

Benoît GARRAUD
Coach sportif



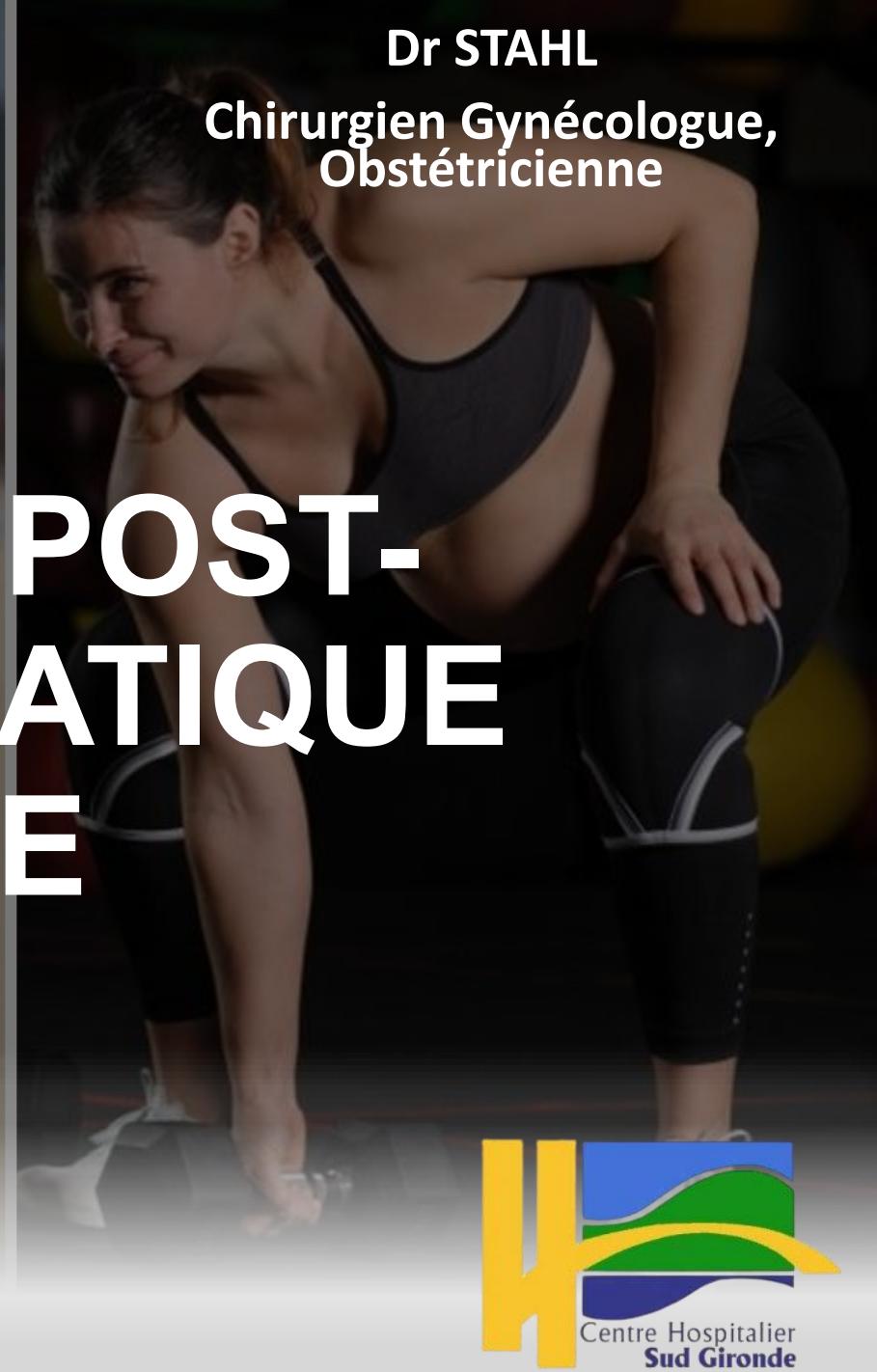
for
MAMA'S
sake
BODY, MIND, BABY



GROSSESSE, POST- PARTUM ET PRATIQUE SPORTIVE



Dr STAHL
Chirurgien Gynécologue,
Obstétricienne



Objectifs :

- **Devoir d'information / communication**
- **Répondre à une demande du public concerné et enjeux de santé publique**
- Comprendre les modifications physiologiques et psychologiques
- Identifier les risques et adaptations nécessaires pour la pratique sportive.
- Proposer **des conseils pratiques**



Pour qui? Pourquoi?

Pour toutes!

Bénéfices:

- Sédentaire: dès 30min par jour
- SHN: dès 60 à 90min par jour

Maintien ou amélioration de la condition physique

Prévention prise de poids excessive et récupération poids antérieur

Prévention du DG et de la pré éclampsie

Réduction du risque de macrosomie (poids excessif à la naissance)

Diminution des douleurs pelviennes et lombaires lors de la G

Diminution possible du temps de travail

Diminution du risque de recours à la césarienne

Prévention et amélioration des symptômes dépressifs du PP



Pour qui? Pourquoi?

Pour toutes!

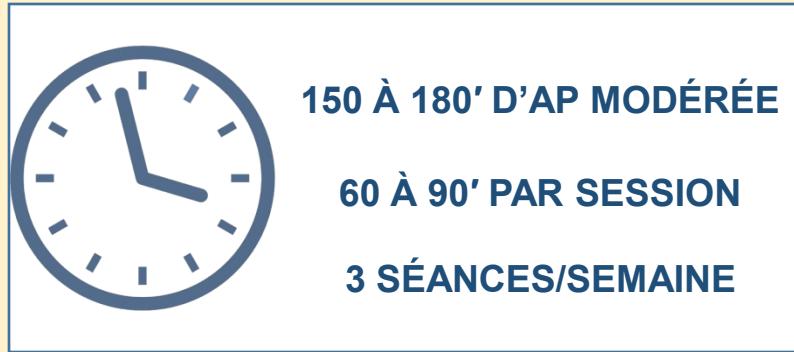
Arrêt de l'APS:

- 78% à l'annonce de la grossesse
- 14% premier trimestre

Craintes FCS / MAP
Fatigue
Blessure
Nausées
Conséquences pour le fœtus
Manque de temps
Manque d'info
Douleurs = repos



RECOMMANDATIONS 2019 POUR LA PRATIQUE SPORTIVE



150 À 180' D'AP MODÉRÉE
60 À 90' PAR SESSION
3 SÉANCES/SEMAINE



REFORCEMENT
MUSCULAIRE
1 À 2 FOIS/SEMAINE



LIMTER LA
SÉDENTARITÉ
À 7H/JOUR



PAS D'EXERCICE
AU-DELÀ DE 2500M
D'ALTITUDE



ASSOCIER
REFORCEMENT
MUSCULAIRE
(PLANCHER PELVIEN ++),
ENDURANCE,
STRETCHING



AP QUOTIDIENNE
RECOMMANDÉE EN DIABÈTE GESTATIONNEL



ADAPTATIONS PENDANT LA GROSSESSE

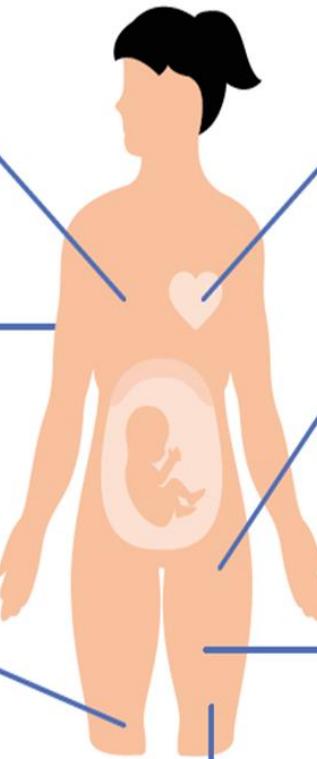
HORMONALES

MÉTABOLIQUES

- Respiration plus ample
- VO₂ max de 10 à 30%

Accentuation
de la courbure lombaire

Ligaments articulaires
plus élastiques



- Augmentation
des paramètres :
- Volume des ventricules
- Fréquence cardiaque
- Volume sanguin

Périnée exposé
à l'affaiblissement

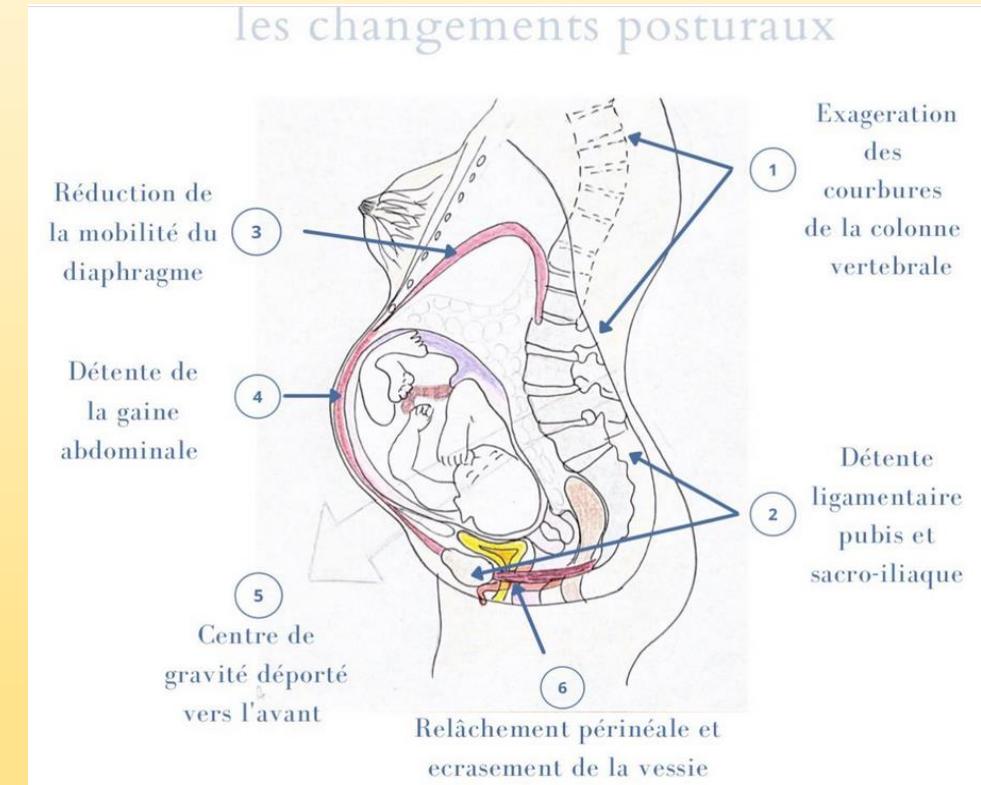
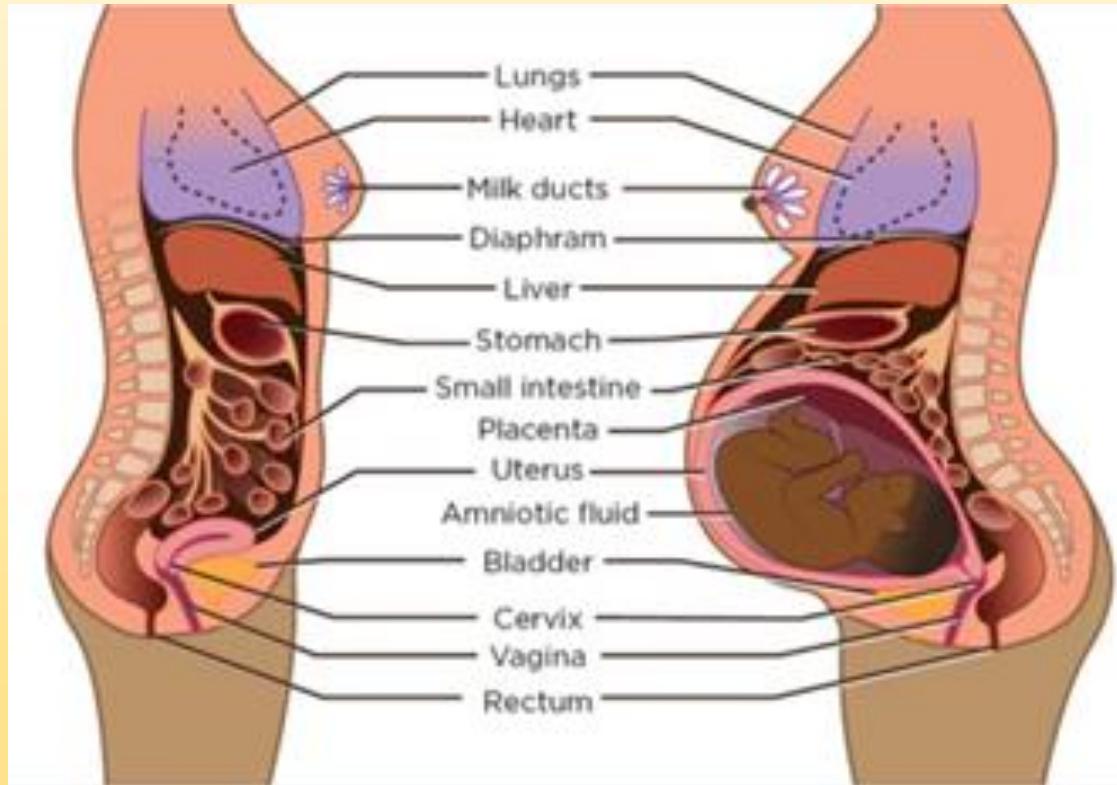
Fibres musculaires
majoritairement
de type II: gain de force
et de puissance

Réseau veineux
agrandi de volume

CARDIO-RESPIRATOIRES

MUSCULO- SQUELETTIQUES/ BIOMÉCANIQUES

ADAPTATIONS PENDANT LA GROSSESSE



Adaptation psychologique :

T1

- **Ambivalence**
- **Fatigue et irritabilité**
- **Impact sur la pratique sportive :**
 - Baisse de motivation (nausées, fatigue).
 - Crainte de nuire au fœtus (besoin de rassurer sur les activités adaptées).



T2

- **Meilleure acceptation** de la grossesse (disparition des nausées, perception des mouvements fœtaux).
- **Image corporelle** : Changements physiques visibles (peut impacter l'estime de soi).
- **Motivation** : Souvent en hausse (énergie retrouvée).



T3

- **Appréhension** de l'accouchement (peur de la douleur, de l'inconnu).
- **Fatigue physique et mentale**



Besoin de soutien : Rôle clé de l'entourage et des professionnels.
Préoccupations de performances
préoccupations économiques

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES ET ABSOLUES À LA PRATIQUE DE L'AP

- RPM
- MAP, ou antécédents de 2 naissances prématurées
- Saignement vaginal persistant inexplicable ou placenta prævia après 24SA
- Pré éclampsie
- Béance du col/ cerclage
- RCIU
- Grossesse de rang élevé (triplés)
- Épilepsie non contrôlée
- Maladies cardiovasculaires ou pulmonaires A ou C graves/hémoglobinopathies, troubles systémiques

- Antécédents de FCS à répétition
- HTA gestationnelle
- GG >28SA
- **Hb <9g/dL ou anémie symptomatique**
- DG non équilibré (HbA1c >6, 5%)
- **Malnutrition**
- **TCC**
- Obésité extrême obésité >40IMC
- Limitations orthopédiques, natation possible
- M. cardiovasculaires ou pulmonaires légères à modérées
- DT1 non contrôlé
- M. Thyroïdienne non contrôlée
- Tabagisme élevé
- Troubles de la santé importants

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Selon les Recommandations du Collège National des Sages-Femmes de France

Bon pour ma santé, bon pour mon futur bébé !



EN PRATIQUE ?

J'ai une activité physique d'intensité modérée¹ en individuel ou en groupe

➡ Au moins 2h30 par semaine

➡ Au moins 3 sessions de + de 30 min

➡ Je pratique des exercices de renforcement musculaire 1 à 2 fois par semaine :

- Lors des activités de la vie courante (montée d'escaliers, port de charges limitées, rangement, jardinage...)
- Ou lors de séances de musculation dédiées (avec des livres, des petites haltères, des bouteilles d'eau)

➡ Je limite mon temps de sédentarité au travail et à la maison.

QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE ?



CONSEILLÉ : activités physiques à faible impact

- Marche
- Natation
- Gymnastique douce
- Vélo d'appartement
- Exercice de renforcement musculaire
- Yoga, Pilates, Tai-Chi



DÉCONSEILLÉ

- Sports de contact : basket, handball, boxe, karaté, judo...
- Sports à risque de chutes : ski, VTT, planche à voile, surf, équitation...



CONTRE-INDIQUÉ

- Plongée sous-marine



QUELLE QUE SOIT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, JE PRENDS DE BONNES HABITUDES :



→ Je bois suffisamment.

→ Je me nourris de manière équilibrée.

→ Je dois pouvoir parler sans difficulté pendant mon activité physique.

→ Je limite les exercices, allongée sur le dos, à partir de 4 mois de grossesse.

→ Je pratique l'activité physique à moins de 1800 mètres d'altitude.



Je ne pratique pas d'activité physique sans avis médical en cas de :

- Fausses couches répétées
- Grossesse gémellaire après 6 mois de grossesse
- Anémie importante
- Hypertension artérielle, pré-éclampsie
- Diabète mal équilibré
- Risque d'accouchement prématuré
- Maladie thyroïdienne mal contrôlée
- Maladies cardiovasculaires ou respiratoires modérées.



Je ne pratique pas d'activité physique notamment en cas de :

- Perte de liquide amniotique
- Perte de sang
- Placenta bas inséré après 5 mois de grossesse
- Fièvre et dans les 5 jours qui suivent
- Fortes chaleurs.



EN CAS DE DOUTE ou de symptômes inhabituels,
arrêtez l'activité et demandez conseil à votre sage-femme ou votre médecin.

¹ Activité où la personne doit pouvoir parler.

PEC au cas par cas

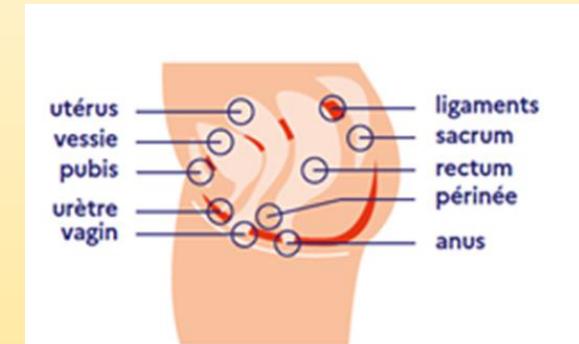
Situation personnelle, antcd perso/fam

Bilan

Objectifs/ souhaits/ craintes

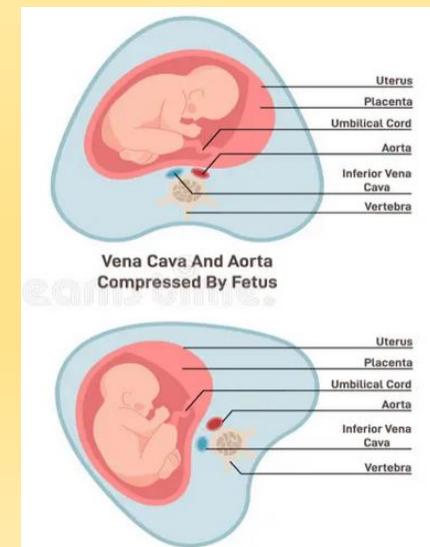
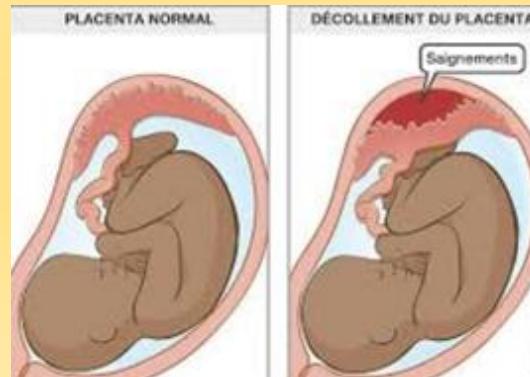
Ressources/ soutiens

Red S, carences préexistantes?



Risques spécifiques liés à certaines pratiques:

- traumatismes directs/ HRP
- Syndrome cave
- faiblesse du plancher



RECOMMANDATIONS POUR LES SHN



**6 SÉANCES DE 60' AU 1^{ER} TRIMESTRE
5 À 6 SÉANCES DE 45' À PARTIR DU 5^{ÈME} MOIS
5 SÉANCES MAXIMUM DE 30 À 40'**



CARDIO <90% de la VO₂



**PAS DE PRATIQUE >2500M SI NE RÉSIDANT
HABITUELLEMENT PAS À CES HAUTEURS**



**ACTIVITÉS À RISQUES DE CHUTES ET
TRAUMATISMES INTERDITES À PARTIR DU 2^{ÈME}
MOIS**



**RENFO SUR LES GRANDES CHAÎNES MUSCULAIRES
(DORSAUX, ABDOMINAUX, MEMBRES SUPÉRIEURS ET
INFÉRIEURS, PLANCHER PELVIEN) SANS PORT DE
CHARGE LOURDE ET SANS BLOCAGE DE RESPIRATION**



**Sport
de haut niveau
et maternité,
c'est possible !**



RECOMMANDATIONS POUR LES SHN



**EXERCICES EN DÉCUBITUS DORSAL PROSCRITS
APRÈS LE 4^{ÈME} MOIS**



**EXERCICES VIGOUREUX À IMPACTS AU SOL
PROSCRITS À PARTIR DU 6^{ÈME} MOIS**



**PAS DE SÉANCES À IMPACTS AU SOL DEUX JOURS
D'AFFILÉE (ALTERNER COURSE À PIEDS ET VÉLO
PAR EXEMPLE)**



RECOMMANDATIONS POUR LES SHN

Entrainement	1 ^{er} Trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre
Intensité	Inf à 90% de la VO2	sub maximale 70-80% de VO2 à modérée (60%)	Modérée
Durée	Séances de 60 min	A partir du 5^e mois: 45 min	Séances de 30 à 40 min max
Fréquence	6 fois par semaine	5 à 6 fois par semaine	Maximum 5 fois par semaine
Type d'exercices ou activité en PPG	Gainage, renforcement musculaire footing, CAP en sub maximale vélo	Au 4^e mois: Pas de d'exercices à plat dos hors milieu aquatique Jusqu'au 5^e mois: footing Jusqu'au 6^e mois: vélo, vélo stationnaire, elliptique Renforcement musculaire à charge inférieure par rapport à l'avant grossesse Exercices sur ballon Pilate adapté	Pas de d'exercices à plat dos hors milieu aquatique Pas d'activité à impacts au sol répétés ou entraînant une hyperpression abdominale
Marche rapide, activités aquatiques aquaforme, natation, renforcement musculaire contre le poids du corps escalier d'exercices. exercices d'assouplissement, yoga adapté			



EFFETS DE LA GROSSESSE SUR L'ENTRAÎNEMENT ET LES PERFORMANCES DE 42 COURSEUSES DE NIVEAU INTERNATIONAL

OBJECTIF

- Quantifier volume, l'intensité et le type d'entraînement et les performances en compétition pendant la grossesse, le post-partum et l'après-grossesse

MÉTHODE

- Questionnaire rétrospectif de 139 questions
- Performances :
 - un an avant grossesse
 - pendant la grossesse
 - un an après grossesse

CONCLUSION

- Pas d'effets indésirables significatifs malgré un volume d'entraînement 2 à 3 fois supérieurs aux recommandations de 150 minutes/semaine d'AP.
- Pas de diminution notable de la performance chez les athlètes souhaitant poursuivre la compétition.

CRITÈRES

- 42 courseuses de niveau international
- Avoir accumulé 980 points IAAF sur des distances $\geq 1500m$ (1500m en 4'29"56)
- Une grossesse menée à terme dans les 5 ans avant le questionnaire

DONNÉES

Parameter	Injured		OR (95% CI)	P
	Yes	No		
Training-related data				
Minutes per week trimester 1	313 \pm 159	341 \pm 161	1.00 (0.99-1.00)	0.614
Minutes per week trimester 2	243 \pm 147	348 \pm 178	1.00 (0.99-1.00)	0.094
Minutes per week trimester 3	134 \pm 133	190 \pm 192	1.00 (0.99-1.00)	0.358
Weeks off running postpregnancy	6.6 \pm 7.2	4.7 \pm 5.3	1.05 (0.95-1.21)	0.383
Minutes per week postpregnancy	383 \pm 203	431 \pm 186	1.00 (0.99-1.00)	0.484
Type of delivery				
Vaginal	n = 15	n = 15	Reference	
Cesarean	n = 6	n = 5	0.89 (0.21-3.62)	0.873



SCAN ME

Signes d'alerte = arrêt de l'AP + une cs médicale



Essoufflement persistant excessif à l'effort,
non soulagé par le repos

Douleur ou sensation de pression dans la
poitrine (urgence médicale)

Contractions utérines régulières et
douloureuses non soulagées par le repos

Saignement vaginal

Fuite de LA / RPM

Vertiges , malaises / céphalées

Faiblesse musculaire affectant l'équilibre

Douleur ou oedème du mollet

IU -> rééducation



GÉRER LES ACTIVITÉS À RISQUES



BALANCE BÉNÉFICES/RISQUES



LA TÂCHE/L'ÉQUIPEMENT

Exercice, intensité, charge, durée, tempo, équipement utilisé...



ENVIRONNEMENT

Contexte de pratique (compétition ou entraînement), surface de travail, conditions environnementales (chaleur, humidité)



SPÉCIFICITÉS DU TRIMESTRE



GÉRER LES ACTIVITÉS À RISQUES



BALANCE
BÉNÉFICES/RISQUES



LA TÂCHE/L'ÉQUIPEMENT

Exercice, intensité, temps, ...

ENVIRONNEMENT

Contexte de pratique (compétition, entraînement), surface de travail, conditions environnementales (chaleur, humidité)

SPÉCIFICITÉS DU TRIMESTRE

AVOIR LE FEU VERT MÉDICAL



OUTILS DE CONTRÔLE DE LA CHARGE DE TRAVAIL

RPE ÉCHELLE DE BORG MODIFIÉE



Peut sous-estimer la FC d'en moyenne 15 BPM

TALK TEST

Use the Talk Test to determine your physical activity intensity.

Exercise intensity	Talk level	Examples
Light	Normal breathing rate – can sing or talk	Slow walking Stretching Light housework
Moderate	Breathing getting faster – can carry a conversation but not sing	Brisk walking Cricket Leisurely swimming
Vigorous	Gasping for breath – can't hold a conversation	Jogging Soccer Dancing

OBSERVATION



La femme doit pouvoir maintenir une conversation

Intensités plus élevées autorisées chez les femmes sportives après accord du médecin

Dégradation du mouvement liée à la fatigue, mauvaise technique



SCAN ME

ENTRAÎNER LA FORCE



50-70% DU 1 RM ESTIMÉ



PAS DE CHARGES MAXIMALES



1-3 SÉRIES PAR EXERCICE

8 -15 RÉPÉTITIONS

PAR SÉRIE



20-60' PAR SÉANCE



ÉVITER LA MANŒUVRE
DE VALSALVA



SCAN ME

ENTRAÎNER LE CARDIO



90% DE LA FC MAX
(80-85% RECOMMANDÉS)



SURVEILLER LA TEMPÉRATURE
EXTÉRIEURE



FAIRE DES PAUSES RÉGULIÈRES



ADAPTER LE TERRAIN



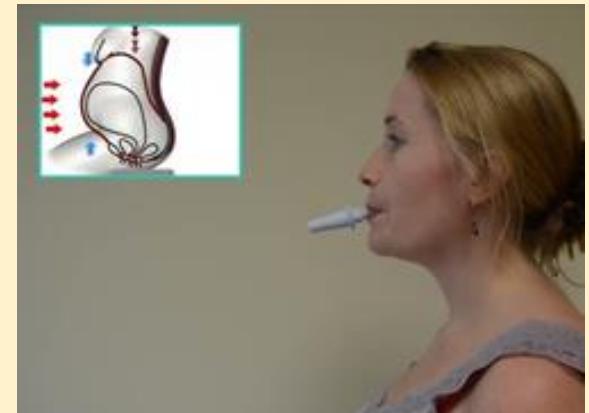
PAS DE TRAVAIL EN ALTITUDE
>2500M



Moyens de soutien



Ceintures de grossesse
Pessaire
Winner flow

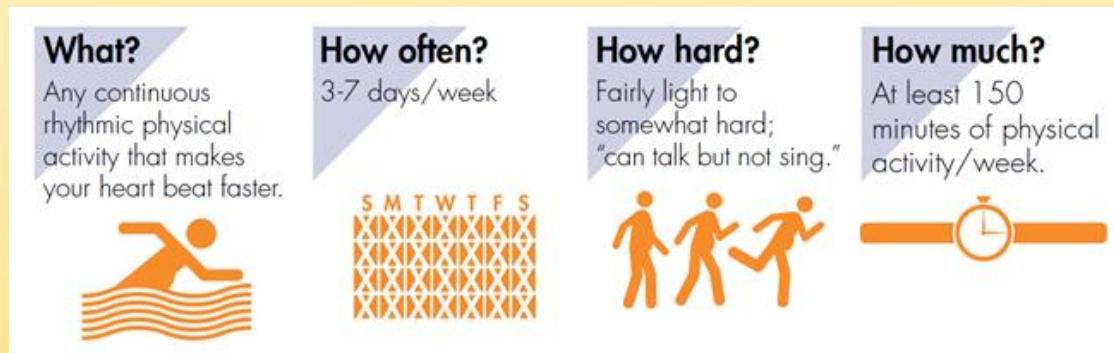


Conclusion:

La grossesse n'est pas une contre-indication à l'activité physique
période d'adaptation

L'accompagnement doit être **personnalisé, sécurisé et bienveillant**.

Importance de la **collaboration pluridisciplinaire**
manque de données = pistes pour les recherches futures



Being active in Pregnancy, American college of sport Medicine

« Le sport pendant la grossesse, c'est **s'adapter, pas abandonner** »

Une athlète enceinte n'est pas une patiente, mais une femme en **transformation**

Les sportives accouchent-elles mieux que les autres ?

Meilleure oxygénation des tissus

En moyenne, travail **30 % plus court** chez les femmes actives (Kardel, 2019)

Périnée et abdominaux renforcés → poussées plus efficaces

Récupération plus rapide entre le CU

Moins de DG (ACOG, 2020)/ Poids de naissance optimal

Résilience mentale :

- **gérer la pression** (compétitions)
- **Capacité accrue à gérer la douleur** (Clapp, 2002, Bastani et al., 2021)
- **se fixer des objectifs**
- Moins de douleurs résiduelles

Risque accru de traumatismes périnéaux

Périnée "trop musclé" : **périnée hypertonique**, moins élastique → risque accru de déchirures (Capé et al., 2020).

Épisiotomie plus fréquente **25–30 % des sportives** vs 15 % en population générale (Maitre, 2021).

Difficultés liées à la récupération cicatricielle

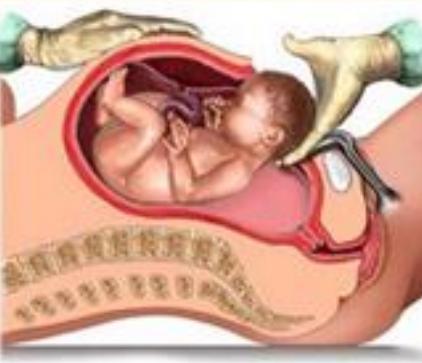
Incontinence urinaire : 30 % des sportives après AVB (vs 15 % en population générale) (Nygaard et al., 2020)

Diastase des grands droits : Plus fréquente chez les sportives (surtout si reprise trop précoce).

Culte de la performance, Pressure sociale et attentes irréalistes:

- Minimisation de la **douleur**
- Reprise trop rapide, aggravant les séquelles (Nolan, 2019)
- **Manque de suivi adapté**

Césarienne



Planification

Pas de traumatisme périnéal

préservation relative du plancher pelvien pour les sports à impact (course, saut)

Moins de risques d'incontinence urinaire

à court terme /risque accru à long terme
si plusieurs césariennes

Adaptée aux bassins étroits :

Sélection morphologique liée à certaines AP

Récupération plus longue

Cicatrice utérine et abdominale :

Risque de hernie ou de douleurs chroniques
(10 % des cas) (HAS, 2020)

Reprise sportive retardée :

3–6 mois pour les sports sollicitant les abdominaux

Adhérences pouvant limiter la mobilité.

Impact respi

Risques pour les grossesses futures

Post Partum

Phase immédiate 0–6 semaines post-partum

Phase intermédiaire (6 semaines–3 mois)

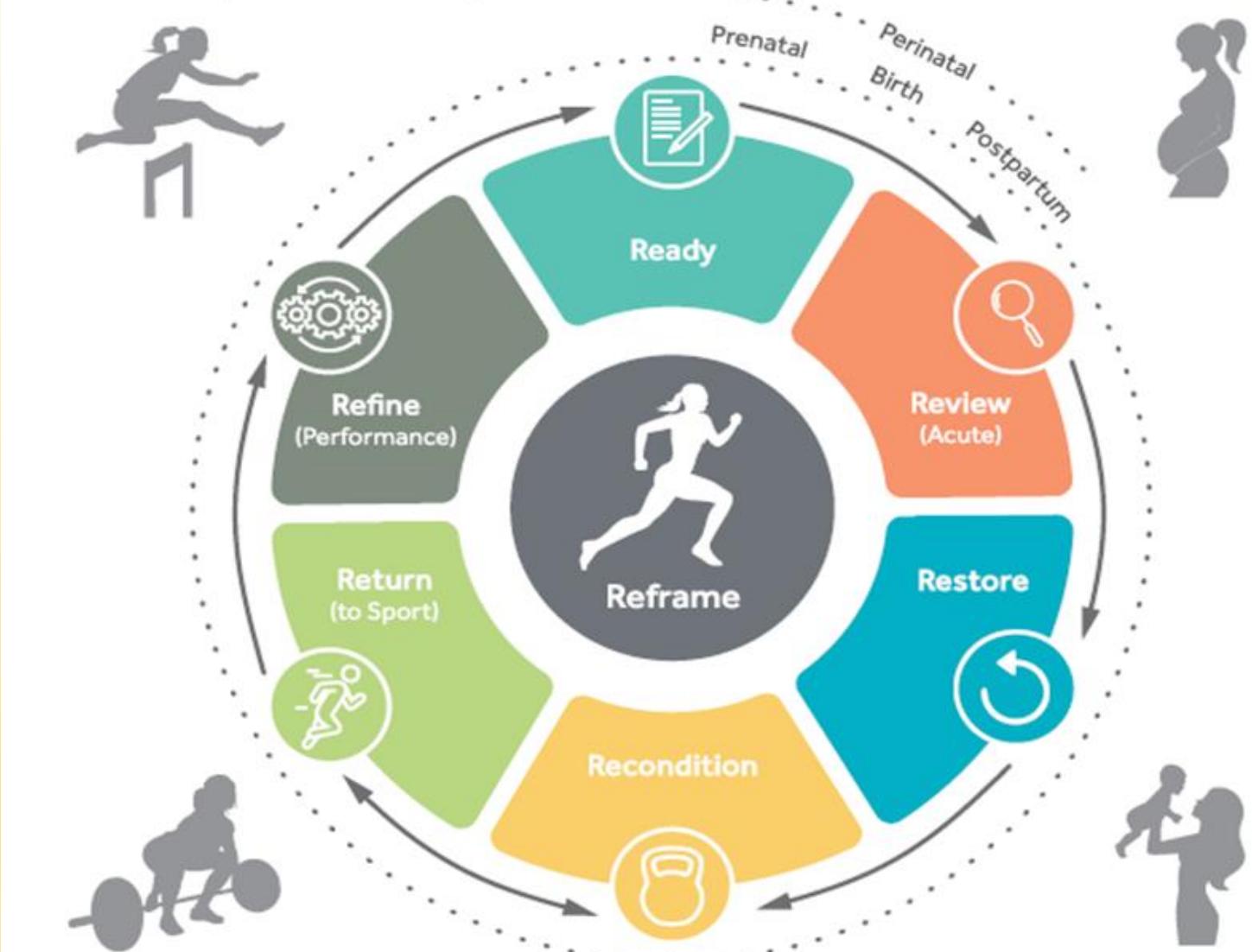
Phase tardive (3–12 mois et au-delà)

Phase longue durée (> 1 an)



Doriane Rauline (à g.), la créatrice du Mama Running Club, court aux côtés de la Lyonnaise Marion Delespierre, médecin du sport et championne du monde de trail en 2023 au Parc de la Tête d'Or. Photo Estelle Pelletier

This framework is underpinned by a whole-systems, biopsychosocial approach that requires the safety of the mother and baby to be the overarching consideration.



Métabolique :

Chute brutale des **œstrogènes/progestérone**,

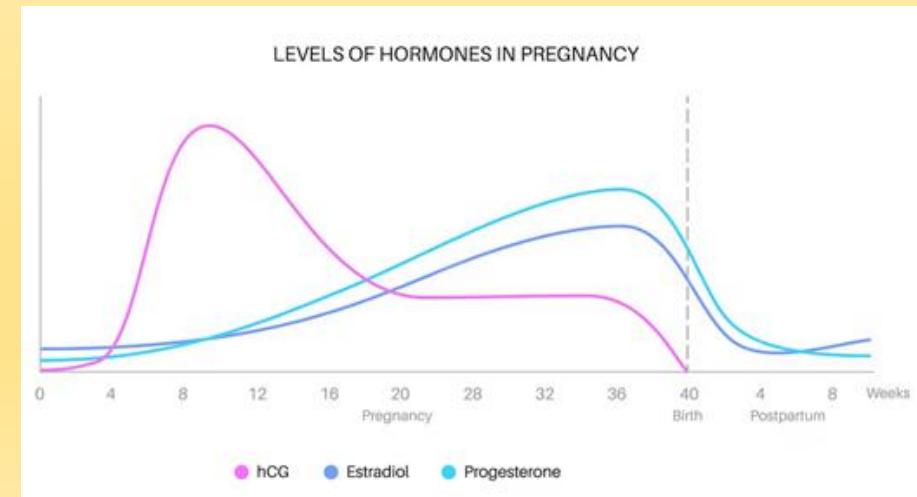
Cortisol élevé (stress, fatigue) → impact sur la récupération musculaire.

Anémie, Carences vit D, Fer, Calcium, thyroidite du PP, modifications métabolisme,

Prise de poids résiduelle : 50 % des femmes gardent +5 kg à 1 an

(Institute of Medicine, 2009).

Résistance à l'insuline : Risque accru de diabète de type 2 (studies NIH, 2020).



**Musculaire :**

Risque de perte de masse musculaire (surtout si sédentarité post-partum) (Maitre, 2021).

Risque de « dysfonction » (incontinence, prolapsus) (Capé et al., 2020).

Diastase des grands droits

Perte plutôt sur les reflexes et la rapidité

Asymétries : Liées aux postures d'allaitement/portage du bébé.

Articulaires :

Arthralgies : Liées à la laxité persistante

Laxité ligamentaire : Jusqu'à 3-6 mois (relaxine résiduelle). La laxité diminue, persiste pour les ligaments pelviens presque 6 mois-1 an (manque de données/études)

Douleurs résiduelles**Risque de fracture de fatigue****Cardio-vasculaire :**

Adaptations 6-12 mois

Retour à la normale, mais **VO₂ max** peut rester réduite de 5-10 % (studies ACOG, 2021)

Lochies : 2-6 semaines/ Retour progressif des cycles 6S-3M

Volume sanguin revient à la normale en 2-3 semaines (ACOG, 2021)

Anémie?**Risque thromboembolique accru**

PP ce que l'on ne vous dit pas...



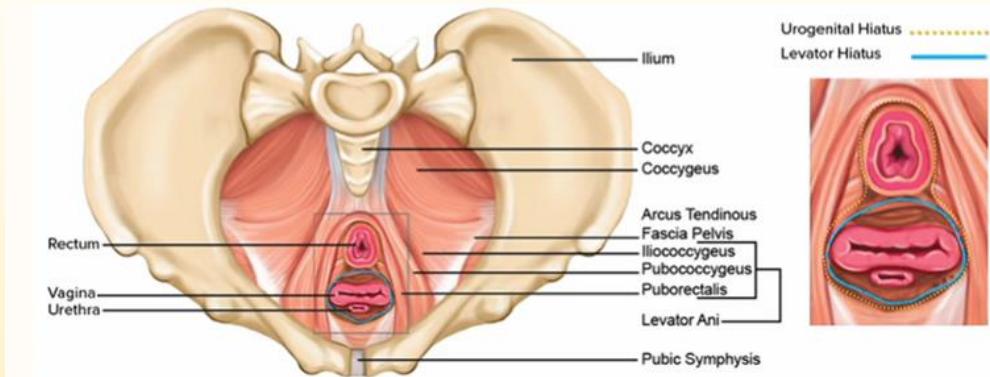
Asthénie
Etat douloureux (60/65% en PP), pesanteurs, oedèmes
Adaptation NN
Altération du sommeil
Cicatrices/ trauma
Hémorroïdes, IU, prolapsus
Libido
Altération du schémas corporel
Perte de l'elasticité de la peau
Ventre creux / vide, vergetures
bassin élargi, douleur coccygiennes/ articulaires
CM, inquiétudes
Nouveaux statut
...



Rééducation périnéale (obligatoire en France)

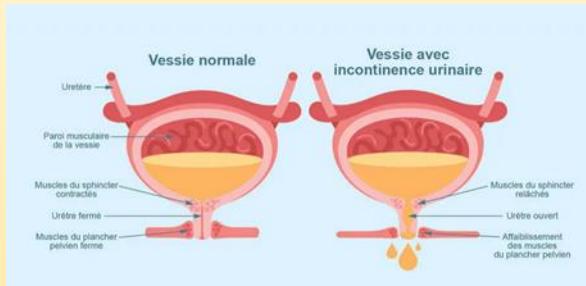
Objectifs :

- Récupérer la force et l'endurance du plancher pelvien.
- Prévenir les prolapsus (descente d'organes) et l'incontinence.



Méthodes :

- **Exercices de Kegel** : Contracter le périnée (comme pour retenir une envie d'uriner) 10 fois, 3 séries/jour.
- **Biofeedback** : Utilisation de sondes pour visualiser les contractions (efficacité prouvée, Bo et al., 2015).
- **Électrostimulation** : Pour les cas de faiblesse musculaire sévère.

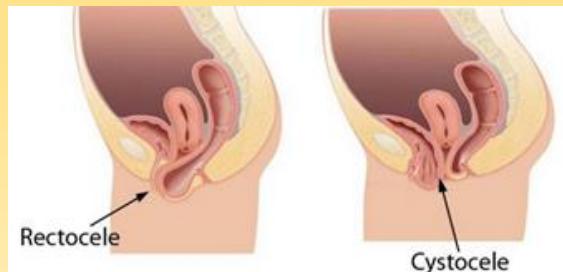
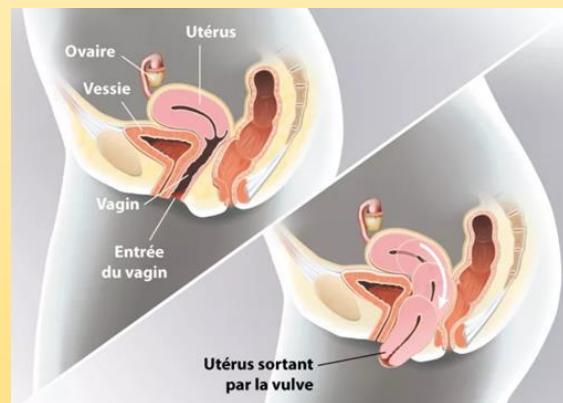


Renforcement global Abdomino-périnéal :

Posture : Correction des asymétries : Liées au port du bébé ou à l'allaitement (étirements des épaules et du dos).

Constats:

- UI: 50 % des femmes ont encore des symptômes d'incontinence à 3 mois (Capé et al., 2020).
- Fuites urinaires, après 3 mois, douleurs pelviennes → consulter un kiné spécialisé.
- **90 % des femmes** récupèrent une fonction normale à 12 mois (Capé et al., 2020), mais 10–30 % gardent des séquelles (incontinence d'effort).
- **Transverse** : Renforcement progressif nécessaire dans le PP (Boissonnault et al., 2018).



Risque de « dysfonction IU / prolapsus SHN

Bon sens

Travail préalable, proprioception

Pas un manque de force, mais un retard à l'activation des MPP

Muscles stabilisateurs et muscles générateurs du mouvements / trouver le bon dosage

synergie coordonnée entre les muscles qui assurent la stabilisation lombo pelvienne

Synergie transverse/ périnée, sans mise en jeu des obliques = élévation du cl vésical et diminution des PIA

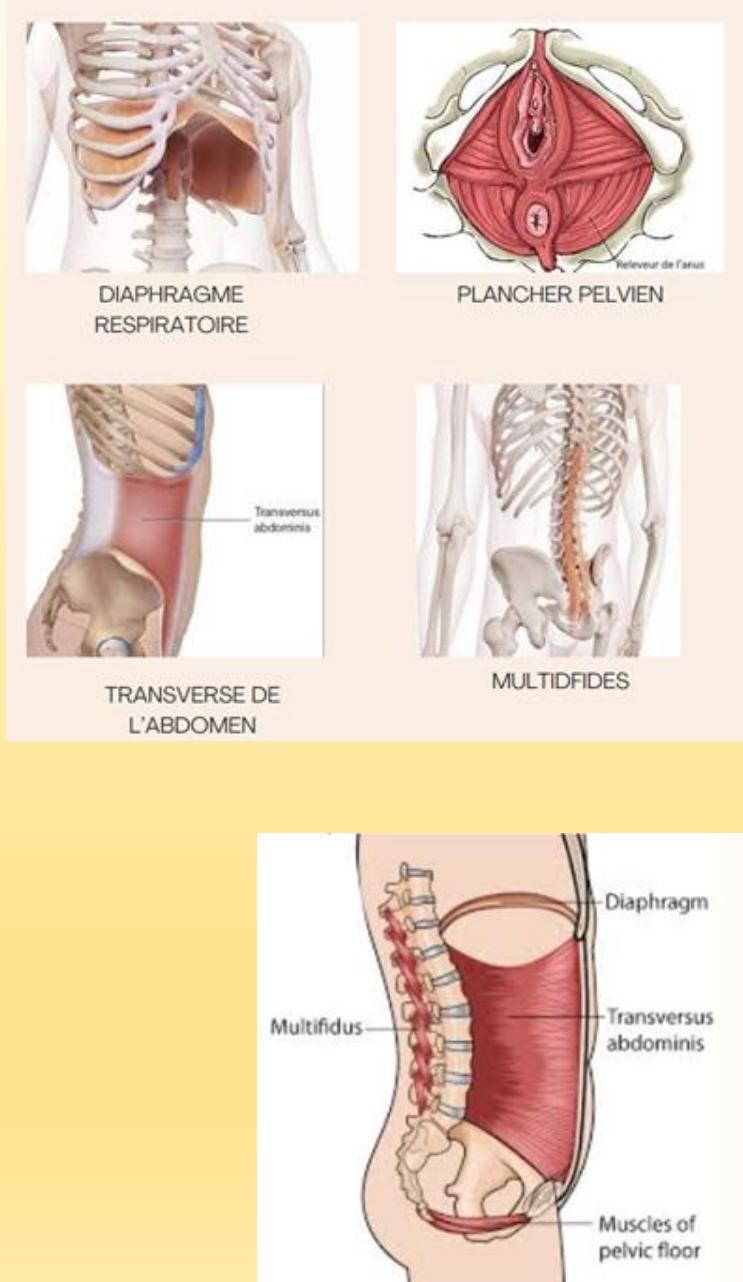
Ajustement postural anticipateur (APA)

Capacité du transverse avant ou au moment du mouvement volontaire

Anticipation posturale

Ajustement des PIA

Stabilisation lombo pelvienne



LC Pereira, S Botelho Are TA/OI and PFM coactivated during pregnancy and post partum Neurology and urodynamics 2013 32:416 41Int. Urogynecol Journ

Junginger, Bessler, Sapasford, Hodges2009: Effect of abdominal and pelvic floor task on muscle activity, abdominal pressure and bladder neck

Iconographie , Cecile Cape, kinésithérapeuthe spécialisée en pelvi périnéologie

ENTRAÎNER LA FEMME ENCEINTE

! ENJEU PRINCIPAL !

IMPORTANT

→ S'ASSURER QUE LA FEMME GÈRE
SA PRESSION INTRA-ABDOMINALE
CORRECTEMENT PENDANT L'EFFORT

QUAND ?

DÈS LE 1^{ER} TRIMESTRE

COMMENT ?

- EN ÉDUQUANT SUR LA RESPIRATION ET LE COUPLE PÉRINÉE/TRANSVERSE
- EN TRAVAILLANT SUR LES PLACEMENTS (AUTOGRANDISSEMENT, PLACEMENT DE LA TÊTE ET DU BASSIN)
- EN RÉDUISANT LES CHARGES (SI TRAVAIL EN MUSCULATION)
- EN RÉDUISANT LE TEMPO



Diastase des droits

5 à 9cm physio pendant la grossesse

Retour « quasi » à la situation antérieure

Persiste chez 60 % des femmes à 6 semaines (Boissonnault et al., 2018).

Peut persister si non traitée après 3 mois (risque de hernie ombilicale)

>2cm après 3 mois = adressage spécialisé

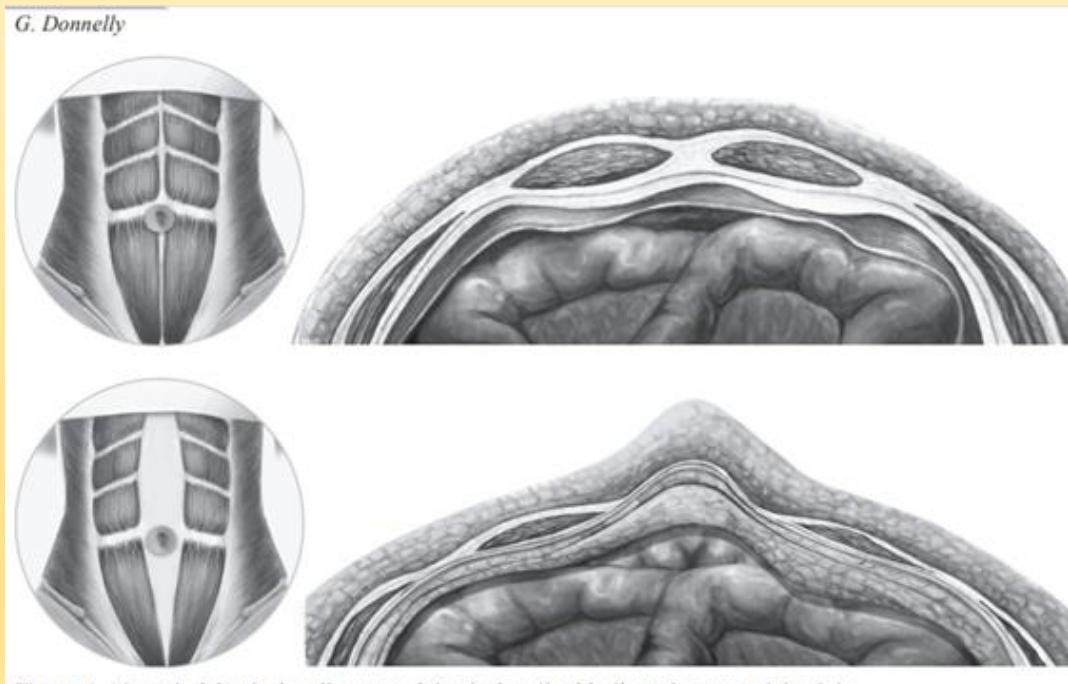
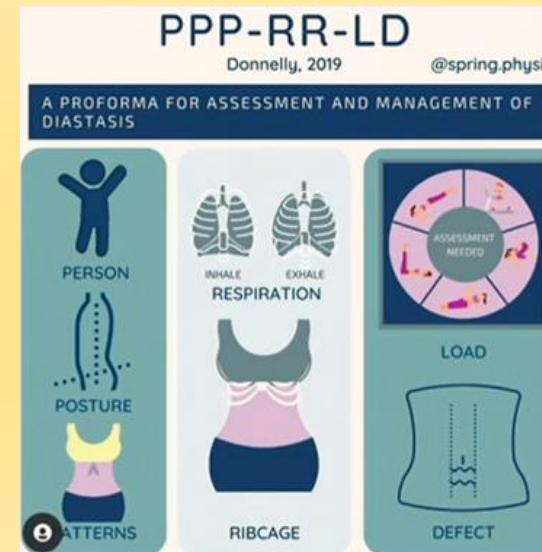


Figure 1. Normal abdominal wall versus abdominal wall with diastasis rectus abdominis.



LE CONING OU PROTRUSION DE LA LIGNE BLANCHE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le coning est une bosse qui apparaît au milieu du ventre au niveau de la ligne blanche lorsqu'une pression excessive est exercée sur le caisson abdominal.

QUELS SONT LES RISQUES ?

- Aggravation du diastasis
- Risque de rupture de la ligne blanche
- Risques d'incontinence urinaire majorés
- Risque de prolapsus
- Récupération post-partum plus difficile
- Risques d'accouchements prématurés et faible poids de naissance



Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G, Ellström-Engh M, Bø K. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. Br J Sports Med. 2016



SCAN ME

PP SHN

Risques:

Blessure
Malaise, patho Aigue
Démotivation
Diminution des performances
Négligence
Séquelles
DPP

Bilan complet :

Test d'effort si reprise de sport intensif (recommandé par la SFMES).

Bilan bio, questionnaires

Évaluation périnéale (kinésithérapeute ou sage-femme)

Diet/psy/ PEC global

CONSIDERATIONS TO GUIDE RETURN TO POSTNATAL RUNNING



Is the mother at least 3 months postnatal?

Yes

Continue screen - potential to return to running if recommended tests are passed but screening may highlight she isn't ready

No

Continue screen if >6 weeks postnatal informing that the minimum recommended recovery prior to return to running is 3 months

Subjective screen and use of validated outcome measures e.g. Australian pelvic floor questionnaire

Objective Screening



Pelvic Floor Screen via a Specialist Physio



Strength testing



EMI >30



Abdominal Screen for DRA including functional dynamic/load tests



Load and impact screening +/- video analysis



RED-S screen



Additional considerations (breastfeeding/scar tissue/sleep)



Psychological screen for PND

Screening passed?

Yes

Graded return to running e.g. couch to 5K

No

Rehabilitation programme to address dysfunctional areas or signposting to relevant professionals e.g. physio, GP or Uro-gynaecologist

Source : Goom T, Donnelly G & Brockwell E. Returning to running postnatal - Guidelines for medical, health and fitness professionals managing this population, March 2019



Prévention :

Renforcement global / Entretien

Dépistage IU pré partum

Surveillance signes de fatigue surrénale (cortisol chronique)

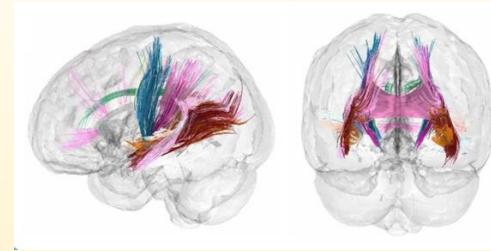
Sensibiliser

Reprise complète à partir de 6 mois

Reprise des sports à impact si :

- Pas de diastase résiduelle (> 2 cm).
- Périnée asymptomatique
- **Renforcement préalable**
- Reprise accompagnée et raisonnée

DPP 10 à 15% des accouchées



FDR:

Dépression antérieure, trouble bipolaire.

Grossesse non désirée, complications (prématurité, césarienne).

Isolement, conflit conjugal, **manque de soutien**.

Carence en vitamine D, thyroïdite post-partum.

Précarité, migration récente, **stress professionnel**.

Dépister, identifier :

Démotivation : Perte d'intérêt pour les activités autrefois plaisantes.

Fatigue : Limite la capacité à s'engager dans un effort physique.

Risque de blessure : Altération de la concentration → mauvaise exécution des mouvements.

Rôle thérapeutique du sport :

L'exercice réduit les symptômes dépressifs de **30 %** (effet comparable aux antidépresseurs légers)

Augmentation du **BDNF** (facteur neurotrophique) → neurogenèse hippocampique.

Réduction du cortisol (hormone du stress)

Recommande la marche ou le yoga pour les patientes DPP (30 min/jour, 3–5 fois/semaine)

Méta-analyse de Daley et al. (2015) ACOG (2021)

TIMELINE DU RETOUR AU SPORT POST-PARTUM

SEMAINES 0-2

- Anté/rétroversion du bassin
- Respiration diaphragmatique
- Mouvements légers en chaîne ouverte qui imitent la marche
- Mobilité légère

SEMAINES 5-6

- Exercices avec poids légers entre 15 et 30 répétitions (le bébé peut être utilisé)
- Contractions du plancher pelvien plus longues
- Exercices ciblant les moyens fessiers, les fessiers et les mollets, transition assise/debout

SEMAINES 13+

- Exercices avec métronome en rapport avec la cadence de l'activité
- 60" d'exercices tels que mollets à une jambe, sauts en contrebass à une jambe, sauts à une jambe, sauts sur place, chaise, planche *sans symptômes*

SEMAINES 3-4

- Travail du transverse sur le dos, 4 pattes ou sur le côté
- Shoulder Bridges sur 2 jambes
- Courtes contractions du plancher pelvien
- 10 minutes de marche asymptomatique

SEMAINES 7-12

- Exercices de force entre 8-12 répétitions
- Incorporer travail d'endurance et de puissance pour préparer aux impacts
- Squats, transition assise/debout à une jambe, mollets à une jambe
- 30 minutes de marche asymptomatique



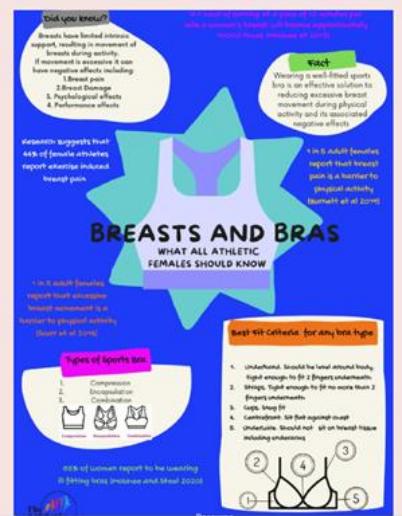
SCAN ME

ALLAITEMENT



UTMB 2018 S POWER

Hydratation ++ (3-7 L/jour)
apports caloriques adaptés (+500 kcal/jour)
Pas de CI à l'AP/compétition
AP après l'allaitement (engorgement/Acide lactique)
Maintien adapté +++++++
Peut prolonger l'hypoestrogénie
(atrophie vaginale, sécheresse)



Msg clefs les P du PP

Patience

Persévérance

Progressif

Personnel

Psy

Proches

Périnée

Pluridisciplinarité



Effet combiné mater / entraînement:

Rémanence 6-12M

« Fragilités »

Allaitements

Motivation et performances accrues

"Le post-partum n'est pas une course, mais une rééducation."
(C. Maitre)



Références

- **Maitre, C.** (2021). *Rééducation périnéale chez la sportive*. Elsevier Masson.
- **Maitre, C.** (2021). *Rééducation périnéale et post-partum : Protocoles actualisés*. Elsevier Masson.
 - Étude sur l'involution utérine et la récupération musculaire.
- **Capé, C.** et al. (2020). *Séquelles périnéales après accouchement : Prévalence et prise en charge*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.
- **HAS** (2020). *Recommandations pour la pratique de la césarienne*. **ACOG** (2019). *Vaginal Birth After Cesarean (VBAC)*.
- **Nygaard, I.** (2020). *Urinary Incontinence in Female Athletes*. British Journal of Sports Medicine.
- **Clapp, J.** (2002). *Exercising Through Your Pregnancy*. Addicus Books.
- **Bo, K.** (2015). *Pelvic Floor Muscle Training in Sports*. Sports Medicine.
- **Boissonnault, J.** (2018). *Diastasis Recti and Pregnancy*. Journal of Women's Health Physical Therapy.
- **ACOG** (2021). *Postpartum Care: Exercise and Physical Activity*. Committee Opinion No. 804.
 - Recommandations pour la reprise sportive.
- **NIH** (2020). *Long-term Metabolic Changes After Pregnancy*.
 - Étude sur la résistance à l'insuline post-partum.
- **WHO** (2022). *Postpartum Depression: Global Prevalence*.
 - Chiffres sur la dépression post-partum.

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Dr STAHL Chirurgien Gynécologue, Obstétricien
Benoît GARRAUD – Coach sportif

