



# POSTURE ET GROSSESSE

par **Philippe CAMPIGNION**,  
directeur du C.F.P.C.



**Il existe autant de façon de porter son enfant pendant la grossesse que d'archétypes. Nous avons constaté que la grossesse accentue l'archétype initial. L'équilibre des tensions dans le bassin est bien évidemment primordial. Un travail en amont et en aval de la grossesse est souhaitable et permet d'accorder les tensions musculaires de manière globale.**

Il suffit d'observer un certain nombre de futures mères pour s'apercevoir qu'il n'y a pas qu'une seule façon de porter le futur bébé. Certaines femmes portent très haut, d'autres très bas ou encore très en avant. C'est en nous penchant sur la relation qui pourrait exister entre les postures mises en évidence par le concept des chaînes musculaires et articulaires G.D.S. et ces différentes façon de porter, que nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : la posture va influencer la façon de porter le bébé durant la grossesse et la grossesse ne fait qu'accentuer la posture habituelle.

Nous allons donc revenir sur les principales caractéristiques des différentes postures et en déduire les conséquences sur le positionnement du fœtus.

La maternité fait immédiatement penser à l'AM, ne serait-ce que du fait de l'image souvent utilisée par G.D.S. pour illustrer cette structure psychocomportementale : l'image du bébé en position foetale (fig 1).

De plus, cette AM dont la résidence est au bassin, n'est-elle pas en analogie avec la notion même de maternité, de contenant, d'enceinte. La posture qui en découle devrait, à priori, être la plus indiquée pour assurer à la fois le confort du futur bébé et



Fig. 1 :  
Bébé en  
position AM

© GDS

celui de sa maman.

Le bassin dit en AM (Fig. 2), que nous qualifions souvent de bassin vasque, semble parfaitement adapté à la grossesse. Il existe d'ailleurs une différence marquante entre un bassin humain dont les ailes iliaques se sont déployées tandis que les ischions se resserraient lors du passage à la bipédie et celui des quadrupèdes, replié au niveau des ailes iliaques et aux ischions écartés.

Les futures mères de ces typologies vivent en général des grossesses épanouies et confortables, bien que portant très bas.

Bien que ce bassin semble parfaitement adapté à la grossesse, il risque, en cas de tensions trop importantes dans les chaînes

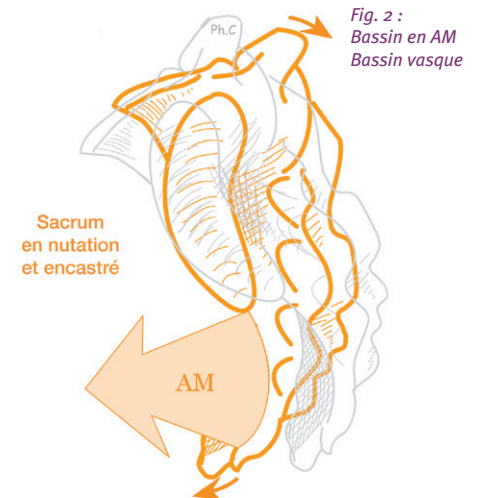
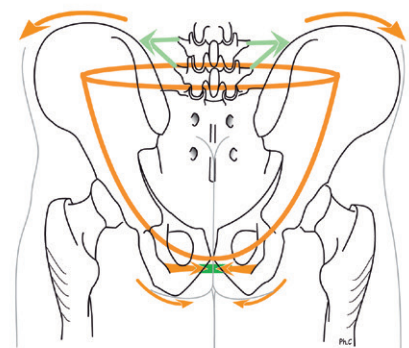
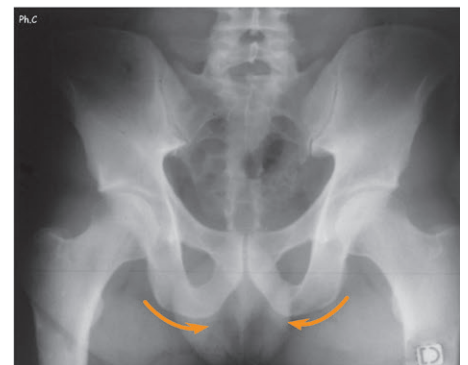


Fig. 2 :  
Bassin en AM  
Bassin vasque



Repli caudal  
des os coxaux

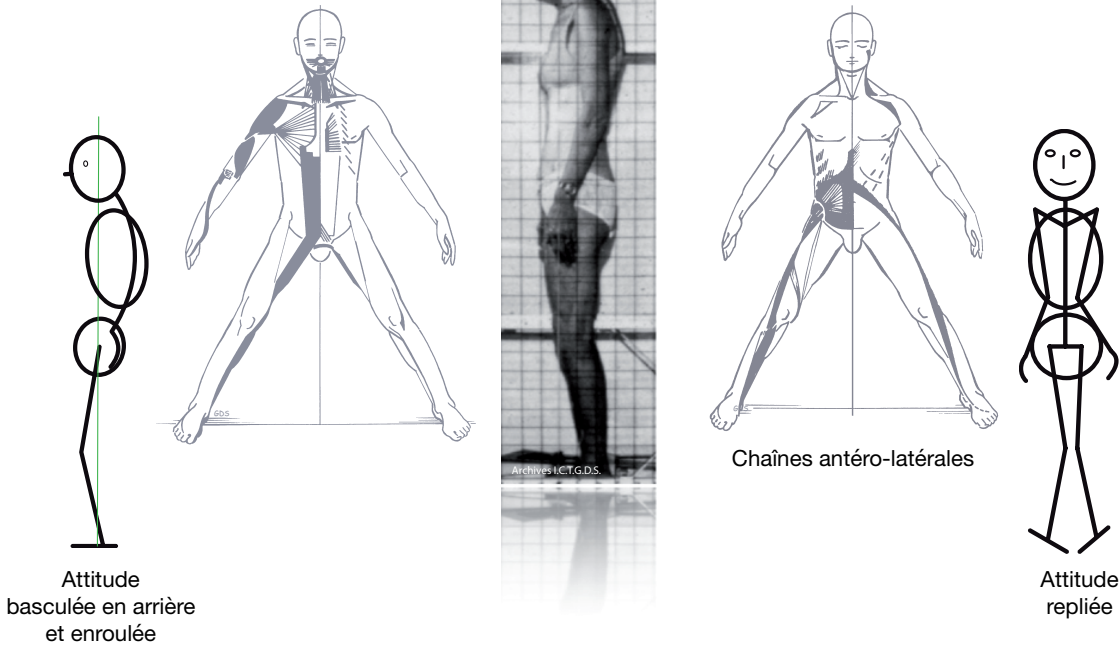


Radio  
d'un bassin en AM





Fig. 3 : Typologie combinée AM-AL (d'après G.D.S.)



antéro-médianes, de contrarier l'accouchement qui nécessite, au moment de l'expulsion, un écartement des ischions ainsi qu'une nutation du sacrum. Des tensions excessives peuvent maintenir le détroit inférieur fermé et rendre nécessaire une césarienne. La tension des muscles du diaphragme pelvien ne va pas arranger les choses et favoriser la déchirure. L'élément le moins élastique du périnée est son centre tendineux dont les lésions sont donc plus ou moins importantes mais constantes.

D'autre part, nous pensons que le bébé, s'il est lui-même installé dans une AM confortable, risque de ne pas changer de position, ce qui pourrait aboutir à un accouchement dit en siège.

Une association avec AL va encore aggraver le problème. Cette posture se caractérise

par des tensions abdominales importantes, le centre phrénique est repoussé vers le haut mais la pression déjà très forte dans le petit bassin est majorée par le volume du fœtus. Le périnée risque de perdre la partie ceci

favorisant l'incontinence (Fig 3 et 4). La croissance du fœtus rendra souvent la grossesse pénible, autant pour la maman qui verra ses tensions augmenter en réaction, que pour le fœtus qui risque de manquer d'espace.

Fig. 4  
Grossesse sur posture en AM-AL

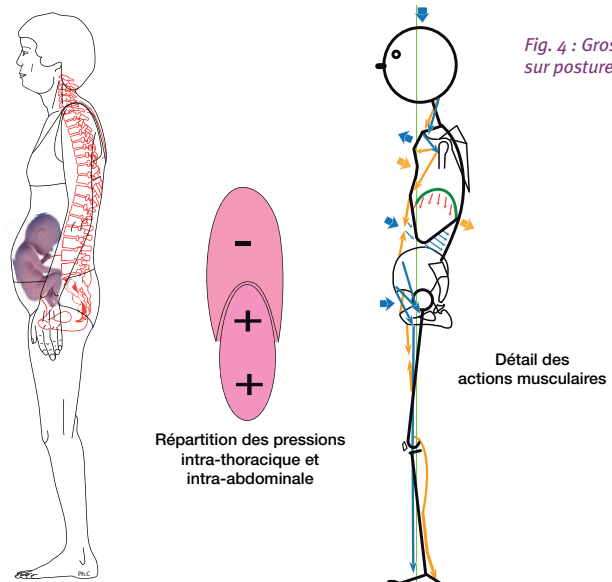
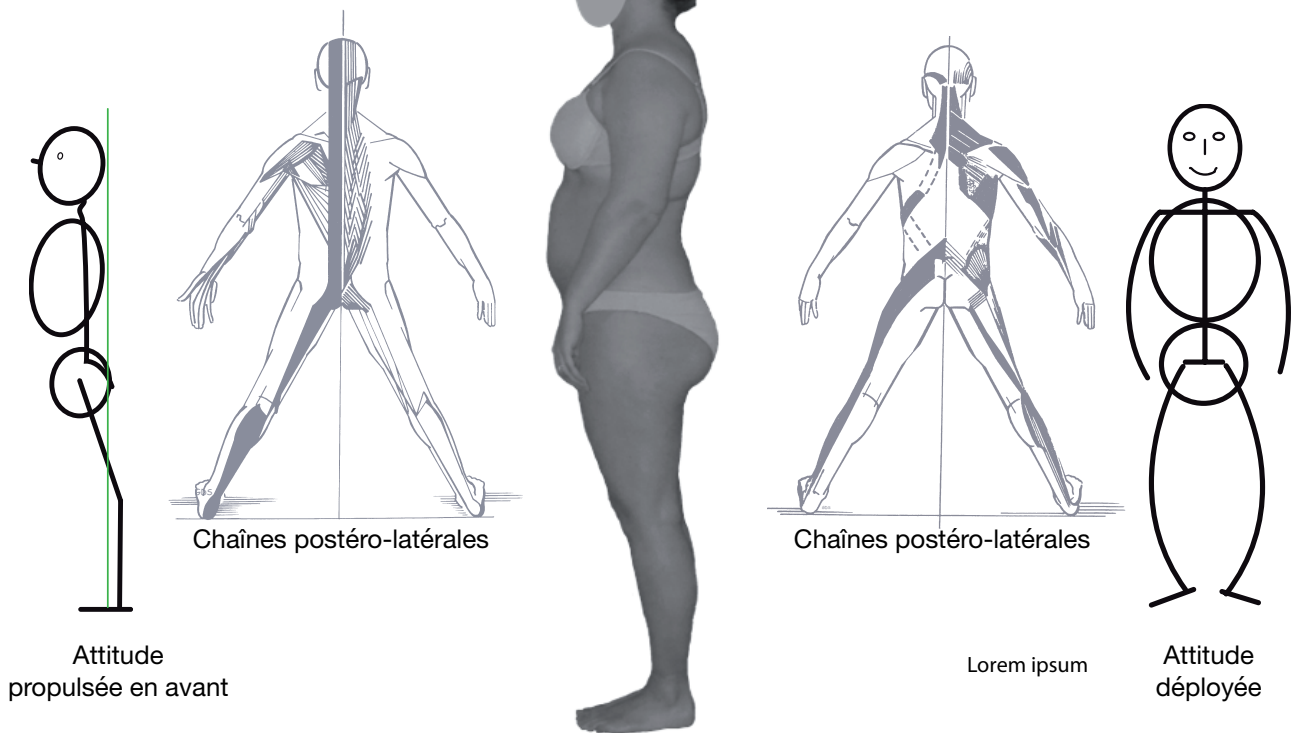


Fig. 4 : Grossesse sur posture AM-AL



Fig. 5 : Typologie combinée PM-PL (d'après G.D.S.)



La pression excessive, abdominale en particulier, pourra entraver le retour veineux et lymphatique des membres inférieurs vers l'abdomen et générer des troubles circulatoire à type d'œdème, voire l'apparition de varicosités.

La levée des tensions abdominales et la libération du thorax vers l'inspir sera donc utile dès le début de la grossesse.

Une posture résultant de l'activité préférentielle des chaînes postéro-médianes et postéro-latérales ne semble pas propice à la maternité. Symboliquement, la PM qui correspond à la fonction guerrière s'éloigne de ce que nous venons de préciser pour l'AM (fig 5).

Une PM physiologique favorise le maintien du sacrum en bonne position entre les os coxaux et,

en quelque sorte, s'occupe, en papa attentionné, du nid de l'AM dont la résidence est le bassin.

Le paradoxe des chaînes qui fait qu'une chaîne peut être tout et son contraire, conduit la PM, en cas d'excès, à nuter et désencastrer le sacrum (Fig. 6 et 7).

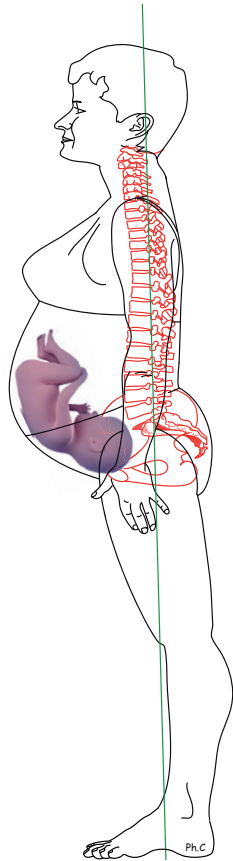
Les femmes de cette typologie portent très en avant mais aussi vers le bas du fait de l'horizontalisation du diaphragme et donc de la descente du centre phrénique, typiques d'un terrain PM marqué.

Un sacrum désencastré est contraint de se suspendre aux ligaments sacro-iliaques postérieurs, et plus particulièrement les ligaments axiles tendus de l'os coxal à la deuxième vertèbre sacrée. Il convient de se rappeler que l'utérus où se développe rapidement le fœtus

est suspendu au sacrum. Les contraintes liées à l'augmentation du poids du fœtus vont contribuer à aggraver ce désencastrement du sacrum. Cela va générer souvent dès le début de la grossesse des douleurs de type sciatalgies pyramidales, le piriforme étant recruté comme ligament actif de la sacro-iliaque pour freiner la nutation.

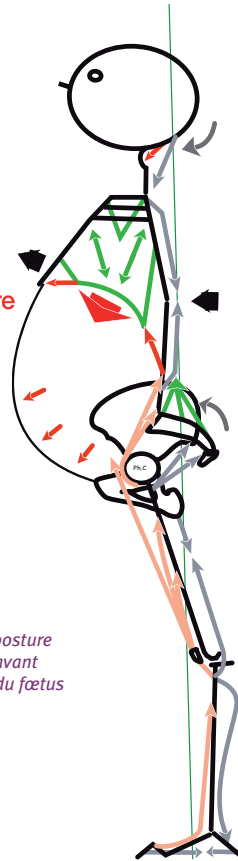
Le thérapeute aura donc à calmer cette PM, en prenant de grandes précautions dans les deux premiers mois, pour ne pas l'exciter à défaut de la calmer. Pour cela le choix des manœuvres sera déterminant et privilégiera la douceur ainsi que des positions adaptées à la situation. Je pense entre autres à la position assise sur une chaise de massage.

Il m'est arrivé un certain nombre de fois d'avoir la chance de pou-



Descente du centre phrénique

Fig. 6 : Influence de la posture propulsée en avant sur le placement du fœtus



se fait par l'intermédiaire des muscles carrés fémoraux, et obturateurs internes qui freinent le resserrement des ischions par les muscles du périnée, particulièrement les muscles transverses. En cas d'excès, ce contrôle se transforme en domination et conduit à une distension transversale de ce plancher pelvien (Fig. 8).

Fig. 8 : Influence de PL sur le positionnement des os coxaux

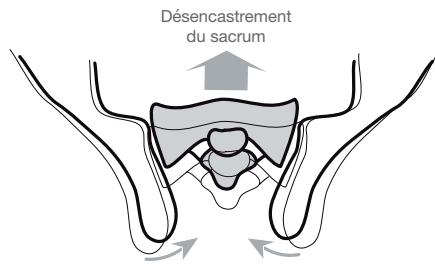
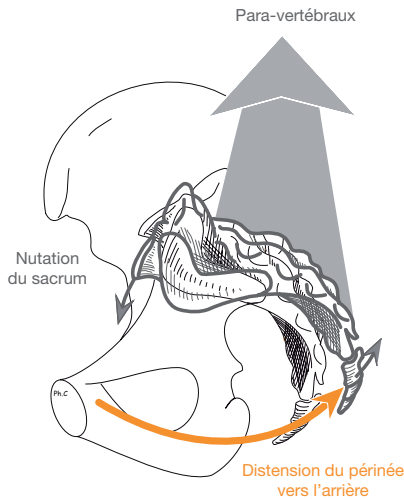
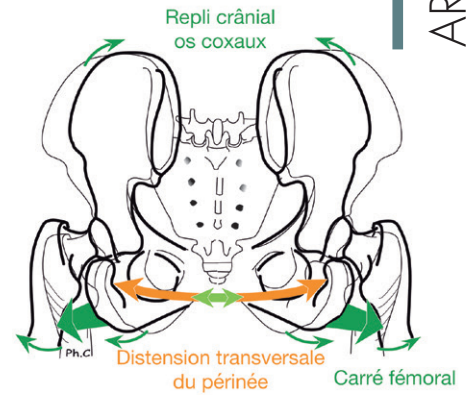
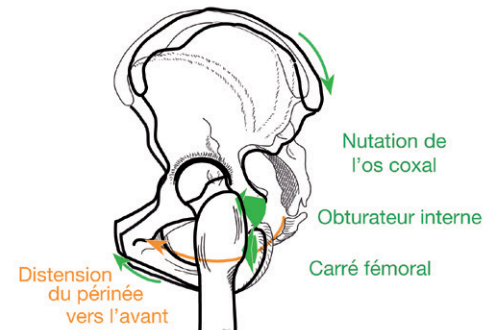


Fig. 7 : PM nute et désencastre le sacrum

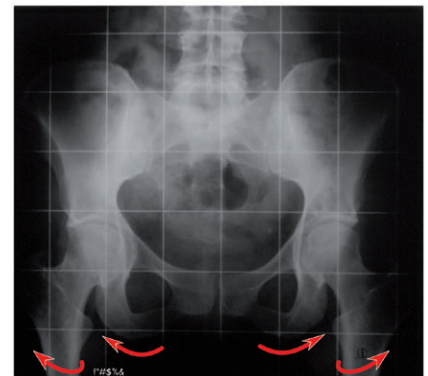


voir préparer le terrain avant le début de grossesse, ce qui est, bien sûr, la meilleure solution.

Il est fréquent que la PM et la PL profitent de l'accouchement, qui nécessite une nutation sacrée ainsi qu'un écartement des ischions, pour marquer

davantage ses empreintes. Notre intervention est alors souhaitable pour en limiter l'installation.

Physiologiquement, la PL dont le fief se situe dans la résidence de l'AM au bassin, doit se contenter de contrôler l'AM. Ce contrôle



Radiographie d'un bassin



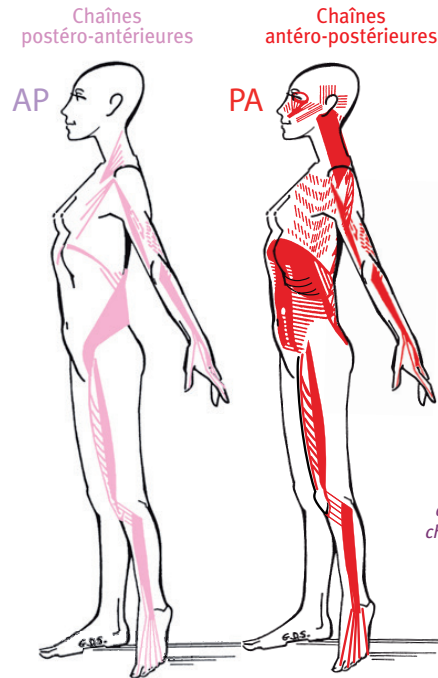
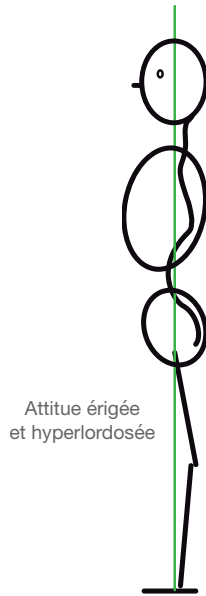


Fig. 9 :  
Posture résultant d'une activité préférentielle des chaînes postéro-antérieures et antéro-postérieures (d'après G.D.S.)

Nous avons eu maintes fois l'occasion de constater une tendance aux difficultés à mener à bien une grossesse à terme, pour des femmes présentant cette distension du périnée, autant sagittale que transversale. Ceci est souvent plus flagrant chez des femmes sportives, les sports de vitesse favorisant la PL et l'esprit de compétition la PM. Il nous est arrivé d'améliorer la situation pour un nombre non négligeable de femmes qui en étaient à leur deuxième interruption involontaire de grossesse. Je reste persuadé que la position du sacrum et son désencastrement induisent une instabilité de l'utérus néfaste pour la nidation. Là encore un travail préventif est la meilleure solution.

Une posture résultant d'une escalade de tension entre les chaînes postéro-antérieures et antéro-postérieures se caractérise par une hyper-rectitude cervico-thoracique, un thorax

figé en position d'inspir, une hyperlordose diaphragmatico-psiïtque et une anté-basculé globale du pelvis (Fig. 9).

L'hyperlordose sous-tendue par le diaphragme et les psoas est souvent impressionnante au point qu'il est souvent possible,

en prenant le temps de faciliter le passage et en évitant l'aorte abdominale, d'entrer en contact avec la face antéro-latérale des vertèbres lombaires (Fig. 10). De ce fait, les mamans de cette typologie portent très en avant, ce qui aggrave cette hyperlordose pré-existante.

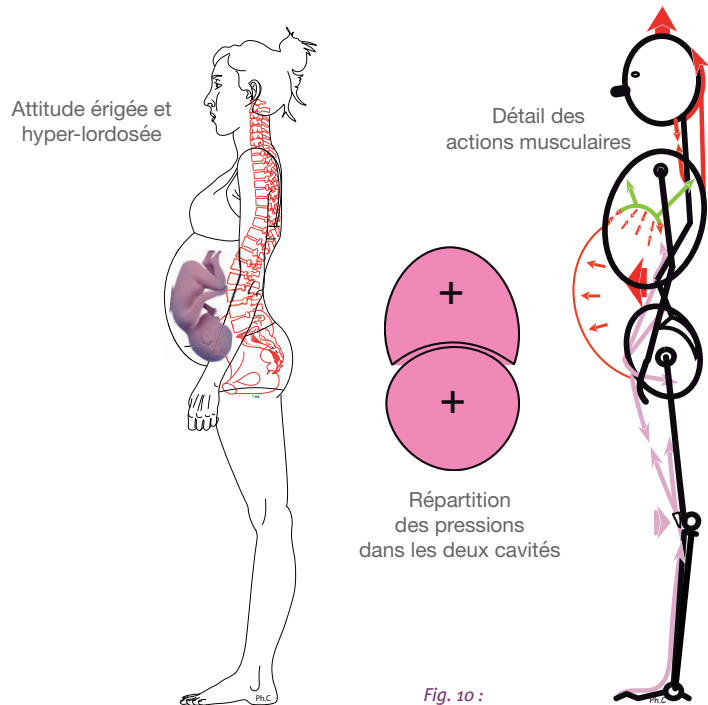


Fig. 10 :  
Posture dite en PA-AP





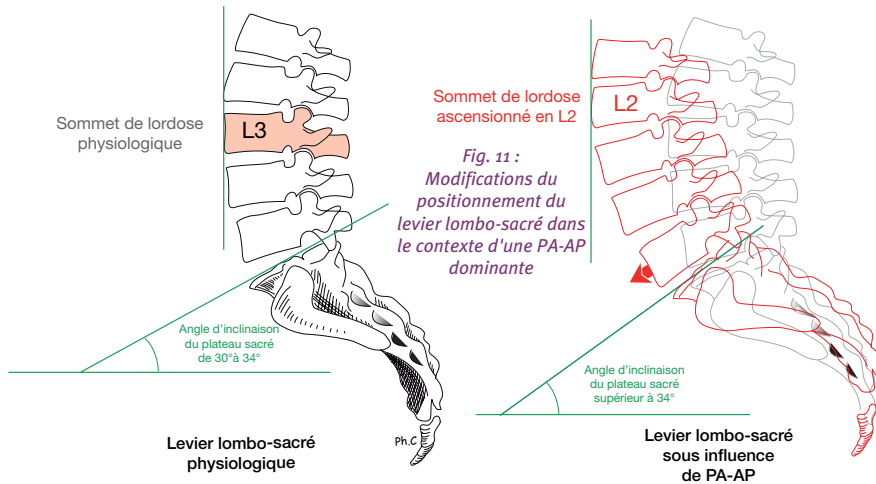


Fig. 11 :  
Modifications du  
positionnement du  
levier lombo-sacré dans  
le contexte d'une PA-AP  
dominante

Le transverse de l'abdomen se trouve contrarié dans sa physiologie qui est de contenir la pression intra-abdominale. Il augmente sa tonicité, ce qui risque de limiter les possibilités d'augmentation du diamètre abdominal. Dans ce cas, nous avons fréquemment constaté l'apparition d'un diastasis des droits de l'abdomen.

L'antébascule globale du pelvis augmente l'angle d'antéversion du plateau sacré (Fig. 11), ce qui contrarie la bonne réception de la colonne vertébrale. Cela peut favoriser le glissement en avant de L5 sur S1.

C'est donc l'hyperlordose et l'antébascule du bassin qu'il faudrait limiter, chose difficile chez la femme enceinte. Une fois de plus, la prévention serait préférable. Il ne faudra pas oublier que le pivot primaire de cette expression psycho-corporelle se situe au niveau cervical, et c'est à ce niveau qu'il faudra débiter le traitement, en essayant de rompre le cercle vicieux d'action-réaction entre, d'une part le cou qui est maintenu en érection par le long du cou et les pré-vertébraux et, d'autre part le diaphragme qui cherche à descendre son centre phrénique. Ce

n'est qu'ensuite que l'on pourra tenter de détendre le diaphragme et les psoas et, enfin, redonner de la longueur au transverse de l'abdomen.

A un stade déjà avancé de la grossesse, à défaut de pouvoir intervenir efficacement sur le diaphragme et les psoas, on devra se contenter de donner de la longueur au transverse.

## CONCLUSION

Une approche globale telle que proposée par la méthode G.D.S. est parfaitement indiquée dans le domaine de la péri-natalité, soit tout ce qui comprend la période de gestation et l'accouchement, mais aussi ses suites.

L'analyse de la posture permet de prévoir certains désordres pouvant perturber la grossesse et de mettre en œuvre un travail préventif, avant même le début de celle-ci, lorsque cela est possible. De plus, un travail adapté ne peut que faciliter l'accouchement lui-même.

La relaxine est une hormone sécrétée durant la grossesse et qui a pour effet de favoriser le relâchement des tissus conjonctifs, des

ligaments et des tendons pour permettre la dilatation nécessaire au fœtus pour se développer. La période du post-partum est une période favorable à un travail de réharmonisation du fait de la plus grande malléabilité articulaire qui s'y prolonge et dont pourra profiter le thérapeute.

## BIBLIOGRAPHIE

- CAMPIGNON, Philippe. *Respir-Actions*, Nouvelle édition, Ed. Frison-Roche, 2018.
- *Les chaînes musculaires et articulaires concept G.D.S. Notions de base*, Ed. Ph. Campignon, 2001.
- *Les chaînes antéro-latérales*, Ed. Ph. Campignon, 2004
- *Les chaînes postéro-latérales*, Ed. Ph. Campignon, 2006
- *Les chaînes antéro-médianes*, Ed. Ph. Campignon, 2010.
- *Les chaînes postéro-médianes*, Ed. Ph. Campignon, 2013.
- DENYS-STRUYF G., *Les chaînes musculaires et articulaires*, Bruxelles, I.C.T.G.D.S., 1987.
- CIRARU-VIGNERON, KOSMADASIS H., *La Bible de votre grossesse*, éd. Leduc.S.
- ACOU-BOUAZIZ K., *SOS maux de grossesse, guide et conseils pratiques à l'usage des futures mamans*, éd. Stéphane Bachès.
- RENGLEVICZ J.M., *Déchirures périnéales et épisiotomie*, ASINCOPROB du Haut Rhin
- TESTUT, *Traité d'anatomie humaine*, 6e édition, Paris, éditions Octave Doin et fils, 1912.
- TESTUT et JACOB, *Traité d'anatomie topographique*, 3e édition, Paris, éditions Octave Doin et fils, 1914.