoxale.

Toutes les rééducations abdominales qui bloquent la mobilité diaphragmatique en écartant les côtes aggravent le diastasis haut (épigastrique).

Les bonnes réponses :

La prévention !

Elle concerne la posture au quotidien, en particulier dans la position assise. S'appuyer sur le dossier des chaises ou des canapés est redoutable.

Il faudrait obtenir la position neutre du rachis, sans lordose ni flexion, comme dans l'assise tailleur, ou jambes allongées, ou à la Japonaise, fesses sur talons, dos droit.

Par exemple en remontant les pieds car les chaises sont trop hautes.



» » Figure 8 : adapter la posture assise en remontant les genoux au niveau des hanches ⁽⁴⁾

Il faudrait se pencher en avant par une flexion des hanches et non du rachis, dos toujours « neutre ».

Porter sur la tête, dans le dos, ne jamais venir en enroulement des épaules.

Se redresser sans hyperlordose ni raccourcissement des grands droits, sans flexion du rachis ⁽²⁾...

La gestion des efforts élémentaires, soulever, pousser, tirer, appuyer, s'appuyer...devrait se faire sans poussée vers l'avant et le bas, et donc sur une expiration qui laisse remonter le diaphragme à partir du périnée.

Lors du dernier trimestre de la grossesse, la correction correcte de l'hyperlordose (avec l'aide d'une ceinture au niveau sacro-iliaque éventuellement) mais aussi des postures d'ouverture des côtes, d'hyper-extension sont à privilégier.



» » Figure 9 : Une ceinture élastique portée horizontalement au niveau des trochanters stabilise le bassin en contre nutation ⁽²⁾

L'accouchement ne devrait pas être une poussée vers le bas, diaphragme bloqué en inspiration, buste relevé comme pour un crunch... précipitant les viscères dans la diastase. Il faudrait « démouler » le bébé en remontant l'utérus, ce qui est le programme physiologique. La suspension est évidemment le modèle biomécanique idéal dans lequel la gravité profite au bébé sans descendre l'utérus avec !



» » Figure 10 : exemple de suspension sur une table d'accouchement moderne ⁽⁶⁾

Les suites de couches devraient être totalement repensées en privilégiant le repos en décubitus dorsal ou ventral, les massages abdominaux « remontants », la fermeture du bassin au niveau des épines sciatiques et le bandage du ventre avec rapprochement des côtes.



» » Figure 11 : allaitement ⁽⁶⁾

Les positions d'allaitement devraient être revues afin d'assurer la protection du dos, du périnée et de la sangle abdominale.

— LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE —

La musculation du plancher pelvien est un effort musculaire beaucoup trop analytique, sans aucun effet sur les facteurs de prolapsus et de diastasis.

D'autant plus que la position de base pour la rééducation périnéale est encore une position demi assise, la pire, qui bloque le diaphragme et ouvre la boutonnière abdominale... les muscles expirateurs de l'abdomen (transverses, obliques) ne peuvent alors travailler physiologiquement et la mobilité périnéale est très réduite.

La rééducation devrait être globale, c'est-à-dire posturale et respiratoire et intéresser évidemment les abdominaux de soutien.

Les entraînements sportifs et particulièrement le renforcement abdominal devraient proscrire définitivement les crunch, ciseaux, pédalages et privilégier le travail des ceintures expiratoires, en partant du bas vers le haut, du périnée vers le sommet du « parapluie diaphragme », afin de « grandir, mincir » dans un auto grandissement. Le renforcement des muscles antigravitaires devrait être prioritaire.

L'expiration doit partir du plus bas et tout repousser vers le haut. **Le plus bas, c'est le périnée.**

Il faut remonter le périnée et expirer en se grandissant. **Faire de la place en haut pour que la diaphragme puisse remonter.**

Abaisser les côtes et non le sternum.

Qui perd de la hauteur augmente en largeur !
Et réciproquement...

Préférez- vous ressembler au Toréador ou au bossu de Notre Dame ?

Grandir c'est perdre de l'épaisseur et de la largeur. Diminuer le périmètre abdominal et le tour de sous poitrine pour galber la taille et faire pigeonner les seins (ou les pectoraux).

— LE TRAITEMENT DES DIASTASIS —

Il est d'autant plus efficace qu'il est **précoce**.

En particulier après l'accouchement, après une intervention chirurgicale, un alitement, un amaigrissement brutal... tout ce qui détend la sangle abdominale profonde.

Après l'accouchement, la première semaine est fondamentale et la possibilité d'action est très limitée après six semaines. Dans les traditions, le recours à des manœuvres de type ostéopathique (mais empiriques), les bandages, sont systématiques.

Chez nous, en cas de facteurs de risque, des ceintures spéciales empêchant la flexion du rachis, ne remontant pas, ne serrant pas la taille au niveau du nombril comme les dispositifs traditionnels, serait une solution de bon sens (non disponibles sur le marché des gaines !).

Cependant le risque d'une mauvaise interprétation des bandages, surtout en position assise « avachie » expose à des problèmes circulatoires.

Un travail postural est absolument nécessaire pour apprendre à vivre « bébé au sein, bébé dans les bras ».

La gymnastique postnatale est une éducation particulière « ergothérapique », un travail abdominal très spécifique qui rapproche les droits et les côtes.

Les exercices purement abdominaux: quelques propositions spécifiques

Commençons par des exercices à **quatre pattes**, les moins complexes à bien maîtriser et les plus évidents pour l'apprentissage respiratoire.

Le travail va porter sur l'expiration progressive, **sans arrondir le dos**.

Le rachis doit être étiré au préalable, ce qui suppose un placement correct.

Assis sur les talons, les mains le plus loin possibles des fesses, sans soulever les fesses.



» » Figure 12 : photo prise de distances avant le placement à 4 pattes ⁽⁷⁾

La respiration dans cette posture est un premier feed back : on sent le ventre rentrer, moins appuyer sur les cuisses lors de l'expiration, puis se détendre sans poussée.

On peut accentuer le rapprochement des droits en construisant un « bon dos rond » en étirement.)



» » Figure 13: bon dos rond: les épaules s'éloignent du bassin, le périnée accentue la rétroversion ⁽³⁾

On retroversera le bassin en utilisant le périnée comme starter du mouvement et on mobilisera les épaules vers l'avant en rotation interne pour éloigner les deux ceintures et permettre la remontée du diaphragme. L'expiration prolongée sera alors un très bon travail de rapprochement des droits.

Le poids du corps est toujours en arrière.

Deuxième niveau, travail des obliques, par exemple contre résistance.

L'expiration commence toujours au périnée, pour intéresser la partie inférieure du transverse, le rachis doit être en position neutre (sans antéversion).

On pourra alors pratiquer des exercices tels que « l'opposition bras, jambe ».



» » Figure 14: dos droit le bras tente d'écartier la cuisse. La résistance part du périnée. Pas de mouvement. ⁽⁴⁾



» » Figure 15: dos droit la ceinture élastique permet une résistance à l'écartement des bras ⁽³⁾



» » Figure 16: dos droit, antéversion et expiration pour « visser » de bas en haut ⁽³⁾



» » Figure 17: la position inversée protège le périnée. La flexion de hanche protège de la lordose ⁽³⁾

Le travail des grands obliques est particulièrement intéressant pour rapprocher les côtes, en contrôlant le placement et l'auto grandissement.

On pourra utiliser des résistances pour travailler plus puissamment.



Plus complexe, le travail des torsions est très adapté puisqu'il y a travail croisé du grand oblique avec le petit oblique opposé, en même temps que le sanglage du transverse du fait de l'expiration. Mais ce sont des postures difficiles à bien placer et souvent trop exigeantes pour des gens un peu raides, aux épaules douloureuses etc...

Si on veut absolument faire des pédalages un petit ballon cacahuète; très stable permet une bonne maîtrise et un travail des droits isométrique sans poussée sur le plancher pelvien.

Le but de cet article n'est pas d'être exhaustif dans les exercices car il y en a des centaines possibles, ainsi que nous les pratiquons dans les stages. Une partie est exposée dans le livre « abdominaux arrêtez le massacre » et la thématique de la maternité est présentée dans « Bien être et maternité » et dans « pleine forme après bébé » .

Un prochain ouvrage devrait traiter spécifiquement du diastasis.

Le but est de vous montrer des évidences biomécaniques afin de vous donner les moyens d'arrêter les erreurs grossières proposées de routine, de vous donner les moyens d'observation, de correction, d'éducation des patients.

Il s'agit de remettre le ventre au centre d'un grand édifice qu'il faut sans cesse consolider, des fondations au faite du mat afin que l'intérieur ne s'écroule pas sous l'effet du temps.

— CONTACT —

Adresse mail contact@deGasquet.com
98 bd Montaparnasse 75014 Paris

— RÉFÉRENCES —

- 1 Kapandji physiologie articulaire tome 3
- 2 De Gasquet, Bien être et maternité AlbinMichel2009
- 3 De Gasquet, Périnée arrêtons le massacre Marabout 2011
- 4 De Gasquet, Abdominaux arrêtez le massacre
- 5 Voir le DVD « mini traumatismes abdomino--périnéaux au quotidien, téléchargeable à partir du livre « périnée arrêtons le massacre » réalisé en 95 et primé par la Sifud
- 6 De Gasquet, L'accouchement, la méthode de Gasquet Marabout 2011
- 7 De Gasquet, En pleine forme après bébé Marabout 2011

PHENIX LIBERTY

La stimulation et le biofeedback **sans fil**

Pour la reprogrammation

Neuro-musculaire

statique ou en mouvement

Rééducation périnéale

Ostéoarticulaire

Rhumatologie

Drainage et trophicité



NEW GENERATION

Chemin du croset 9A, 1024 Ecublens, Tél : 021 695 05 53

info@vistamed.ch