

LES POUVOIRS DU PÉRINÉE

Entretien avec le docteur Bernadette de Gasquet

La Ligne Directe
SANTÉ CORPS ESPRIT

BERNADETTE DE GASQUET



Bernadette de Gasquet est médecin et professeur de yoga spécialisée dans les exercices des abdominaux et de la rééducation périnéale.

Après l'obtention d'une maîtrise d'économie en 1969, elle se reconvertisse en 1974 comme professeure de yoga puis obtient un doctorat de médecine à l'Université de Bobigny en 1993.

Dans un premier temps, elle essaie de mettre à profit ses connaissances dans la pratique du yoga pour aider les sages-femmes dans leur travail.

Elle fait ensuite des études de médecine, et essaie d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes, s'opposant aux pratiques traditionnelles de la pratique de l'accouchement.

Elle écrit plusieurs ouvrages sur le périnée et les abdominaux ainsi qu'une méthode d'accouchement.

SOMMAIRE

PRINCIPES ET MÉCANISMES **4**

Les formations du docteur De Gasquet	5
Une zone oubliée du corps	5
Une approche reconnue	6
Forceps : un cercle vicieux	7
Un peu d'anatomie	7
Descente d'organes : des prédispositions génétiques	9
Le muscle pubo-rectal	10
Ne pas pousser	11
Les incontinences urinaires et anales	12
Accouchement : favoriser le réflexe expulsif	15
Incontinence et infection urinaire	16
Exercices de respiration	16
Sentir son périnée	18

LES QUESTIONS DES ABONNÉS **21**

Périnée et hypertrophie de la prostate	22
La rééducation périnéale	22
Limitier l'évolution d'une descente d'organes	22
Rééducation périnéale : du cas par cas	24
Les œufs de Yoni	24
L'orgasme : la meilleure rééducation périnéale	25
Bouteille gelée et bains dérivatifs	26
Yoga et Pilates : quelles différences ?	26
Progresser dans le Yoga	27
S'initier au Yoga	27
Faire un bilan périnéal	28
Respirer avec le diaphragme	29

Ne rien verrouiller	29	
Consulter un professionnel de santé		30
Corriger un coccyx en hameçon	30	
L'accompagnement de Teddy Riner		31
Le congrès du docteur De Gasquet		31

PRINCIPES ET MÉCANISMES



Les formations du docteur De Gasquet

Frédéric : Dans vos instituts, l'essentiel de la formation s'adresse aux professionnels ou au grand public ?

Dr. De Gasquet : La formation est destinée aux professionnels, mais il y a des cours hebdomadaires qui s'adressent au grand public et aujourd'hui mes formateurs font aussi des cours par Zoom. Je préfère de loin le présentiel, mais il est vrai qu'il y a quand même de bons outils pour pouvoir corriger. Par exemple, dans le livre audio, quand les gens ont déjà des bases ou des notions ou qu'ils ont lu les livres ou vu des vidéos, je trouve que c'est intéressant de se laisser guider et de se concentrer, mais il faut déjà connaître.

Une zone oubliée du corps

Frédéric : Quand on parle de périnée, on parle d'une fonction particulière et ensuite il y a toutes les pathologies qui en découlent. On a l'impression que le périnée est une structure isolée et que chaque chose est complètement séparée. Vous dites que c'est une unité fonctionnelle complète qui doit être respectée ?

Dr. De Gasquet : C'est un peu le problème de la médecine : on est un peu spécialiste de l'oreille, du nez, du pied et pour le périnée il n'y avait jusqu'à récemment pas vraiment de spécialiste.

Quand j'ai rencontré Alain Boursier dans les années 80, on a commencé à travailler sur le périnée, mais jusque-là, même dans les livres d'anatomie, personne n'en faisait mention. Quand j'ai rencontré Kapandji, je lui ai offert mon livre sur les abdominaux, et il m'a rappelé et il m'a dit que dans son livre tome 3 : le tronc : « j'ai oublié le périnée ». Beaucoup d'autres anatomistes ont oublié le périnée dans l'anatomie générale.

On peut dire qu'il a en plus la situation d'être en dessous de tout, c'est lui qui ramasse un peu tous les effets de la gravité, car c'est vraiment notre fondement. Il est donc dommage de l'oublier. Sa première fonction est tout de même l'élimination avec la miction et la défécation. Les premières pathologies sont :

- La constipation
- La mauvaise vidange vésicale ; le fait de ne pas vider est une pathologie du périnée.

Quand on parle des pathologies du périnée, on pense « fuites », mais c'est aussi lorsque la vidange ne se fait pas. Il faut que cela se vide quand on veut et pas quand on ne veut pas. Souvent, cela ne vide pas très bien ou pas complètement, et cela fait partie des problématiques de la fonction périnéale.

Il y a aussi la partie fonctionnelle, sexuelle et dans ce cas il y a les 2 fonctions soit le fait de laisser entrer et le fait de laisser sortir.

Une approche reconnue

Frédéric : Quel est le regard de l'académie de médecine sur votre approche ?

Dr. De Gasquet : D'une manière générale, en France, mais même à l'étranger, les gynécologues me respectent, car je me suis donné la peine de faire 9 ans d'études et que je suis quelqu'un de très prudent. Je ne prends aucun risque, je dis juste que la physiologie n'est pas assez utilisée en salle d'accouchement et que l'on pourrait aller beaucoup plus loin dans la physiologie.

Lorsque c'est nécessaire, il y a la pathologie et dans ce cas, s'il faut faire un forceps, il faut faire un forceps et s'il faut faire une césarienne, il faut faire une césarienne. Ils savent que je ne suis pas extrémiste et que cela fait plaisir aux femmes et aux sages-femmes. Les médecins considèrent que la physiologie concerne les sages-femmes et que s'ils viennent c'est que cela relève de la pathologie.

Aujourd'hui, il y a des ballons dans les toutes les salles d'accouchement, alors que les premiers ballons que j'ai amenés en salle d'accouchement étaient percés au bistouri. Il y a aujourd'hui des baignoires et il y a beaucoup plus cette notion de mobilité.

J'ai beaucoup travaillé sur les positions d'accouchement, j'ai fait des radios et des scanners sur moi pour montrer comment on peut gagner des centimètres à certains détroits et pourquoi il faut changer de position. C'est très empirique et je n'ai pas les moyens de faire des études à 3000 K randomisées. Malgré tout, vu le nombre de

sages-femmes et de médecins que j'ai formés, on commence à comprendre qu'il peut être intéressant de changer de position et qu'il n'y en a pas qu'une seule pour toutes les femmes et tous les bébés. Ce sont des notions qui commencent quand même à être reconnues au bout de 40 ans !

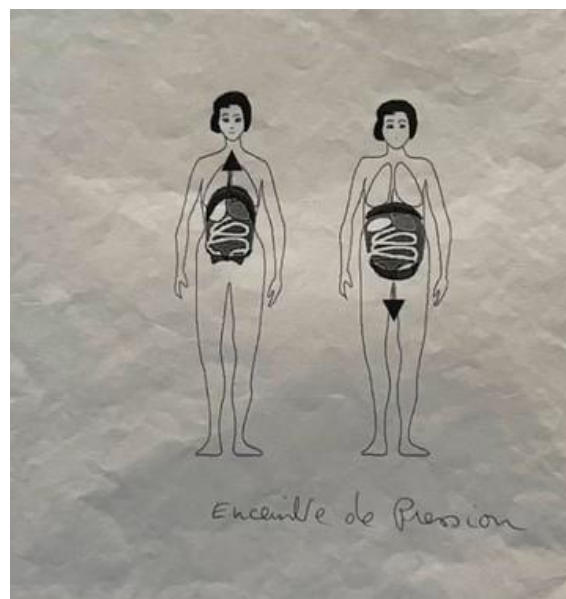
Forceps : un cercle vicieux

Frédéric : J'imagine que la position d'accouchement sur le dos avec les pieds dans les étriers est quelque chose qui est assez récent ? Est-ce en raison du fait que les hommes soient devenus obstétriciens ?

Dr. De Gasquet : C'est lié à l'arrivée des hommes, mais surtout à l'arrivée des forceps, puisqu'avant on voyait l'obstétricien à genoux devant la femme qui était à demi assise et tirée en arrière.

Pour faire un forceps, il faut être en mesure de voir et il faut que la femme soit fixée, car on ne va pas tirer le bébé et la maman en même temps. C'est du forceps qu'est venue cette position. Pour pouvoir faire un forceps, on la mettait dans cette position, ce qui conduisait au besoin de forceps puisque c'est la pire position, et cela justifiait qu'elle soit dans cette position pour pouvoir faire le forceps. C'est un cercle vicieux.

Un peu d'anatomie



Dr. De Gasquet : Le 1^{er} schéma est très schématique et il sert juste à montrer que dans l'espace abdominal, le diaphragme est au-dessus, et le périnée est en dessous. Quand le diaphragme descend, il pousse tout vers le bas et quand il remonte, il remonte tout. Nous sommes des bipèdes, nous sommes donc tout le temps dans la gravité. Il ne faut surtout pas en rajouter et pousser vers le bas et cela concerne :

- La constipation
- Le crunch
- Les abdominaux

Tout ce qui va pousser vers le bas va faire descendre les viscères et il y a chez la femme un grand vide : le vagin.

Pour la femme il y a le vide vaginal et il y a des organes qui peuvent descendre dans le vagin comme :

- La vessie
- L'utérus
- Le rectum

L'homme n'a pas de vide, il a une vessie, mais il n'y a pas l'utérus qui peut descendre.

Chez les femmes, il y a une grande tendance à la descente d'organes quand il y a des hyperpressions, ne serait-ce que par la bipédie.

Chez les hommes, quand il y a des hyperpressions, comme le fait de soulever des poids, cela fait des hernies inguinales, c'est-à-dire que là où il y a des trous, cela passe. Cela ne descend pas aussi bas que l'utérus qui peut sortir complètement à l'extérieur. La hernie sort un petit peu, mais beaucoup moins. C'est le même processus de poussée qui s'exerce dès qu'il y a une zone de faiblesse.

Chez la femme, il n'y a pas de contre-appui de chaque côté pour le vide vaginal et c'est une pathologie qui existe depuis toujours, puisque quand on regarde des scanners de momie égyptienne, on voit le squelette et on voit des anneaux - selon la richesse de la personne, cela pouvait être en or, en bronze ou en pierre - et cela signifie bien que les prolapsus et les descentes d'organes existaient ; et pourtant les Égyptiennes ne mourraient pas très vieilles.

On va quand même avoir des facteurs de risque, car cet utérus va devenir vraiment très gros au moment de la grossesse ; il va contenir

peut-être contenir 2-3 bébés, et on imagine bien que cela fait beaucoup de pression en bas.

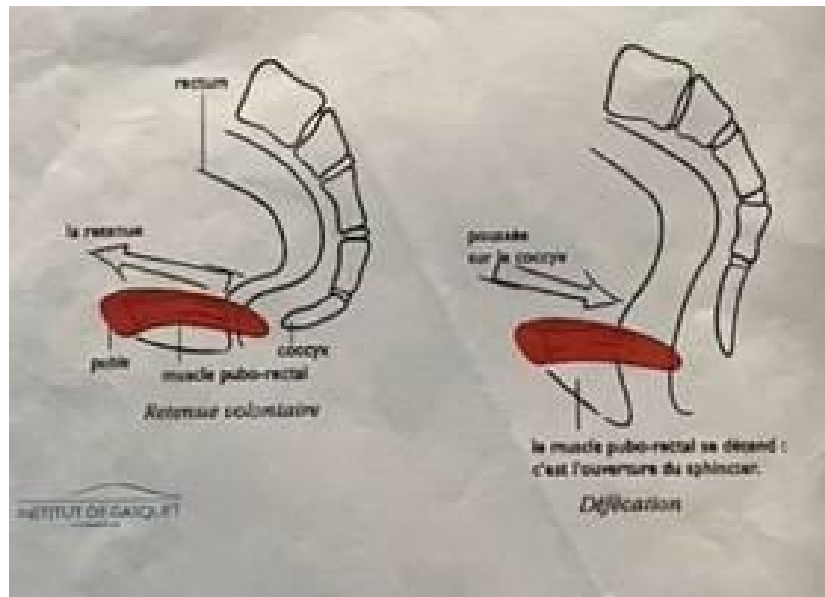
Descente d'organes : des prédispositions génétiques

Frédéric : C'est vraiment lié à la pression ou il y a des personnes qui ont des prédispositions ?

Dr. De Gasquet : C'est souvent assez familial et tissulaire. C'est un problème de collagène et tous ces organes qui sont dans l'abdomen comme les intestins, l'estomac, la vessie et l'utérus sont tous en mouvement. Ils se remplissent, ils se vident et ils sont reliés par des structures qui ne sont pas rigides, mais qui ne sont pas non plus des muscles : les fascias. Quand il y a une faiblesse du côté du collagène, cela descend davantage.

Il y a des gens hyperlaxes qui ont tendance à faire souvent des entorses. Ce sont des structures un peu plus à risque et il y a des morphologies ou des génétiques, comme les génétiques africaines qui sont beaucoup plus rigides et beaucoup moins à risque. Il y a des typologies hormonales et tissulaires. Les muscles des Africains sont beaucoup plus toniques. Le bébé africain est assis beaucoup plus tôt et il est beaucoup plus tonique.

Le muscle pubo-rectal



Ce schéma montre le mouvement qui se produit au moment de la défécation et de l'accouchement. C'est-à-dire que l'on voit ici tout en bas le sacrum avec le coccyx, le bout de la colonne qui est reliée en avant au bassin à la symphyse par un muscle qui s'appelle le pubo-rectal. Ce muscle part du pubis, il passe derrière l'anus comme un fer à cheval et il remonte de l'autre côté.

Il aide les sphincters et il aide à fermer en bas le bassin. Quand on est debout, c'est fermé et il n'y a rien qui doit sortir. Ce muscle pubo-rectal va tirer en se contractant l'anus vers l'avant. L'anus est plus bas que la symphyse, ce muscle va donc tirer et remonter. Il fait partie de ce que l'on appelle les élévateurs de l'anus. Un muscle élévateur de l'anus doit remonter l'anus. Dans le yoga on appelle cela Mula Bandah : la remontée de l'anus.

Il faut aussi que l'anus puisse se vider et il faut que l'on enlève tous ces coudes qui aident à la fermeture et qu'il y ait ce mouvement où le coccyx va recule et partir en arrière. Chez l'animal si l'on regarde la colonne, le sacrum, le coccyx, et la queue, c'est ce mouvement de lever la queue qui va se produire à chaque défécation et au moment de l'accouchement où il faut qu'il y ait ce mouvement du bassin.

Si l'on est assis, bloqué sur le sacrum, cela n'aide évidemment pas à laisser passer le bébé. On va pousser sur quelque chose de fermé, donc on va pousser beaucoup et il y a beaucoup de risque de faire descendre les organes, même si le périnée reste intact. On peut avoir une descente d'organes et un périnée intact, mais il peut aussi y avoir une déchirure. On peut faire une épisiotomie, c'est-à-dire découper le périnée pour éviter qu'il ne se déchire. On a fait cela pendant des années et on s'est aperçu que cela ne servait à rien. Si cela ne lâche pas, cela ne lâche pas et il suffit de lâcher la position et cela va beaucoup mieux.

La position standard est la pire, car c'est comme si l'on voulait déféquer assis complètement sur son bassin en arrière. Ce n'est pas très propice.

Chez l'animal, le périnée n'a pas besoin d'être très fort, car il n'y a pas de poids dessus, c'est tout à l'horizontale.

Pour les humains il faut que cela tienne et que cela s'ouvre. Le périnée est la partie du corps qui a le plus de fonctions et de fonctions contradictoires : il faut retenir, mais il faut vider. Il y a beaucoup de muscles, car il ne s'agit pas que du pubo-rectal, il y a plein de muscles et ils sont antagonistes, c'est-à-dire qu'ils agissent de façon contradictoire.

Ne pas pousser

Frédéric : Heureusement on n'a pas besoin de réfléchir à tout cela ?

Dr. De Gasquet : Oui, mais il faut respecter le moment, c'est-à-dire que si l'on va à la selle au premier besoin et que l'on n'a pas des selles dures, il n'est pas nécessaire de pousser, cela se fait tout seul.

Si l'on ne peut pas y aller et que l'on se retient longtemps, on a dans le rectum des selles dures qui ne veulent pas sortir. La position aux toilettes est très importante. La médecine d'Avicenne consistait à dire : « comment allez-vous à la selle ? » ; dont on tire l'expression « comment allez-vous ? ».

Les incontinences urinaires et anales

Frédéric : Est-ce qu'il y a un moyen de différencier les problèmes anaux et les problèmes périnéaux ? Si oui, quelles sont les informations que vous pouvez nous donner pour évaluer la fonction de notre périnée ?

Dr. De Gasquet : Il y a une grande différence entre les hommes et les femmes.

Chez l'homme, l'urètre dont le canal permet l'évacuation de l'urine est très long, il part de la vessie, il y a la prostate qui peut le coincer un peu et il est tout le long de la verge. Les incontinences urinaires chez les hommes sont très rares, en revanche quand il y en a, cela signale une gravité, cela signale un problème de prostate qui a peut-être été opérée, où l'on a touché des nerfs, ou alors il y a eu des irradiations. L'incontinence urinaire chez l'homme est grave.

Chez les femmes ce n'est pas très grave et c'est très fréquent même chez les très jeunes, car notre urètre est très court et il est plus difficile de se retenir pour les femmes que pour les hommes. Cela commence parfois très tôt ; les premières études ont été faites sur des jeunes femmes en classe de terminale et il y en a déjà beaucoup qui ont des fuites à la gym.

Les grandes sportives rencontrent aussi beaucoup cela, je travaille avec l'INSEP et la gynécologue de l'INSEP, et il y a 60 % d'incontinence chez les femmes qui n'ont jamais accouché à la pression abdominale. Elles imaginent que lorsqu'elles arrêteront le sport intensif cela cessera, mais ce n'est pas certain, car elles auront pu beaucoup faire descendre leurs organes. Elles ont des périnées très durs, ce n'est pas une faiblesse musculaire, car elles sont très musclées, mais pour autant cela descend quand même.

L'incontinence anale est plus rare chez les hommes et les femmes, car il suffit qu'il y ait des coudes dans le tuyau. Les selles sont solides donc cela ne sort pas facilement.

L'incontinence aux gaz est très caractéristique d'un problème au niveau du sphincter anal. Cela peut être lié au sphincter ou à l'accouchement avec une lésion du sphincter anal, mais celle-ci n'est pas forcément visible. C'est juste que quelques fibres ont été beaucoup trop étirées et cela crée un espace qui n'est plus tout à fait imperméable.

De la même façon, si l'on fait des opérations des hémorroïdes, et que l'on enlève les sacs hémorroïdaires qui servent de calfeutrage, on peut se retrouver avec des incontinences anales.

Les incontinences à la selle sont beaucoup plus rares, car il faut vraiment qu'il y ait un problème de sphincter. Il ne s'agit pas que du périnée en termes de musculature de soutien, ce sont les sphincters qui sont en cause.

Les incontinences urinaires sont de plusieurs types.

L'incontinence à l'effort

La plus fréquente est l'incontinence à l'effort, soit lorsqu'il y a une pression sur la vessie. La vessie est une poche souple, pleine de liquide avec le bouchon en bas. Si on appuie très fort et que l'on secoue beaucoup, il faut un bon bouchon. C'est très fréquent et plus il y a de pression abdominale et plus il y a un risque pour que le bouchon lâche un peu, à hauteur de quelques gouttes.

C'est ce qu'il se passe très souvent quand on éternue, car l'éternuement consiste en une pression très forte tout en bas du ventre, juste sur la vessie. C'est un mouvement très violent, où la vitesse de l'air qui sort quand on éternue est de 50 km/h pour chasser et nettoyer les bronches. Cette pression est directement appliquée sur la vessie et cela peut occasionner une incontinence.

L'éternuement comme le vomissement procèdent du même mouvement, cela part de tout en bas et cela fait sortir en haut et parfois aussi en bas.

Les hommes et les femmes sont à égalité dans le vomissement où il est impossible de serrer le périnée. C'est fait pour, puisqu'il faut en général que cela sorte en haut. Il n'y a qu'une solution : la posture avec une cuvette devant et une cuvette derrière. Ce n'est pas pathologique, le corps se vide et il élimine ce qui ne va pas.

L'incontinence d'urgence

Il y a ensuite l'incontinence d'urgence ou de stress où c'est la vessie qui est en jeu. On aura beau muscler le périnée, cela ne changera pas grand-chose. La vessie se contracte et le muscle de la vessie est très épais et très fort. Il se contracte comme une crampe. Il y a des gens qui

sont facilement sujets aux crampes et c'est un peu le même terrain. Cette vessie se contracte quand ce n'est pas le moment, sans prévenir et on a alors une envie urgente et très difficile à maîtriser.

Cela peut se déclencher parce que l'on entend de l'eau couler ou parce que l'on met les mains dans l'eau froide. C'est utilisé par les mamans souvent pour déclencher la miction du nourrisson. C'est aussi ce que l'on appelle le syndrome du paillason, soit cette envie brutale, lorsque l'on arrive chez soi et que l'on va enfin pouvoir vider sa vessie. Il faut alors traiter la vessie et la détendre. Il ne faut pas renforcer le périnée, ce n'est pas utile.

Il y a des gens qui ont un peu des incontinenances d'urgence et d'incontinence à l'effort. Il faudra alors traiter les 2 pathologies. Il ne sert à rien de muscler à fond le muscle pubo-rectal, cela ne va pas régler le problème. Si je sens que je vais éternuer, je me prépare et je serre le périnée : le sphincter est alors prêt à la pression qui va s'exercer et cela va aller mieux sur un éternuement ou deux, mais pas sur dix. Pour une quinte de toux, même si l'on a bien musclé le muscle pubo-rectal, cela ne suffit pas.

Je suis un peu énervée de voir les promesses faites par telle ou telle méthode où l'on dit qu'il n'y aura plus d'incontinence et une sexualité de rêve, avec des orgasmes extraordinaires. Ce n'est pas aussi simple que cela, et je pense que cela se saurait si l'on avait trouvé de pareilles solutions.

L'incontinence d'effort peut commencer très tôt chez les femmes très jeunes qui n'ont pas encore accouché et qui ont un très bon périnée au sens musculaire. En revanche, cela ne descend pas plus bas et cela ne s'aggrave pas forcément.

Les sphincters vieillissent, on peut mesurer cela et on dit que la résistance du sphincter urinaire correspond à 120 mm de mercure moins l'âge. À 20 ans on a 90, et à 90 ans on en a plus que 20. Cela concerne tout le monde : les personnes qui avaient des incontinenances à 18 ans comme celles qui n'en avaient pas. Cela ne s'aggrave pas vraiment, cela s'aggrave moins que la descente d'organes. Lorsque la descente d'organes a lieu jusque dans l'utérus et la vessie, cela ne s'arrête pas si l'on continue à pousser.

Accouchement : favoriser le réflexe expulsif

Frédéric : Y a-t-il moins de descente d'organes depuis que l'on fait attention aux méthodes d'accouchement ?

Dr. De Gasquet : C'est très difficile d'avoir des statistiques à ce sujet. Les statistiques sur l'accouchement portent sur le périnée intact ou l'importance de la déchirure, jusqu'à l'anus ou non ou sur l'épisiotomie. Pour voir l'influence sur les descentes d'organe, il faut observer cela dans le temps et pas uniquement le jour de l'accouchement. On n'a pas vraiment identifié cela.

On sait que c'est le 1^{er} bébé qui fait beaucoup de choses, car c'est la première fois que le bassin va pouvoir s'ouvrir et que les muscles vont être obligés de permettre cet écartement et il y aura beaucoup de poussées. Pour le deuxième enfant, le passage est fait.

En revanche, ma thèse qui a quand même eu le prix de la fondation de France sur la recherche sur l'incontinence a montré que quand il y a un réflexe expulsif, c'est-à-dire que la femme a une envie de pousser, mais qu'elle ne peut pas arrêter - comme l'envie de vomir, comme l'éternuement, c'est le même muscle qui fait cela - il y a statistiquement beaucoup moins d'incontinence à l'accouchement. C'est ce que ma thèse a montré.

Le deuxième facteur est le suivant : quand le bébé sort avec moins de 10 efforts de poussée. C'est-à-dire que plus on pousse et plus on fait de dégâts. Ce réflexe devrait être là, car il est même là dans le coma ou sous anesthésie générale, même chez les tétraplégiques qui ne sentent rien. Il y a des gens qui vomissent sous anesthésie générale ou dans le coma et on peut accoucher sous anesthésie générale, ce n'est pas la péridurale qui annule le réflexe.

Le problème est que dans les débuts de la péridurale très fortement dosée, les femmes ne sentaient rien et tout d'un coup cela sonnait de partout, c'était rouge partout, car on avait plus le cœur du bébé sur les écrans, car le bébé était entre les jambes. La femme n'avait rien senti, mais le réflexe avait eu lieu. La péridurale va faire que la femme fatiguée qui avait mal va se reposer dans la pire des postures. C'est cela qui empêche le bébé de descendre, car même sous anesthésie générale le réflexe peut être là. Les positions sont donc très importantes.

Il y a des personnes qui n'ont pas accouché et qui ont des incontinences. Ce n'est pas lié qu'à l'accouchement où sur une période très courte on doit fournir un effort très violent. Parfois, on appuyait même sur le ventre à un moment où tout est détendu au niveau des ligaments, et c'est un moment à haut risque.

Incontinence et infection urinaire

Frédéric : Même les sportifs, malgré un périnée de bonne qualité peuvent avoir des incontinences ; est-ce que cela est corrélé aux infections urinaires ?

Dr. De Gasquet : Pas forcément, c'est plutôt lorsqu'il y a une sorte de poche et que la vessie ne se vide pas bien où cela stagne et où cela peut faire plus de bouillon de culture et d'incontinence. C'est plutôt au contraire lorsque cela ne se vide pas bien que cela fait plus d'infection urinaire.

Éventuellement, c'est un problème hormonal. Le rôle du diaphragme est souvent négligé ou mal compris, car souvent on ne respire pas correctement : quand on expire, on pousse et quand on inspire et que l'on rentre le nombril on pousse, donc on pousse tout le temps. L'accouchement est forcément une expiration, mais dans le bon sens.

Exercices de respiration

Dr. De Gasquet : Il faut se mettre au bord de sa chaise et se pencher en avant. Il ne faut pas avoir le bas du dos arrondi, mais il ne faut pas non plus être cambré. Il faut mettre les bras de chaque côté des oreilles. Ce n'est pas la tête qui descend, ce sont les bras qui montent. Il n'est pas nécessaire de tendre les coudes.

Il faut alors souffler longtemps et quand vous avez besoin d'air, ouvrez la bouche ou les narines. Il est préférable d'ouvrir les narines, mais c'est plus compliqué. Il faut laisser le diaphragme redescendre, mais il ne faut pas le pousser vers le bas. D'ailleurs, en fonction de la position, ce n'est pas possible.

Reprenez ensuite cette position, soufflez et essayez d'inspirer en gonflant le ventre, en poussant vers le bas, mais il faut rester les bras levés. On s'aperçoit que cela ne peut pas descendre beaucoup, c'est bloqué.

Toutes les femmes qui accouchaient accroupies et suspendues, je suis sûre qu'elles ont inspiré, elles ne pouvaient pas inspirer et pousser, ce n'est pas possible. De cette façon on neutralise les muscles qui nous plient en deux, il n'y a rien qui peut descendre, alors cela remonte. Le ventre rentre tout seul et il plaque les organes vers le haut et vers l'arrière.

Chaque fois que l'on va mettre beaucoup de pression dans l'abdomen, il faudrait éviter de pousser le diaphragme vers le bas. Si je veux mettre une pression parce que je veux augmenter la poussée qui est réalisée par le muscle utérin en serrant autour, cela va se jouer dans la respiration.

Pour ce faire vous pouvez vous mettre un peu en avant sur votre chaise, vous fermez le poing et vous le mettez devant la bouche. Vous soufflez alors en freinant, si vous freinez complètement vous vous asphyxiez, mais si vous laissez juste l'air sortir un peu, vous allez sentir vos abdominaux travailler et cela monte au fur et à mesure que l'on expire.

On peut faire cela en criant ou en chantant, mais il ne faut pas inspirer bloquer et pousser, car on ne pousse pas que le bébé, on pousse la vessie et l'utérus vers le bas. Si le diaphragme descend, tout descend.

C'est un problème de position pendant l'accouchement et c'est pour cela que j'ai développé d'autres positions que celles où l'on relève la tête, car si l'on relève la tête, on ne peut pas remonter le diaphragme, il n'y a pas de place. Les premiers articles que j'ai écrits lorsque je n'étais pas médecin datent de 1978 dans Marie Claire. Je parlais alors d'expirer pour accoucher, c'était beaucoup trop tôt et ensuite il y a eu une grande mode de la poussée en expirer, mais cela ne fonctionnait pas.

En position où l'on lève la tête en Crunch, on ne peut pas expirer, les abdominaux ne peuvent pas serrer de façon horizontale et le diaphragme ne peut pas remonter. Ce n'est pas parce qu'il y a un peu d'air qui sort que cela fonctionne. Ce n'est pas parce que l'on met une résistance avec un objet quelconque, que l'on est dans une bonne position de poussée.

Je trouve qu'au lieu d'apprendre aux gens à se servir des abdominaux expirateurs et à se positionner, on met des choses dans le vagin et dans la bouche, et ce n'est pas très éducatif.

Sentir son périnée

Frédéric : Peut-on savoir si notre périnée est efficace ? Y a-t-il un exercice qui permet de sentir son périnée ?

Dr. De Gasquet : Il est plus facile de sentir son périnée lorsque l'on est assis que quand on est couché ou à l'horizontale, car il y a un poids dessus et on va être en contre-résistance. On a des repères, des points d'appui, il y a les os des fesses et le périnée se situe entre les fesses.

Imaginez que vous avez un besoin, et que c'est le muscle puborectal qui est sollicité pour uriner ou déféquer. Si vous avez envie d'aller à la selle et que ce n'est pas le moment, retenez-vous, essayez de vous retenir. Lorsque l'on retient, cela doit remonter puisque c'est un muscle élévateur. Théoriquement, on devrait sentir une différence entre le fait de se retenir ou non. Il y a une différence d'appui des os des fesses et une différence au milieu.

Il y a des raisons pour lesquelles certains périnées ne bougent pas, en particulier les gens qui sont mal tombés sur les fesses et qui ont luxé leur coccyx qui fait hameçon, et où c'est alors très raccourci entre l'avant et l'arrière. Si l'articulation ne peut pas bouger, on ne peut pas contracter. Il est très fréquent que le périnée ne bouge pas, car le coccyx ne bouge pas.

Je suis un peu la seule aujourd'hui à dire que c'est un test intéressant. Dans les années 80, il y avait cette mode du pipi-stop pour voir comment se comportait le périnée et les gens ont voulu en faire un exercice de musculation. C'est aberrant, car la vessie ne se vidait pas. Si vous avez l'impression que votre périnée est en forme, vous allez aux toilettes, vous commencez à uriner et vous essayez de retenir, pas forcément d'arrêter, mais vous essayez de voir s'il se passe quelque chose quand vous essayez d'arrêter.

Une fois que l'on a commencé à uriner, c'est très difficile d'arrêter, car le système entre la vessie et l'urètre a enregistré le fait de se vider et la vessie continue à pousser. C'est difficile d'arrêter, mais on peut au moins

sentir qu'il se passe quelque chose ou non. Le jour où l'on est fatigué, cela dépend du cycle, cela dépend de la pression atmosphérique, et là on sent que le périnée n'est pas en forme et on teste. On s'aperçoit que c'est compliqué.

C'est un thermomètre, le thermomètre ne vous guérit pas, mais il vous dit si vous avez de la fièvre ou non. Il ne faut pas faire cela tout le temps, il faut faire cela quand on a besoin de refaire le point. C'est un test qui ne coûte rien, qui est accessible à tout le monde et je dis que c'est un bon moyen de savoir si notre périnée bouge. Si l'on parvient à trop bloquer, ce n'est peut-être pas bon, car on videra peut-être moins bien, et il y aura des résidus.

Quand on regarde toutes les rééducations du périnée, les professionnels de santé utilisent ce même geste du pipi-stop. Si on sent que cela bouge alors que l'on n'est pas en train de vider sa vessie, c'est aussi très bien. Si cela ne bouge pas, il faut aussi se poser la question de savoir pourquoi et dans cette interrogation il y a :

- Des problèmes de forme de bassin
- Des problèmes de coccyx
- Les séquelles souvent ignorées d'abus sexuels dans l'enfance

J'avais écrit en 2003 un livre à ce sujet, c'était trop tôt, il n'y avait pas Internet. J'ai repris dans le livre aux éditions Albin Michel ce que le périnée dit de notre vécu, si on a été constipé, si l'on a fait pipi au lit et éventuellement si l'on a subi des abus. C'est parfois difficile, car l'abus n'est pas forcément le viol sous la violence avec pénétration, c'est beaucoup plus flou que cela et il y a des gens qui ne font pas le lien et qui ne pensent pas que leur problème vient de cela.

On sait aujourd'hui que cela peut être transmis de façon transgénérationnelle. Quand on a éliminé toutes les autres raisons, on peut toujours se poser cette question et j'en parle en particulier dans ce livre. On aura beau faire tous les exercices que l'on veut, cela ne fonctionnera pas, car le problème n'est pas là. Il faut que la personne puisse aborder ce problème. Est-ce qu'elle est prête ? Est-ce qu'elle peut le faire ? C'est un autre sujet. Cela peut être associé à une sexualité anorgasmique, avec une absence de sensations ou la

présence de douleurs, du vaginisme, de l'anisme et l'impossibilité de relâcher le sphincter.

Il y a beaucoup de problématiques entre le haut et le bas avec le comportement alimentaire comme l'anorexie et la boulimie. Ce n'est pas parce que l'on a eu une dépression où que l'on a été anorexique que l'on a forcément été abusée.

Il s'agit de l'entrée et de la sortie et c'est mon tout dernier livre aux éditions la Musardine qui est une édition dédiée à la sexualité. On parle de sexe, mais on ne nous a jamais vraiment expliqué comment fonctionnait le périnée. C'est le but de ce livre et je fais le lien entre la bouche, le nez, et le périnée. Je parle du plaisir à travers les différents sens dont l'odorat, le goût, et le toucher. Le livre s'appelle « les voies secrètes du plaisir ».

LES QUESTIONS DES ABONNÉS



Périnée et hypertrophie de la prostate

Frédéric : Pouvez-vous nous parler de l'incidence réciproque du périnée et de l'hypertrophie de la prostate ?

Dr. De Gasquet : L'hypertrophie de la prostate va conduire au fait que l'urètre va être très comprimé, très rétréci. Cela ne se videra pas bien et il faudra certainement aller souvent vider la vessie. Cela occasionne en général des poussées pour essayer de vider. Ce n'est pas une bonne chose, mais c'est ainsi. Cela ne descend pas chez l'homme, mais cela peut créer des problèmes au niveau abdominal avec des hernies et autres, parce que ce sont des pressions qui s'exercent.

La rééducation périnéale

Frédéric : Beaucoup de patients hommes demandent de la rééducation périnéale, est-ce que votre institut prend en charge cela ?

Dr. De Gasquet : En général à l'institut on n'a pas de formation initiale de rééducation. Les gens sont déjà des professionnels et on vient rajouter la statique, la respiration, etc. Je ne vais pas former moi-même des rééducateurs en particulier en anorectal. L'anorectal est vraiment une spécialité dans la rééducation périnéale, et il est vrai qu'il y a peu de personnes formées. Il y a peu de centres de formation sur l'anorectal et ce sont en général les kinésithérapeutes qui prennent cela en charge.

Les sages-femmes peuvent faire travailler l'anus des femmes accouchées, mais les hommes sont pris en charge par les kinés spécialisés en urogynéco et anorectal. L'idéal est de faire un peu d'éducation avant, pour que cela fonctionne plus vite ensuite, si l'on sait ce qu'il doit se passer dans le corps.

Limiter l'évolution d'une descente d'organes

Frédéric : Est-ce qu'il existe des exercices pour éviter l'évolution d'une descente d'organes ?

Dr. De Gasquet : Oui, mais ce sont des exercices qui passent beaucoup par le diaphragme et la posture, car si l'on n'a pas une bonne posture, on

ne peut pas remonter le diaphragme et si on ne remonte pas le diaphragme, on ne remonte pas le prolapsus. On va remonter, on va aider, mais il ne faut pas rêver, je ne veux pas faire de fausses promesses, on ne va pas remonter un prolapsus définitivement si c'est à un stade avancé par des exercices. On va éviter que cela ne s'aggrave, on va améliorer, mais cela ne reviendra pas comme avant.

Aujourd'hui, on ne veut plus opérer. C'est très difficile d'être opéré d'une descente d'organes, parce qu'il y a beaucoup de procès et beaucoup d'histoires autour des bandelettes. Il y a eu des cas très malheureux, mais c'est le cas dans tout type d'opération. Aujourd'hui, on opère beaucoup moins, mais on fait des pessaires. À l'époque on mettait des sortes d'anneaux de rideau rigides dans le vagin qui empêchaient l'utérus de descendre, mais qui pour tenir dans le fond du vagin devaient être assez larges. Cela n'aidait donc pas beaucoup à retonifier.

En 1998, j'ai connu en Suisse dans un congrès les pessaires cubes et je les utilise depuis dans mes consultations périnéologiques. Ce sont des cubes avec des alvéoles et une ficelle. On le rentre dans le vagin, on le comprime et cela se ventouse. Comme cela se ventouse partout, il n'y a plus de vide et comme il n'y a plus de vide, il n'y a plus rien qui descend.

C'est très mécanique, c'est la femme qui remonte ses organes, on lui apprend à le placer. Si elle reste couchée toute la journée dans son hamac, la femme n'a pas besoin d'utiliser cela. Il y a des jours où cela ne descend pas et c'est la femme qui doit gérer cela. C'est un peu un soutien-gorge pour la vessie et l'utérus. C'est un dispositif qui n'est pas assez connu et qui ne fait pas prendre de risques comme une opération.

Le seul problème est qu'il faut estimer la taille, car si cela ne s'accroche pas, cela ne fonctionne pas et il faut parvenir à le rentrer. Il y a donc une éducation à faire et il faut faire un bilan avec un professionnel qui va permettre de déterminer la taille.

Il y a plusieurs tailles et il y en a vraiment des très gros, parce qu'il y a des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants et qui ont des gros prolapsus. Les femmes le mettent et l'enlèvent quand elles en ont besoin.

En prévention, il y a des sportives qui le mettent pour aller faire leur jogging, leur partie de tennis.

Souvent on commence avec une taille plus grande et on peut diminuer ensuite.

Rééducation périnéale : du cas par cas

Frédéric : Lors de la rééducation périnéale, certains disent qu'il faut que ce soit uniquement manuel et d'autres uniquement avec électrostimulation ? Quelle est votre approche quant à cela ?

Dr. De Gasquet : Cela ne peut pas être qu'une chose ou une autre. Cela dépend de la pathologie et aussi de ce que le praticien sait faire. On a vu dans la rééducation les physiothérapeutes utiliser plutôt de l'électrothérapie, parce qu'ils maîtrisent l'outil et les sages-femmes non. Mais les sages-femmes maîtrisent le toucher vaginal. Cela s'est réparti de la sorte.

Au fur et à mesure de la formation et de l'expérience, on s'est rendu compte qu'il faut souvent utiliser les deux : au début avoir ce feedback sur l'électrode et envoyer du courant ou au contraire les doigts suffisent et cela permet de visualiser et d'agir à différents niveaux où l'on va sentir différentes parties du périnée. Il y a plusieurs méthodes de rééducation et je crois que c'est toujours adapté.

Les Québécois qui travaillent toujours beaucoup sur l'abus nous disent : finalement une femme qui a été abusée préfère parfois la sonde où elle est passive plutôt que d'être obligée d'aller dans son périnée sur les doigts de quelqu'un. C'est surprenant, car on se dit qu'elle a été abusée et que l'on va mettre un objet dans le vagin, mais parfois c'est mieux pour la patiente. C'est du cas par cas.

Les œufs de Yoni

Frédéric : Que pensez-vous des œufs de Yoni ?

Dr. De Gasquet : C'est intéressant : quand j'avais ma consultation de périnéologie, c'était vraiment dans les années 1990 et quelques fois je demandais à certaines femmes d'aller dans des Sex Shops, parce qu'il n'y avait pas autre chose pour acheter des boules de geisha. Aujourd'hui, il y en a qui sont médicales avec des matériaux bien meilleurs que dans les Sex shops de l'époque.

Cela peut être intéressant, car pour la femme tout est à l'intérieur et il n'est pas facile de sentir ce qu'il se passe à l'intérieur. Il y a des tas de

choses à l'extérieur pour les hommes et quand ils contractent le périnée, ils peuvent vérifier à l'extérieur.

Il faut absolument qu'il y ait 2 boules de geisha, l'aberration est de vouloir fermer, de tenir en étant crispé. Je déteste le terme de « verrouillage périnéal », cela n'a pas de sens. Il faut de l'élasticité et non du verrouillage. Si on exerce juste un poids dessus, on va tenir et puis on va finir par lâcher.

Il faut qu'il y ait 2 boules, c'est-à-dire que l'on cherche à ascensionner et puis il faut laisser redescendre. On a l'appui qui donne l'impact. Cela arrive en bas et on remonte par le diaphragme et la respiration. C'est très intéressant en complément de rééducation et quand on sait ce que l'on fait, que l'on sait que l'on ne serre pas les fesses et le ventre.

Il y a plein d'engins où l'on ne sait pas ce que l'on enregistre, on ne sait pas s'il s'agit des fessiers, des abdominaux ou du périnée. Il faut faire un testing, un travail de contrôle par un professionnel et une fois que l'on sait bien ce que l'on fait, les boules sont très intéressantes pour sentir que l'on ne pousse pas.

Si je mets des boules et que je fais des séries de relevés de buste, elles vont descendre et on va être obligé de serrer. Si j'expire et que je me retourne en partant du bas du ventre, elles ne sortent pas, elles remontent, c'est ce feedback éducatif qui est intéressant. Il ne faut pas pousser et savoir que l'on ne pousse pas à l'intérieur du vagin.

Frédéric : Il n'y a pas de limite d'âge ?

Dr. De Gasquet : Il n'y a pas de problème, mais à 80 ans il y a une atrophie, le vagin est rétréci et on aura peut-être du mal à rentrer la boule.

L'orgasme : la meilleure rééducation périnéale

Frédéric : Est-ce que les sex-toys sont délétères sur le périnée ?

Dr. De Gasquet : La meilleure rééducation périnéale est l'orgasme. Si les Sextoys favorisent les orgasmes, il faut les utiliser. C'est une contraction profonde, cela n'a rien à voir avec le pipi-stop, cela permet

de connaître cette partie en profondeur qui n'est pas du verrouillage ou du renforcement.

Frédéric : Les femmes qui ne parviennent pas à l'orgasme peuvent être aidées par cela ?

Dr. De Gasquet : Oui, les Sextoys peuvent aider beaucoup de gens.

Bouteille gelée et bains dérivatifs

Frédéric : Que pensez-vous de la bouteille gelée à la place des œufs de Yoni ?

Dr. De Gasquet : Je ne connais pas. Il y a les bains dérivatifs avec l'eau froide sur le périnée. Il y a des gens qui trouvent cela très bien, mais je n'ai pas d'expérience à ce sujet. À mon avis cela ne peut pas faire de mal. Je vais beaucoup au Japon et en Asie et il faut surtout du chaud sur le périnée et jamais de froid.

Yoga et Pilates : quelles différences ?

Frédéric : Pouvez-vous nous expliquer la différence entre le yoga et le Pilates ?

Dr. De Gasquet : Le yoga est beaucoup plus ancien et beaucoup plus complet que le Pilates, parce qu'il y a les yeux, le sang, et le mental. Le yoga du sommeil éveillé correspond à de l'hypnose, et il y a l'énergétique, c'est très large. Il y a beaucoup de respirations très variées également. Le Pilates est assez proche, car il y a les mêmes postures de base, ce qui change beaucoup c'est la respiration.

Monsieur Joseph Pilates n'a jamais dit qu'il fallait garder le ventre serré tout le temps. C'est venu par la danse classique qui a été le vecteur qui a amené le Pilates à travers le temps. J'ai énormément de professeurs de Pilates qui viennent se former pour aller plus loin et en particulier sur le périnée, car on en parle, on le serre, on le verrouille, mais cela ne va pas très loin.

Pour moi, le fait de verrouiller le périnée et de serrer le ventre correspond à une pression permanente et je pense que l'on peut faire des choses plus fluides. Actuellement je fais un stage de Pilates, parce que beaucoup de gens mélangent les 2 sans avoir une cohérence totale dans ce qu'ils font et ils viennent chercher cette cohérence. Il y a des choses en commun que l'on peut effectivement exploiter.

Progresser dans le Yoga

Frédéric : Quelles sont les progressions que vous proposez dans le Yoga ?

Dr. De Gasquet : En principe cela commence toujours par le Hatha yoga, soit le yoga des postures et des respirations. Je fais de l'APORT qui signifie approche posturo respiratoire. Ce n'est qu'une petite partie du yoga, mais je travaille là-dessus. Je pense qu'il faut d'abord être là-dedans pour ensuite aller chercher des choses plus sophistiquées, soit dans le mental, soit dans les acrobaties.

S'initier au Yoga

Frédéric : Par quelle technique ou quelle approche faut-il commencer ?

Dr. De Gasquet : Il y a une question d'accord entre le prof et l'élève, il y a des rythmes. J'ai un yoga très biomécanique et certaines personnes voudraient plus de méditation, plus de relaxation.

Je crois qu'il faut tester pour voir où l'on se sent bien, car cela peut s'adapter à tout le monde. Le must serait d'avoir quelques cours individuels au départ pour avoir les bases et que l'enseignant sache quelle posture éviter ou laquelle privilégier.

Je conseille de faire une séance de kinésithérapie où l'on va analyser les postures et la respiration avant d'intégrer un cours collectif.

Faire un bilan périnéal

Frédéric : Est-ce que vous conseillez systématiquement à celles qui ont accouché et qui commencent à avoir des incontinences de faire d'abord un bilan avec la sage-femme ou un gynécologue ?

Dr. De Gasquet : Les gynécologues ne sont pas forcément formés au bilan périnéal, mais une sage-femme ou un kinésithérapeute spécialisé gynécologue peuvent être consultés. Je trouve aberrant que lorsque l'on veut faire du sport, on ait un examen médical, mais où l'on n'examine jamais le périnée. Il y a des sports qui devraient vraiment être évités chez certaines personnes. Avant une grossesse, il faut savoir si le périnée est trop dur, asymétrique ou trop mou.

Frédéric : Pouvez-vous nous expliquer comment se passe une première séance chez un kiné ou une sage-femme ?

Dr. De Gasquet : Il y a toute une partie d'interrogatoire, un questionnaire qui va chercher des choses dans l'enfance, s'il y a eu des énurésies, des périodes de fécalome, si l'on est tombé sur le coccyx, s'il y a eu des maternités, quels sont les sports pratiqués, etc.

Ensuite on va demander la contraction et voir s'il y a des mouvements. Ensuite, si la personne est d'accord, on va faire un testing avec les doigts en intravaginal ou intrarectal chez les hommes pour sentir ce qu'il se passe à la poussée et à la retenue en fonction de la respiration. C'est la base du bilan.

Frédéric : Est-ce qu'avec vos ouvrages les personnes peuvent s'autonomiser ou faut-il obligatoirement qu'il y ait un coach ?

Dr. De Gasquet : J'écris de façon très détaillée, avec les erreurs, avec les sensations, mais je trouve que cela vaut la peine d'avoir quelqu'un qui contrôle et qui connaît, car on n'a pas de référence. On ne connaît pas toujours très bien le périnée des copines. Un bilan périnéal est quelque chose qu'il faudrait faire au moins une fois dans sa vie pour savoir comment cela fonctionne.

Respirer avec le diaphragme

Frédéric : Pouvez-vous réexpliquer la respiration avec le diaphragme ?

Dr. De Gasquet : C'est le travail sur l'expiration au départ : on vide vers le haut en poussant le diaphragme. Une fois qu'on l'a vidé, on n'a pas créé de dépression, on l'a juste vidé. Là on veut créer une dépression pour tout aspirer vers le haut. On l'a poussé vers le haut en contractant le périnée et les abdominaux et puis après on va tirer le diaphragme vers le haut.

Pour le tirer, il faut monter le sternum et pour monter le sternum, il faut se servir des muscles qui vont jusqu'à la nuque.

On a 3 niveaux :

- Le périnée
- Le diaphragme
- Et la glotte

Si on l'a fait sur le vide, sur l'expiration, on crée une succion qui remonte tout. C'est vraiment très utilisé pour la constipation où l'on travaille sur tous les fascias.

Il y a plein de choses dans cet exercice, mais ce n'est pas indispensable pour certaines personnes, car ils ont déjà les côtes très écartées, le diaphragme très haut. C'est toujours du cas par cas.

Frédéric : C'est par l'expiration que le diaphragme remonte ?

Dr. De Gasquet : Tout à fait et cela remonte tout, mais cela ne serre pas le périnée. Ce n'est pas parce qu'il remonte qu'il se serre. Quand j'éternue, il ne se serre pas.

Ne rien verrouiller

Frédéric : On peut travailler notre ceinture abdominale, mais toujours en ayant conscience de ne pas pousser sur le périnée ?

Dr. De Gasquet : C'est un starter, de mon temps pour démarrer les voitures il fallait mettre le starter, mais on ne roule pas avec. Il ne faut

pas verrouiller sinon on ne peut plus respirer. Il faut démarrer en bas et monter.

Frédéric : La contraction périnéale s'épuise si l'on maintient ?

Dr. De Gasquet : Comme n'importe quelle contraction active musculaire. Il faut qu'il y ait beaucoup d'amplitude et de mouvement.

Consulter un professionnel de santé

Frédéric : Est-ce qu'avant de faire la rééducation du périnée, il faut d'abord aller voir un ostéopathe pour tout ajuster avant de muscler ?

De Gasquet : Il faut aller voir un ostéopathe ou un kinésithérapeute, il faut permettre au diaphragme de bouger pour que le périnée puisse bouger. Même avec le meilleur ostéopathe du monde, si vous êtes bossu, il ne va pas tout changer, si vous avez une scoliose, il va l'améliorer, mais ensuite la respiration va beaucoup jouer pour aller plus loin.

Corriger un coccyx en hameçon

Frédéric : Si le bassin est bloqué mécaniquement ou que le coccyx est en crochet, cela pose problème sur la rééducation. Peut-on toujours corriger le coccyx en hameçon ?

Dr. De Gasquet : Quand c'est fixé et fibrosé, c'est compliqué. Il faut profiter des moments où la relaxine et où les hormones jouent, c'est-à-dire pendant la grossesse et beaucoup de femmes savent qu'elles sont enceintes, car elles ont mal au coccyx. C'est l'un des premiers signes de grossesse, car cela bouge à nouveau et il est toujours luxé.

Dans la 2^{ème} partie du cycle, on a un peu plus de relâchement possible, car si c'est complètement fibrosé, on ne va pas le casser pour le bouger. Lorsque le muscle ne bouge plus, on ne peut pas faire grand-chose. En revanche, quand il est luxé dans l'autre sens en extension, on peut

bouger et on peut agir pour repositionner le sacrum et le coccyx et redonner une élasticité au muscle pubo-rectal.

L'accompagnement de Teddy Riner

Frédéric : Comment travaillez-vous sur Teddy Riner ?

Dr. De Gasquet : Dans le gainage intégral ; l'ostéopathe de Teddy Riner était une de mes formatrices et le mari de cet ostéopathe était l'entraîneur de Teddy Riner. Il a voulu en savoir plus et il a tout compris, car il comprend tout tout de suite, soit comment placer le bassin à partir du périnée. Cela lui donnait beaucoup plus de puissance.

On a fait un livre ensemble et il écrit souvent volontiers que lorsqu'il m'a rencontré il a découvert le périnée. Cela a changé beaucoup de choses dans sa vie.

Le congrès du docteur De Gasquet

Dr. De Gasquet : J'organise en novembre un congrès très large de 2 jours sur la respiration avec des personnes très intéressantes et avec quelques vedettes comme Matthieu Ricard, Alice Modolo la championne du monde de plongée en apnée, des gens qui montent l'Everest, un ventriloque, etc.

Vous pouvez aller voir sur le site et il y a la possibilité d'être en visio. Il y aura des ateliers pratiques sur l'estomac et le vacuum.

Cela a lieu dans le 7^{ème} arrondissement de Paris le 29 et 30 novembre. Le congrès commence à 13H00 le premier jour et termine à 19H00. Il y aura des choses sur le chant, sur la santé environnementale, l'air que respirent les nouveau-nés, etc.

