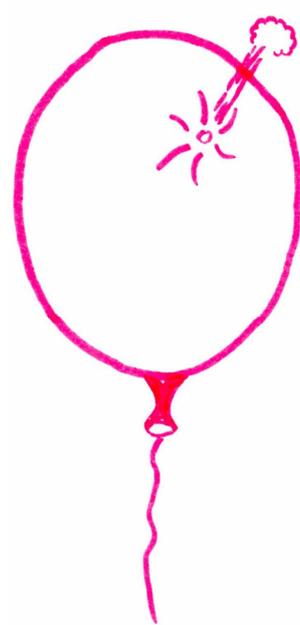


MEMOIRE DE FIN DE FORMATION A LA METHODE MEZIERES



Les abdominaux n'ont plus la pression !

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu dans l'élaboration ce mémoire.

Merci à Sylvain, mon conjoint, qui a toujours été un soutien sans faille et qui m'a encouragé jusqu'à la fin de cette formation ;

Hélène, mon amie future Méziériste et colocataire de choc, pour sa bonne humeur ;

Aurélië, kinésithérapeute, pour sa présence et ses encouragements ;

Alessandro, professeur de mathématiques, pour sa bonne humeur ;

Julien, mon collègue kinésithérapeute, qui m'a encouragée et soutenue ;

Roman, Juliette, Annick, Gaëtan, Claire, Nathalie, et quelques autres de mes patients qui m'ont également encouragée au cours de ce travail ;

Monsieur L. et Madame R. qui ont accepté de se prêter à cette étude ;

Isabelle MAURIES, Méziériste à Orléans, chez qui j'ai fait mon stage didactique, merci pour sa riche expérience et sa bonne humeur ;

Sylvie SIDER, pour sa séance didactique extrêmement bienfaisante, son expérience, son désir de partage de connaissance, ses explications et sa patience ;

Merci au Docteur de GASQUET pour toutes ses recherches, ses publications, son envie de transmettre son savoir et son excellente humeur ;

Et enfin, merci à l'équipe des formateurs de l'AMIK pour ces nouvelles connaissances, ce savoir partagé qu'ils ont tenté de nous inculquer entre septembre 2010 et mars 2012.

SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Introduction	4
Epidémiologie	5
Quelques notions d'anatomie, posons les bases !.....	5
1. Qu'est-ce que le périnée ?	5
a. Le périnée superficiel	5
b. Le périnée moyen	5
c. Le périnée profond.....	6
2. Les abdominaux.....	6
a. Le plan superficiel	7
b. Le plan moyen	7
c. Le plan profond.....	7
3. Le bassin.....	8
4. Le diaphragme	8
Quelques notions de biomécanique, pour mieux comprendre !.....	10
1. La physiologie de la respiration :	10
2. « Les boîtes à pression »	11
a. <i>La boîte à penser</i>	11
b. <i>La boîte à respirer</i>	11
c. <i>La boîte à digérer</i> (et à faire les bébés)	11
L'apport de la méthode de Bernadette de Gasquet	12
Principes généraux de la méthode	12
Le sujet	13
1. Typologie expiratoire	14
2. Typologie inspiratoire	21
Conclusion	28
Bibliographie	29
Table des illustrations	29
Annexe 1 : Qui est Bernadette de Gasquet ?.....	30
Annexe 2 : Les caractéristiques du consentement libre et éclairé aux soins (Jacquet-Francillon & Tilhet-Coartet, 2007).....	31
Annexe 3 : Bilan diagnostique périnéal	33

Introduction

Dans ce mémoire, j'ai voulu se faire rencontrer deux méthodes auxquelles je m'intéresse et je me forme. La méthode de Françoise Mézières et celle du docteur Bernadette de Gasquet.

Si ces deux femmes s'étaient rencontrées, elles auraient eu de quoi discuter, car si l'une considère le diaphragme comme « *muscle fondamental de la respiration mais aussi comme muscle de la statique vertébrale et de la dynamique du corps* », l'autre le perçoit comme « *la clef de voûte de la protection ou de la destruction périnéale* ». (Patte, 2009) (Docteur de Gasquet, *Abdominaux : Arrêtez le massacre*, 2005) (Docteur de Gasquet, *Périnée, arrêtons le massacre !*, 2011).

Le diaphragme est en lien étroit avec les muscles abdominaux, notamment le **transverse de l'abdomen** lors de la respiration. Ces mêmes muscles, **diaphragme** et **abdominaux**, sont liés au plancher pelvien par l'intermédiaire d'aponévroses mais aussi du péritoine. Ainsi le plancher pelvien devient un diaphragme lui aussi, nous parlerons du **diaphragme pelvien**.

Françoise Mézières accordait beaucoup d'importance au diaphragme, tout comme Bernadette de Gasquet en accorde aux muscles abdominaux. Effectivement, ce sont ces muscles qui, nous le verrons plus tard, pourront être responsable d'hyperpression dans l'enceinte abdominale. Cette hyperpression va se reporter sur les zones de faiblesses, à savoir sur le périnée plus fragile chez la femme (responsable en partie d'incontinence urinaire) mais également sur la paroi de l'abdomen (pouvant entraîner des hernies inguinales), et sur les disques intervertébraux (hernies discales).

Ainsi, certains comportements respiratoires et certaines attitudes iront dans le sens de l'hyperpression, notamment dans des exercices abdominaux mal conduit. A contrario, certaines postures et certains comportements respiratoires ne généreront pas de mauvaises pressions au sein de cette enceinte abdominale. C'est ce que nous allons chercher à démontrer dans cet écrit.

Dans un premier temps, nous ferons quelques rappels anatomiques sur les éléments structuraux concernés qui nous permettrons de poser les bases de ce mémoire.

Puis nous aborderons quelques éléments de biomécaniques, afin de rappeler brièvement la fonction respiratoire et de bien comprendre les notions de pression, d'enceinte de pression et d'hyperpression.

Enfin, dans un troisième et dernier temps nous décrivons avec l'aide de la méthode Mézières quelles sont les bonnes postures à adopter, quelles sont les corrections à apporter aux patients pour obtenir une « bonne respiration », nous verrons comment corriger et guider nos patients selon qu'ils aient un profil plutôt expiratoire ou plutôt inspiratoire et quelles sont les conséquences de notion d'hyperpression dans d'abdomen sur ces typologies respiratoires.

Nous serons accompagnés dans ce mémoire par deux patients, un homme et une femme ayant deux pathologies différentes, deux profils différents mais en rapport étroit avec une mauvaise utilisation de leur sangle abdominale.

Epidémiologie

Les faits sont là, aujourd'hui nous sommes devant un problème de santé publique important, en effet 56% des femmes auraient des problèmes d'incontinence urinaire d'origines diverses. Un homme sur quatre de plus de 50 ans se fait opérer des suites de hernie inguinale. En cause, le plus souvent, mais pas systématiquement chez la femme, l'hyperpression abdominale. (Docteur de Gasquet, Périnée, arrêtons le massacre !, 2011)

Quant à la hernie discale, l'évaluation de la prévalence reste difficile puisque certaines passent inaperçues. Les données actuelles permettent de penser qu'une personne sur cinquante en est affectée un jour ou l'autre. (GIE Santé & Retraite, 2008)

Quelques notions d'anatomie, posons les bases !

1. Qu'est-ce que le périnée ?

Le périnée est un ensemble complexe de muscles situés dans la partie inférieure du bassin. Il soutient la vessie, l'utérus (chez la femme) et le rectum. Il comporte des orifices qui permettent les fonctions de **miction, de défécation, mais aussi de continence**. Il joue aussi un rôle dans les **fonctions sexuelles** et intervient directement dans la **fonction de reproduction**.

Il est divisé en trois plans musculaires :

a. Le périnée superficiel

- Il comprend le **transverse superficiel du périnée**, muscle peu mobile qui intervient dans la stabilisation du bassin ;
- Le **muscle bulbo-spongieux**, muscle constricteur de la vulve, et les **muscles ischio-caverneux** qui sont aux nombres de deux, ainsi que les **muscles bulbo-caverneux** ;
- Et le périnée anal constitué par le sphincter strié de l'anus qui maintient la fermeture du canal anal.

b. Le périnée moyen

Il est constitué par le muscle transverse profond et le sphincter de l'urètre, mais c'est aussi le périnée sexuel.

c. Le périnée profond

Lui est constitué du **releveur de l'anus** qui comprend 5 faisceaux : le pubo-vaginal, le **pubo-rectal** qui est élévateur avec le pubo-coccygien, l'ilio-coccygien et l'ischio-coccygien.

- Le **pubo-rectal** concerne le périnée antérieur et postérieur. Ses points fixes sont situés sur les insertions pubiennes, ce qui fait que lors de sa contraction (volontaire), il tire l'anus vers l'avant et vers le haut (la symphyse pubienne est plus haute que l'anus). Ce muscle intervient donc directement dans **la retenue** ;
- Les ischio-coccygiens participent à la stabilisation du coccyx voire du sacrum en évitant toutes déviations de ces derniers ;
- Et les ilio-coccygiens réalisent une sorte de diaphragme sous le col de l'utérus lorsqu'ils se contractent et assure un soutien de l'utérus, de la vessie et des intestins dans la position verticale. Leur contraction volontaire est plus difficile à obtenir que celle du pubo-rectal. (Galliac - Alanbari, 2005, 2010)

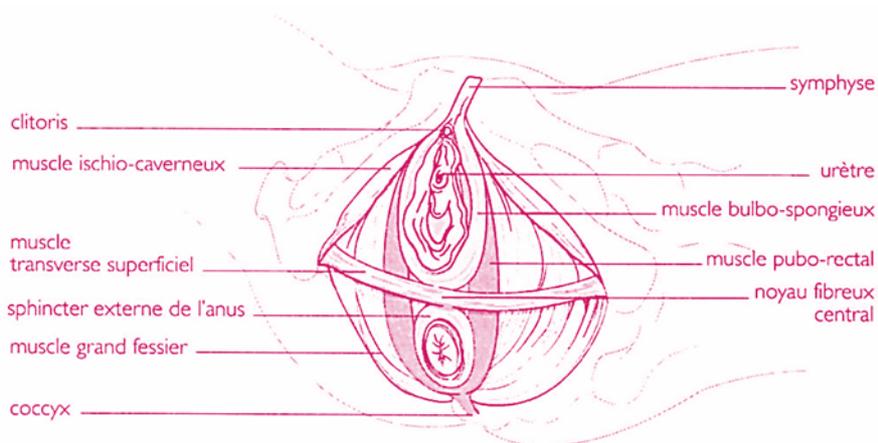


Figure 1. Le périnée superficiel (Docteur de Gasquet, Périnée, arrêtons le massacre !, 2011)

2. Les abdominaux

Les abdominaux constituent **la paroi musculaire de l'abdomen** situé entre le thorax et le bassin. Ils participent à de nombreuses fonctions de l'organisme :

- Ils servent à **maintenir les viscères** situés dans l'abdomen (intestins, foie, estomac, rate, reins, pancréas, vessie et pour les femmes, ovaires et utérus) ;

- Ils ont un rôle **dans la respiration** par leur élasticité. Lors de l'inspiration, le centre phrénique s'abaisse sur les viscères les poussant vers le bas et nous observons un gonflement du ventre par l'élasticité des abdominaux. A la fin de cette phase d'inspiration, les abdominaux vont se relâcher et se resserrer sur eux-mêmes pour refouler le diaphragme vers le haut, c'est la phase d'expiration ;
- Les abdominaux sont aussi là pour « **pousser** ». Lors de la défécation, de l'accouchement, et du vomissement, les abdominaux compriment les organes pour vider ;
- On leur voue un rôle important dans le **maintien de la colonne vertébrale en étirement**. Ils agissent comme une gaine qui aide la musculature du rachis à tenir cette colonne ;
- Ils interviennent dans « le massage » du contenu abdominal pour stimuler les organes, activer le transit et la diurèse ;
- Les abdominaux ont également d'autres fonctions qui ici nous intéressent moins, ils sont notamment acteurs dans la **circulation sanguine** : en effet lors de la respiration, le diaphragme agit comme une pompe pour aider au retour veineux, ils participent aux mouvements de notre corps dans sa globalité : marcher, se pencher, se tourner... Et enfin on les trouve dans la sphère esthétique puisqu'ils participent au galbe, à la taille de l'individu. Les abdominaux comprennent **trois plans musculaires** :

a. Le plan superficiel

Il est constitué des **grands droits de l'abdomen** et du **transverse superficiel de l'abdomen**. Celui-ci est la continuité du transverse de l'abdomen (profond) dans sa région inférieure. En effet dans son quart inférieur, son aponévrose se prolonge en avant de la gaine des grands droits.

b. Le plan moyen

Il comprend les **grands obliques de l'abdomen** droit et gauche ainsi que les **petits obliques de l'abdomen** droit et gauche.

c. Le plan profond

Il est constitué par le **transverse profond de l'abdomen**. Ses fibres, dans ses trois quarts supérieurs, passent derrière les muscles grands droits de l'abdomen et de l'aponévrose, dont elles renforcent le feuillet postérieur. L'aponévrose profonde du transverse enveloppe l'ensemble de la cavité abdominale et recouvre directement le péritoine qui adhère à son aponévrose.

La contraction du transverse, combinée à celle du diaphragme, comprime la cavité abdominale et y répartit la pression, ce qui a pour effet de repousser la colonne vertébrale en arrière. De ce fait, les piliers du diaphragme, ne pouvant plus entraîner la colonne vers l'avant, participe à son érection.

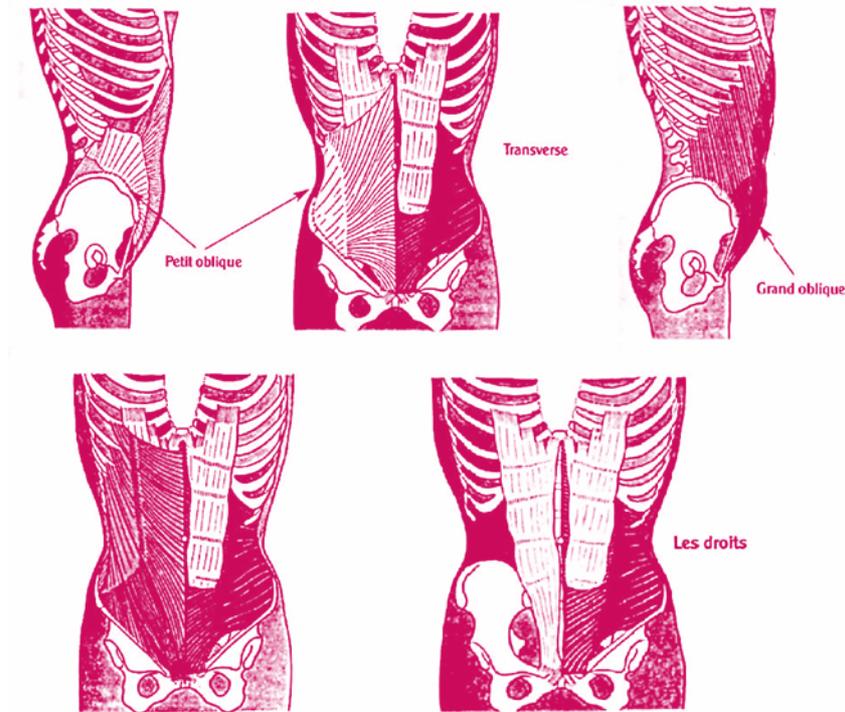


Figure 2. Les muscles abdominaux (Docteur de Gasquet, Abdominaux : Arrêtez le massacre, 2005)

3. Le bassin

Le bassin correspond à l'ensemble de la structure osseuse sur laquelle le périnée vient s'insérer. Il est constitué des deux os iliaques, du sacrum et du coccyx. Les iliaques sont latéraux et articulés avec le sacrum en arrière formant les articulations sacro-iliaques (peu mobiles). Ils s'articulent entre eux en avant avec un fibrocartilage pour former la symphyse pubienne.

4. Le diaphragme

Ce muscle est décrit comme une nappe musculaire qui sépare le thorax de l'abdomen. Il a une forme concave vers le bas et est comparé à une toile de parachute.

En forme de coupole, il est plus haut à droite qu'à gauche. Il est en rapport en bas avec les viscères abdominaux et en haut avec les poumons et le péricarde. Sa région centrale est tendineuse, c'est le centre phrénique (non contractile). Dans sa périphérie, il est musculaire, il s'insère sur le pourtour de l'orifice inférieur du thorax, sur le rachis lombaire, sur le sternum et sur les côtes. Il faut noter que

l'aponévrose du diaphragme est en parfaite continuité avec les aponévroses du transverse de l'abdomen, du carré des lombes jusqu'à la crête iliaque.

Le péritoine, qui tapisse l'ensemble de la cavité abdominale, adhère à ces aponévroses et vient renforcer les liens qui unissent le diaphragme au transverse de l'abdomen (ainsi qu'au carré des lombes et des psoas-iliaques).

Le diaphragme est le muscle de l'inspiration avant tout, mais il participe également à la **suspension des organes abdominaux** par l'intermédiaire du péritoine. Il active aussi le pompage sur les systèmes vasculaire et lymphatique, et augmente les trois diamètres costaux.

Il est au centre de deux espaces hermétiquement clos, aspirés vers le haut par le vide pleural et suspendu avec les organes intra-thoracique à la colonne dorsale haute. Les viscères abdominaux également solidaires du diaphragme, bénéficient de cette suspension et aspiration vers le haut. Le **plancher pelvien** s'apparente, alors, plus à un **diaphragme** qu'à un plancher.

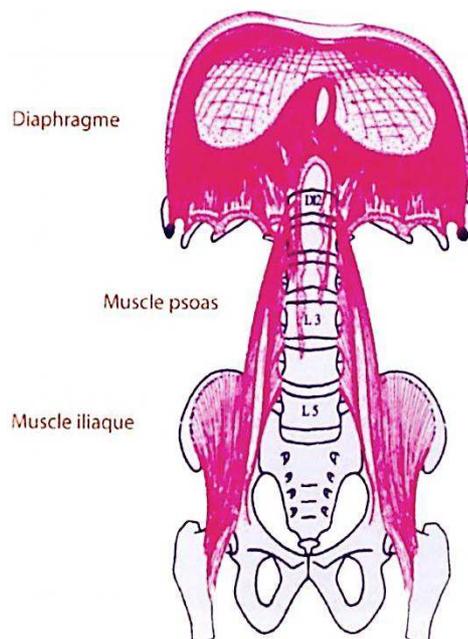


Figure 3. Le diaphragme (Patte, 2009)

Quelques notions de biomécanique, pour mieux comprendre !

1. La physiologie de la respiration :

a. L'inspiration

L'inspiration se fait par une contraction du diaphragme. Cela se traduit par un abaissement du centre phrénique sur les viscères abdominaux qui vont être refoulés vers l'avant et vers le bas du fait de l'élasticité des muscles abdominaux. Le ventre se gonfle alors. En prenant appui sur les viscères abdominaux, la contraction des coupes diaphragmatiques va entraîner une augmentation des trois diamètres costaux ce qui amène à l'augmentation de la cage thoracique. L'air est aspiré dans les poumons.

b. L'expiration

A la fin de l'inspiration, le retour élastique des muscles abdominaux va entraîner le refoulement des viscères vers l'arrière et vers le haut. Il y aura un relâchement des coupes diaphragmatiques entraînant une remontée du diaphragme vers le haut expulsant l'air des poumons.

c. « La bonne respiration » :

Il faut d'abord revoir la notion d'« inspirer, gonfler le ventre ». Le plus souvent nous, rééducateurs, lorsque nous souhaitons faire travailler la respiration nous demandons à nos patient(e)s d'inspirer en gonflant le ventre, pour réaliser ceci, nos patient(e)s vont effectuer en général une poussée avec le diaphragme vers le bas c'est-à-dire en direction du périnée. Hors c'est, en rééducation périnéale, ce que nous ne voulons pas, nous ne devons pas avoir de poussées vers le bas. Celles-ci vont générer une augmentation de pression dans l'enceinte abdominale.

Pour pouvoir réaliser une bonne inspiration, il faut donc au préalable avoir effectué une bonne **expiration**. Nous demandons à notre patient(e) de souffler, le diaphragme est refoulé du bas vers le haut, il se trouve en course externe, en étirement, prêt à se contracter. Bien sûr, nous aurons pris garde au préalable à l'installation de notre patient(e), il (elle) devra être allongé(e) en position d'étirement maximal de la colonne vertébrale, ce qui permettra au diaphragme d'effectuer une meilleure course. Cet exercice va utiliser les « bons abdominaux », qui vont se contracter du bas pour refouler les viscères vers le haut : c'est l'action du **transverse**.

A la fin de l'expiration, nous ne lui demandons pas de faire une inspiration, elle va se faire d'elle-même, c'est réflexe, par l'ouverture de la bouche ou des narines, nous laissons l'abdomen se détendre et le diaphragme fait le reste, c'est son rôle.

2. « Les boîtes à pression »

Nous allons chercher à comprendre comment les hyperpressions abdominales et les poussées vers le bas et vers l'arrière apparaissent. Elles affectent le périnée directement puisqu'il est situé à l'étage du dessous. Le docteur B. de Gasquet dit : « *Il est évident qu'il ne faut jamais pousser le diaphragme vers le bas, ce qui veut dire que **c'est la respiration qui détermine non seulement la pression mais surtout la direction des forces*** ».

Ces poussées sont aussi souvent responsables de hernies inguinales que l'on retrouve plus chez l'homme que chez la femme, mais aussi d'affaiblissement voire de fissuration du disque intervertébral pouvant entraîner dans des cas extrêmes une hernie discale.

Schématiquement, notre corps comporte trois boîtes à pression : (concept pris par le Dr B. de Gasquet)

a. La boîte à penser

C'est la boîte crânienne qui ne doit jamais subir de variations de pression sous peine de graves problèmes. Elle est solide et très résistante.

b. La boîte à respirer

C'est la cage thoracique. Sa structure osseuse se compose d'une partie de la colonne vertébrale en arrière et des côtes qui s'arment dessus et qui se dirigent vers l'avant pour rejoindre le sternum pour les sept premières paires, et les cinq autres paires en dessous. Les côtes peuvent, s'élever ou s'abaisser, s'écarter ou se resserrer en fonction de la respiration. Cette boîte contient entre autre le cœur et les poumons qui varient de volumes en permanence. Les pressions y sont changeantes également selon les variations des flux d'air et de sang. Mais ici les viscères ne se déplacent pas.

c. La boîte à digérer (et à faire les bébés)

C'est l'**abdomen**. Ici la structure osseuse se situe en arrière avec la colonne vertébrale et en bas avec le bassin (mais avec une ouverture). Les autres parois sont musculaires, donc présentent plus ou moins une certaine élasticité. Dans sa partie supérieure se trouve le diaphragme, latéralement et en avant les muscles abdominaux et enfin en bas le **plancher périnéal**. Ici, les volumes et les pressions varient constamment, la position des organes change. La vessie se remplit puis se vide, les intestins qui sont contractiles s'activent pour favoriser le transit, le rectum fait comme la vessie, il se remplit puis se vide, l'utérus plein de la femme enceinte puis vide, qui lui-même d'ailleurs change de volume et de position. Tout le contenu de l'abdomen subit des changements de volumes, de pressions et de positions, mais les viscères restent interdépendants et le tout dépend **des mouvements du diaphragme**. (Docteur de Gasquet, Abdominaux : Arrêtez le massacre, 2005) (Docteur de Gasquet, Périnée, arrêtons le massacre !, 2011)

Des mesures de pressions dans l'enceinte ont été effectuées par Marcel CAUFRIEZ. Un individu normal en station verticale a une pression de 30mmHg. Il considère qu'au-delà de 50mmHg, il y a une hyperpression au niveau de l'enceinte abdominale.

Si nous demandons à un sujet de faire des « crunchs » : séries d'abdominaux consistant à être allongé au sol et à relever le buste vers les genoux (raccourcissement des grands droits de l'abdomen)

généralant une hyperpression au niveau abdominal. Le sujet fait monter sa pression abdominale à plus de 100mmHg. (Caufriez)

L'apport de la méthode de Bernadette de Gasquet

Les quelques notions qui vont nous intéresser ici concernent l'approche des abdominaux et du périnée. La méthode de Gasquet va nous permettre de travailler les abdominaux sans générer de pression au sein du caisson abdominal. (Cf. **Annexe 1** : Qui est Bernadette de Gasquet ? page 30)

Principes généraux de la méthode

- Travail avec la colonne vertébrale en étirement, nous cherchons toujours à avoir une distance maximale entre le sommet de la tête et le coccyx. Il y a toujours un respect des courbures physiologiques du rachis ;
- Chaque effort, chaque exercice est effectué sur le temps expiratoire sans faire de grande inspiration au préalable (celle-ci pourrait augmenter la pression si elle était mal faite) ;
- Nous débutons l'expiration par une contraction et une remontée active du périnée. Ceci devra être maintenu pendant l'exercice ;
- La contraction des abdominaux se fait du bas vers le haut, elle débute par la contraction du transverse superficiel, elle se poursuit avec les obliques, puis les droits. Elle se fait du bas vers le haut en refoulant les viscères vers le haut et vers l'arrière ;
- La contraction des abdominaux ne devra **jamais** engendrer de poussée vers le bas, le diaphragme et les côtes ne doivent pas s'abaisser lors des efforts ;
- Les droits ne doivent jamais travailler en raccourcissement, ils se travaillent en isométrique avec la longueur qui correspond à l'étirement de la colonne vertébrale.

Le sujet

Les bases sont posées, maintenant voyons comment la méthode Mézières peut nous aider dans le cadre de la rééducation abdominale selon que notre sujet est de typologie inspiratoire ou expiratoire ? Quels sont les liens que l'on peut mettre en évidence ? Quelles sont les aides que peut nous apporter la méthode Mézières devant certaines difficultés rencontrées ? **Comment pouvons-nous travailler les abdominaux sans générer de pressions sur le périnée, mais aussi sur la paroi abdominale et les disques intervertébraux ?**

Nous avons vu précédemment que le diaphragme peut être « *la clef de voûte de la protection ou de la destruction périnéale* ». En effet quand le diaphragme s'abaisse, tout descend. A l'inspiration, le diaphragme descend, le ventre se gonfle et le plancher pelvien s'abaisse. A l'expiration, le diaphragme, qui sépare les deux espaces thoracique et abdominal, va aspirer les viscères abdominaux vers le haut par le vide pleural. Le **diaphragme pelvien** est aspiré vers le haut également. (Campignon, 2007)

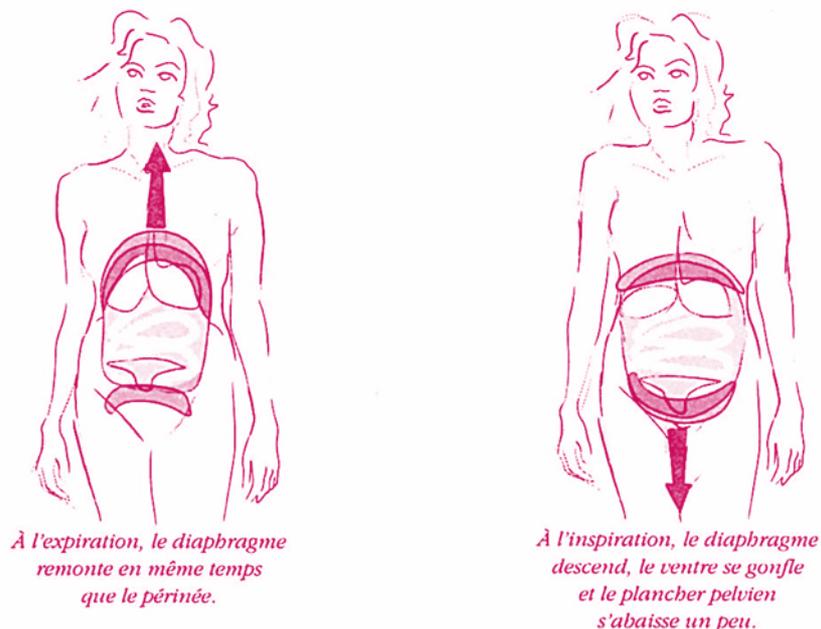


Figure 4. Mouvement du diaphragme et du périnée lors de la respiration (Docteur de Gasquet, *Abdominaux : Arrêtez le massacre*, 2005)

Le transverse, qui est antagoniste du diaphragme, aura un rôle essentiel dans la statique vertébrale et la respiration, mais aussi sur la protection du périnée. Sa contraction et la remontée du diaphragme vont entraîner la compression de la cavité abdominale et y répartir la pression, la colonne vertébrale va alors être repoussée vers l'arrière comme nous l'avons vu plus haut.

Le diaphragme et le transverse vont être les principaux acteurs de la répartition de la bonne pression au sein de la cavité abdominale.

Qu'en est-il alors de la pression abdominale sur un sujet ayant une typologie inspiratoire et sur un sujet présentant une typologie expiratoire ?

NB : Nous allons décrire les caractéristiques d'un sujet présentant une typologie expiratoire et les traits principaux d'une typologie inspiratoire. Je précise simplement que les descriptions suivantes ne sont pas des recettes toutes faites des profils inspiratoire ou expiratoire, ces profils sont décrits ainsi dans les grandes lignes, mais ne sont pas systématiquement tels quels dans la réalité. Il faudra bien sûr toujours observer nos sujets pour voir comment se comportent leurs chaînes musculaires en tension et quelles en seront les conséquences sur l'organisme.

De plus, notons que nos patients ont été informés sur les modalités de ce travail et nous ont donné leur accord pour y participer. (Cf. **Annexe 2** : Les caractéristiques du consentement libre et éclairé aux soins page 31)

1. Typologie expiratoire

Le sujet de typologie expiratoire va nous montrer **un thorax bloqué en expir par excès de tension dans les antérieurs**. L'observation du sujet dans son *habitus* va se faire dans tous les plans : de face, de dos et les profils. Un sujet présentant une typologie expiratoire va se présenter en règle générale de la manière suivante (mais attention ce n'est pas systématique, il s'agit là de rassembler les empreintes marquant un thorax en *expir*) :

L'empreinte sternale est verticale. Le sternum est tiré vers le bas par les droits de l'abdomen. Le tronc s'enroule en cyphose avec la combinaison des tensions retrouvées entre les grands droits de l'abdomen et les grands pectoraux. Nous observons un cintrage costal bas avec une paroi abdominale assez tonique. L'angle de Charpy est diminué avec une fermeture de la rampe chondrale. Le thorax se rapproche de l'aile iliaque par la tension des obliques.

La mobilité de la cage thoracique se trouve réduite ceci va entraîner une diminution de la course du diaphragme, le sujet va alors augmenter le tirage dans la partie antéro-supérieure du thorax mettant de la tension dans petits pectoraux et les scalènes. Nous aurons alors souvent un enroulement des épaules et une projection de la tête en avant. Au niveau du bassin, le sacrum est le plus souvent vertical, mais ce n'est pas systématique.

Nous retrouvons donc un abdomen très cintré, très fermé avec **une pression intra abdominale augmentée**. Ainsi à chaque inspiration, lorsque le centre phrénique s'abaisse, la pression de la cavité abdominale se trouve encore plus augmentée. La paroi abdominale se comporte alors comme une véritable sangle. **Cette pression trop importante va ensuite se répartir vers le petit bassin**

refoulant le périnée vers bas. Ceci pourra être à l'origine d'incontinence urinaire (chez la femme) notamment lors d'une mauvaise utilisation des muscles abdominaux. (Campignon, 2007)

Après l'observation statique du sujet, nous effectuons une première mise en tension en demandant à notre sujet de se mettre **pieds joints**. Nous observons le plus souvent une accentuation des phénomènes décrits ci-dessus.

Vient ensuite le temps de la deuxième mise en tension, le sujet effectue un **penché avant**, test dynamique. Nous constatons la tension des muscles antérieurs qu'elle soit profonde ou superficielle. L'excès de tension des muscles antérieurs profonds pourra nous montrer une cuvette psoïtique (L3-L4 sont tirées en avant par la tension des psoas) et, ou, une lordose diaphragmatique (L1-L2 sont tirées en avant par les piliers du diaphragme). La tension des antérieurs superficiels quant à elle va révéler l'excès de tension des abdominaux, la paroi abdominale va se creuser.

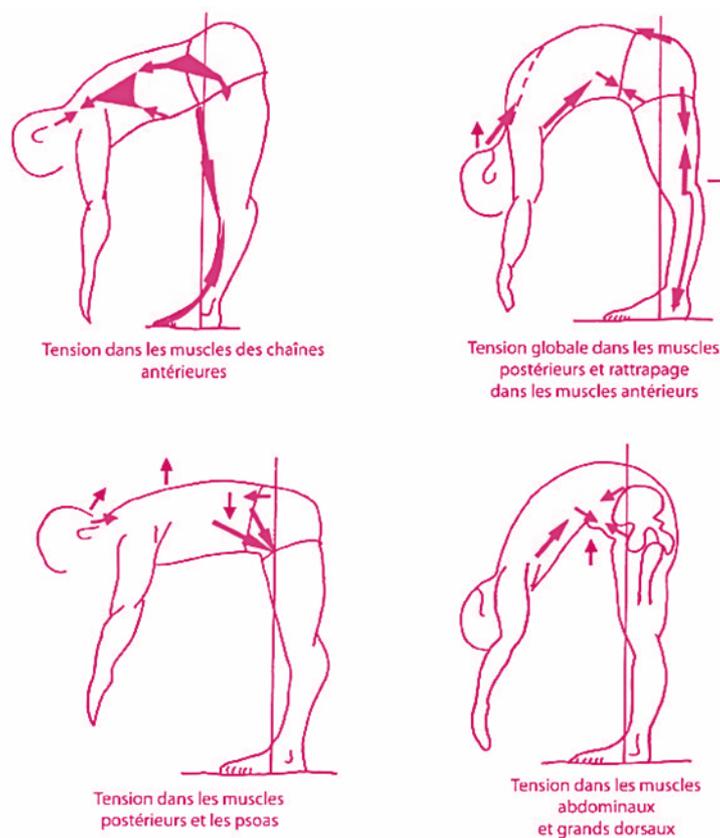


Figure 5. Le penché avant : mise en évidence des tensions dans les antérieurs (Patte, 2009)

Après ces observations et mises en tension, nous observons le sujet **en décubitus dorsal**. Cette position élimine le phénomène de la pesanteur, et donc supprime les tensions adaptatives posturales du sujet dans son *habitus*. L'observation de cette position confirme ou non les observations décrites ci-dessus. (Patte, 2009)

Enfin, l'observation de l'**habitus respiratoire** va nous permettre de comprendre comment notre sujet respire, comment se comporte son thorax par rapport à son abdomen. Ce dernier aura tendance à se

contracter à l'*inspir* et plus encore à l'*expir*. La sangle abdominale agit comme un « corset musculaire » de par ses tensions. Le sternum descend à l'*expir* vers le bas et l'abdomen, à l'*inspir* il ne s'élève quasiment pas. Toujours à l'*inspir*, l'angle de Charpy reste fermé, les diamètres antéro-postérieurs et latéraux de la cage thoracique ne s'agrandissent pas¹.

Les caractéristiques d'un sujet expiratoire décrites, venons-en au traitement. Notre premier objectif sera avant tout de faire « lâcher » les tensions de la sangle abdominale, de corriger chacune des compensations qui s'installeraient lors de nos corrections. Lorsque nous aurons redonné une certaine souplesse à l'abdomen, celui-ci subira alors moins de pression qu'auparavant. Il sera plus libre alors de se remplir et de se vider sans augmenter la pression. Notre deuxième objectif sera alors de limiter la réinstallation de ce schéma en travaillant la sangle abdominale **sans jamais générer d'hyperpression** au sein du caisson abdominal.

Illustration avec un cas concret :

Madame R, 57ans, enseignante spécialisée dans le handicap

Symptômes :

Notre première patiente consulte pour une incontinence urinaire mixte.

Antécédents :

Elle a eu quatre enfants. Après ses accouchements, elle a fait ses séances de rééducation périnéale et elle a eu de nouveau des séances il y a deux, trois et quatre ans. Il semblerait qu'il y ait à chaque fois une aggravation de sa gêne.

Bilan diagnostique périnéal (Cf. **Annexe 3** : Bilan diagnostique périnéal page 33) :

Notons d'abord qu'elle présente une instabilité vésicale révélée au cours de notre interrogatoire. Vient ensuite le bilan périnéal nous testons la tonicité de la paroi vaginale, puis nous effectuons le *testing* du releveur de l'anus, la contraction du pubo-rectal est cotée à 3. Il se contracte bien mais sans résistance et est fatigable.

Une fois testé, nous demandons à notre patiente d'effectuer une contraction de son périnée en essayant de le remonter vers le haut, de l'aspirer. Ceci est difficile pour elle et elle y parvient difficilement, sa sangle abdominale se contracte et nos doigts sont repoussés en dehors de sa cavité vaginale.

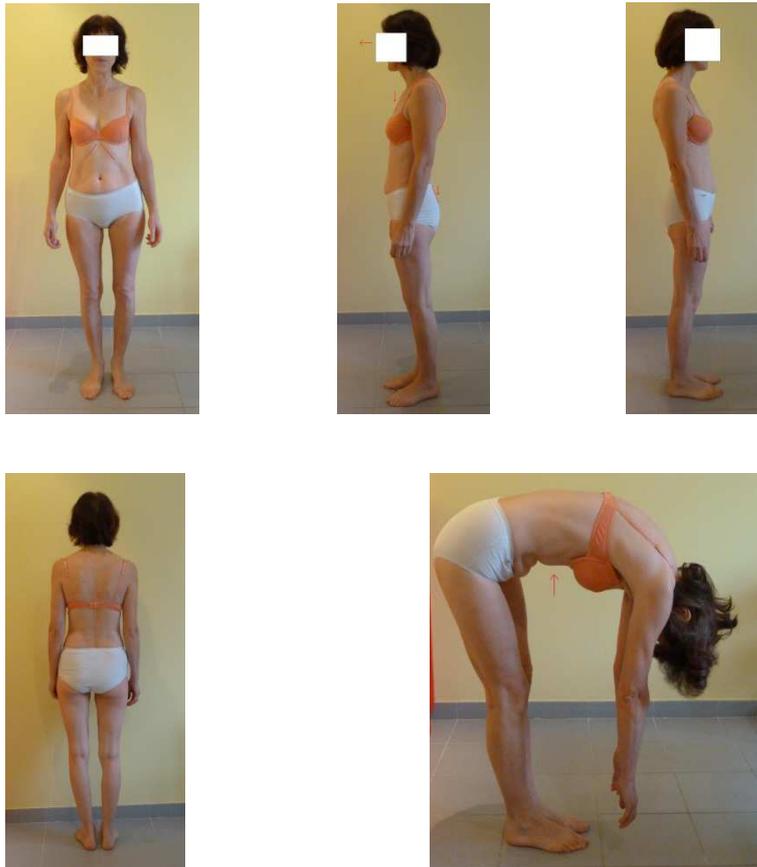
Concrètement, il ressort de son bilan que son incontinence urinaire est due à une association entre son instabilité vésicale, la faiblesse de son pubo-rectal et à une hyperpression de son abdomen par une mauvaise utilisation de sa sangle abdominale.

¹ NB : Je passe volontairement les tests de mises en tension des membres inférieurs et des membres supérieurs en décubitus dorsal pour me centrer sur notre objectif principal, la sphère abdominale. Bien sûr dans les suites d'un bilan type Mézières nous ferions ces tests avant de faire notre synthèse.

Lors de l'observation de son abdomen, nous avons remarqué une tension de ses abdominaux dans leur partie sus ombilicale. Nous décidons donc d'aller plus loin et d'effectuer un bilan type Mézières.

Bilan diagnostic Méziériste :

Les observations et conclusions de ce bilan nous montrent **un profil expiratoire**. En effet lors de l'observation, nous retrouvons bien les empreintes du profil expiratoire décrites ci-dessus, à savoir, la fermeture de l'angle de Charpy, le sternum et le sacrum sont verticaux, les épaules légèrement enroulées vers l'avant, la tête est projetée vers l'avant. Sur le penché avant nous voyons sans aucune difficulté la tension des abdominaux.



Lorsque nous nous attardons sur son *habitus* respiratoire, nous retrouvons aussi les phénomènes décrits plus haut, un thorax qui ne s'ouvre que très peu à l'inspiration et un sternum qui s'abaisse toujours plus à l'expiration.

Priorités de traitement :

Notre objectif est donc libérer la sangle abdominale et de redonner de la mobilité au thorax :

- Avant tout, nous demandons à notre patiente de tenir un calendrier mictionnel afin de tenter de rééquilibrer ses mictions. Nous l'éduquons dans ce sens ;
- Nous détendons et étirons les petits pectoraux par des techniques de massage et de « contracté-relâché ». Nous utilisons des techniques de massages réflexes avec des traits tirés sur les espaces intercostaux, et également un palper rouler sur la zone du sternum ;
- Nous allons libérer et soulager l'abdomen aussi par des techniques de massages réflexes : traits coupants sur les droits de l'abdomen, traits tirés en suivant la rampe chondrale ;
- Nous cherchons à mettre de « l'inspiration » dans les côtes par une participation active de notre patiente. Nous travaillons la technique du ballon : la patiente inspire dans ses côtes et expire en gonflant son ventre pour supprimer l'action des abdominaux ;
- Nous pouvons aussi détendre les tensions du transverse par des mouvements de plis de peau, travail effectué avec la respiration, à chaque expiration, le pli de peau est tracté un peu plus ;
- Nous libérons les muscles antérieurs du cou afin de remettre de la lordose dans son rachis cervical ;
- Nous reprogrammerons ensuite sa sangle abdominale avec un travail de renforcement musculaire non générateur de pression au sein de la cavité abdominale.

RESULTATS

Après plusieurs séances, notre patiente dit se sentir plus libérer au niveau de son abdomen, sa respiration est facilitée et son abdomen semble moins figé dans son corset de muscle. Le rachis cervical est lui aussi plus libre.

Enfin élément important, elle ne présente plus de fuite urinaire.

LES EXERCICES DE REPROGRAMMATION - RENFORCEMENT DE LA SANGLE ABDOMINALE

Les abdominaux étant moins tendus, nous allons nous intéresser à leur reprogrammation musculaire. Pour ce faire, nous utilisons la méthode de renforcement musculaire de Gasquet. Nous rappelons qu'il est très important de respecter les principes de la méthode si nous voulons avoir un travail des abdominaux sans générer de pression dans l'abdomen.

- La fausse inspiration thoracique

Avant tout, nous procédons à la bonne installation de notre patiente, c'est-à-dire, en décubitus dorsal, avec la colonne vertébrale en étirement maximal. Nous lui faisons éloigner la base de l'occiput le plus loin possible du coccyx. Le bassin est basculé en rétroversion. L'installation juste de notre patiente est

un élément très important pour permettre une bonne respiration au cours des exercices de rééducation. Celle-ci permettra au diaphragme de jouer correctement son rôle de piston dans un cylindre « vrai ». Elle place son pied droit sur son genou gauche, une main sous l'occiput pour contrôler l'étirement, le menton « rentré ».

Notre patiente expire, contracte son périnée, puis ses abdominaux, remonte son diaphragme refoulant la masse viscérale vers le haut et vers l'arrière. A la fin de l'expiration, elle fait semblant d'inspirer (elle peut s'aider en se pinçant le nez) en gonflant sa poitrine. L'air ne rentre pas, c'est la fausse inspiration.

Cet exercice, très puissant, muscle les abdominaux profonds et le périnée profond (ce qui nous convient bien dans ce cas de figure), il crée un pompage du diaphragme puissant, nous voyons un écartement des côtes, le ventre se creuse, les viscères sont plaqués vers le haut et vers l'arrière.

Dans ce travail, nous pouvons voir un rapprochement entre les deux méthodes, la colonne vertébrale est en étirement, nous avons une ouverture des basses côtes et de l'angle de Charpy par le pompage du diaphragme, effet que nous recherchions aussi devant ce profil expiratoire. Enfin par cet exercice nous parvenons à obtenir une pression négative dans l'abdomen, les mesures de Caufriez déterminent la pression à -50mHg.



- Exercices en décubitus dorsal

Notre patiente est toujours allongée, la colonne vertébrale en étirement. Elle place une main sous l'occiput (« traction vers le haut »), les hanches et les genoux sont fléchis. Elle amène son genou droit vers la poitrine, sa main droite sur la face externe du genou droit. Sur un périnée *expir* nous lui demandons d'opposer une résistance entre sa main et son genou droit. Cet exercice insistera sur le travail des obliques toujours sans générer de pression dans l'abdomen.

Nous pouvons lui proposer de mettre sa main sur la face interne du genou et de renouveler la contraction sur un périnée *expir*.

Pour un effet encore plus important au niveau du diaphragme, nous pouvons lui demander une fausse inspiration.



Notre patiente peut alterner ensuite avec le côté gauche.

- L'africaine

La patiente est assise talon-fesse, nous lui demandons une rotation externe des fémurs. Son rachis est corrigé en étirement maximal, elle imagine qu'elle porte une bouteille sur sa tête, son menton est rentré, elle resserre la pince de ses omoplates, et elle ramène la pointe de son coccyx vers le haut et vers l'avant (pour simplifier cette dernière correction, nous lui faisons comparer son coccyx à la queue d'un chat qu'elle ramènerait entre ses cuisses). Nous lui demandons de passer de cette position à la position genoux redressés sans lâcher les corrections installées sur un périnée *expir* c'est-à-dire sans lâcher la « queue du chat », en maintenant la contraction de son périnée et en soufflant.

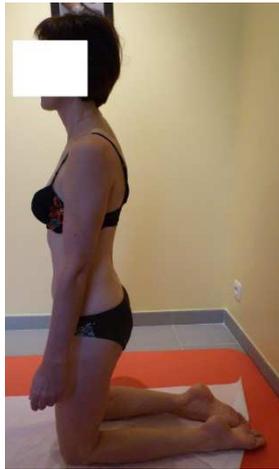
Cet exercice va également faire travailler les muscles abdominaux profonds, du bas vers le haut toujours sans générer de pression.



- Variantes

- Nous pouvons sur cette position lui demander d'amener son buste vers l'arrière, vers l'avant, de revenir à la position neutre etc.... toujours en maintenant les corrections et sans jamais lâcher la contraction de son périnée et en amenant, la pointe du coccyx entre ses cuisses.
- De cette position, elle peut se mettre en chevalier servant en ramenant un pied devant à la hauteur du genou controlatéral en périnée *expir*. Elle maintient cette position sur un périnée contracté, les corrections du buste sont maintenues.
- Dernière étape, passage à la position debout sur un périnée *expir* toujours en maintenant les corrections.

Cet exercice est intéressant à intégrer avec la méthode Mézières car il pourra être mené après une séance au tapis pour se relever du sol et effectuant les bons gestes et postures.



Notre premier cas clinique a permis d'illustrer les conséquences de l'hyperpression abdominale sur une zone de faiblesse propre à la femme : le périnée, traitée ici sur une typologie expiratoire. L'homme étant protégé sur cette zone, l'hyperpression se répercute sur les parois antérieure ou postérieure. C'est ce que nous allons traiter avec un deuxième cas clinique, cette fois sur une typologie inspiratoire.

2. Typologie inspiratoire

Le sujet de typologie inspiratoire va nous montrer un thorax bloqué en *inspir* par excès de tension dans les postérieurs :

Ici, l'empreinte sternale est horizontale, le thorax voit ses diamètres antéropostérieurs et latéraux augmentés. Les côtes sont horizontalisées.

Nous verrons souvent une rectitude de la colonne cervicale. Les muscles érecteurs du rachis en excès de tension vont entraîner une lordose inter-scapulaire, la lordose lombaire est plus particulièrement accentuée et haute, nous avons une extension globale du rachis. La rectitude de la colonne cervico-dorsale va donner un point fixe supérieur aux piliers du diaphragme, lors de sa contraction, il va donc tirer la colonne lombaire vers l'avant et vers le haut. Le psoas entraîne lui aussi la colonne lombaire en avant en synergie avec le diaphragme. Le transverse de l'abdomen va alors s'opposer à ces actions musculaires et donc se retrouver en excès tension.

Nous verrons ici qu'il nous faudra être très prudent dans la musculation des abdominaux et notamment la musculation du transverse. Car en effet, si le transverse prend son point fixe en arrière de la colonne vertébrale et son point mobile en avant avec la jonction entre les aponévroses du transverse et des grands droits de l'abdomen, alors sa contraction aura tendance à écartier les droits créant ainsi un diastasis au niveau de la ligne blanche.

Enfin, la limitation de la mobilité du thorax et du diaphragme, ajouté à l'excès de tension du transverse de l'abdomen va engendrer **une augmentation de pression cette fois dans le thorax bloqué en *inspir* et dans le caisson abdominal.** (Campignon, 2007)

De même que pour le sujet de typologie expiratoire, nous demandons au patient **la première mise en tension** des chaînes musculaires. Le patient se met pieds joints, cette position plus ou moins difficile à tenir nous permet d'observer les déséquilibres occasionnés par les rattrapages musculaires.

Nous demandons ensuite à notre sujet d'effectuer un penché avant pour avoir notre **deuxième mise en tension**. Dans ce cas de figure, nous aurons des tensions plutôt dans les muscles postérieurs. Nous pourrions observer une cuvette lombo-sacrée (L4-L5 sont tirées vers l'avant, le sacrum part aussi en avant par la masse commune), et, ou, une lordose inter scapulaire (la cyphose dorsale tend à s'effacer par la traction des spinaux qui tirent T8 vers l'avant) et, ou, une lordose cervicale (la tension des postérieurs tire les cervicales dans le sens de l'augmentation de la courbure).

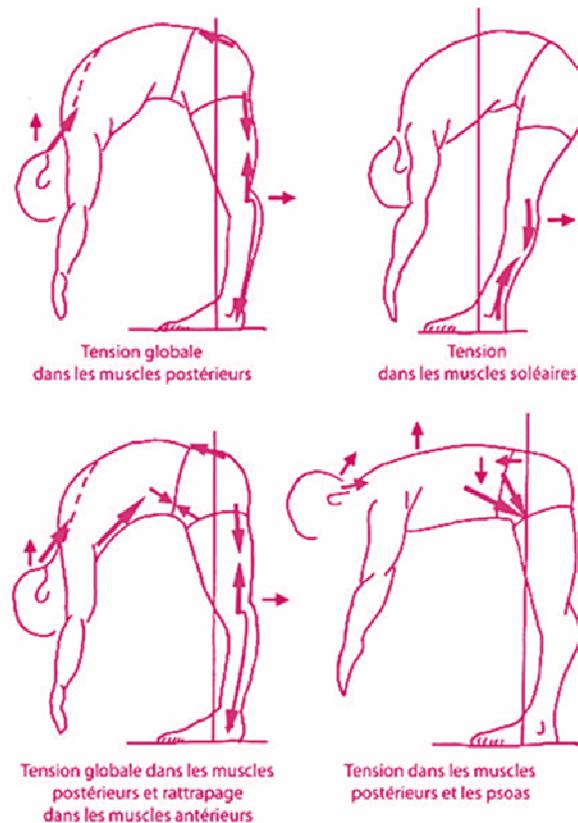


Figure 6. Le penché avant : mise en évidence des tensions dans les postérieurs (Patte, 2009)

Nous poursuivons notre examen par l'observation du patient **en décubitus dorsal**, ceci nous permet également de conforter ou non nos premières observations.

Nous examinons ensuite l'*habitus* respiratoire de notre patient afin de voir de quelle manière se comporte son thorax et son abdomen. A l'*inspir* le diaphragme s'abaisse, le ventre se gonfle exagérément, le sternum reste en position haute. De même pour le thorax, il reste en position haute et est peu mobile même à l'*expir*. A l'*inspir* il semble difficile d'effacer l'hyperlordose lombaire, ou alors c'est au prix d'une augmentation de la lordose cervicale ou bien d'un flessum de genoux.

Voici donc les caractéristiques principales d'un patient présentant un profil inspiratoire. Nous serons le plus souvent en présence de patient plutôt en excès de tension dans les muscles postérieurs. Notre

ligne de traitement ira donc dans le sens de la libération de ce blocage en *inspir*. Nous chercherons la délordose lombaire tout en faisant attention aux éventuelles compensations en cervical et dans les genoux. Nous assouplirons par quelques étirements et postures les régions en excès de tension dans la chaîne postérieure. Nous favoriserons la libération du diaphragme mais aussi du transverse de l'abdomen. La mobilité du thorax et de l'abdomen en sera plus aisée et les pressions au sein de ces deux cavités ne se verront alors pas augmentées.

Ici aussi nous chercherons à limiter la réinstallation de ce schéma en travaillant la sangle abdominale sur une colonne vertébrale en étirement.

Illustration avec notre deuxième sujet

Monsieur L, 27 ans, commercial en reconversion menuiserie

Symptômes :

Notre deuxième patient vient en rééducation pour des douleurs lombaires.

Antécédents :

Notre patient a joué au rugby dans son adolescence et parle d'un premier accident au niveau lombaire à l'âge de 15 ans.

Il est porteur du HLA B27 comme son frère aîné, mais sa spondylarthrite n'est pas encore déclarée à ce jour.

Traitements suivis :

Anti-inflammatoire non stéroïdien

Imageries médicales :

Volumineuse une hernie discale postérieure localisée en L4-L5.

Bilan diagnostic Méziériste :

Voici comment se présente notre patient. Lors du bilan, nous notons distinctement sur les profils un déséquilibre antérieur avec un rattrapage des muscles postérieurs. Lors du bilan, nous allons observer un sternum plutôt horizontal, un thorax dit « en tonneau » avec une horizontalisation des côtes basses et des côtes flottantes. Le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transversal se trouvent augmentés. Le thorax donne l'impression d'être « projeté » vers l'avant. L'angle de Charpy est augmenté. Le sacrum est horizontal, la lordose lombaire est accentuée et haute. Le rachis cervical se présente en rectitude, et la tête est légèrement projetée en avant.

Notre patient présente donc un **thorax bloqué en position inspiratoire** dû à un excès de tension de la chaîne postérieure. Le penché avant va nous conforter sur l'existante d'une chaîne postérieure en excès de tension avec un rattrapage sur les antérieurs notamment avec le transverse de l'abdomen. Nous voyons bien d'ailleurs la tension du transverse en position debout, il y a un véritable cintrage de l'abdomen. Il nous renseigne aussi sur un manque d'extensibilité des pelvi-trochantériens qui fixent le bassin.



Priorités de traitement

Ici notre objectif est faire lâcher les tensions du diaphragme et du transverse pour libérer la respiration, détendre le thorax et diminuer les pressions positives des cavités thoraciques et abdominales. Nous cherchons à libérer la chaîne postérieure en excès de tension.

- Nous modelons le thorax avec la respiration en aidant l'expiration de manière très douce. Nous cherchons à obtenir de l'*inspir* dans la région lombaire ;
- Nous libérons le diaphragme avec des techniques de massages réflexes par des traits tirés sur la rampe chondrale, avec également des manœuvres de ponçage sur celle-ci ;
- Nous détendons le thorax par des massages des espaces intercostaux, par des manœuvres en peigne le long de ces espaces de haut en bas jusqu'à la rampe chondrale toujours en accompagnant l'expiration ;

- Nous détendons la tension du transverse par des mouvements de plis de peau. Nous utilisons la technique du ballon ;
- Nous libérons la chaîne postérieure par un travail de posture globale en position couchée en asymétrique et en symétrique, nous travaillons aussi avec des techniques d'étirements de toute la chaîne musculaire postérieure ;
- Nous travaillons également avec des postures d'étirement de la chaîne croisée postérieure pour libérer le bassin ;
- Nous ferons un travail proprioceptif du bassin pour aider notre patient à le réintégrer entre ses membres inférieurs et son tronc. Nous éduquerons notre patient sur l'hygiène du rachis dans son ensemble : port de charge, ramassage d'objet au sol, notion d'ergonomie dans ses activités de la vie quotidienne...
- Dans la continuité de cette éducation, nous reprogrammerons la sangle abdominale de notre patient avec un travail de renforcement musculaire non générateur de pression. Dans ce cas-ci, le but est d'obtenir une sangle abdominale qui soit fonctionnelle.

RESULTATS :

Ce patient est traité par la méthode Mézières depuis un an maintenant à raison d'une séance par semaine. Il décrit à ce jour une très nette amélioration de ses douleurs lombaires, il a gagné en souplesse musculaire dans sa chaîne postérieure et dans ses pelvi-trochantériens. Il décrit une respiration plus libre et un véritable mieux être.

LES EXERCICES DE REPROGRAMMATION - RENFORCEMENT DE LA SANGLE ABDOMINALE

- Postures quadrupédiques

Le départ de la posture se fait de la position du disciple c'est-à-dire assis talons – fesses, le patient pose ses mains à plat devant lui, et à chaque expiration les avancent un peu plus. Sa tête reste dans l'alignement du rachis, le menton rentré, les omoplates en sonnette interne. Sur un pénétration *expir*, notre patient exécute une montée freinée de son bassin pour obtenir la position quadrupédique. Nous veillons à ce que ses fesses restent un peu en arrière de l'aplomb des genoux, nous corrigeons la sonnette interne des omoplates, la tête si nécessaire. Notre patient est placé avec une colonne vertébrale étirée. De cette position, nous pouvons travailler le dos rond et le dos creux.

- Dos rond

Sur la position quadrupédique étirée, le patient imagine qu'un très gros ballon vient de loger sous lui, puis se met sur ses doigts (ses griffes), enrôle ses cervicales et amène la pointe de son coccyx entre ses jambes. Chacun des mouvements sont effectués sur un pénétration *expir*. Bien veiller à ce que le bassin du patient reste en arrière des genoux.



- Dos creux

Même position de départ, mais cette fois, le patient lève la pointe de son coccyx, accentue la sonnette interne de ses omoplates et regarde devant lui (suspension de la tête) sans oublier de rentrer le menton. Même schéma, chaque mouvement s'exécute sur un *périnée expir*.



Ces exercices sont intéressants car la position quadrupédique facilite la respiration abdominale par rapport à la position debout, le poids des viscères stimulent la sangle abdominale. Lorsque le patient contracte son transverse (*périnée expir*), la contraction est très efficace sur une colonne étirée, et nous le sentons facilement à la palpation en région sus-pubienne. Nous pouvons demander à notre patient de passer d'une posture à l'autre, ce qui fait un très bon exercice de prise de conscience proprioceptive notamment pour le pelvis. Le patient nous dit ressentir un véritable étirement de la colonne vertébrale dans son ensemble.

- Le quetteur

Le patient part de la position quadrupédique décrite ci-dessus, il se met sur la pointe des pieds et nous lui demandons de « bondir » la tête en avant sur un *périnée expir* comme toujours, et en ramenant la pointe de son coccyx entre ses jambes. Il porte son regard à l'horizontal.

Cet exercice de gainage fait travailler tous les abdominaux même les plus profonds comme le transverse notamment.

Quant au risque d'apparition du diastasis de grands droits évoqué plus haut lors de la musculation du transverse, ici il n'y en a pas. Nous sommes en présence d'un transverse qui n'est plus tendu, et la colonne est placée comme toujours en position d'étirement, le diaphragme et le transverse sont eux aussi étirés ce qui va changer le point fixe. Ce dernier passe alors en avant avec la jonction entre les aponévroses du transverse et des grands droits de l'abdomen, le point mobile devient postérieur et

appartient à la colonne vertébrale. Ainsi la contraction du transverse, stimulée par le poids des viscères pour les amener vers le haut et l'arrière, va avoir l'effet d'une véritable sangle sans engendrer de « faille » au niveau des droits.



- Variantes sur le côté

Le patient se place sur son coude, et sur un périnée expir, toujours en ramenant la pointe du coccyx entre ses jambes, décolle le bassin.



- Travail avec une sangle

Notre patient est allongé en décubitus dorsal, la colonne en étirement. Il fléchit sa hanche à 90°, passe une sangle sous la plante de son pied. La sangle est maintenue de chaque côté par le patient en regard de son genou. Sur un périnée *expir* il tend la sangle. De nouveau en périnée *expir*, il la lâche. Le membre inférieur ne doit pas bouger.

Cet exercice présente aussi son intérêt ici puisque le patient va étirer sa chaîne postérieure sur l'expiration, et travailler sa sangle abdominale sans pression.



Conclusion

L'hyperpression abdominale est à l'origine de troubles réels chez nos patients. Nous avons pu voir qu'elle n'épargnait ni l'une, ni l'autre des deux typologies respiratoires décrites par Françoise Mézières. En effet sur une typologie expiratoire, nous trouvons une hyperpression localisée plutôt dans l'abdomen, et sur une typologie inspiratoire, nous voyons une augmentation de pression à la fois dans la cavité thoracique et dans la cavité abdominale.

Nous avons également constaté que l'hyperpression abdominale affecte différemment l'homme et la femme ce qui ouvrent sur plusieurs tableaux cliniques, selon que nous sommes en présence d'un homme ou d'une femme et selon la typologie respiratoire de l'individu.

Un travail de libération de la respiration sera donc nécessaire afin de faire lâcher les tensions autour de l'abdomen, mais aussi de la cage thoracique. L'inspiration et l'expiration seront plus libres. L'abdomen et le thorax se rempliront et se videront plus aisément du fait de cette diminution de pression au sein de ces deux cavités.

Cependant, faire lâcher uniquement les tensions musculaires, redonner une respiration plus libre, plus ample peut s'avérer parfois insuffisant. Certes après nos séances, nos patients nous diront se sentir plus léger, vider... Mais si nous ne les éduquons pas dans l'utilisation de leur sangle abdominale, si nous ne les guidons pas dans leur respiration alors il est probable de voir se réinstaller une hyperpression au sein de l'abdomen et peut être du thorax.

C'est donc pour éviter cela que nous avons abordé la reprogrammation musculaire de la sangle abdominale à intégrer dans les suites de soins Mézières pour pouvoir donner de nouvelles informations à nos patients concernant l'utilisation de leurs abdominaux.

D'autant qu'il n'est pas rare d'être confronté à ces hyperpressions abdominales : à avoir observé la plupart de nos patients se déshabiller, s'allonger, se relever, se rhabiller, mettre leurs chaussures... très souvent, nous pouvons constater les empreintes marquant l'hyperpression abdominale.

C'est dans ce but que j'ai voulu travailler sur ce thème, je désirais appréhender les problèmes liés à une mauvaise utilisation de la sangle abdominale et montrer les risques encourus. Car en tant que professionnels de santé, il ne faut pas oublier que nous avons un but éducatif et préventif dans la prise en charge de nos patients.

Pour conclure, dans ce mémoire, nous n'avons pas eu la possibilité de travailler avec un sujet présentant une hernie inguinale car en kinésithérapie nous en côtoyons très peu. Il serait donc intéressant d'effectuer un travail préventif en associant la méthode Mézières avec la méthode De Gasquet chez des individus présentant une hyperpression abdominale et des facteurs de risques qui pourrait conduire à cette hernie.

Bibliographie

Campignon, P. (2007). *Respir-actions*. Paris: Frison-Roche.

Caufriez, M. (2009). *Biographie*. Récupéré sur Marcel-Caufriez.com: <http://www.marcel-caufriez.com/fr/index.php>

Docteur de Gasquet, B. (2005). *Abdominaux : Arrêtez le massacre*. Robert Jauze.

Docteur de Gasquet, B. (2011). *Périnée, arrêtons le massacre !* Hachette livre - Marabout.

Galliac - Alanbari, S. (2005, 2010). *Rééducation périnéale féminine, mode d'emploi*. Robert Jauze.

GIE Santé & Retraite. (2008). *Comprendre la hernie discale*. Consulté en 2011, sur site web hernie-discale.info: <http://www.hernie-discale.info/comprendre-la-hernie-discale.html>

Jacquet-Francillon, T., & Tilhet-Coartet, S. (2007). *Informations, consentement et refus de soins*. Elsevier-Masson.

Patte, J. (2009). *La méthode Mézières, une approche globale du corps*. Chiron.

Pelletier, C (2012) *cours abdominaux arrêtez le massacre !*

Sider, F (2010-2012) *cours AMIK*

Table des illustrations

Figure 1. Le périnée superficiel (Docteur de Gasquet, Périnée, arrêtons le massacre !, 2011)	6
Figure 2. Les muscles abdominaux (Docteur de Gasquet, Abdominaux : Arrêtez le massacre, 2005)....	8
Figure 3. Le diaphragme (Patte, 2009)	9
Figure 4. Mouvement du diaphragme et du périnée lors de la respiration (Docteur de Gasquet, Abdominaux : Arrêtez le massacre, 2005)	13
Figure 5. Le penché avant : mise en évidence des tensions dans les antérieurs (Patte, 2009)	15
Figure 6. Le penché avant : mise en évidence des tensions dans les postérieurs (Patte, 2009)	22

Annexe 1 : Qui est Bernadette de Gasquet ?

Le Dr Bernadette de Gasquet est médecin et professeur de yoga, associe dans son travail l'approche corporelle, les savoirs traditionnels et la médecine moderne. Elle a construit sa méthode à partir de son ressenti à elle, suite à ses accouchements, avec ses connaissances en tant que professeur de Yoga. C'est après qu'elle a entrepris de reprendre ses études pour devenir médecin spécialisé en urogynécologie afin de poursuivre ses recherches.

Elle a publié de nombreux livres en rapport avec sa méthode et enseigne celle-ci aujourd'hui aux sages-femmes, médecins, professeurs de yoga, éducateurs sportifs et masseurs-kinésithérapeutes.

L'approche du Dr de Gasquet a des applications non seulement dans la maternité mais dans le travail des abdominaux, la protection du dos, du périnée, la relaxation, la respiration, les problèmes de transit et concerne tous les âges de la vie.

Annexe 2 : Les caractéristiques du consentement libre et éclairé aux soins (Jacquet-Francillon & Tilhet-Coartet, 2007)

A la Ferté Saint Aubin,

Le consentement éclairé :

Le consentement **nécessite une compréhension** de la situation, des enjeux et du traitement proposé et une **autonomie dans la décision**.

Cette compréhension est obtenue par une information permanente du patient tout au long de la démarche diagnostique et thérapeutique. Elle doit toutefois être apportée avec tact et pertinence pour ne pas empêcher le patient de comprendre et de décider.

A ces conditions, le consentement aux soins sera :

- Libre :

Je reconnais prendre la décision de soins sans contrainte ou pression de quelque nature que ce soit. Je peux refuser les soins et n'ai pas à justifier les raisons de mon refus. Je peux demander moi-même que cette information soit limitée.

- **Révocable** à tout moment.

- **Eclairé** : J'ai eu une information médicale complète me permettant de prendre ma décision en pleine connaissance de cause.

J'ai été informé en particulier sur :

- les options de la prise en charge ou de la conduite thérapeutique à tenir lorsqu'elles existent, car je dois être en mesure de participer à ce choix.
- les risques, mais seulement ceux qui sont fréquents, ou graves et normalement prévisibles.
- les conséquences prévisibles en cas de refus.

- **Explicite** et spécifique pour chaque étape du traitement et des investigations.



Je soussigné (e) *Josette R* autorise Melle ALEXANDRE Valérie, exerçant au 2A rue Aristide BRIAND, 45240 la Ferté Saint Aubin et agissant en qualité de masseur kinésithérapeute, à prendre les photographies qui lui sont nécessaires pour la réalisation de son mémoire de fin d'études à la méthode Mézières.



Le consentement éclairé :

Le consentement **nécessite une compréhension** de la situation, des enjeux et du traitement proposé et une **autonomie dans la décision**.

Cette compréhension est obtenue par une information permanente du patient tout au long de la démarche diagnostique et thérapeutique. Elle doit toutefois être apportée avec tact et pertinence pour ne pas empêcher le patient de comprendre et de décider.

A ces conditions, le consentement aux soins sera :

- Libre :

Je reconnais prendre la décision de soins sans contrainte ou pression de quelque nature que ce soit. Je peux refuser les soins et n'ai pas à justifier les raisons de mon refus. Je peux demander moi-même que cette information soit limitée.

- Révocable à tout moment.

- Eclairé : J'ai eu une information médicale complète me permettant de prendre ma décision en pleine connaissance de cause.

J'ai été informé en particulier sur :

- les options de la prise en charge ou de la conduite thérapeutique à tenir lorsqu'elles existent, car je dois être en mesure de participer à ce choix.
- les risques, mais seulement ceux qui sont fréquents, ou graves et normalement prévisibles.
- les conséquences prévisibles en cas de refus.

- Explicite et spécifique pour chaque étape du traitement et des investigations.



Je soussigné (e) *Romàn L* autorise Melle ALEXANDRE Valérie, exerçant au 2A rue Aristide BRIAND, 45240 la Ferté Saint Aubin et agissant en qualité de masseur kinésithérapeute, à prendre les photographies qui lui sont nécessaires pour la réalisation de son mémoire de fin d'études à la méthode Mézières.



Annexe 3 : Bilan diagnostique périnéal

22/11/11

Bilan Périnéal ~~de~~ R 56 ans 1,73 m 55kg
 Identité Enseignante - travail avec élèves handicapés
 Activités Yoga et gymnastique
 Motif de l'examen IUT+ à la maison qu'en dehors et quand fatiguée +++

ATCD obstétricaux

Dates d'accouchement	Poids	PC	Episiotomie	Péridurale	Forceps
- 1981	> 3,3kg		0	1	0
- 85	< 2,8kg		0	2	0
- 89	3,4		0	2	0
- 97	3,5		0	2	0

0 } trois } difficile

Prise de poids :
 Allaitement :
 Retour de couche :
 Contraception :

ATCD médicaux et familiaux

~~Euprésie Neuro Diabète HTA Asthme BC Infections urinaires/vaginales Troubles intestinaux~~
 Ménopause ↳ récente

ATCD chirurgicaux

~~Hystérectomie TVT HD opérée Polypes vésicaux/cancer vessie~~

Mictions Va peu aux toilettes car boit peu - mais va là 2 fois le nuit à part le matin.

Circonstances des fuites

IUE
Impériosités ++
Sensibilités eau/froid ++
 Diurnes/nocturnes
 Quantité quelques gouttes

Calendrier mictionnel

Examens complémentaires : ECBU BUD RPM Imagerie

BILAN PERINEAL

Abdomen tension des abdominaux

~~OGE~~

DAV 3cm

~~VOVE~~

Sensibilité RAS

~~Cystocèle Hystérocèle Rectocèle Elytrcèle~~

Tonicité de la paroi = bonne.

Testing RA = 3