

Pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum, le corps de la femme se transforme et subit des douleurs pelviennes et périnéales dont l'intensité est variable selon les patientes.

Le serrage de bassin est l'une des techniques traditionnelles qui a pour objectif de soulager ces symptômes durant la période des suites de couches. La lutte contre la douleur est en effet un enjeu essentiel au sein des maternités.

Le serrage de bassin

Définition et historique

Le serrage de bassin est une méthode traditionnelle originaire du Moyen-Orient et du Maghreb (Kabylie par exemple). Il a pour objectif une prise en charge des douleurs induites par la grossesse et l'accouchement pendant la période du post partum.

Il a été décrit et étudié pour la première fois par le docteur Bernadette de Gasquet. Le serrage de bassin consiste à refermer le détroit inférieur en se localisant au niveau des articulations coxo-fémorales. Il induit ainsi un rapprochement des ischions et un écartement des ailes iliaques (légère ouverture du détroit supérieur).

Il permet également une diminution de la lordose lombaire et une meilleure oxygénation de la patiente. (1, 2, 5, 14, 18)

Traditions

Dans les sociétés traditionnelles, la grossesse est considérée comme naturelle et l'accouchement comme une « *entorse physiologique* ». Pourtant, les suites de couches sont très codifiées et précises. Il est considéré que si on ne laisse pas suffisamment longtemps l'articulation dans une bonne position (à l'aide d'une contention, en général), la guérison ne sera pas parfaite et des séquelles se présenteront. (1, 2)

D'une manière générale, le bassin tend à prendre un ou deux centimètres de tour de hanches après le premier accouchement. C'est pour cette raison que les matrones des sociétés traditionnelles pratiquent des techniques afin de resserrer le bassin. Elles mettent en place un bandage autour des hanches dans le but de rapprocher les parois vaginales, de refermer le périnée et de soutenir les organes. (1, 2, 14, 18)

Les soins apportés au corps en suites de couches par le biais de massages ou de bandages agissent autant sur le plan physique que psychique. Ils viennent symboliquement redessiner les contours de l'organisme. (1, 14)

La technique du serrage de bassin

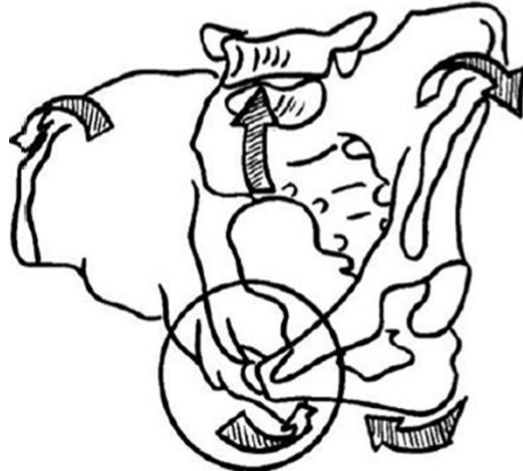
- Principe de rétroversion et de contre-nutation

La rétroversion du bassin se détermine par une bascule postérieure du pelvis par rapport à la colonne vertébrale au niveau de la charnière lombaire. Elle est comprise dans le mouvement de contre-nutation et permet de diminuer la lordose lombaire.

La contre-nutation se définit par l'avancée de l'extrémité distale du sacrum et un recul des ailes iliaques. Elle provoque d'une part, une ouverture du détroit supérieur dans le plan sagittal par bascule postérieure du promontoire et d'autre part, par déplacement sacro-coccygien antérieur,

une fermeture du détroit inférieur. Dans le plan frontal, elle induit un écartement des ailes iliaques et un rapprochement des ischions. (7, 15)

Pour engendrer un mouvement de rétroversion du bassin, il est nécessaire d'obtenir une version postérieure des ailes iliaques. Ainsi, à l'aide d'une alèse placée sous le dos de la patiente (en décubitus dorsal et genoux fléchis), le soignant est positionné devant elle et tire l'alèse vers lui pour provoquer une rétroversion passive sans la contraction des grands droits. (1, 5, 18). C'est à l'aide du serrage de bassin situé au détroit inférieur que la contre-nutation se fera. De plus, l'appui du plan du lit au niveau de la partie saillante du sacrum accentue ce mouvement.



Biomécanique de la contre-nutation

- Installation de la patiente

Une fois la rétroversion du bassin effectuée, si le lit motorisé le permet, le soignant exécute une flexion de jambe et/ou place au niveau des plis des genoux soit un coussin d'allaitement soit un coussin simple.

Le soignant plie ensuite une alèse dans le sens de la longueur pour obtenir une bande d'une largeur de 5 à 8 centimètres et la place à la partie saillante du sacrum (perpendiculairement à la longueur du lit).

Il est important de préciser qu'il ne faut pas toucher les ailes iliaques avec l'alèse. Grâce à la rétroversion du bassin, le soignant peut facilement placer l'alèse à ce niveau. S'il éprouve des difficultés, il peut demander à la patiente de soulever très légèrement les fesses, ce qui ne modifiera pas le placement du bassin. (1, 5,18)

Il est préférable pour faciliter la réalisation, de faire le serrage de bassin à deux en se plaçant de chaque côté du lit et de remonter le lit à la hauteur de hanche des soignants. Pour le confort de la patiente il est envisageable de positionner un oreiller ou un coussin d'allaitement type corpomed* sous l'occiput et sous les bras. (1, 5, 18)

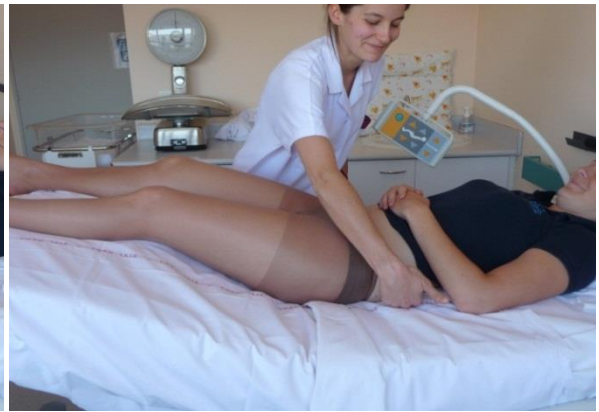
- Positionnement du serrage de bassin

La position adéquate pour le bandage du bassin est d'avoir dans un premier temps une flexion de jambes puis une extension avec une abduction pure (écartement de la jambe, genou tendu et orteils vers le plafond). A cet instant, on repère la ligne de flexion entre le fémur et le bassin correspondant à l'articulation coxo-fémorale. Le principe est de placer le serrage de bassin au niveau du détroit inférieur.

Ainsi, l'objectif est de se positionner à la partie saillante du sacrum, au niveau de l'articulation coxo-fémorale, en croisant le tissu au niveau de la symphyse pubienne. Ceci permet au bassin de se mettre en contre nutation.

Il est conseillé, une fois le bandage bien positionné, de faire un demi-tour ou un tour complet avec l'alèse au niveau de la symphyse pubienne et de bercer quelques minutes la patiente dans le but de détendre la colonne vertébrale.

Ce bon positionnement de hanche obtenu par rétroversion et flexion de hanche, permet d'avoir une décontraction du muscle grand psoas attaché aux lombaires et de l'iliaque attaché à la hanche.



L'étude :

Problématique et hypothèse

L'objet du mémoire est de mesurer l'efficacité du serrage de bassin en se référant à l'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.). Cette E.V.A. permet d'évaluer l'impact de la technique du serrage de bassin sur les douleurs spécifiques du post partum.

Hypothèse principale : Le serrage de bassin permettrait de diminuer les douleurs de bassin et les douleurs périnéales.

Hypothèse secondaire : Le serrage de bassin serait indiqué chez les parturientes en fonction de facteurs ante, per et post partum.

Méthodologie

L'étude a retenu cent-soixante-quinze patientes dont quinze ont refusé de participer. L'échantillon étudié a donc comporté cent soixante patientes réparties en deux groupes de quatre-vingts patientes : - un groupe dit « exposé ».

- un groupe dit « non exposé ».

Nous avons également souhaité visualiser anatomiquement l'impact du serrage de bassin au niveau articulaire, organique et musculo-ligamentaire afin de mettre en avant l'ouverture du détroit supérieur et la fermeture du détroit inférieur. Pour ce faire, une Imagerie par Résonance Magnétique (I.R.M) a été réalisée sur une patiente avant le serrage de bassin et pendant le serrage de bassin au deuxième jour du post partum.

Les résultats de l'étude

Effacité du serrage de bassin

EVA Groupe non exposé six heures après le début de l'étude

La moyenne de la différence d'EVA par rapport au début est d'environ 12 %.

MOYENNES	Groupe non exposé	Diminution par rapport au départ (en points)	Diminution par rapport au début (en%)
E.V.A pubis	1.00	- 0.10	- 9 %
E.V.A périnée	2.52	- 0.25	- 9 %
E.V.A ASI	2.74	- 0.27	- 8 %
E.V.A sacrum	2.2	- 0.47	- 17 %
E.V.A coccyx	1.88	- 0.37	- 16 %
E.V.A hémorroïdes	3.38	- 0.48	- 12 %

Les différences d'EVA sont toutes inférieures à 18 %. Les plus importantes sont celles situées au niveau du sacrum, du coccyx et des hémorroïdes.

EVA Groupe exposé six heures après le début de l'étude

MOYENNES	Groupe exposé	Modification par rapport au départ (en points)	Modification par rapport au début (%)	Modification par rapport à une heure après le serrage (%)
E.V.A pubis	0.32	- 0.82	- 72%	- 14 %
E.V.A périnée	1.55	- 1.65	- 52 %	- 1.5 %
E.V.A ASI	1.42	- 2.23	- 61 %	- 20 %
E.V.A sacrum	0.93	- 2.14	- 70 %	- 6 %
E.V.A coccyx	1.1	- 1.83	- 63 %	- 8 %
E.V.A hémorroïdes	2.24	- 1.76	- 44 %	- 26 %

La moyenne de la différence d'EVA par rapport au début est de 60%. Les écarts maximaux se situent au niveau : du pubis, du sacrum et du coccyx.

Il est constaté qu'entre les différentes étapes de l'étude, l'intensité de la douleur diminue au cours du temps.

A six heures du début de l'étude, chaque E.V.A a au moins diminué de moitié en ce qui concerne les douleurs de bassin et au moins de 44 % pour les douleurs périnéales.

Le serrage de bassin semble le plus efficace au niveau : du pubis, du sacrum, du coccyx et des articulations sacro-iliaques. Ces localisations sont spécifiques du syndrome douloureux pelvien. Nous pouvons donc penser que le serrage de bassin semble d'autant plus efficace sur le syndrome douloureux pelvien.

→ La diminution de l'E.V.A est significativement plus importante dans le groupe exposé au serrage de bassin que dans le groupe non exposé.

La majorité des patientes exposées (57,5 %) ont été « très satisfaites » de l'étude. 98,75 % conseilleraient cette technique à des proches.

83,75 % aimeraient bénéficier d'un second serrage de bassin. 88,75 % aimeraient apprendre à faire un serrage de bassin seules.

Nous pouvons remarquer que la satisfaction et l'intérêt des patientes exposées à cette technique est prédominante.

L'I.R.M.

	Mesures avant le serrage de bassin (en millimètres)	Mesures pendant le serrage de bassin (en millimètres)	Différence avant-pendant le serrage (en millimètres)
Détroit supérieur			
Promonto Rétro Pubien	116	118	+ 2
Transverse médian	110	112	+ 2
Distance entre les ailes iliaques (partie supérieure)	234	250	+ 16
Interligne des sacro-iliaques	3	4	+ 1
Cartilage du pubis	5.6	5.4	- 0.2
Détroit moyen			
Diamètre bi-sciatique	119	116	- 3
Détroit inférieur			
Diamètre sous-sacro-sous-pubien	109	105	- 4
Diamètre sous-coccy-sous-pubien	81	77	- 4
Diamètre bi-ischiatique	147	144	- 3

Organes par rapport à une ligne entre le pubis et la dernière pièce sacrée			
Vessie	12	12	0
Col de l'utérus	17	31	+ 14
	Angle avant le serrage de bassin (en degré)	Angle après le serrage de bassin (en degré)	Différence avant-pendant le serrage (en degré)

On observe un élargissement du diamètre promonto-rétro-pubien et du diamètre transverse médian correspondant au détroit supérieur. Le diamètre bi-sciatique, référant de l'excavation pelvienne, diminue. Les diamètres bi-ischiatique, sous-coccy-sous-pubien et sous-sacro-sous-pubien diminuent et correspondent au détroit inférieur.

Au niveau des organes, la vessie ne s'est pas mobilisée. Cependant, l'utérus a ascensionné de 14 millimètres.

Nous n'avons pas pu mettre en avant de modifications musculaires ou ligamentaires lors de cet examen.

Les bienfaits objectivés par le relâchement articulaire du détroit supérieur et la contention du détroit inférieur et moyen nous conduisent à penser que le serrage de bassin est bien impliqué à ces différents niveaux.

Critères d'indication du serrage de bassin

Parce que les interactions avec la différence d'EVA et les différentes variables étudiées ne sont pas significatives, on peut légitimement penser que le serrage de bassin est efficace sur tout le monde. II

n'y aurait donc pas de critères d'indication ante, per et post partum pour le serrage de bassin.

Perspective d'avenir et rôle de la sage-femme

- Par ses compétences et sa polyvalence, la sage-femme, présente en suites de couches, prend en charge de façon globale la nouvelle mère. De par son rôle de prévention et d'écoute, elle est à même de participer à l'élaboration du serrage de bassin en interrogeant les patientes sur leurs douleurs au niveau du bassin et du périnée. Cela concerne donc toute sage-femme en contact avec des patientes dans la période post natale que ce soit en libéral, en hospitalisation à domicile, en protection maternelle et infantile ou en milieu hospitalier. ● Il serait également envisageable de parler du serrage de bassin en période prénatale en commençant à apprendre aux femmes à faire un serrage de bassin seules, durant les cours de préparation à la naissance par exemple.
- Compte tenu des résultats de l'étude, il serait pertinent d'instaurer pour les professionnels de santé, une information sur le serrage de bassin, une fiche technique et de poursuivre les formations sur les postures avec une réactualisation des connaissances régulière.

Conclusion

Le travail réalisé a permis de mettre en évidence l'efficacité du serrage de bassin sur les douleurs pelviennes et périnéales. L'étude des variations d'E.V.A et a révélé une diminution significative de la douleur dans le groupe exposé.

Concernant les critères d'indications du serrage de bassin, l'étude n'a pas révélé de recommandations particulières quant à son indication pour une majorité des douleurs pelviennes. Le serrage de bassin est un geste simple, rapide à réaliser et peu onéreux. Il ne présente que très peu de contre-indications et peut ainsi être mis en œuvre sur une majorité de patientes. Celui-ci peut être considéré comme une alternative aux antalgiques donnés en suites de couches.

La satisfaction et la considération des patientes envers cette technique montre tout l'intérêt de poursuivre une prise en charge adaptée face aux douleurs de bassin et périnéales.

Les sages-femmes ont une place fondamentale dans cette prise en charge. Elles sont à même de pouvoir dépister ces douleurs dans la période des suites de couches et de les traiter par le serrage de bassin.

Selon l'institut de Gasquet, 465 maternités en France ont reçu la formation proposée sur les postures et l'accouchement. Cette formation comprend l'apprentissage de la technique du serrage de bassin.

Une poursuite de l'étude sur l'intérêt du serrage de bassin pendant la grossesse serait intéressante. Quelques pistes de développement sont proposées : s'intéresser aux algies pelviennes durant la grossesse, au contexte d'aide médicale à la procréation ou aux menaces d'accouchement prématuré.

- [1] DE GASQUET Bernadette, CODACCIONI Xavier, ROUX-SITRUK Danielle. [et al]. *Bébé est là, vive Maman : Les suites de couches*, éd.Robert Jauze, avril 2005, 317 p.
- [2] DE GASQUET Bernadette. *L'accompagnement corporel dans les suites de couches*. Kinésithérapie scientifique, décembre 1997, n° 373, p.8-9.
- [3] FOUQUET Bernard, BORIE Marie-Joëlle, PELLIEUX Sybille. *Rachis lombaire et grossesse*. Revue de rhumatisme, 2005, Vol.72, p.707-714.
- [4] TIMSIT M-A., *Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne*. Gynécologie Obstétrique et fertilité, 2003, Vol.32, p.420-426.
- [5] DE GASQUET Bernadette. *Bien être et maternité*, éd.Albin Michel, 2009, 369 p.
- [6] TIMSIT Marie-Agnès. *Syndromes douloureux pelviens (rhumatologiques) au cours de la grossesse*. Revue de rhumatisme, 2005, Vol.72, p.715-718.
- [7] VERSIER Gilbert. *Physiologie de la sacro-iliaque* .Revue de rhumatisme, juillet 2009, Vol.76, p.734-740.
- [8] GUIDANCE FOR HEALTH PROFESSIONALS. *Pregnancy-related pelvic girdle pain*. Association of chartered physiotherapists in women's health, 2007, 19 p.
- [9] EUROPEAN GUIDELINES. *The diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*.Cost action B13.2006, 50 p.
- [10] VENDITELLI.F. *Syndrome douloureux abdominal-pelvien pouvant motiver une consultation en urgence au cours d'une grossesse*. octobre 2003, p.11-12.
- [11] GILARDEAU C., DAUBINET G., *Pathologie non inflammatoire et non infectieuse de la sacro-iliaque*. Journal de traumatologie du sport, 2010, n°27, p.31-41.
- [12] BASTIAANSEN J., DE BIE R., BASTIAENEN C.[et al]. *A historical perspective of pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain*. European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology, 2005, n°120, p.3-14.
- [13] DUMONT Pol. *Prévention des pathologies périnéales et des troubles de la statique pelvienne*. Kinésithérapie scientifique, décembre 1997, n° 373, p.10-19.
- [14] D'OLIER F. *Suites de Couches : Tradition et Modernité sont-elles compatibles ?* décembre 2006, 6 p.
- [15] KAPANDJI A.I. *Anatomie fonctionnelle : tête et rachis*, éd.Maloine, 6^{ème} éd, 2007, 3 tomes, 329 p.
- [16] DABBADIE L., CAUFRIEZ M., GUILLARME L. *Approche fonctionnelle de la statique et de la dynamique pelvienne*. Kinésithérapie scientifique, décembre 1997, n° 373, p.49-54.

[17] DUFOUR Michel. *Anatomie de l'appareil locomoteur : tête et tronc*, éd.Masson, 2003, 3 tomes, 365p.

[18] DE GASQUET Bernadette. *Retrouver la forme après bébé*, éd.Marabout, août 2009, 128 p.

[19] CAPDEPON Christian. *Rééducation périnéale et post partum*. *Kinésithérapie scientifique*, décembre 1997, n° 373, p.10-19.