

La statique pelvienne, le corps, le mouvement, la statique globale...

PLACE DE LA SAGE-FEMME AU COURS DE LA “RÉÉDUCATION PÉRINÉALE”

En tant que sages-femmes, nous parlons communément de rééducation périnéale, parfois de troubles de la statique pelvienne, mais rarement de statique globale... Les éléments du pelvis ne peuvent pourtant trouver leur équilibre que dans un corps, lui-même en équilibre du point de vue de la statique. (Je n'occulte pas les aspects émotionnels pouvant engendrer des déséquilibres de la statique globale et pelvienne, mais me limiterai dans cet exposé à n'aborder que les aspects dits purement mécaniques et physiques).

Marie-Josée FALEVITCH,
Sage-Femme Libérale, Nîmes (30)

NOTION DE STATIQUE

Le mot “statique” désigne dans le dictionnaire « la branche de la mécanique qui a pour objet l'équilibre des systèmes de forces » ou « qui demeure au même point, qui est sans mouvement ». Le terme “statique” s'oppose alors dans ce cas au terme “dynamique”.

Cette définition portant sur la mécanique me semble adaptée au corps humain, et plus précisément si l'on se réfère à la biomécanique... Nous pourrions dire que la statique est l'ensemble des mouvements permettant physiologiquement de supporter la gravité. La statique est donc dynamique...

NOTION DE STATIQUE PELVIENNE

Nous pouvons définir la statique pelvienne comme l'équilibre de tous les éléments contenus dans le pelvis : les organes pelviens (les trois étages : urinaire, utérin, ano-rectal), les muscles du plancher pelvien et du périnée, mais aussi les ligaments, les fascias... ainsi que les structures osseuses (tous ces muscles ont des origines et des insertions osseuses ; les différentes parties du bassin sont donc concernées).

NOTION DE STATIQUE GLOBALE

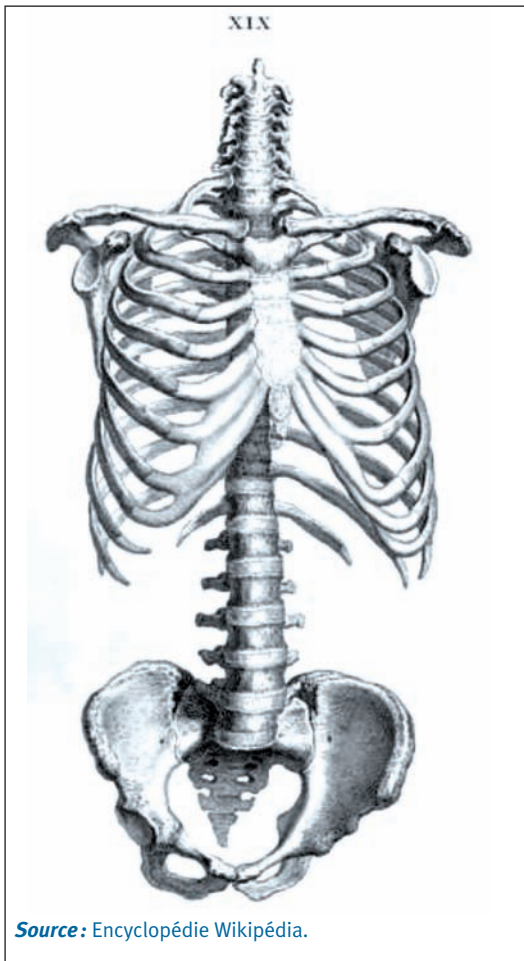
La statique globale sous-entend la “juste” posture, axe, équilibre mécanique du corps dans sa globalité structurelle.

Par posture nous pourrions sous-entendre immobilité, statisme. Il n'en est rien. Le corps humain est en perpétuel mouvement, même lorsque nous sommes au repos. Des mouvements respiratoires, circulatoires bien sûr, mais également des mouvements moins perceptibles, indissociables les uns des autres, bien connus des ostéopathes.

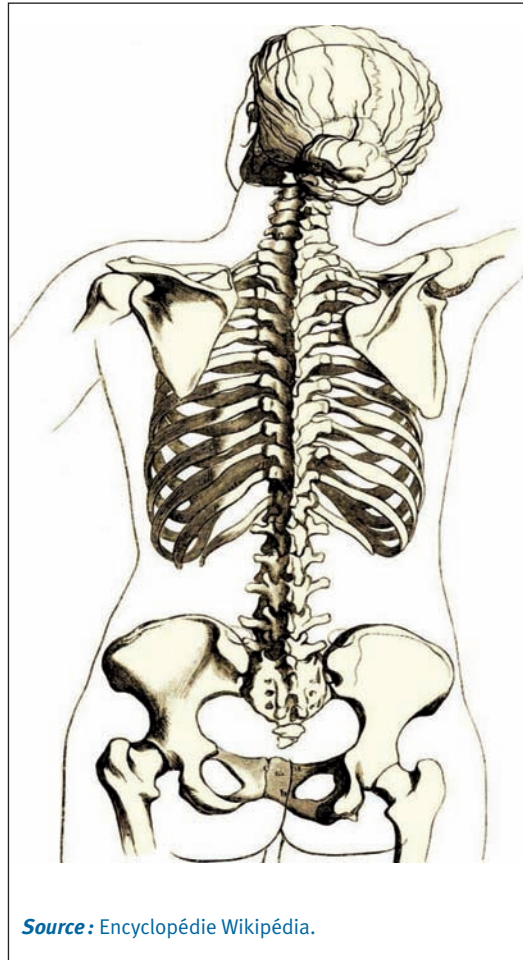
Une bonne statique globale permet un bon fonctionnement de l'ensemble des structures nous constituant : myo-fascio-squelettiques, viscérales et crâniennes.

Pour résumer, les structures intéressées sont : le crâne, le rachis, le bassin, les membres inférieurs, les muscles.

Nous ne détaillerons pas tout ce qui concerne les structures crâniennes, nous nous limiterons ici



Source : Encyclopédie Wikipédia.



Source : Encyclopédie Wikipédia.

à rappeler que :

- la position de notre tête entraîne une modification du centre de gravité...
- l'orientation du menton vers le bas et vers l'avant entraîne un blocage diaphragmatique.
- tout mouvement de l'occiput se transmet au sacrum et au coccyx.

■ En ce qui concerne le bassin

• **EN HAUT**, le bassin est directement relié au rachis lombaire, de façon articulaire. On comprend donc que le bassin soit indissociable du rachis tout entier bien que le lien soit encore plus important avec les lombaires.

Une hyperlordose lombaire retentira donc sur l'orientation du bassin, et ce, en fonction du degré de cette dite lordose, tout comme une nutation du sacrum.

La nutation du sacrum est l'abaissement de la ligne du promontoire, soit de la base sacrée, vers la cavité pelvienne, c'est-à-dire en bas et en avant, entraînant ainsi la pointe du coccyx vers le haut et l'arrière. Il s'ensuit donc une contre-nutation de la symphyse pubienne qui se dirige vers le bas, et un glissement possible du sacrum vers l'avant entraînant une antéversion du bassin, accentuant ainsi

la lordose lombaire et modifiant tous les diamètres antéro-postérieurs du bassin.

Il y a alors déséquilibre de toutes les structures myo-fascio-squelettiques, périnéo-lombo-sacrées aux conséquences variables, nous le verrons ci-après.

Toute modification de la courbure lombaire (vers l'hyperlordose ou inversion de la courbure) aura un retentissement sur le sacrum, dont le rôle essentiel est la protection des organes du petit bassin (organes de la reproduction).

L'axe périnéo-lombo-sacré joue donc un rôle primordial dans l'équilibre de la statique globale et pelvienne.

• **EN BAS**, le bassin s'articule avec les fémurs, les membres inférieurs sont donc directement en lien avec le bassin.

Selon nos points d'appui des pieds dans le sol, selon l'ouverture ou non de nos pieds, l'axe de notre bassin et de notre rachis s'en trouve modifié. La lordose est d'ailleurs accentuée par l'ouverture des pieds.

Modifications également tendineuses et musculaires possibles de toute la région postérieure (fesse, cuisse) et/ou antéro-interne de la cuisse : tendinites, contractures, névralgies...

• **EN AVANT**, le bassin et, au-dessus du bassin, se trouvent les muscles et fascias de la paroi abdominale.

La sangle abdominale est composée de chaque côté de l'ombilic :

- du m. grand droit ;
- du m. oblique externe de l'abdomen ;
- du m. oblique interne de l'abdomen ;
- du m. transverse abdominal (le plus profond).

À noter que seul le muscle oblique externe ne trouve pas son origine sur le bassin (quelques fibres seulement sur la crête iliaque).

La sangle abdominale est largement impliquée dans :

- les mouvements du tronc et les mouvements du rachis ;
- la respiration ;
- la compression et le soutien des viscères abdominaux ;
- les pressions intra-abdominales et intra-pelviennes.

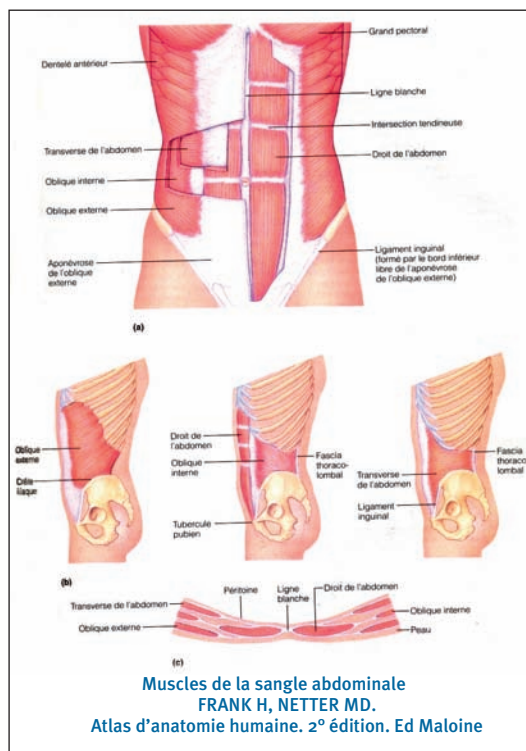
• **EN DEDANS**, le petit bassin est fermé, en bas, par le plancher pelvien. Le petit bassin se délimite par le sacrum, les os iliaques, la symphyse pubienne et le coccyx ; structures sur lesquelles s'insèrent les muscles, fascias, ligaments, aponévroses... constituant le plancher pelvien.

L'ensemble de ces structures a pour point commun le bassin et par voie de conséquence l'ensemble de notre musculature pelvienne. Les ostéopathes parlent d'ailleurs de « chaîne montante » et de « chaîne descendante » convergeant au diaphragme pelvien.

■ **CHAÎNE MONTANTE** : toutes les forces émanant du sol remontent au bassin. Cette chaîne part des pieds, remonte le long des membres inférieurs, arrive aux hanches puis, enfin, à la symphyse pubienne.

■ **CHAÎNE DESCENDANTE** : toutes les forces liées à la gravitation. Cette chaîne descend de l'occiput au coccyx, est équilibrée transversalement par la ceinture scapulaire, le diaphragme thoracique, puis enfin, le diaphragme pelvien.

Nous comprenons donc que toute modification de l'un des éléments précités aura des répercussions sur la statique globale et pelvienne, par rupture de cet équilibre si fragile entre toutes les structures. Toute pathologie de la statique pelvienne est donc à appréhender dans la GLOBALITÉ, ceci est indispensable.



EXEMPLE D'UN TROUBLE DE LA STATIQUE GLOBALE



VUE DE FACE

- Points d'appuis sur le bord externe des pieds.
- Déviation de l'axe des forces de la chaîne montante vers l'extérieur des membres inférieurs.
- Poussée du bassin vers l'avant.



Début de la prise de conscience de l'axe et de la posture ainsi que ses effets sur la statique pelvienne :

Correction de l'axe et de la posture, avec ouverture diaphragmatique :

- Réduction de la lordose
- Diminution de la pression intra-abdominale

Cette attitude est au début contrainte, les épaules sont pour l'instant trop hautes, la tête encore déviée... Petit à petit ce maintien s'inscrit dans l'attitude posturale quotidienne, qui deviendra alors souple, naturelle et spontanée.

CONSÉQUENCES SUR LA STATIQUE GLOBALE

- Plus la sangle abdominale sera défaillante, plus l'axe périnéo-lombo-sacré sera modifié : hyperlordose, nutation sacrée ainsi que toutes les modifications en cascade du rachis, puis de nombreuses structures associées et la symptomatologie qui s'ensuit...
- Les contractures musculo-tendineuses des membres inférieurs accentuent la nutation du bassin.

CONSÉQUENCES SUR LA STATIQUE PELVIENNE

- Modification des axes des structures pelviennes à l'origine de modifications topographiques et de modifications des rapports de forces. Il peut donc en résulter :
 - une symptomatologie urinaire et anale morbides (incontinences, dysuries, constipations, infections...),
 - des prolapsus,
 - des algies pelviennes.

Les algies pelviennes démontrent parfaitement le lien étroit entre le rachis et le contenu du pelvis (osseux, viscéral, myofascial et tendineux).

Des algies vulvaires peuvent être liées à une pathologie d'une racine dorso-lombaire, tant au niveau du rachis lui-même, qu'à celui de son trajet. On parle alors de douleur rapportée.

Certains syndromes associent des douleurs péri-néales à des douleurs postérieures, de la zone fessière ou de la cuisse, comme par exemple le syndrome du muscle piriforme, le syndrome myofascial des adducteurs...

Ceci s'explique par l'innervation du pelvis et des organes pelviens : l'innervation est somatique par le plexus sacré et honteux, végétative (système sympathique) par le plexus hypogastrique.

La "rééducation périnéale" ou plus exactement la "réhabilitation" devrait donc toujours tenir compte de ces aspects. Il serait peut-être plus juste de la nommer "réhabilitation uro-gynécologique et statique globale".

S'il est très clair que l'insertion des racines nerveuses explique ces algies, il reste à prendre en compte dans notre pratique quotidienne (et même en dehors de toute pathologie névralgique), la patiente dans sa globalité en raison de tous ces liens étroits dont certains mécanismes sont si subtils qu'ils nous échappent. Ne "rééduquer" que "le périnée" ne peut que s'avérer insuffisant...

Toutefois, nous ne pouvons pas parler d'axe, de posture, d'équilibre global sans aborder la **respiration** ainsi que les mécanismes physiologiques associés. Il existe principalement trois types de respiration :

- la respiration thoracique ;

- la respiration latérale ;
- la respiration abdominale.

La respiration abdominale est celle que nous allons détailler ici.

• **INSPIR** : Relâchement de la paroi abdominale, l'abdomen gonfle, "descente" diaphragmatique.

Il s'agit plus exactement d'un aplatissement de la coupole diaphragmatique entraînant une dépression thoracique, d'où appel d'air dans les poumons. Cet abaissement diaphragmatique exerce une pression sur les viscères abdominaux, se traduisant par un gonflement de la sangle abdominale. Selon l'état de la sangle abdominale et pelvienne, il peut déjà se produire un mécanisme de poussée pelvienne, notamment lors de l'inspir forcé.

Il s'ensuit une phase où les différentes fibres musculaires thoraciques interviennent afin d'élever et d'ouvrir les côtes basses puis hautes.

Le centre diaphragmatique s'appuie sur les muscles de la sangle abdominale. Sa tonicité et son élasticité sont indispensables à une respiration répartie de façon équitable entre le thorax et l'abdomen et, par là même, à un équilibre thoraco-abdomino-pelvien.

• **EXPIR** : Contraction discrète de la sangle abdominale, l'abdomen dégonfle, ascension diaphragmatique. Dans la physiologie, la coupole diaphragmatique redevient concave, laissant ainsi plus de place aux viscères abdomino-pelviens, et diminuant donc la pression intra abdomino-pelvienne. Le diaphragme doit être totalement relâché, cependant, il est rare de l'observer en clinique...

• **EXPIR FORCÉ** : Il aboutit **physiologiquement** à la contraction de tous les muscles de la sangle abdominale, abaissement des côtes et ascension du diaphragme, tout comme des viscères abdominaux et pelviens. La contraction de la **sangle abdominale basse** majore la contraction périnéale déjà présente suite à cette levée de surpression abdominale.

Cette synergie périnéo-abdominale et diaphragmatique est physiologique à la base... dans la mesure où le diaphragme est en "ouverture", relâché, et non bloqué. Quel que soit le degré de blocage diaphragmatique il s'ensuit une augmentation de la pression intra-abdominale et donc intra-pelvienne, ▶

Les racines nerveuses en lien avec le pelvis

Plexus lombaire	Racines de T12 à L3 et une partie de L4	Innervation de la région abdomino-génitale et des membres inférieurs
Plexus sacré	Racines de L4 à S3	Innervation de la jambe et du périnée
Plexus honteux (pudental)	Racines de S3 à S5	Innervation du périnée et des organes génitaux

avec toutes les conséquences néfastes que nous abordons ci-après.

En ostéopathie le diaphragme pelvien est relié au diaphragme thoracique (ainsi qu'à la ceinture scapulaire). Ces deux diaphragmes sont en effet horizontaux. Ils ont pour fonction **d'équilibrer transversalement** les tensions verticales, tensions physiologiques liées à l'adaptation de notre position érigée par rapport à la gravité.

Lorsque ces tensions verticales ne sont plus physiologiques (par défaut de l'axe et de la posture par exemple), elles peuvent entraîner des pressions néfastes pour le contenu du pelvis.

On peut imaginer qu'à la base, le diaphragme thoracique est prévu pour contenir toutes les augmentations de pression thoracique (toux, rire, éternuement, chant, cri...). Le diaphragme pelvien l'est pour contenir toute augmentation de pression intra-abdominale, donc, de parer aux élévations de la pression intra-pelvienne.

Le muscle abdomino-transverse est le seul muscle capable, en raison des programmations automatiques (physiologiques) d'assurer la contraction du plancher pelvien et de protéger le rachis lombaire.

Chez la petite fille les efforts de toux s'accompagnent d'une contraction diaphragmatique et abdominale, et ce, sans poussée périnéale perçue. La contraction involontaire du muscle transverse abdominal est très bien perçue.

Or, chez la nullipare sportive comme chez la primipare, les efforts thoraciques sont rarement sans répercussion périnéale. La contraction involontaire des transverses abdominaux et exceptionnelle, et la poussée périnéale est perçue la plupart du temps alors que le diaphragme pelvien devrait se contracter.

Cette protection physiologique semble ne persister que chez la jeune femme nullipare ne pratiquant aucun effort physique régulier.

Dans ma pratique de rééducation les quelques patientes présentant une contraction physiologique automatique à l'effort de toux sont nullipares (antécédents de césarienne), jeunes et non sportives.

En effet, la contraction des muscles abdominaux transverses entraîne une contraction involontaire et efficace des muscles du diaphragme pelvien et, par là même, l'ascension des trois étages d'organes pelviens.

Malheureusement, en pratique je constate que la **physiologie** du fonctionnement diaphragmatique est le plus souvent « **déprogrammée** ». Un manque de mobilité diaphragmatique diminue la capacité de contraction de ces muscles abdominaux transverses, diminuant ainsi leurs effets d'ascension sur les viscères pelviens. Il n'est pas rare non plus de constater une

"**inversion diaphragmatique**" entraînant une surpression de la cavité abdominale, donc également pelvienne, à l'origine de ce que l'on appelle communément "l'inversion de commande".

QUELQUES EFFETS DU MUSCLE ABDOMINAL TRANSVERSE SUR LA STATIQUE

- **Correction de la statique globale :** la posture (position corporelle) entraîne des variations du centre de gravité, qui, bien que virtuel est aisément ressenti, par exemple à partir de la contraction des abdominaux transverses. Ce centre se situe à hauteur de L3 (3^e lombaire), en avant, à peu près au centre du périmètre abdominal.
- **Contraction des muscles du diaphragme pelvien.**
- **Maintien des viscères pelviens.**
- **Soutènement efficace des viscères pelviens** afin de prévenir ou limiter les prolapsus, maintien de l'urètre proximal dans l'enceinte manométrique abdominale.

Lorsque ces pressions deviennent intra-pelviennes nous pouvons parler de Pressions Thoraco-Abdomino-Pelviennes (PTAP) ; les mécanismes physiologiques de protection diaphragmatique ne fonctionnant plus.

En raison de notre orthostatisme, ces PTAP sont favorisées "naturellement", s'exerçant alors de haut en bas :

- du thorax sur l'abdomen ;
- de l'abdomen sur le pelvis.

Elles sont constitutionnellement plus ou moins fortes, plus ou moins bien inhibées et enfin, plus ou moins bien tolérées par le contenu du pelvis, ce qui peut amener à la pathologie fonctionnelle.

FACTEURS FAVORISANT LES PRESSIONS THORACO-ABDOMINALES A RISQUE D'INDUIRE UNE PATHOLOGIE FONCTIONNELLE	
▣ troubles respiratoires (toux, éternuements, répétés ou chroniques)	▣ Constipation terminale
▣ accouchement	▣ Poussée à l'élocution
▣ poussée à la miction	▣ activités sportives
▣ poussée à la défécation	▣ activités physiques
	▣ altération de l'état général

Les différentes structures de la statique globale et pelvienne que nous venons d'aborder interviennent donc dans l'inhibition ou non des PTA (Pressions Thoraco-Abdominales) sur l'étage pelvien.

Ces facteurs de risque doivent être dépistés car ils sont fréquemment retrouvés dans l'anamnèse des patientes présentant des pathologies uro-gynécologiques et ano-rectales.



La plus fréquente des symptomatologies reste l'incontinence urinaire à l'effort (IUE) dont l'origine est multifactorielle.

Le contrôle des PTAP est un facteur important en matière de prévention comme de traitement ou d'amélioration des signes cliniques de l'incontinence urinaire.

Rappelons-le, l'IUE est le résultat d'une mauvaise adaptation à l'effort. Elle résulte de plusieurs facteurs :

• **d'un déséquilibre possible entre les pressions endo-vésicales et les forces de retenue.**

Lorsque l'urètre proximal ne se situe plus dans l'enceinte manométrique abdominale, les forces exercées au niveau de la vessie s'avèrent supérieures à celles de l'urètre proximal et il y a fuites d'urines possible...

• **d'un déséquilibre possible de la dynamique pelvienne** intéressant (voir supra) les axes et les structures de soutien, concernant notamment le centre tendineux périnéal (Noyau Fibreux Central du Périnée : NFCP) et la contraction publo-rectale qui, physiologiquement devrait être réflexe, au moment de l'effort.

En conclusion, une altération de la statique globale engendre des modifications des axes de forces qu'entraînent ces pressions, ainsi qu'une altération musculaire et ligamentaire.

L'étiologie de ces altérations est multifactorielle. Les facteurs les plus communément retenus sont :

- l'hyperpression abdominale,
- les activités sportives pratiquées en mode "surpression abdomino-pelvienne",
- les grossesses et accouchements (notamment le premier accouchement),
- la ménopause,
- l'hyperlordose,
- la nutation sacrée,
- l'obésité,
- les traumatismes.

Les conséquences de ces troubles sont multipolaires. Touchant les trois étages, l'incidence sera médicale, psychologique, sociale et sexuelle. Pathologies encore taboues et souvent occultées...

PLACE DE LA SAGE-FEMME AU COURS DE « LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE »

Compte tenu de tous les aspects ci-dessus exposés, il convient, en notre qualité de sage-femme de détenir une connaissance anatomo-physiopathologique, paraclinique et thérapeutique précise afin, non seulement de proposer un traitement le plus efficace possible, mais également d'informer, de rassurer, voire d'orienter les patientes au sein d'une équipe pluridisci-

plinaire de la façon la plus adaptée possible, pour une "évaluation paraclinique minimale", conformément aux recommandations de l'ANAES.

Encore une fois, le traitement proposé en matière de « rééducation périnéale » comme ceci est nommé dans notre pratique ne doit pas se limiter au seul périnée.

La rééducation se doit d'être globale, thoraco-abdomino-pelvienne.

Dans ma pratique libérale la mise en place d'exercices intégrant l'axe, la posture, le mouvement, la respiration et le périnée apporte des résultats fort encourageants en matière de prévention comme de traitement.

Ces techniques font intervenir la mémoire corporelle (somessthésique).

Elles permettent donc de restaurer les mouvements physiologiques automatiquement programmés dès notre naissance, d'ancrer la contraction volontaire des abdominaux transverses et l'ascension des différents diaphragmes aux mouvements, efforts, etc. afin d'obtenir un **résultat pérenne**.

Inhibant ainsi les forces liées aux hyperpressions abdominales, la symptomatologie morbide des trois étages est rapidement améliorée, voire éradiquée (fonction des mécanismes étiopathogéniques).

Ces techniques augmentent de 30 à 40 % la force du testing périnéal, global ou ciblé, et d'au moins 50 % le tonus de la sangle abdominale et par là même, une correction globale...

Ce travail, uniquement basé sur le ressenti, donc le Vécu corporel, s'inscrit alors vraiment dans les structures profondes de la patiente.

Il est préférable de mettre en place le travail de prévention/correction des PTAP dès les premières séances à partir d'une prise de conscience de la statique globale, de l'axe, de la posture, du mouvement, et de la correction naturelle de ces derniers.

"Le minimum de maintien" est alors travaillé, pour intégration au quotidien, et la diminution de la symptomatologie morbide (fuites urinaires, pesanteurs...) apparaît dès les premières séances avec un réel confort constaté par la majorité des patientes qui, à lui seul, est thérapeutique.

La pérennité des résultats doit absolument être visée.

Nous ne pouvons l'obtenir qu'en utilisant **le mouvement**, ce qui permet la stimulation du cortex somesthésique par des prises de conscience dans des postures variées : le contrôle manuel du thérapeute va alors permettre l'intégration de tout le travail acquis en décubitus avec correction des axes et des maintiens adaptés aux mouvements.

Pour finir, j'ajouterai qu'il me semble indispensable de renforcer la sangle abdominale qui ▶

contribue au "gainage" du tronc (avec participation des muscles dorsaux profonds), car les femmes ont par nature peu de tonicité abdominale. Sangle altérée par l'accumulation des grossesses, sans parler de la sédentarité (en matière sportive) dont fait preuve la société féminine.

Les abdominaux ont souffert de la rééducation pratiquée il y a quelques années au cours de laquelle les muscles grands droits étaient activement sollicités sans protection périnéo-transverse, avec inversion diaphragmatique systématique, et les dégâts sur les

trois étages bien connus. Ces aspects restant très présents dans les esprits, toute pratique abdominale est souvent bannie des techniques de rééducation périnéale.

Pourtant, comme exposé ci-dessus, par ses effets indissociables de la statique pelvienne, la sangle abdominale doit intéresser la sage-femme pour proposer à la fois une réhabilitation uro-gynécologique et celle de la statique globale efficace et pérenne.

Bibliographie

PÉRIODIQUES

1. Emmanuel CHARTIER-KASTLER, Gilberte ROBAIN, Gérard AMARENCO, François RICHARD, Alain DURAND, Pierre DENYS. *Traitements par alpha-stimulants en urologie* - Progrès en Urologie 2000, 10, 370-378.

LIVRES

1. BOSSY J., *Neuro-anatomie, anatomie clinique*, S. Pringer-Verlag, PARIS 1990.
2. LE VIDAL. Dictionnaire 2008.
3. HEULEU J.N, SIMON L. *Muscles et rééducation*. Vol 1, 1988, Masson Edit, PARIS.
4. DE LEVAL J., CHANTRAINE A., PENDERS L. *Le sphincter strié de l'urètre*.
5. MAC MAHON T.A. *Muscles, réflexes and locomotion*. Princeton University Press - New-Jersey 1984.
6. GAGEY M. Pierre, WEBER Bernard. *Posturologie : régulation et dérèglements de la station debout*; Masson Ed. (nouvelle Ed.).
7. ROUANET J.-P., MAUBON A., FERRU J.-M., MARES. *Vidéo dynamique du pelvis féminin en IRM*.

8. LAPRAY J.-F., GRANDJEAN J.-P. - *Moyens d'exploration et résultats normaux : explorations radiologiques*. LAPRAY JF Editor. Imagerie de la vessie et de la dynamique pelvienne de la femme. Masson 1999.

9. FRANK H., NETTER M.D. *Atlas d'anatomie humaine*. 2^e édition. Ed. Maloine.
10. DR PIGNE et SERMENT. *Prise en charge de l'incontinence urinaire chez la femme*. Santé communication.
11. Jules Germain CLOQUET, Jules CLOQUET, Liliane PARIENTE - *Manuel d'anatomie descriptive du corps humain* - L. Pariente, 1998.
12. Alain-P. BOURCIER, Edward-J. MC GUIRE, Paul ABRAMS. *Dysfonctionnement du plancher pelvien*, tome 1. - ELSEVIER 2005.

CHAPITRES DE LIVRES

1. MARES P. et AL, *Femme enceinte et pathologie ostéo-articulaires, de la biomécanique aux symptômes* - in *Grossesse et appareil locomoteur*, MASSON Ed., PARIS 1998.

SITES INTERNET

1. www.has-santé.fr
2. www.anaes.fr
3. ANAES. *Rééducation dans le cadre du post-partum*; PARIS ANAES; 2002
4. ANAES. *Évaluation du TVT dans l'Incontinence Urinaire à l'Effort*. PARIS ANAES 2002
5. ANAES. *Bilan et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques*. PARIS ANAES 2000
6. ANAES. *Recommandation pour la pratique clinique « prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale »* Argumentaire. Mai 2003
7. www.bio-tonix.com/BioF/fstatique.htm « statique et mouvement »
8. [http://membres.lycos.fr/chlenck/Dr Charles LENCK « les prolapsus »](http://membres.lycos.fr/chlenck/DrCharlesLENCK%20lesprolapsus)
9. <http://fr.wikipedia.org>



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Abonnement individuel	Plein tarif	Etudiant(e) s* Retraité(e) s*
FRANCE	69,00 €	37,50 €
D.O.M.	73,70 €	47,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	80,50 €	47,00 €
T.O.M./ETRANGER	82,50 €	47,00 €
Abonnement collectif de service	138,00 €	

* Joindre attestation

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

2009 TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

M^{me} M^{lle} M. (en lettres capitales)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

s'abonne aux **DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE**

62 rue du Fg Poissonnière - 75010 Paris

Tél. 01 42 46 69 96 - Fax 01 47 70 37 02

E-mail: administration@elpea.fr

ACHETEZ LES ANCIENS
NUMÉROS :
www.elpea.fr