

Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

Le diaphragme a t-il bon dos ? Une étude qualitative sur son rôle dans la lombalgie.

Sous la direction de Jérémy Martin

Mémoire présenté par Léa PERCEBOIS
Étudiante en 4ème année de Masso-Kinésithérapie,
en vue de valider l'UE28
Dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Lea Percebois

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 2 avril 2011

Signature

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes ayant participé directement ou indirectement à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur MARTIN, directeur de mémoire, pour avoir partagé ses connaissances avec moi, son temps et pour ses qualités pédagogiques. Son soutien et ses conseils ont été une aide précieuse.

Je remercie également les dix kinésithérapeutes ayant accepté de participer à cette étude. Sans eux, ce travail n'aurait pas été réalisable. Je les remercie pour le temps qu'ils m'ont consacré ainsi que pour les conseils qu'ils m'ont apportés notamment lors des pré-tests. Également à Matthias, Masseur-Kinésithérapeute ressource, pour ses idées et sa disponibilité.

Merci à toute l'équipe de l'ILFMK qui nous accompagne durant ces quatre années d'étude.

Merci également à Élise, Judith, Aurore, Hélène, Rudy, Matthieu et Flora, futurs collègues mais surtout amis qui n'auront rendu ces années que meilleures.

Un grand merci à Quentin pour m'avoir soutenue dans ce projet professionnel et pour m'avoir poussée à croire en moi. J'adresse une pensée très chère à mes parents qui m'ont toujours encouragée.

A Marie et Colette pour vos relectures et votre esprit critique.

Le diaphragme a-t-il bon dos? Une étude qualitative sur son rôle dans la lombalgie.

Introduction: La lombalgie est une pathologie très courante dans le monde. Il s'agit de la première cause d'arrêt de travail en France. C'est la pathologie la plus rencontrée dans les cabinets de kinésithérapie français. Il est communément admis par ces professionnels que le diaphragme est susceptible de jouer un rôle dans la lombalgie. Bien que cet argument ne repose sur quasiment aucun fondement scientifique, nous avons voulu comprendre pourquoi ce modèle reste tant plébiscité par le sens clinique du praticien.

Matériel et méthode: Nous avons choisi de nous appuyer sur une méthode qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 8 MK libéraux prenant en compte le diaphragme dans la lombalgie. Deux pré-tests ont été effectués, un guide d'entretien a été réalisé puis nous avons analysé nos interviews à l'aide d'une indexation par thème.

Résultats: Le traitement du diaphragme n'apparaît pas comme une priorité dans la lombalgie, il est complémentaire. Bien qu'il soit dispensé en fin de prise en charge ou en la présence d'éléments verbaux ou physiques, les interrogés le considèrent comme une « clef » dans leur traitement de la lombalgie chronique. Dans cette prise en charge de la lombalgie dite « globale », tous accordent une importance aux facteurs psycho-sociaux et insistent sur la relation soignant/soigné. Ils sont conscients du manque de preuves mais soutiennent l'intérêt de l'expérience et de l'empirisme.

Discussion: La réflexion, le bilan et les techniques des MK vont globalement dans le même sens mais quelques divergences sont identifiables en fonction des formations professionnelles. Nous ne retrouvons pas de consensus, ceci est principalement expliqué par l'empirisme et le modèle de transmission du savoir par les pairs. Bien que les éléments amenés par les professionnels semblent cohérents sur le plan intellectuel, des études plus approfondies se révèlent nécessaires pour connaître l'intérêt de la considération du diaphragme dans la lombalgie.

Mots clefs: diaphragme – lombalgie – masso-kinésithérapie - méthode qualitative

A qualitative study on diaphragm's role in low back pain

Introduction: Low back pain is a very common pathology in the world. It's the main cause of sick leave in France and the most common pathology in French physiotherapy. It's commonly accepted by these professionals that the diaphragm can play a part in low back pain. Although this argument isn't based on any scientific bases, we wanted to understand why this model remains so popular in the clinical sense of the practitioner.

Material and method: We chose to rely on a qualitative method by semi-structured interviews with eight liberal physiotherapists who take the diaphragm into account in low back pain. Two pre-tests were carried out, an interview guide was produced and then we analyzed our interviews using indexing by theme.

Results: Diaphragm treatment doesn't seem to be a priority in low back pain, it is complementary. Although it is dispensed at the end of treatment or in the presence of verbal or physical elements, respondents consider it a "key" in their chronic low back pain treatment. In this so-called "global" low back pain care, all of them attach importance to psycho-social factors and insist on the caregiver/patient relationship. They are aware of the lack of evidence but support the interest of experience and empiricism.

Discussion: The reflection, the assessment and the techniques of physiotherapists, generally go in the same direction but some divergences are identifiable according to their professional training. We find no consensus, which is mainly explained by empiricism and the transmission of knowledge by peers. Although the elements provided by professionals seem intellectually consistent, more in-depth studies are necessary to know the value of taking into consideration the diaphragm in low back pain.

Keywords: diaphragm - low back pain - physiotherapy - qualitative method

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	Contexte et objectifs	1
1.2	Cadre théorique	4
1.2.1	La lombalgie commune	4
1.2.2	Le diaphragme	5
1.2.3	Rachis lombaire et dysfonction diaphragmatique	7
2	MATERIEL ET METHODE	13
2.1	Recherche documentaire	13
2.2	La méthode qualitative	14
2.2.1	Pourquoi cette méthode ?	14
2.2.2	Le guide d'entretien.....	15
2.2.3	Population ciblée.....	16
2.2.4	Déroulé de l'étude	17
3	RESULTATS	19
3.1	Les interviewés	19
3.2	Le contenu des entretiens.....	20
3.2.1	Lien diaphragme et lombalgie	21
3.2.2	Appréciation du raisonnement des autres professionnels.....	23
3.2.3	Bilan de la lombalgie	24
3.2.4	Ce qui conduit les thérapeutes au traitement du diaphragme	26
3.2.5	Traitement du diaphragme	28
3.2.6	Lien avec le psoas et le carré des lombes.....	29
3.2.7	Techniques complémentaires	30
3.2.8	Aspect psychologique	31
3.2.9	Evaluation des techniques	32
3.2.10	Preuves et recherche.....	33
4	DISCUSSION	34
4.1	Interprétation des résultats.....	35
4.1.1	Lien entre diaphragme et lombalgie	35
4.1.2	Empirisme et convictions.....	37
4.1.3	Le bilan	38
4.1.4	Le traitement.....	41
4.2	Qualité méthodologique	43
4.3	Approfondissement.....	45
5	CONCLUSION.....	47

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Le diaphragme

ANNEXE II : Les chaines physiologiques par BUSQUET

ANNEXE III : Le guide d'entretien

ANNEXE IV : Retranscription des entretiens

ANNEXE V : Cartes mentales

GLOSSAIRE

ACP : American College of Physicians

APTA : American Physical Therapy Association

DU : Diplôme Universitaire

EBP : Evidence Base Practice

HAS : Haute Autorité de Santé

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MK : Masseur-Kinésithérapeute

NICE : National Institute for health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Pimax : Pression Inspiratoire Maximale

RPG : Rééducation Posturale Globale

TM : Thérapie Manuelle

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte et objectifs

La lombalgie commune, « *mal du siècle* », est une pathologie qui revient souvent en cabinet libéral (environ 30% de la patientelle (1,2). Sa prévalence en France est très élevée : elle représente plus de 60% chez les salariés. De plus, elle constitue un enjeu majeur de santé publique de par son impact économique important en raison des arrêts de travail et des consultations médicales qu'elle induit. En effet, il s'agit du premier motif d'arrêt de travail en France. Tous les ans, plus de 3 000 lombo-sciatiques sont reconnues comme maladies professionnelles (1,3).

Concernant les étiologies, la littérature scientifique met souvent en évidence des troubles liés aux disques intervertébraux et aux articulaires postérieurs pouvant affecter ou non les structures neurologiques adjacentes (4,5). Cependant, d'autres causes telles que les tissus mous (muscles, tissus ligamentaires ou fascias) doivent être évaluées (4–6). Il existe diverses méthodes pour traiter la lombalgie commune en rééducation, celles-ci sont en perpétuelle évolution (7,8). La Haute Autorité de Santé (HAS) se base sur les meilleures preuves scientifiques pour établir ses recommandations de traitement.

De nombreuses formations professionnelles existent pour les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK), elles leur permettent d'élargir leurs champs de compétences. Aujourd'hui, certains kinésithérapeutes se préoccupent du diaphragme des patients lombalgiques chroniques. En effet, les méthodes de traitement basées sur les chaînes musculaires telles que Mézière et Busquet peuvent proposer un traitement du diaphragme lors d'un défaut de posture ou de douleurs lombaires. Cela se justifierait par le fait que c'est un muscle qui est au centre des chaînes musculaires (9).

Diverses formations de thérapies manuelles proposent également des techniques dites de « libération du diaphragme » lors d'un défaut de posture.

La réforme attribuée aux études de kinésithérapie en 2015 a pour but de développer des techniques basées sur des preuves scientifiques. Le modèle « Evidence Base Practice » (EBP) est au cœur de cette réforme. Il réunit la recherche scientifique, les préférences du patient et l'expérience clinique du thérapeute. La décision thérapeutique devrait donc suivre ce modèle bio-psycho-social et se baser sur des données probantes, des preuves scientifiques ou des faits constatés par le praticien (10).

Toutefois, lorsque nous cherchons à nous documenter sur la relation qu'il existe entre le diaphragme et les douleurs lombaires, très peu d'articles traitent de cela et les écrits trouvés sont rarement de bonne qualité. Alors, nous allons nous tourner vers l'expérience du praticien.

La littérature étant relativement pauvre, les points abordés précédemment soulèvent quelques questions : d'où vient cette appétence des soignants à étudier et à traiter ce muscle ? Sur quels éléments se basent-ils pour évaluer celui-ci ? Sur quoi est fondée leur base de traitement ? Dans quelles mesures les MK étudient-ils et traitent-ils le diaphragme lors d'une lombalgie ? Et quelles réponses apporte ce traitement ?

Ce travail de fin d'étude s'est fait suite à une réflexion confrontant les savoirs enseignés à l'école tel que l'accès à la recherche scientifique et les situations rencontrées sur le terrain. La fréquence de cette pathologie en cabinet libéral ainsi que l'absence d'un consensus basé sur des preuves nous ont poussés à une question de recherche : Quelle place accorder au diaphragme dans la lombalgie ? Entretiens avec des kinésithérapeutes libéraux experts.

Les objectifs de ce travail sont d'une part d'obtenir un maximum d'informations sur la lombalgie et le diaphragme et de voir les liens qui existent entre eux par la recherche d'articles scientifiques. Et d'autre part, de collecter des informations pratiques sur la relation entre les deux, du point de vue des kinésithérapeutes. Aussi, cela contribuera à connaître leurs techniques de bilan et traitement face à cela. Elles permettront de voir s'il existe un consensus concernant ce mode de prise en charge. Il s'agit de faire émerger les croyances, les connaissances et les techniques des professionnels selon leurs savoirs et leurs formations par une étude qualitative.

Face à cela, diverses pré-suppositions peuvent être émises :

- 1- Les techniques de bilan et de traitement varient selon les différentes formations des kinésithérapeutes.
- 2- Il existe des éléments de bilan, verbaux et physiques, qui témoignent d'un problème diaphragmatique.
- 3- L'objectivation se fait le plus souvent par une évaluation analogique de la douleur des patients dans les jours qui suivent. Nous nous attendons à trouver une diminution de la douleur dans la plupart des cas lorsque le kinésithérapeute trouve une dysfonction au bilan et qu'il réalise un traitement du diaphragme.
- 4- Chez une majorité de professionnels, un nouveau bilan (posture, douleur, amplitude) est effectué afin de voir la réponse à leur traitement.
- 5- Les professionnels ne se centrent pas que sur le diaphragme lors de leur prise en charge mais peuvent consacrer une séance entière à ce muscle.

Dans un premier temps, des rappels sur la lombalgie commune ainsi que sur le diaphragme seront apportés. Ensuite, nous évoquerons le lien entre les deux du point de vue de la littérature. Dans un second temps, nous exposerons la méthodologie de l'étude réalisée et les résultats qui en découlent. Puis nous confronterons l'étude et ses résultats dans une partie dite discussion et nous conclurons ce travail.

1.2 Cadre théorique

1.2.1 La lombalgie commune

1.2.1.1 Définition et épidémiologie

La lombalgie commune ou « non spécifique » représente environ 90% des lombalgies. L'HAS la définit comme « une douleur lombaire qui ne comporte pas de signe d'alerte (drapeaux rouges) » et « correspondant à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse ». La lombalgie commune, peut être aiguë, subaiguë ou se chroniciser lorsque les douleurs sont supérieures à trois mois (11).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 80% des personnes ont déjà eu ou connaîtront un épisode de douleurs lombaires au cours de leur vie. De plus, c'est l'un des dix troubles les plus courants répandus dans le monde en 2010, et la principale cause d'invalidité dans les pays développés (12,13).

La lombalgie constitue environ 30% de la patientèle d'un kinésithérapeute libéral (2).

1.2.1.2 Prise en charge kinésithérapique

Avec un grade B, les institutions nationales et internationales, recommandent une prise en charge kinésithérapique pour ces patients lombalgiques. Dans ces recommandations, nous pouvons par exemple citer la classification de l'American Physical Therapy Association (APTA) en 2012. Elle permet une vision globale pour la mise en place d'un diagnostic et d'un traitement exhaustif, adaptés aux différentes situations cliniques. Il en existe d'autres, telles que celle du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2016, de l'American College of Physicians (ACP) en 2017. En France, l'HAS a publié un nouveau guide en avril 2019 concernant la lombalgie commune. Ces classifications sont basées sur les connaissances scientifiques actuelles et sont remises à jour régulièrement. Les professionnels doivent s'en inspirer (7).

Dans un contexte d'«Evidence Based Practice» (EBP), les professionnels devraient tenir compte des preuves scientifiques disponibles dans leurs bilans et traitements, mais également de leurs expériences sur le terrain et des choix des patients sur leur propre prise en charge (10).

Il est important de prendre celui-ci dans sa globalité lors d'une prise en charge pour des douleurs lombaires.

Dans un sens ou dans l'autre, nous pouvons constater un lien entre la douleur chronique et le facteur de risque psycho-social. Le thérapeute ne doit donc pas se centrer que sur les douleurs du patient (14,15).

Le model bio-psycho-social décrit par Engel en 1977 met l'accent sur les versants psychologiques, sociaux et émotionnels du patient douloureux. Comme toute pathologie chronique, la lombalgie chronique non spécifique touche la personne dans sa vie quotidienne et se répercute sur sa santé psychologique (16–18). En 1987, Waddell utilise ce modèle pour l'appliquer aux lombalgies. Il s'appuie sur l'épidémiologie et l'évolution de cette pathologie (19). Aujourd'hui, il fait partie des recommandation de l'HAS pour la prise en charge de la lombalgie commune (7).

La posture, la respiration et l'aspect psychologique pourraient influencer ce type de douleurs (14,20,21). Aussi bien qu'une mobilité diaphragmatique diminuée pourrait être liée à des troubles émotionnels (22–24).

1.2.2 Le diaphragme

1.2.2.1 Anatomie (ANNEXE I) (25,26)

Le diaphragme est une structure musculo-fibreuse plate, striée et formée de deux coupes. Il sépare la cavité thoracique de la cavité abdominale.

Ses insertions périphériques se divisent en trois parties :

- Une vertébrale, comprenant deux piliers principaux. Un droit sur les corps de L1, L2, L3 et un gauche sur ceux de L1 et L2. Une arcade unit ces deux structures. On note également deux piliers accessoires sur L2.
- Une costale, sur la face interne des six derniers arcs costaux. Cette partie est liée au rachis par trois arcades bilatérales : l'arcade de Sénac, latéralement, elle lie la onzième et la douzième côte pour laisser passer vaisseaux et nerfs, l'arcade du carré des lombes entre la transverse de L1 et la douzième côte pour laisser passer le muscle du même nom et médialement, l'arcade du psoas partant des piliers jusqu'au transverse de L1 et laissant passer le psoas.
- Une sternale, au niveau de l'appendice xiphoïde.

Il se termine centralement sur une nappe tendineuse, le centre phrénique. Souvent décrit comme un trèfle, il est formé de trois folioles.

Ce muscle est formé d'orifices pour la veine cave inférieure, l'œsophage et de l'aorte. Entre les piliers, il y a des zones pour le passage du nerf phrénique, des nerfs grands et petits splanchniques et pour le système sympathique.

Le diaphragme est innervé par les nerfs phréniques droit et gauche pour l'aspect moteur, les six derniers nerfs intercostaux pour la proprioception et le plexus solaire pour l'innervation végétative. Sa vascularisation se fait par les artères phréniques droite et gauche, par l'artère thoracique interne et par les artères accessoires intercostales et médiastinales.

Ce muscle, est le carrefour entre l'axe vertébral et les axes horizontaux des ceintures pelvienne et scapulaire (24). Il possède de nombreux liens avec d'autres structures qui ont un impact sur son fonctionnement. Celle-ci sont viscérales (thoraciques et abdominales), neurologiques et vasculaires (passage de l'aorte, de la veine cave inférieure et du nerf vague, lui, est innervé par le nerf phrénique), conjonctives et faciales (liaison entre le fascia endo-thoracique et le péricarde), vertébrales (de par son insertion des piliers sur les vertèbres L1 à L3) et musculaires (décrites par Busquet, Mézière et Souchard sous forme de chaînes musculaires).

1.2.2.2 Rôles

Le diaphragme a un rôle essentiel dans la respiration, c'est le principal muscle inspirateur (26).

Toutefois, de par sa position centrale, il intervient dans d'autres fonctions pour l'organisme comme l'expulsion, la digestion, la circulation sanguine, la phonation mais aussi la stabilisation du rachis (25,27,28).

Au-delà de son rôle principal, la respiration, certains auteurs font le lien entre la façon de respirer, la posture et la personnalité (27,29).

1.2.3 Rachis lombaire et dysfonction diaphragmatique

1.2.3.1 La dysfonction diaphragmatique

Ce terme est employé par la plupart des auteurs évoquant ce contexte. De par les liens évoqués ci-dessus avec les autres structures, le diaphragme doit avoir une certaine faculté d'adaptation. Il accommodera son fonctionnement selon les informations reçues et celles envoyées. Toutefois, cette adaptation peut entraîner des dysfonctions mécaniques et des troubles associés (30).

La dysfonction diaphragmatique est considérée comme une anomalie positionnelle. Elle résulte de la prédominance d'une fonction par rapport à une autre en vue de l'adaptation corporelle de l'individu. Selon les auteurs, on note trois critères décrivant une dysfonction, identifiés par la palpation :

- La dysfonction de tension : avec ressenti d'une résistance tissulaire au niveau épigastrique, une douleur à la palpation peut également être un signe clinique.
- La dysfonction de mobilité : la course musculaire est limitée, elle peut concerner une coupole ou les deux. Ce manque de mobilité engendrera rapidement une intolérance à l'exercice ou une dyspnée.
- La dysfonction de hauteur : le plus souvent, le diaphragme est positionné en course interne, il s'agit d'une dysfonction basse ou dite en inspiration. Il peut être aussi en course externe et donc en blocage haut ou expiratoire.

La dysfonction de hauteur est la plus significative, selon Busquet, le type de respiration nous renseigne sur la dysfonction : une respiration abdominale sera plutôt un blocage en inspiration alors qu'une respiration thoracique témoignera d'un blocage en expiration (28,31,32).

Une dysfonction mécanique pourrait être à l'origine de problèmes digestifs, de tensions abdominales, d'un bronchospasme, d'asthme, de rachialgies et/ou d'un mauvais retour veineux et lymphatique (27,28,33). Inversement, un problème antérieur tels que des spasmes du sanglot chez le nourrisson, une crise d'asthme, une anxiété importante... pourrait être à l'origine d'un blocage du diaphragme. En effet, le centre phrénique étant au centre des chaînes musculaires (9).

Nous allons maintenant, par la recherche d'articles scientifiques, démontrer le lien avec la lombalgie.

1.2.3.2 Diaphragme et lombalgie : Recherche d'études « bien menées »

La plupart des études menées se sont centrées sur le traitement et l'efficacité des muscles inspireurs face à la lombalgie.

Finta, Boda, Nagy, Bender dans une étude récente ont montré que les exercices conventionnels des muscles inspiratoires ainsi que le traitement isolé du diaphragme entraînent une amélioration plus grande que les exercices conventionnels seuls chez les patients lombalgiques chroniques (34).

D'autres ont étudié l'impact de l'entraînement musculaire inspiratoire sur la lombalgie et l'utilisation de la proprioception : après huit semaines d'entraînement intensif des muscles inspiratoires, les personnes atteintes de lombalgie ont montré une baisse de la dépendance aux signaux proprioceptifs du dos pendant le contrôle postural. De plus, ils ont amélioré leur force musculaire inspiratoire et la sévérité des douleurs a été diminuée. Ce qui n'a pas été observé après un entraînement plus léger. Par conséquent, l'entraînement des muscles inspiratoires pourrait faciliter l'implication proprioceptive du tronc dans le contrôle postural chez les patients lombalgiques et donc être un outil de réadaptation utile pour ces personnes (35).

Une autre analyse a été faite pour savoir si chez les adultes atteints de lombalgie chronique non spécifique, les exercices respiratoires sont efficaces pour réduire leurs douleurs, valoriser leur fonction respiratoire et améliorer leur qualité de vie. Ces programmes d'exercices se sont ainsi révélés efficaces pour améliorer ces trois paramètres. Ces résultats montrent que les soignants traitant des patients atteints de lombalgies chroniques devraient donc inclure des exercices respiratoires dans leurs traitements. L'article précise qu'il existe des preuves de grade B pour appuyer l'utilisation de ces exercices dans le traitement des lombalgies chroniques non spécifiques (36).

Selon une analyse à l'aide de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), un dysfonctionnement du caisson abdominal peut entraîner une atteinte rachidienne. Cette étude montre aussi que des pathologies pulmonaires comme l'asthme sont des facteurs prédictifs de lombalgies (20). Des algies rachidiennes pourraient être à l'origine d'une diminution de l'endurance et de la force du diaphragme mais inversement, des perturbations respiratoires pourraient être prédictives de lombalgies (20,37).

De plus, une revue systématique centrée sur la relation entre la lombalgie et les troubles respiratoires a été faite. Les facteurs immunologiques, biomécaniques, psychosociaux et socio-économiques pourraient expliquer cette corrélation. Le tabagisme est susceptible d'y être lié (38).

Sur un autre versant, une étude comparant la fonction posturale du diaphragme chez les personnes souffrant ou non de lombalgie chronique a montré que les patients souffrant de cette pathologie semblent avoir une position anormale et une pente plus prononcée du diaphragme, ce qui pourrait contribuer à la cause du trouble (39).

Nous relevons également une étude qui a mis en évidence une diminution de la mobilité diaphragmatique chez les personnes lombalgiques par rapport aux patients sains, ainsi qu'une modification du contrôle moteur (21).

Ainsi, ces investigations démontrent un réel lien entre la lombalgie et le traitement des muscles inspireurs. Des algies rachidiennes pourraient être à l'origine d'une diminution de l'endurance et de la force du diaphragme mais inversement, des perturbations respiratoires pourraient être prédictives de lombalgies (35). Toutefois, qu'en est-il du traitement manuel de la dysfonction diaphragmatique lors de lombalgie ?

1.2.3.3 Traitement ciblé du diaphragme

Le diaphragme est le carrefour entre l'axe vertébral et les axes horizontaux des ceintures pelvienne et scapulaire (24).

Concernant son rôle dans la statique lombaire, le diaphragme participe à la poutre composite lombaire au niveau du caisson abdominal. Il travaille en synergie avec le muscle transverse et est synchrone avec le périnée notamment lors d'un effort (40).

Il est composé de 21% de fibres de type IIa, 24% de fibres IIb et 55% de fibres de type I. Cette diversité de fibres lui permet de s'adapter à ses différentes fonctions (37). Cependant, comme il est un muscle responsable de la statique, ses fibres peuvent s'enraidir et se raccourcir, créant ainsi une dysfonction. Ceci pourrait induire un raccourcissement au sein des chaînes musculaires et entraîner des déformations qui elles-mêmes engendreraient des douleurs (25,40–42).

Les auteurs traitant les chaînes musculaires abordent tous le diaphragme. Sa position centrale a des répercussions sur sa mécanique. En matière de dysfonction, tous soulignent le fait que le diaphragme peut être bloqué sur sa course (position haute ou basse selon le temps respiratoire). Les chaînes musculaires représentent un ensemble de muscles étroitement liés par les fascias. D'où le fait que *"le mal n'est jamais là où il se manifeste"* (43,44).

Léopold Busquet explique qu'au quotidien, l'homme doit contrôler son équilibre, ses mouvements, sa statique et s'adapter perpétuellement aux contraintes externes et internes. Ainsi, il dispose de sept chaînes musculaires : une chaîne statique, une chaîne d'extension, une chaîne de flexion, deux chaînes d'ouverture et deux chaînes de fermeture. (ANNEXE 2) Selon cet auteur, le diaphragme boucle les sept chaînes. C'est donc un élément essentiel dans la dynamique posturale du corps.

Cet auteur note aussi, qu'un diaphragme bloqué en inspiration pourrait engendrer une perte de mobilité du segment lombaire haut, compensée par la partie lombaire basse, et ainsi créer, une compression sur les vertèbres lombaires pouvant aller jusqu'à l'usure articulaire. La méthode de traitement que propose Busquet consiste à libérer les tensions, redonner de la mobilité tissulaire dans les différentes chaînes et corriger la posture sur le long terme (9,28).

Françoise Mézière, elle, désigne quatre chaînes :

- Une postérieure : de l'arrière du crâne jusqu'aux orteils,
- Une antéro-inférieure: niveau du ventre,
- Une dite brachiale : de l'épaule jusqu'au bout des doigts (dite chaîne brachiale),
- Une autre au niveau du cou.

Cet auteur voit le diaphragme comme « *la clef essentielle de la posture et du mouvement* ». En effet, ce muscle est le carrefour de ces quatre chaînes. Elle désigne ce dernier comme le "*chef d'orchestre de l'état musculaire général* ».

De par ses insertions lombaires, un raccourcissement du muscle, une inspiration forcée, ou un diaphragme bloqué en inspiration (fibres raccourcies, position basse et aplatie) peuvent créer une traction antérieure et vers le haut des vertèbres L1, L2, L3. Ainsi, cette traction mettrait en tension tous les éléments entourant le diaphragme, provoquant une hyper-lordose dorso-lombaire. Mézières nomme ce phénomène "*Lordose diaphragmatique*". Cette dysfonction aura alors des conséquences sur la dynamique rachidienne : lors de l'antéflexion du buste, les vertèbres concernées bloquées en extension et ne participant pas au mouvement formeront un méplat visible.

La technique de rééducation posturale de Mézière vise à relâcher les tensions musculaires et à corriger les déviations de la colonne vertébrale. Elle consiste en un travail respiratoire en maintenant des postures précises (24,43).

Souchard, élève de Mézière, crée la Rééducation Posturale Globale (RPG). Dans les sept chaînes qu'il décrit, il précise que dans la chaîne inspiratoire, le diaphragme est un élément central. Et qu'une rétraction de cette chaîne pourrait créer des déformations structurelles telles qu'un enroulement des épaules, une lordose cervicale, ou encore une élévation et projection en avant du thorax. Inversement, un mauvais positionnement des cervicales, des épaules et du dos favorisera la rétraction des muscles inspireurs et amènera à un "*blocage*" en inspiration. Dans la RPG, Souchard propose de redonner longueur, force et souplesse au diaphragme ainsi qu'aux autres muscles de la même chaîne (25,40–42).

La majorité des formations ciblant les chaînes musculaires font intervenir le diaphragme et son traitement isolé. Elles utilisent le diaphragme dans son ensemble notamment par les fascias et points de fixations qui l'entourent. Ces formations sont basées sur des auteurs connus (Busquet, Mézière...) mais cela reste de la littérature grise. La littérature scientifique est relativement pauvre à ce sujet.

Une analyse de méthodes de thérapie manuelle (TM) mettant en lien le diaphragme et les douleurs lombaires a également été menée. Elle nous renseigne sur les techniques effectuées sur ce muscle produisant des améliorations significatives et cliniquement pertinentes au niveau de la douleur et de l'invalidité de ces patients lombalgiques. Toutefois, les limites de l'étude sont mentionnées. On relève la potentielle prise d'antalgiques, les conseils sur activité posturale et les personnes sélectionnées étaient volontaires et avaient préalablement bénéficié de consultations privées. Ces facteurs peuvent influencer le résultat final. De plus, il semble compliquer de normaliser et d'officialiser des techniques de TM. Il s'agit d'un premier essai sur le sujet, n'ayant pas d'autres études qui allient le diaphragme et les lombalgies. L'essai comparatif randomisé est de faible puissance, ainsi nous pouvons estimer le niveau de preuve à 2 (45).

En 2015, un étudiant de l'Institut de Formation en Masso Kinésithérapie (IFMK) de Nancy a voulu évaluer l'efficacité d'un traitement manuel, sur une dysfonction mécanique du diaphragme. L'amélioration de la Pression Inspiratoire Maximale (Pimax) a été la seule valeur vraiment significative. Les mesures des ampliatiions xiphoïdiennes et abdominales n'ont pas été statistiquement représentatives. Les patients choisis pour l'étude présentaient tous une dysfonction diaphragmatique ciblée selon les trois critères (hauteur, mobilité, tension) (46).

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Recherche documentaire

Dans un premier temps, nous avons effectué une recherche bibliographique sur notre thème. Les documents ont été sélectionnés à partir des diverses bases de données : PubMed, Pedro, Science Direct, Kinedoc et Réédoc. Les mots clefs utilisés pour cette recherche ont été : « lombalgie commune », « lombalgie non spécifique », « low back pain », « diaphragm », « diaphragme », « chaînes musculaires », « rééducation », « posture », « physiotherapy », « kinésithérapie ».

De nombreux articles sélectionnés sont des références issues d'études. Cependant, en raison d'une littérature relativement pauvre d'un point de vue scientifique, les articles sélectionnés ne sont pas tous récents. Notons que, les documents retenus sont rédigés en français et en anglais.

Les sites de la Haute Autorité de Santé, de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Collège Français des Enseignants en Rhumatologie ont été consultés.

A des fins de références, les écrits de grands noms de la kinésithérapie ont été utilisés tels que Dufour, Busquet, Mézière, Maigne, Souchard.

Nous avons ensuite réalisé des recherches sur la recherche qualitative et l'entretien semi directif. La plupart des documents sélectionnés ont été trouvés à partir d'ouvrage et à partir de la base de données Cairn. Des échanges autour de cette approche auprès de personnes qualifiées auront également aidé à cerner la méthode choisie.

Nos références ont été recensées et organisées à l'aide du logiciel Zotero®.

2.2 La méthode qualitative

2.2.1 Pourquoi cette méthode ?

L'application de cette méthode de recherche liée aux sciences sociales est relativement récente dans le domaine de la santé. Elle permet d'ouvrir le débat et d'obtenir un esprit critique sur une situation. Elle est utile pour rechercher les représentations, les comportements et expériences sur un sujet (47).

Dans le modèle EBP, elle peut être complémentaire à une méthode quantitative. En effet, la recherche qualitative permet d'obtenir des informations verbales et elle ne cherche pas à quantifier ou mesurer (48,49). Pour le recueil des données, différents outils peuvent être choisis : l'entretien, l'observation, le focus groupe ou encore la recherche documentaire (50,51).

Le manque d'articles scientifiques ainsi que la diversité des techniques nous ont amenés à cet outil : le but étant de savoir comment pensent et agissent les kinésithérapeutes libéraux en regard du diaphragme dans la lombalgie.

Pour répondre à notre question, nous avons choisi l'entretien semi-directif a été. C'est la méthode de recueil de données la plus courante. Il permet une certaine liberté de parole mais sans que la personne sorte du sujet afin que nous puissions arriver à nos fins. Cette méthode qualitative permet d'obtenir des précisions et d'éclaircir certains points sur le propos. Contrairement à l'entretien directif, il laisse la personne s'exprimer librement sur ses représentations et sa façon d'agir, d'où l'intérêt d'instaurer un climat de confiance et d'insister sur l'anonymat de l'entretien (50,52).

2.2.2 Le guide d'entretien

Afin de faciliter et d'organiser le déroulement des différentes interviews, l'élaboration d'un guide d'entretien a été effectué (ANNEXE III).

Pour sa création, la méthode utilisée est celle décrite par Pierre Romelaer. Ce dernier est professeur à l'université Paris-Dauphine en organisation et management. Il est directeur du Master Recherche en « Politique Générale des Organisations ». Les méthodes qualitatives de recherche font partie de ses domaines de recherche et d'enseignement. Selon lui, le guide d'entretien est un aide-mémoire, il contient tous les éléments sur lesquels le chercheur essaie d'amener l'interrogé (53).

Ce support comporte les différents thèmes (définis au préalable) qui doivent être abordés pendant l'entretien pour répondre à la question de recherche.

Dans un premier temps, le contexte de l'étude est présenté et la démarche de recherche est expliquée afin que la personne comprenne qu'elle peut s'exprimer librement. L'anonymat est rappelé.

En second temps nous demandons une présentation du kinésithérapeute interrogé. Nous souhaitons avoir des éléments sur :

- Son expérience (année et lieu d'obtention du diplôme, nombre et intitulé des formations réalisées avant ou après le diplôme, pratiques spécifiques),
- Son mode d'exercice (statut au cabinet, pathologies au cabinet),
- La première fois qu'il/elle a entendu parler d'un traitement du diaphragme, dans quel contexte et ou c'était.

Ensuite, les différents thèmes sont abordés par des questions ouvertes. Des stratégies de relances sont définies afin d'ajuster les propos de l'interviewé. Elles permettent d'apporter des précisions ou d'amener certains sujets. La clarification et la reformulation seront également des astuces pour relancer la personne. Toutefois, l'intervieweur doit être capable de se détacher de son guide en fonction des propos énoncés, les questions ne pas sont figées (50).

Nous terminons l'entretien en invitant la personne, si elle le souhaite, à ajouter des éléments jugés pertinents n'ayant pas été évoqué lors de nos questions. Cela pourra potentiellement éviter que nous passions à coté de quelque chose d'important.

Dans le cadre de ce mémoire, nous pouvons dégager quatre thèmes principaux :

- Le lien entre diaphragme et lombalgie,
- Le bilan,
- Les techniques de traitement,
- L'évaluation des techniques.

Les objectifs sont d'avoir des informations sur les connaissances concernant le lien qui unit le diaphragme et la lombalgie. Nous chercherons également à savoir comment les kinésithérapeutes libéraux évaluent et traitent le diaphragme lors d'une lombalgie et quels retours ils ont de leurs traitements.

Afin de valider le guide d'entretien deux pré-tests ont été effectués. Cette phase permet de s'assurer de la durée, du contenu, de la pertinence des relances et de la progression de l'entretien. Elle sert également d'entraînement à l'intervieweur dans la formulation des questions et elle permet d'améliorer les conditions dans lesquelles il réalise l'entretien.

2.2.3 Population ciblée

La population choisie inclut des MK prenant couramment en charge des patients atteints de lombalgies communes et acceptant de répondre à un entretien. Ils ont été sélectionnés à partir de la liste des kinésithérapeutes conventionnés de l'IFMK de Nancy et grâce au bouche à oreille.

Les personnes ciblées incluent régulièrement un traitement du diaphragme dans leurs prises en charge de la lombalgie. Géographiquement l'étude s'est portée sur la région Grand Est. Tous les MK n'exerçant pas en cabinet libéral ont été exclus ainsi que ceux n'utilisant jamais le diaphragme dans leurs prises en charge de la lombalgie.

2.2.4 Déroulé de l'étude

2.2.4.1 Prise de contact avec les MK

Dans un premier temps, nous avons sollicité les étudiants de l'IFMK de Nancy afin d'établir une liste des terrains de stage où le traitement du diaphragme participe à celui de la lombalgie. Dans un second temps nous avons consulté la liste fait par l'IFMK, des MK libéraux accueillant des stagiaires et nous avons contacté ceux ayant une formation en corrélation avec notre sujet.

A partir de cela, par un premier contact téléphonique, la thématique a été expliquée et les kinésithérapeutes ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et l'acceptation d'un entretien d'environ 45 minutes. Le consentement du professionnel a été recueilli après un accord sur sa participation, l'enregistrement audio, la retranscription et l'utilisation des propos retranscrits sous anonymat.

Un second appel avait pour objectif de fixer le rendez-vous.

2.2.4.2 Les modalités d'entretien

La crise sanitaire que nous traversons a un réel impact sur les relations humaines en raison de la peur d'être contaminé. Nos modes de communication ont considérablement changé. Aujourd'hui, nos échanges se font principalement par téléphone ou écran interposé (54). De plus, nous sommes obligés de porter un masque. Paul Ekman, psychologue américain a démontré que nos expressions jouent un rôle fondamental dans l'échange et l'appréciation de l'autre. Or, avec le masque, le bas du visage du nez au menton est caché et leurs significations sont dissimulées (55).

C'est pourquoi, nous avons décidé de réaliser nos entretiens en visioconférence sur le logiciel Zoom, ils ont été enregistrés par cette même application. Nous avons néanmoins demandé à la personne de se situer dans une pièce calme, lumineuse et où elle ne serait pas dérangée.

2.2.4.3 Les pré-tests :

Deux pré-tests ont donc été réalisés avec deux MK libéraux rentrant dans nos critères d'inclusion. Ces deux personnes ont été choisies de par leurs expériences en tant que directeur de mémoire dans les années antérieures.

Le premier nous aura permis d'apporter quelques modifications sur notre guide d'entretien :

- La nomination de l'enquête dans l'introduction,
- L'ablation d'un thème dit « la lombalgie ».
- La modification des relances dans le thème « techniques de traitement ».

Nous avons voulu réaliser un second pré test afin que la validation du guide ne repose pas sur une seule personne et que nous puissions voir si les modifications apportées ont été bénéfiques aux attentes. Celui-ci a conforté notre guide et nos attentes.

2.2.4.4 L'analyse de l'entretien

Dans le but de les analyser, les huit entretiens ont été retranscrits en intégralité. Les mimiques, les expressions ainsi que les phases de silence ont également été notées afin d'affiner notre interprétation. Nos entretiens ont été placés en annexe. (ANNEXE IV).

Il existe de nombreuses méthodes pour l'analyse d'un travail de recherche qualitative. La méthode que nous avons choisie se rapproche de la méthode compréhensive de JC Kaufmann (56). Celle-ci permet de confronter les idées spécifiques et contextuelles de l'interrogé aux idées génériques du chercheur. Pour élaborer cette construction intellectuelle, une recherche des éléments textuels récurrents est nécessaire.

Dans un premier temps, nous avons tenté d'identifier les différents « thèmes majeurs » ressortant de chaque interview, il s'agit de l'analyse thématique (57,58). Avec l'aide d'un tableau Excel, nous avons structuré et interprété les propos par thème et par entretien. Cela a permis de faire ressortir les idées fortes de chaque thème. Un code couleur a également été mis en place dans le but de quantifier et de faciliter notre analyse. Dans un second temps, les éléments fondamentaux de chaque thème ont été référés en « sous-thèmes » ou « thèmes mineurs ». Ceux-ci ont été retranscrits sous forme de cartes mentales illustrant les propos des interrogés (ANNEXE V).

3 RESULTATS

3.1 Les interviewés

Nous avons pris contact avec 20 MK ; au départ la part de femmes était égale à celle des hommes. Parmi ceux-ci, 4 n'ont pas trouvé le temps ou leurs disponibilités n'étaient pas compatibles avec les conditions de réalisation de notre étude ; 2 autres ont refusé notre entretien ou n'ont plus répondu plus lors du second appel, 3 professionnels n'étaient pas d'accord pour réaliser l'entretien par visioconférence et 1 MK ne rentrait finalement pas dans les critères d'inclusion. Finalement, dix professionnels ont été sélectionnés dont deux pour nos pré-tests (PT1 et PT2). Nous avons ensuite rassemblé les caractéristiques des différents enquêtés (Tab I).

Tab.I : Données caractéristiques des interviewés

MK	Sexe	Statut et pathologies rencontrées	Lieu du diplôme	Année du diplôme	Formations	1^{ère} approche diaphragme
PT1	H	Titulaire, de tout	Nancy	2013	Mackenzie, TM viscérale et rachidienne	A l'IFMK
PT2	F	Titulaire, de tout	Nancy	2004	Busquet, posturologie, sport	Formation Busquet
MK1	F	Titulaire, de tout	Nancy	2008	Busquet, périnéologie, microkiné, cancer du sein	IFMK puis Busquet++
MK2	H	Titulaire, de tout mais rachis ++	Belgique	2006	Sport, TM viscérale et TM, posturo, crochetage, Sohier, DU préparation physique, hernie, trigger points	A l'IFMK, en stage : tuteur orienté TM
MK3	H	Titulaire, de tout	Nancy	2005	Mackenzie, neurodynamie, viscérale, TM, hypnothérapie	IFMK puis surtout Mackenzie, TM viscérale
MK4	H	Titulaire, de tout	Nancy	1985	Ostéopathie, drainage lymphatique, Sohier, RPG, respiratoire	IFMK puis RPG ++
MK5	F	Titulaire, de tout mais rachis ++	Nancy	2006	Busquet, Mackenzie	IFMK Busquet++
MK6	H	Titulaire, de tout	Paris	1972	Ostéopathie, Busquet, TM, Mackenzie	IFMK
MK7	H	Titulaire, de tout	Nancy	2007	Sport, micronutrition, Busquet, TM	IFMK, Busquet++
MK8	H	Titulaire, rachis ++	Nancy	1993	Ostéopathie, Busquet	Formation ostéopathie, Busquet ++

3.2 Le contenu des entretiens

Les entretiens ont permis de développer dix thèmes majeurs, eux-mêmes apportant entre trois et onze thèmes mineurs. Nous avons allégué certaines citations dans le but d'illustrer et d'argumenter les résultats.

Cette étape consiste à exposer nos résultats, les différents thèmes seront ensuite interprétés dans la discussion en vue de répondre à nos interrogations et nos objectifs.

Tab. II : Thèmes majeurs et thèmes mineurs résultant de l'analyse des résultats.

Thèmes majeurs	Thèmes mineurs
Lien diaphragme et lombalgie	<ul style="list-style-type: none"> - Anatomie - Type de lombalgie - Conséquences - Cause de problématique du diaphragme - Mécanisme - Scoliose
Appréciation du raisonnement des autres professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapeute-dépendant - Vision de la lombalgie - Patient-dépendant - Consensus - Débat - IFMK - Les médecins
Bilan de la lombalgie	<ul style="list-style-type: none"> - Type de bilan - Anamnèse - Douleurs - Attitude - Bilan dynamique - Bilan des iliaques - Bilan statique - Bilan musculaire - Palpation - Neurologique - Respiration
Ce qui conduit les thérapeutes au traitement du diaphragme	<ul style="list-style-type: none"> - Circonstances d'évaluation - Respiration - Palpation - Anamnèse - Douleurs - Méplats - Position diaphragmatique - Réaction en chaîne
Traitement du diaphragme	<ul style="list-style-type: none"> - Planification - Techniques respiratoires - Abords directs - Abords indirects
Lien avec le psoas et le carré des lombes	<ul style="list-style-type: none"> - Liens anatomiques et répercussions - Prise en charge indispensable - Méplats

Techniques complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Antalgie - Techniques propres à la lombalgie : mobilité, musculaires, respiratoires - Auto prise en charge - Relaxation et yoga
Aspect psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologie et lombalgie - Profils de patient - Cause émotionnelle - Libérer - Kinésiphobie
Evaluation des techniques	<ul style="list-style-type: none"> - De bons résultats - Douleurs - Mobilité et posture - Palpation - Respiration - Empirisme
Preuves et recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de preuves - Lien mouvement diaphragmatique/lombalgie - Moyens d'évaluation des techniques - Protocoles - Comparaisons

3.2.1 Lien diaphragme et lombalgie

Le premier thème majeur relevé est le lien entre le diaphragme et la lombalgie. Ce thème apporte la justification et montre la réflexivité des professionnels incluant le diaphragme dans leurs prises en charge d'un point de vue général. Il permet de voir sur quoi les MK mettent l'accent en premier.

Parmi les professionnels, 100% justifient le lien par l'anatomie. La majorité d'entre eux (six sur huit) précise le lien ostéoarticulaire puisque les piliers du diaphragme s'insèrent sur les vertèbres L1, L2, L3. On parle également des liens viscéraux en raison de son action et de sa relation avec le péricarde et péritoine. Les liens ligamentaires et musculaires sont aussi cités : lien avec le psoas et carré des lombes par les arcades ; trois MK sur les huit font référence au caisson abdominal en y incluant le diaphragme. Un seul thérapeute évoque le fait que le diaphragme est en lien puisqu'il est au centre de toutes les chaînes musculaires, alors que la majorité parle d'une réaction en chaînes et y est formé.

Le type de lombalgie concernée est un élément qui est souvent dévoilé, 50 % des soignants s'accordent à dire que quand le diaphragme est en lien, c'est principalement dans la lombalgie chronique. Les termes de *lombalgies résistantes, compliquées ou lombalgies hautes* ou encore *lombalgies sans cause associée* sont également employés.

Sept MK sur huit font le lien en expliquant les conséquences d'une restriction diaphragmatique. Les douleurs lombaires en seraient la principale conséquence. Par manque de mobilité, un méplat en flexion entre T12 et L2 peut se former. Un diaphragme bloqué aurait également des répercussions sur les fascias et les muscles (réaction en chaînes), une influence sur la posture, la respiration et la fonction viscérale ; trois professionnels évoquent la constipation. Des pathologies lombaires telles que des *dérangements*, discopathies pourraient apparaître.

Parmi les thérapeutes, 75% évoquent les causes d'une problématique du diaphragme. Parmi celles-ci nous retrouvons la grossesse, une douleur chronique, une cause posturale, une cause émotionnelle, viscérale, une pathologie respiratoire ou encore un caisson abdominal hyper ou hypotonique.

Concernant le mécanisme, les soignants expliquent qu'un manque de mobilité du diaphragme influe sur la lombalgie. Les thérapeutes parlent aussi d'une *dysfonction*, d'un *diaphragme bloqué* ou *spasmé*. Lorsque nous leur demandons de définir ces mots, ils s'accordent pour dire que le diaphragme est *bloqué* sur une de ses courses, inspiratoire le plus souvent selon deux MK. Ainsi, cela a des répercussions. Si un patient est en *déploiement* (ouverture antérieure), il y a recrutement des chaînes d'extension, ainsi le diaphragme est bloqué en position expiratoire (en haut). Nous pouvons parler aussi d'hypotonicité. En revanche, si la personne est en *repliement* (enroulement antérieur), il y a recrutement des chaînes de flexion et le diaphragme sera bloqué en position inspiratoire (en bas). Nous parlons d'hyper tonicité. Deux MK stipulent l'adaptation contenu/contenant, le contenant s'adapte au contenu. La MK1 précise à la ligne 34 : « *si vous êtes enceinte, il y a un besoin de place abdominale et vous avez un diaphragme qui va remonter* ». Le MK 5 dit à la ligne 76 : « *si le patient cherche à avoir de la place au niveau du ventre ... le diaphragme va remonter* ».

Trois MK font le lien entre le blocage du diaphragme et la scoliose. Nous apprenons que la dysfonction diaphragmatique est souvent retrouvée chez le scoliotique et que le traitement du diaphragme, expliqué ensuite, est efficace sur celui de la scoliose. Parmi eux, le MK8 se pose la question de l'origine de celle-ci : « *par rapport aux insertions, vous avez un réel déséquilibre entre les deux piliers... une inégalité de force droite et gauche... diaphragme qui tire sur un pilier plus que l'autre ça peut faire partir les vertèbres en rotation. Donc est-ce que certaines scolioses ne pourraient pas avoir comme origine un diaphragme ou au contraire provoqueraient des soucis au niveau du diaphragme ?* » (Ligne 161).

3.2.2 Appréciation du raisonnement des autres professionnels

Un autre thème majeur concerne le raisonnement des autres MK sur le lien et le traitement du diaphragme dans la lombalgie. Les professionnels interrogés ont exprimé leur ressenti face au point de vue de leurs confrères.

Le traitement de la lombalgie est thérapeute-dépendant. Parmi les interrogés, 100 % affirment que la plupart des MK ont un raisonnement différent. Celui-ci varierait surtout selon les formations continues suivies, le diaphragme serait plus traité en cas de formations en thérapie manuelle, ostéopathie... D'autres facteurs entrent en cause mais selon trois d'entre eux, un trop grand nombre de leurs collègues s'en tiennent à du massage, de l'électrothérapie ou une simple manipulation lombaire.

D'après les interviewés, les prises en charge du diaphragme varient aussi selon la vision de la lombalgie. Tous relèvent l'importance de la prise en compte du psycho-social et/ou la nécessité d'une prise en charge globale. Une partie souligne le besoin d'un traitement actif du patient, d'autres l'importance du toucher dans les traitements.

Deux MK précisent que la prise en soins est également patient-dépendante. Chaque lombalgie et chaque patient sont différents, ainsi il est important de s'adapter. Il faut personnaliser les traitements en fonction des croyances et antécédents de la personne.

Bien que les libéraux travaillent visiblement tous différemment, cinq expliquent que l'anatomie pourrait faire consensus mais l'un d'eux précise qu'il n'y a pas de réel consensus. En ce qui concerne les éléments faisant débat, seulement trois interviewés en parlent : deux précisent que certains de leurs confrères pensent que le diaphragme ne s'atteint pas manuellement. Nous constatons également un débat sur le fait de traiter le diaphragme par des abords directs ou des abords décentrés de celui-ci. Pour d'autres, le diaphragme ne sert qu'à respirer et ne fait pas partie du caisson abdominal.

Parmi les huit, 50 % des MK interrogés évoquent l'apprentissage à l'IFMK. La plupart pensent que la vision de la lombalgie enseignée à l'école est simplifiée et qu'il ne faut pas rester sur des savoirs de base mais se former davantage. L'un d'eux précise que ces techniques sur le diaphragme ne sont pas enseignées par manque d'appuis de la littérature scientifique.

A propos des médecins, un autre nœud de sens secondaire, 90% des interrogés constatent un bon retour des médecins sur la lombalgie en elle-même et leur sollicitation pour des lombalgies compliquées, résistantes. Un MK précise qu'il a de très bons retours sur le traitement des scoliose. Par contre, ils n'ont pas de retour sur les techniques utilisées. La moitié des thérapeutes évoquent un manque de connaissances des médecins sur les techniques de rééducation et la biomécanique.

3.2.3 Bilan de la lombalgie

Le troisième thème majeur identifié correspond au bilan lors d'une lombalgie. Afin de cerner le type d'approche des interviewés, nous les avons interrogés sur le bilan qu'ils réalisent lors d'une lombalgie. Nous pouvons remarquer de nombreuses variantes selon les formations mais ce n'est pas systématiquement le cas.

En ce qui concerne le type de bilan décrit par les professionnels, il s'agirait d'un bilan classique mais enrichi avec les formations. Celui-ci deviendrait spécifique lorsqu'il est nécessaire de creuser, pour des *lombalgies plus compliquées* notamment. Une kinésithérapeute précise qu'elle va utiliser Mackenzie si la douleur est irradiante en-dessous du genou ou si elle est aiguë et Busquet pour des lombalgies chroniques ou *résistantes*.

Un autre dit qu'il utilise le bilan de Busquet pour des *lombalgies compliquées* ou lorsque la posture est en cause mais aussi pour les patients atteints de scoliose.

La majeure partie d'entre eux (6/8) apporte une grande importance à l'anamnèse. Dans celle-ci nous retrouvons l'évaluation psychologique avec un bilan sur le stress, l'anxiété, le contexte économique et social, le poste de travail et le mode de vie avec la pratique d'une activité physique et les antécédents. Quelques kinésithérapeutes se regroupent pour dire que la recherche de la cause est importante.

La moitié des interrogés réalise un bilan de la douleur. Connaître la localisation et la description de celles-ci est jugé primordial.

Nous relevons que trois professionnels regardent l'attitude spontanée de leurs patients lorsqu'ils arrivent, notamment lors de la marche et quand ils enlèvent leurs chaussures.

Tous les interviewés réalisent un bilan dynamique à leurs lombalgies. Les mouvements de flexion, extension, inclinaisons sont les plus regardés. Ainsi, l'harmonie des courbures est analysée, la surveillance de méplat en flexion notamment. Une kinésithérapeute précise qu'elle observe la mobilité des hanches, un autre regarde la mobilité du bassin. La position du patient durant le bilan dynamique varie selon les professionnels (debout, assis ou en décubitus).

Le bilan de mobilité des iliaques est également identifié comme nœud de sens mineur. Le plus souvent, les tests de flexion debout/assis (dit aussi test des pouces montants) sont effectués. Le Dowling test ou une mobilisation des ailes iliaques sont également cités.

75 % des interrogés réalisent un bilan statique. La plupart disent qu'ils regardent les quatre faces et la posture et de haut en bas, rachis et train porteur.

Cinq thérapeutes évoquent le bilan musculaire. Ils procèdent ainsi à des tests d'extensibilité et de force. Parmi ceux évoquant ce bilan, trois précisent qu'ils accordent une importance aux fessiers lors de la lombalgie. Le carré des lombes et surtout le psoas sont deux muscles clés dans ce contexte. Nous en avons fait un thème majeur.

La moitié mentionne la palpation dans leur bilan. Nous nous rendons compte qu'elle est surtout musculaire (psoas, obliques, iliocostal, carré des lombes, le long de la crête iliaque) et tissulaire. Cependant un des professionnels évoque la palpation viscérale et vertébrale.

Trois kinésithérapeutes interrogés effectuent un rapide bilan neurologique lors d'une lombalgie. Les tests de mise en tension des nerfs tels que le Lasègue sont les plus réalisés. Une d'entre eux fait un test de sensibilité au pic-touche et demande une marche sur les talons et les pointes.

La respiration est un autre thème mineur puisque 50 % des interviewés observent celle de leur patient lors d'une prise en charge de lombalgie (dyspnée, type, compétence abdominale). Il s'agirait d'une première vision sur le diaphragme.

3.2.4 Ce qui conduit les thérapeutes au traitement du diaphragme

Nous avons cherché à connaître les éléments de bilan qui mènent à traiter un diaphragme. Cet élément de notre grille d'évaluation s'est révélé être un thème majeur.

Pour commencer, il faut savoir que seulement trois MK sur huit vont systématiquement évaluer le diaphragme lors d'une lombalgie chronique. Les autres indiquent que cela dépend de l'anamnèse et de certains éléments physiques ou en cas de gênes/douleurs persistantes.

En ce qui concerne le thème majeur précédent, les soignants disaient analyser la respiration du patient lombalgique. Ici, il s'agit bien d'un thème mineur puisque 100 % d'entre eux confirment que des anomalies respiratoires sont retrouvées en cas de restriction du diaphragme. La majeure partie décrit une respiration paradoxale, thoracique ou costale haute avec une incapacité de respirer en abdomino-diaphragmatique. Les termes de « *dyspnée sans raison pathologique* » reviennent à trois reprises. Une remontée des coupoles asymétrique, la diminution de la mobilité costale et l'élévation des côtes à la respiration sont également décrites. Parmi les huit kinésithérapeutes, un mentionne l'intervention des inspireurs accessoires lors de la respiration, pour compenser l'action du diaphragme. Il précise qu'ils peuvent être douloureux et contracturés.

Un souci diaphragmatique est souvent confirmé par la palpation. Nous en avons également fait un thème mineur. Six praticiens interrogés énoncent une palpation des coupoles diaphragmatiques douloureuse. Un d'eux évalue la symétrie de la descente et de la montée des coupoles par leur investigation. Trois soignants décrivent un toucher du sternum très désagréable.

Un autre nœud de sens mineur est celui de l'anamnèse, tous les professionnels mentionnent des éléments de cette dernière. La présence d'antécédents respiratoires est évoquée par sept kinésithérapeutes sur huit. Le stress, l'anxiété ou un traumatisme psychologique sont aussi spécifiés par 90 % des interrogés. Nous retrouvons à plusieurs reprises les termes de « *lombalgie persistante malgré les traitements* ». Trois professionnels parlent d'un antécédent de traumatisme physique en cause (chute sur le dos, « *faux mouvement* »). Deux autres décrivent la présence de troubles digestifs, la constipation notamment.

Trois des professionnels interrogés nous éclairent sur les douleurs des patients concernés : Les trois se rejoignent pour dire qu'elles sont souvent projetées le long des côtes et en épigastriques. Deux spécifient des algies diffuses en cervical, dorsal et lombaire (dues au fascia péri-endocardique), pouvant s'antérioriser en thoracique. Un parle de douleurs à l'inspiration et un autre de lombalgie haute.

Dans les éléments physiques retrouvés lors d'une *dysfonction diaphragmatique*, les méplats sont indiqués par six thérapeutes sur huit. Chez les six, on retrouve la présence de méplats créant, en flexion, une lordose persistante entre T12 et L2 d'autant plus, si le diaphragme est bloqué en position basse d'après un des professionnels. Cette même personne décrit la possibilité d'un méplat thoracique antérieur lors de l'extension si le diaphragme est *bloqué* en position haute.

Sept interviewés sur les huit recherchent si le diaphragme est *bloqué en inspiration ou en expiration* dans leur bilan : Cet élément s'impose donc en tant que thème mineur. Ceux-ci se basent sur la montée et descente des coupoles à la palpation et sur la qualité du balancement abdominale. Selon deux kinésithérapeutes, le diaphragme est plus souvent bloqué en inspiration. Généralement, il y aurait *une réaction en chaîne* associée.

Cette *réaction en chaîne* étant en lien avec la position du diaphragme, certains MK vont rechercher la chaîne en *surprogrammation* correspondante au patient. C'est le cas de six sur les huit interrogés. Nous remarquons que ces six professionnels ont une formation continue en lien avec les chaînes musculaires, soit par Busquet, soit une formation de rééducation posturale globale par Souchard. Dans ce nœud de sens mineur, les professionnels se rejoignent pour dire qu'en cas de *sursollicitation* d'une chaîne postérieure, le patient est en déploiement, abdomen prédominant, patient lordosé et le diaphragme remonte. Et s'il y a *sursollicitation* d'une chaîne antérieure, il est en repliement, posture en enroulement, hypertonie des abdos, tissus thoraciques tendus et le diaphragme est descendu.

3.2.5 Traitement du diaphragme

En corrélation avec le précédent, un autre thème majeur est celui du traitement du diaphragme.

Celui-ci intervient plus souvent secondairement, en cas de douleurs résiduelles notamment. Trois thérapeutes précisent qu'ils peuvent passer une séance complète sur le diaphragme si cela est jugé nécessaire.

Parmi eux, 100 % des interrogés appliquent des techniques avec l'aide de la respiration. Ainsi, 80 % d'entre eux cherchent l'acquisition d'une respiration abdomino-diaphragmatique et sa maîtrise. Trois MK vont mobiliser les volumes inspiratoires et expiratoires maximaux pour redonner de la mobilité au diaphragme. Et pour normaliser sa position et le renforcer, ils vont demander des inspirations forcées : ventre rentré et des expirations forcées : ventre gonflé, trois d'entre eux vont le faire dans des postures selon la chaîne identifiée. Plus de la moitié réalise des levers de tension par une technique appelée *stretch reflexe*.

Les techniques proposées par les MK interrogés se font soit par abord direct du diaphragme soit par abord indirect. Il s'agit de deux thèmes mineurs.

Concernant les techniques réalisées *directement* sur le muscle on relève pour six MK sur huit des traits tirés, un ponçage ou du palper rouler en sous costal. Certains disent pratiquer des pressions sur les piliers et/ou des étirements manuels du diaphragme.

Au sujet des techniques décentrées du diaphragme, cinq thérapeutes vont travailler avec des postures d'étirements selon la chaîne rétractée en association avec la respiration. En complément, on retrouve des mobilisations costales, des mobilisations lombaires en délordose, des techniques articulaires sur T12, L1, L2. Le massage des points péricardiques et celui du cadre colique sont pratiqués chez un MK. La majeure partie des soignants traite le psoas dans ce contexte, au vu de l'importance du nombre d'éléments donnés, il nous est apparu comme un thème majeur.

3.2.6 Lien avec le psoas et le carré des lombes

Selon six thérapeutes, le psoas est à prendre en compte dans ce contexte. Parmi eux, quatre insistent aussi sur l'importance du carré des lombes. Ces notions se sont imposées à nous comme étant un nœud de sens majeur.

L'anatomie et les répercussions sont un thème mineur. En effet, cinq professionnels font le lien par l'anatomie (avec les arcades) et par la synergie de ces trois muscles. La moitié explique que si un des trois muscles est impacté, des répercussions auront lieu sur les deux autres.

Un autre nœud de sens mineur est celui de la prise en charge indispensable de ces trois muscles dans ce contexte. Dans les éléments de traitement, nous constatons à plusieurs reprises que le travail du psoas, en étirement notamment, pourrait permettre la détente du diaphragme. Et inversement, lorsque nous travaillons le diaphragme, nous agirions aussi sur le caisson abdominal, le psoas et le carré des lombes. Ces trois muscles sont donc fondamentaux lors d'une lombalgie, le MK7 nous explique à la ligne 40 « *qu'une hypotension ou une hypertension du ou des psoas et/ou du carré des lombes peuvent donner une restriction de mobilité lombo-pelvienne et donc engendrer une lombalgie* ».

Lors du bilan, les interrogés soulignent la présence de méplat, deux d'entre eux estiment que lors d'un méplat lombaire, le psoas, le carré des lombes et le diaphragme peuvent être en cause. On nous précise que si le méplat est bas, il s'agira plutôt du psoas et s'il est haut, du diaphragme.

3.2.7 Techniques complémentaires

Lors d'une lombalgie où le diaphragme serait susceptible d'être en lien, les professionnels interrogés ne traitent jamais que cette structure, les techniques qui complètent leur traitement sont un autre thème majeur.

Pour commencer, il faut savoir que six interrogés sur les huit consacrent la première séance à des techniques antalgiques sur la zone douloureuse (massage, palper rouler, lever de tension...).

Les séances suivantes seront dédiées à des techniques propres à la lombalgie. Qu'il soit global ou analytique, actif ou passif, 90 % des thérapeutes décrivent un travail sur la mobilité lombaire et les étages sus et sous-jacents. Une rééquilibration musculaire globale est également décrite par 90 % des interviewés. Nous relevons aussi un renforcement des muscles faibles et des étirements et lever de tension de la zone lombo-pelvis-fémorale. Quatre MK précisent qu'ils effectuent des postures de mises en tension des différentes chaînes. Deux mentionnent qu'ils travaillent toujours la respiration abdomino-diaphragmatique quelle que soit la lombalgie. Un soignant ne donne pas d'information sur les techniques complémentaires utilisées.

Un autre nœud de sens mineur relevé est celui de l'importance d'une auto prise en charge. La moitié des interviewés favorise les auto-exercices. Certains précisent que c'est essentiel pour redynamiser et faire perdurer les traitements. L'importance de l'activité physique est aussi soulignée.

Par ailleurs, dans les techniques complémentaires, trois professionnels font intervenir la relaxation et trois induisent le yoga. La relaxation est un outil intéressant puisqu'elle apprend au patient à se détendre, ce qui l'aidera dans les traitements et dans la vie quotidienne. Dans ce contexte de lombalgie, il serait important de prendre un temps pour cela, le fait de guider le patient dans sa respiration en est déjà une approche. Une MK dit pouvoir proposer des séances de relaxation en fin de prise en charge. Quant au yoga, il est intéressant dans la lombalgie puisque par la respiration, il travaille les mouvements diaphragmatiques. Il travaille aussi la mobilité globale de la personne et les étirements musculaires. Les professionnels remarquent un réel intérêt des patients pour ce type de pratique.

3.2.8 Aspect psychologique

Si ces pratiques sont jugées attrayantes c'est aussi parce que dans le contexte de lombalgie en relation avec le diaphragme, les professionnels ont remarqué un lien étroit avec l'aspect psychologique.

D'abord, la moitié des interrogés affirme que la sphère psycho-affective est à prendre en compte dans la lombalgie : en effet, le stress, l'anxiété et la dépression y sont souvent associés.

Ensuite, selon cinq thérapeutes, des restrictions de diaphragme sont souvent retrouvées chez les patients stressés physiquement et mentalement. L'anxiété aurait une influence sur le diaphragme et la lombalgie. Un d'eux précise qu'une posture en repliement est souvent en corrélation avec l'état psychologique.

La cause émotionnelle est un thème mineur, en effet quatre thérapeutes en parlent. Selon eux, un spasme du diaphragme peut être une conséquence d'un choc émotionnel ou d'un traumatisme psychologique antérieur (décès, stress émotionnel ou physique dans l'enfance, mal être au travail). Lors d'un choc émotionnel, le péricarde s'insérant sur le diaphragme se verrouillerait, provoquant une restriction de mobilité diaphragmatique et enfin, une lombalgie. Le MK3 précise à la ligne 126 que « *le centre phrénique est le centre des émotions.* »

De plus, la libération du diaphragme constitue un autre thème mineur, les professionnels spécifient qu'un traitement du diaphragme peut libérer physiquement mais aussi psychologiquement. En revanche, selon un MK, si l'origine est émotionnelle, tant qu'elle n'est pas prise en compte, les bénéfices des traitements pourraient ne pas perdurer. Le fait de parler pourrait aider dans la prise en charge.

Un autre nœud de sens mineur est celui de la kinésiophobie. Elle est évoquée par deux MK. L'un d'eux précise qu'elle est souvent installée, l'autre insiste sur l'importance de faire comprendre au patient ses douleurs, casser les mythes sur la lombalgie et l'inciter à bouger pour éviter cela.

3.2.9 Evaluation des techniques

Les professionnels interrogés se rejoignent tous pour dire qu'ils ont de bons retours des patients après les techniques utilisées et que les résultats apparaissent rapidement (d'abord sur les douleurs puis les amplitudes, la respiration et la posture). Nous avons cherché des précisions sur la manière dont ils évaluent leurs techniques, ce qui constitue un thème majeur.

Parmi les interviewés, 100% évaluent l'efficacité de leurs techniques par un recensement de la douleur. Une description est demandée avant chaque séance. En effet, connaître l'efficacité d'une séance à l'autre est jugée importante pour organiser celle du jour ; parfois des douleurs compensatrices ou une centralisation de la douleur peut apparaître. Un d'eux signale que la diminution des antalgiques est aussi un moyen d'évaluation.

Concernant la mobilité, six soignants ont un regard sur le gain d'amplitude et l'harmonie du mouvement des patients après quelques séances. Nous pourrions aussi remarquer un changement dans la posture selon deux interrogés et dans la qualité de la marche selon deux autres. Une MK se base sur la reprise du travail, d'activités antérieures et la diminution des gênes au quotidien.

En thème mineur, nous retrouvons également la palpation qui est évaluée. Quatre MK observent une meilleure détente et souplesse des tissus et une diminution de la sensibilité au fur et à mesure des séances.

Pour cinq thérapeutes, la respiration est comparée avant et après le traitement, surtout en cas de dyspnée au départ ; soit l'amélioration est constatée par le patient soit elle est visible par le MK.

Le dernier nœud mineur de ce thème est l'empirisme. Tout d'abord, certains thérapeutes le disent d'eux-mêmes. Ensuite, certains éléments énoncés en témoignent. Selon quatre soignants, l'évaluation est basée sur le ressenti des patients, deux autres, se basent sur l'observation de ces derniers. Le MK3 réplique que « *ce n'est pas forcément mesurable, mais c'est visible* » (ligne 208). Seulement trois kinésithérapeutes refont des tests. Un précise que le traitement est trop global pour savoir si c'est le traitement diaphragmatique qui a libéré ce qu'il y a autour ou l'inverse.

3.2.10 Preuves et recherche

Le dernier thème majeur de notre analyse est celui des preuves et de la recherche.

Six professionnels sur les huit, soulignent un manque de preuves et trop peu de littérature sur ce sujet. Cinq MK défendent l'empirisme et le fait qu'ils se basent sur l'expérience et le ressenti. Ils s'appuient sur l'anatomie et trouvent que les niveaux de preuves sont trop exigeants. Trois thérapeutes expliquent que la recherche est une nouveauté dans le domaine de la kinésithérapie et que tout ce qui est enseigné n'est pas encore prouvé.

Une majorité de lombalgiques serait concernée par une restriction diaphragmatique ; pour prouver le lien, les interrogés ont émis plusieurs idées : Un d'entre eux propose d'évaluer la posture et les douleurs chez la femme enceinte avant et après la grossesse : puisque l'on sait qu'il y a une modification de la pente du diaphragme. Un autre, suggère par l'imagerie sur différents lombalgiques, de déterminer des ratios montée/descente du diaphragme pour savoir si les lombalgiques ont un mouvement restreint. Enfin, deux souhaiteraient étudier la capacité pulmonaire ou l'ampliation thoracique des lombalgiques en excluant ceux ayant une pathologie pulmonaire.

Au sujet du traitement, lorsque nous essayons de savoir comment les MK interrogés pourraient prouver leurs techniques, ils proposent divers moyens d'évaluation avant et après un traitement du diaphragme : l'imagerie (l'échographie notamment), l'électromyogramme, une analyse de mesures posturales, une mesure de la cyphose. Trois MK suggèrent des procédés plus subjectifs tels que des questionnaires de qualité de vie, de douleur et de mobilité. Trois soignants proposent de réaliser un protocole qui serait évalué par les méthodes ci-dessus. Cependant ils évoquent une certaine complexité d'une part parce que chaque lombalgie est différente et d'autre part parce qu'il est difficile de sélectionner une ou plusieurs techniques agissant sur le diaphragme à lui seul. Un thérapeute suggère de choisir une population très importante et de faire des cohortes. Un autre soumet l'idée de sélectionner la respiration abdomino-diaphragmatique et les traits tirés en les appliquant trois fois par jour.

Après l'analyse avant et après traitement, d'autres comparaisons sont mentionnées : la confrontation lombalgie aiguë et chronique, la parité homme/femme (les femmes seraient plus concernées selon l'un d'eux) et la lombalgie avec et sans contexte psychologique associé.

4 DISCUSSION

Pour rappel, au vu d'un manque d'articles scientifiques sur le sujet, l'objectif de nos entretiens était de comprendre pourquoi et comment certains kinésithérapeutes traitent le diaphragme lors d'une lombalgie. Nous nous sommes interrogés sur le lien existant entre les deux et sur les techniques de bilan et traitement face à cela.

Ce travail ne s'est appliqué qu'à une catégorie de thérapeutes, ceux prenant en compte le diaphragme lors d'une lombalgie. Nous remarquons qu'il s'agit de professionnels ayant suivi une formation associée et que la plupart du temps, celle-ci concerne les chaînes musculaires ou la thérapie manuelle. Nous constatons que notre étude s'est portée sur des MK cherchant à faire évoluer leur pratique. En effet, la majeure partie a réalisé un nombre important de formations après le diplôme et celles-ci sont relativement longues. Cela manifeste un investissement de temps et un investissement financier pour les thérapeutes. Ce qui traduit un engagement de ces derniers pour leur profession et pour leurs patients. Toutefois, ces éléments peuvent nous mener à un biais cognitif dit biais de « coût irrécupérable ». En effet, il a été démontré que plus nous nous investissons dans quelque chose, plus nous avons de mal à nous en séparer. Ce biais consiste à s'accrocher et à croire en quelque chose parce qu'on l'a payé ou parce qu'on y a passé du temps et de ce fait on lui attribue une valeur supérieure à sa valeur objective (59).

Nous aurions pu penser que leurs pratiques et leur réflexion étaient imputables à une génération. Or, l'âge n'est pas un critère probant puisque les soignants sélectionnés ont des âges différents.

Nous avons été étonnés par la richesse des échanges avec les professionnels interrogés. Ainsi, nous sommes amenés à dire qu'il s'agit d'une prise en charge intéressante du point de vue de ce type de MK mais pour laquelle, nous ne retrouvons pas de réel consensus en matière de traitement. Toutefois, certains points de discussion ressortent à travers nos différents thèmes. Nous allons les évoquer ci-dessous puis nous discuterons sur la méthodologie utilisée.

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Lien entre diaphragme et lombalgie

Pour commencer, nous avons cherché à remettre les choses dans leur contexte. Une première vue d'ensemble sur le lien fait par les MK entre le diaphragme et la lombalgie est exposée.

Nous remarquons que la réflexivité et la logique des soignants sont surtout basées sur leurs connaissances anatomiques.

Les interrogés se rejoignent tous pour dire qu'une restriction au niveau du diaphragme a des répercussions : des douleurs lombaires notamment. Les lombalgies concernées sont qualifiées de *résistantes*, *persistantes* pour la majorité des professionnels. Nous pouvons nous demander pourquoi ce terme est employé en plus de lombalgie chronique. Les thérapeutes interrogés sont susceptibles d'avoir une perception de cette pathologie qui leur est singulière. Les formations réalisées ainsi que le traitement diaphragmatique pourraient nous amener à dire que leur vocabulaire et leurs pratiques se rapprochent du courant ostéopathique.

D'autres conséquences sont notées (musculaires, posturales, respiratoires et viscérales) mais elles varient selon les interrogés. Il est compliqué de savoir s'il s'agit d'un manque de consensus ou si les praticiens nous font part d'une liste non exhaustive. Ces éléments sont retrouvés dans certains écrits, notamment dans ceux de Souchard ou Busquet (28,40). Il s'agit surtout d'auteurs étudiant les chaînes musculaires.

Nous retrouvons cette même situation pour les causes : la grossesse, les émotions ou une douleur chronique sont les principales énoncées. Concernant le mécanisme, l'idée résultante est une réaction en chaîne, toutefois, il est à noter que la majorité des thérapeutes interrogés a fait une formation où intervient ce phénomène de chaînes musculaires. Ceux n'ayant pas fait ce type de formation parlent plutôt de « *points fixes* » par manque de mobilité diaphragmatique ou n'évoquent pas de mécanisme.

De plus, trois MK s'accordent à penser qu'il existe un réel lien entre la dysfonction diaphragmatique et la scoliose. Les éléments évoqués précédemment se retrouvent dans certaines de nos lectures ; pour les praticiens, cette affirmation est appuyée sur leurs propres expériences.

Le raisonnement des autres professionnels a été abordé lors des entretiens. Les interviewés affirment que peu de MK ont cette approche et que le raisonnement varie surtout en fonction des formations continues réalisées. Ainsi, leur réflexion serait surtout une conséquence de leurs formations. Ce qui conduit à notre hypothèse 1 (Les techniques de bilan et de traitement varient selon les différentes formations des MK). Toutefois, elle n'est pas imputable à une seule puisque nous remarquons que, malgré les différentes formations qu'ont les soignants interrogés, l'approche reste globalement la même. Certains éléments pourraient faire débat aux yeux des autres kinésithérapeutes, cependant, ceux-ci restent convaincus de leurs pratiques, sans forcément qu'elles soient basées sur des preuves scientifiques. Ils défendent leur point de vue en s'appuyant sur l'anatomie et sur le fait que trop de leurs confrères s'en tiennent à des techniques de base.

Les thérapeutes mettent en avant la nécessité d'une prise en charge globale, pas seulement centrée sur les lombaires et l'importance de l'aspect psychologique. En nous appuyant sur la littérature, nous savons que le contexte psycho-social est important à prendre en compte dans la lombalgie chronique (3). Le modèle bio-psycho-social fait d'ailleurs partie des recommandations de la l'HAS (7,11). Nous nous rendons compte que les thérapeutes interrogés se sentent concernés par cet aspect de la prise en charge. De plus, ils se rejoignent pour dire que des restrictions de diaphragme sont souvent retrouvées chez les patients stressés physiquement et mentalement. Néanmoins, ces éléments ne sont quasiment pas justifiés par les professionnels et n'ont pas été prouvés scientifiquement. La notion de drapeaux jaunes ne ressort dans aucun des entretiens alors qu'elle est importante pour différents auteurs. Kendall et al. ont démontré l'influence de cet ensemble de facteurs psycho-sociaux intervenant dans les pathologies musculo-squelettiques, c'est ainsi qu'est apparue la notion de « yellow flags » (4).

Ces entretiens semi directifs n'ont pas permis de dégager un lien de causalité entre le diaphragme et la lombalgie. Les professionnels se basent essentiellement sur les informations données en formation, mais quel est leur degré de certitude face à cela ?

4.1.2 Empirisme et convictions

Les soignants interrogés sont visiblement convaincus de leurs pratiques et ont une pleine confiance dans leurs traitements de la lombalgie. Ils ne doutent pas de la pertinence de leurs soins et sont confiants dans leurs techniques. Rien ne nous laisse penser que ces dernières soient remises en question au gré de l'avancée de la recherche.

Au sujet de la prise en charge du diaphragme dans la lombalgie, les kinésithérapeutes interviewés sont globalement conscients du manque de preuve et de la pauvreté littéraire. Toutefois, ils défendent leurs techniques grâce à l'anatomie et insistent sur le fait que *l'expérience a fait ses preuves*. Même si à ce jour, en kinésithérapie, nous retrouvons de nombreuses données d'étude sur l'efficacité et la fiabilité de nos techniques, la recherche et le modèle EBP restent relativement récents. Il faut souligner que nous faisons partie des premières générations à intégrer des données scientifiques sous cette forme dans notre raisonnement clinique. Or, les personnes interrogées ont toutes été diplômées avant 2009. Selon elles, l'empirisme et le ressenti sont deux qualités retrouvées dans le domaine de la kinésithérapie. Pourtant, il ne faut pas oublier que la pratique fondée sur des preuves prend en compte l'expérience clinique et que celle-ci est essentielle en kinésithérapie.

Les professionnels interrogés, n'ont pas été fermés à l'idée d'essayer de trouver une méthode pouvant prouver leurs pratiques. Parmi les idées évoquées, certaines sont relativement subjectives et basées sur le ressenti des patients (douleur, qualité de vie, mobilité) mais d'autres sont plus objectives (mesures posturales, imagerie, électromyogramme, capacité pulmonaire...). Certains termes employés par les interrogés montrent que la recherche est quand même présente dans leur quotidien. Des termes comme « *niveau de preuves* », « *ratios* », « *cohorte* », « *large population* » et « *protocole* » ont été relevés. Les libéraux interrogés ont globalement conscience de la difficulté à prouver leurs techniques. Cependant, ils sont tous loin de la réalité de « la recherche » et ont tous une approche très approximative. Il faut souligner que lors de leur formation initiale, les enquêtés n'ont pas bénéficié de la méthodologie gravitant autour des moteurs de recherche et de la lecture critique d'articles. Les termes qu'ils emploient ont pu être apportés par la présence de stagiaires au sein du cabinet.

Nous allons maintenant apporter une réflexion sur les techniques de bilan et de traitement réalisées par les thérapeutes.

4.1.3 Le bilan

Malgré leurs formations, les professionnels réalisent tous un bilan classique de la lombalgie. Il devient spécifique lorsqu'ils ont besoin de pousser leurs investigations, pour une *lombalgie résistante* par exemple. Dans cette étude, les professionnels utilisant un bilan caractéristique en cas de nécessité sont ceux formés par les méthodes Busquet ou Mackenzie.

Lors du bilan classique de la lombalgie, nous remarquons que les MK donnent une importance significative à l'anamnèse mais étonnamment, seulement la moitié réaliserait un bilan des douleurs (description et localisation). Nous supposons qu'il s'agit d'un oubli de leur part dans l'entretien. Aucun d'entre eux n'évoque d'échelle de douleurs. L'évaluation est donc relativement subjective.

Malgré son manque de reproductibilité, puisque aucun MK ne parle de mesure, le bilan dynamique est réalisé par tous les professionnels. Cependant les bilans statique, musculaire, neurologique et respiratoire ne sont pas systématiques chez les professionnels. De plus en plus de données internationales rapportent que l'accès direct lors d'une lombalgie pourrait être un atout majeur pour faciliter les prises en soins et réduire les coûts de santé. Dans ce cas, le bilan réalisé par les professionnels ne devrait-il pas être consensuel et de qualité exemplaire ? Une étude a été réalisée sur le sujet : elle témoigne que le contenu des bilans subjectifs réalisés par les MK libéraux se rapproche globalement des recommandations et attentes de prise en charge mais que certains points restent à approfondir (5).

Concernant la prise en compte du diaphragme, tous les MK ne vont pas systématiquement porter attention à ce muscle lors d'une lombalgie, certains l'évaluent seulement s'ils ont repéré des éléments lors de leur bilan de départ et/ou si la lombalgie persiste malgré les traitements. Nous avons pu remarquer que les personnes examinant systématiquement le diaphragme étaient celles ayant suivi la formation de Busquet. Encore une fois, nous avons un manque de consensus à ce sujet.

Nous avons aussi voulu connaître les éléments de bilan qui menaient les thérapeutes à traiter le diaphragme de leurs patients lombalgiques. L'hypothèse 2 (Il existe des éléments de bilan, verbaux et physiques, qui témoignent d'un problème diaphragmatique) est confirmée puisque tous les professionnels détaillent des éléments de l'anamnèse et des particularités physiques menant au traitement du diaphragme. Nous pouvons remarquer que ses données sont basées sur l'observation et la palpation ; très peu de tests sont utilisés (le *dowling test* est cité par une personne).

Dans un premier temps, nous observons que tous les professionnels s'accordent à dire que des anomalies respiratoires sont retrouvées lors d'une restriction diaphragmatique. La plupart des interrogés, décrivent une respiration paradoxale, thoracique ou costale haute mais la présence d'autres éléments montre bien une divergence dans les réponses. En effet, lors de notre recherche documentaire, diverses études démontraient le lien entre la lombalgie et les capacités respiratoires (20,21,34–36,38,39). De plus le diaphragme étant le principal muscle inspirateur, il pourrait y avoir une corrélation. Dans la littérature faisant intervenir les chaînes musculaires, nous avons également vu qu'un déficit de mobilité diaphragmatique pouvait avoir des conséquences respiratoires (9,27).

D'autres éléments physiques sont constatés : Expliquée par les MK qui ont suivi une formation sur les chaînes musculaires (Busquet ou RPG), la présence d'un méplat lombaire en flexion du rachis est observée. Une palpation désagréable est également établie par la plupart d'entre eux, une seule n'en parle pas. Ces deux éléments apparaissent dans la littérature grise mais n'ont jamais été prouvés par des études (28,31,32).

Dans un second temps, les soignants soulignent tous la présence d'éléments dans l'anamnèse en faveur d'une lombalgie liée au diaphragme. Ils relèvent quasiment tous la notion d'antécédents respiratoires ou la mise en évidence de stress, d'anxiété ou d'un traumatisme psychologique. Ces paramètres sont compliqués à prendre en compte puisque la lombalgie chronique comporte elle-même une forte composante psychosociale (60). Nous retrouvons ces éléments dans certains écrits mais ceux-ci restent de la littérature grise. Au sujet des douleurs, elles ne sont pas clairement exposées par l'ensemble des thérapeutes, nous ne pouvons donc pas nous appuyer sur cette composante.

La dysfonction diaphragmatique est définie comme une anomalie positionnelle, le diaphragme serait bloqué sur une de ses courses (28,31,32). Dans leur bilan, les MK recherchent la position de ce muscle, ils se basent sur la position des coupoles et le balancement abdominal. Nous retrouvons ces deux éléments dans les écrits de L.Busquet et pourtant les professionnels ont des formations divergentes et n'ont pas tous reçu celle de Busquet. En revanche, ceux nous expliquant qu'une réaction en chaîne est souvent associée à cette dysfonction ont tous une formation dans ce domaine qu'elle soit Busquet ou RPG. Ainsi, le traitement sera effectué en fonction de cette réaction.

Nous terminons ce paragraphe en spécifiant que l'hypothèse 4 n'est pas vraiment confirmée (chez une majorité de professionnels, un nouveau bilan (posture, douleur, amplitude) est effectué afin de voir la réponse à leur traitement). La majorité des interviewés ne refait pas le bilan de départ, ils se basent plutôt sur le ressenti et l'observation des patients. Toutefois, nous retrouvons certains critères telles que la mobilité générale, la respiration, la posture. Il faut savoir que la méthodologie utilisée, sous forme d'entretien semi-directif, peut rendre difficile l'affirmation ou non d'une hypothèse. Quant à l'hypothèse 3 (l'objectivation se fait le plus souvent par une évaluation analogique de la douleur des patients dans les jours qui suivent. Nous nous attendions à trouver une diminution de la douleur dans la plupart des cas lorsque le kinésithérapeute repère une dysfonction au bilan et qu'il réalise un traitement du diaphragme.), elle est confirmée. En effet, les soignants se basent beaucoup sur la douleur de leurs patients avant et après et ils constatent sa diminution dans la plupart des cas avec ce type de traitement. Lorsque la relation thérapeutique s'instaure, on sait que celle-ci a une influence bénéfique sur l'effet placebo, il aurait d'ailleurs été intéressant de l'évoquer avec les thérapeutes (11). D'autant plus que la MK1 est consciente de ce phénomène, ainsi elle précise à la ligne 195 « il y a une réelle alliance thérapeutique qui va se mettre en place... l'alliance thérapeutique c'est dans l'air du temps, je pense qu'il faudra travailler de plus en plus comme ça. Il faut absolument que vous ayez un accord du patient et ça en faisant ça, vous allez jouer sur l'effet placebo. »

4.1.4 Le traitement

Le traitement de la lombalgie chronique peut s'avérer compliqué et parfois éveiller un sentiment d'échec chez le thérapeute (61,62). L'errance thérapeutique est un phénomène qui se voit aussi en rééducation, surtout en cas de douleurs chroniques. Le thérapeute va alors essayer de changer les techniques déjà proposées pour des méthodes plus adaptées ou pour lesquelles, il est formé.

Nos entretiens révèlent que le traitement du diaphragme apparaît souvent secondairement, lors de douleurs résiduelles ou persistantes notamment. Le traitement de la lombalgie en elle-même reste une priorité. Ce qui affirme notre hypothèse 5 (Les professionnels ne se centrent pas que sur le diaphragme lors de leur prise en charge mais peuvent consacrer une séance entière à ce muscle.). En revanche le temps passé sur le diaphragme est variable selon les thérapeutes. Il est donc compliqué de savoir si le traitement du diaphragme à lui seul pourrait être efficace dans le cas d'une lombalgie liée à cette structure. D'après les enquêtés, il semblerait qu'il soit plutôt utile en fin de prise en charge pour éliminer les douleurs résiduelles.

Concernant la lombalgie en elle-même, les MK interrogés s'accordent sur un traitement relativement global : techniques antalgiques, travail sur la mobilité et rééquilibration musculaire. Ils ne s'en tiennent pas seulement à la zone lombaire. Lorsque nous regardons les recommandations de l'HAS, nous constatons que les experts prônent la participation active du patient dans sa prise en charge et mettent l'accent sur la nécessité d'activité physique (7,11). Or, seulement la moitié des thérapeutes interrogés abordent ces notions. Il est difficile de savoir si c'est parce que nous atteignons la limite de l'entretien semi directif ou s'il s'agit d'un manque de connaissances des recommandations. Le yoga et la relaxation sont aussi mentionnés par certains kinésithérapeutes comme outils intéressants dans la lombalgie. Ils le sont d'autant plus quand elle est liée à une restriction diaphragmatique. Nous n'avons pas trouvé de recommandation associée et la recherche n'est pas développée sur ce sujet. Toutefois, on remarque un effet de mode de ces pratiques dans le monde occidental. Celui-ci confirme l'attrait qu'elles exercent sur notre société.

Au sujet du traitement du diaphragme, nous constatons différents abords : par la respiration, par abord direct et par abord indirect. Aussi, même si tous les soignants interrogés utilisent la respiration dans leurs techniques, les méthodes varient selon les thérapeutes. Le recours à une respiration abdomino-diaphragmatique reste le plus utilisé.

Les techniques par abord *direct* sur le diaphragme, varient selon les thérapeutes, elles ne sont pas contradictoires mais variées. Parmi elles, les traits tirés sous costaux sont les plus employés. Mais là encore, il y a des divergences puisqu'ils sont réalisés soit simplement sous les côtes, soit en étoile (sous les côtes et de l'appendice xiphoïde à l'ombilic) ; un MK ajoute un passage sur le sternum. Certains les réalisent en antérieur et d'autres en antérieur et postérieur. Une fois de plus, nous ne retrouvons pas de convenance générale.

Dans les techniques par abords indirects, deux points ressortent. D'abord, cinq thérapeutes travaillent avec des postures globales d'étirements, selon la chaîne rétractée du patient et en association avec la respiration. Ceux-ci, ont tous une formation associée aux chaînes musculaires. Une étude a évalué les effets des postures de relâchement des chaînes musculaires d'extension et de flexion lombaire selon la méthode Busquet. Les résultats de celle-ci ont démontré une amélioration de 70 % de la gêne lombaire et de 40 % sur l'extension lombaire (63). Bien qu'un grade 4 lui soit attribuée, le rééquilibrage postural global proposé par les formations sur les chaînes musculaires, est intéressant dans notre domaine. Dans la prise en charge de la lombalgie, le kinésithérapeute ne se cantonne pas à une région anatomique. En effet, en cherchant les déficiences du patient, il va agir en totalité. Ensuite, six MK sur les huit étirent systématiquement le psoas lors d'un problème diaphragmatique, ils soulignent que c'est indispensable puisqu'ils travaillent en synergie et qu'ils ont des répercussions l'un sur l'autre. Parmi eux, quatre évoquent aussi le carré des lombes. Ils expliquent ce lien par l'anatomie. Nous ne retrouvons aucun article pertinent à ce sujet. Toutefois, nous savons qu'un manque de force et/ou des tensions des psoas ou carré des lombes peuvent être à l'origine de lombalgies (64,65).

Dans cette étude, nous remarquons que les professionnels respectent globalement les recommandations. Ils tentent toujours différentes choses pour soulager au mieux leurs patients. Néanmoins, on peut regretter une certaine forme d'errance thérapeutique. Les MK, eux qualifient leurs traitements de globaux, mais qu'est-ce réellement qu'un traitement global et jusqu'où va-t-il ?

4.2 Qualité méthodologique

D'abord, il est nécessaire de connaître les biais méthodologiques pour nuancer nos résultats.

En ce qui concerne les professionnels interrogés, nous minimisons le risque de biais de population puisque dans ce type d'étude, nous choisissons d'analyser un groupe d'individus. Ici, il s'agit de MK libéraux considérant le diaphragme lors d'une lombalgie. De plus, nous avons sélectionné des thérapeutes étant habitués à recevoir des étudiants puisqu'ils font partie de la liste des terrains de stage conventionné par l'IFMK. Nous avons voulu établir un état des lieux sur leurs connaissances et leurs pratiques. Les soignants interrogés ont diverses formations continues, ce qui a permis d'établir si leurs manières de faire et de penser variaient en fonction des formations.

De plus, les MK interrogés étaient experts dans ce domaine par leurs formations et leurs expériences, ce qui pourrait nous amener à un biais de confirmation, les interviewés allant donner des informations qui attestent de leurs croyances et leurs pratiques. Pourtant, celui-ci est principalement contrôlé par nos recherches et nos analyses. En revanche, un biais de croyance a été mis en évidence. En effet, les thérapeutes restent convaincus des effets bénéfiques de leurs techniques bien que tous précisent qu'ils sont peu nombreux à raisonner ainsi et bien qu'ils soient conscients du manque de preuves.

Nous avons interviewé huit professionnels, ce nombre a été établi par rapport à la durée de l'étude. Le principe de saturation sémantique a donc été compliqué à respecter. Celui-ci implique d'arrêter les entretiens lorsque les propos recueillis sont similaires et n'apportent plus de nouvelles données sur le sujet.

Un biais d'information aurait pu être évoqué puisque le titre du mémoire avait été dévoilé lors du premier appel. Il était légitime que les thérapeutes connaissent les raisons de notre entretien. Pour l'éviter, nous avons donné seulement le cadre du mémoire et l'anonymat avait été précisé. De plus, les interrogés connaissaient l'intérêt de ce type de travail.

Pour compenser notre manque d'expérience dans les sciences sociales et afin d'éviter les biais associés, diverses lectures sur la méthodologie qualitative et la réalisation de pré-tests ont été indispensables. Nos recherches ont permis d'améliorer notre méthodologie et nos interprétations. L'analyse est un exercice difficile pour quelqu'un de peu expérimenté dans le domaine. Les entretiens ayant été réalisés et analysés par une seule personne, un retour des thérapeutes sur l'interprétation des résultats aurait permis de corriger ou compléter leurs propos. L'interviewer a gardé une position neutre et sans jugement. Les relances ont été faites en sorte de ne pas influencer les réponses des professionnels. Elles doivent permettre d'obtenir des informations que la personne ne précise pas au premier abord soit parce qu'elle n'en a pas conscience, soit parce qu'elle ne les juge pas prioritaires (10).

Nous avons préféré la méthode d'analyse thématique à une autre, parce qu'elle comporte plusieurs intérêts en faveur de nos objectifs, mais aussi par rapport à nos résultats relativement conséquents et à notre niveau d'expérience. Selon Braun et Clarke, cette méthode adaptée aux chercheurs ayant peu d'expérience en recherche qualitative est relativement souple. Elle permettrait d'organiser des informations non anticipées et de résumer judicieusement un ensemble important de données recherchées. De plus, elle faciliterait la mise en évidence de similitudes et les différences au sein de ces données (66).

Ce travail comporte des limites. Notre étude se révèle exploratoire des pratiques d'une catégorie de MK, elle n'est pas représentative du traitement de la majorité des thérapeutes. Cette analyse est subjective et en aucun cas statistique mais elle nous permet de mieux cerner un domaine. Les thérapeutes interrogés ne se basent pas sur des choses concrètes et l'empirisme reste très présent. La recherche qualitative est donc appropriée dans ce type de travail. En dixit de ces données, nous avons tout de même pu dégager plusieurs concordances dans leur réflexion et leur prise en charge du diaphragme dans la lombalgie :

Un manque de mobilité du diaphragme pourrait être responsable de douleurs lombaires. La lombalgie chronique serait la plus concernée. Ce lien est principalement expliqué par l'anatomie, par l'insertion de ce muscle sur les vertèbres L1, L2, L3 et par les liens avec le psoas et le carré des lombes ayant eux-mêmes une influence sur la lombalgie.

Au sujet du bilan, les professionnels mettent tous l'accent sur l'importance de l'anamnèse. Cela est sûrement dû au fait qu'ils ont remarqué un lien étroit entre la sphère psychosociale et la lombalgie. D'autant plus que le stress et l'anxiété seraient souvent présents lors d'un trouble diaphragmatique, durant lequel, au bilan, on retrouverait également des anomalies respiratoires, une douleur à la palpation des coupes, un méplat lombaire bas et une réaction en chaîne associée à la position du diaphragme.

Comme nous l'avons constaté, le traitement diaphragmatique apparaîtrait plutôt comme une seconde solution, les soignants priorisant le traitement de la lombalgie en elle-même. Concernant la prise en charge du diaphragme, malgré la variabilité des réponses, nous avons pu sélectionner plusieurs éléments faisant consensus : commencer par retrouver une respiration abdomino-diaphragmatique, faire des levers de tension du diaphragme, des traits tirés sous-costaux, des étirements en chaîne et des étirements du psoas.

4.3 Approfondissement

Notre travail est une enquête préliminaire qui pourrait susciter une (ou plusieurs) étude(s) future(s) focalisée(s) sur les différents thèmes.

En sachant que le modèle EBP prend en compte les préférences et les valeurs du patient, il pourrait aussi être intéressant de refaire une étude en prenant en considération le ressenti des patients ayant subi ce type de traitement. De plus, des études ont mis en évidence que certains patients atteints de lombalgies avaient des attentes au niveau des soins physiques pouvant ainsi limiter l'évaluation psycho-sociale (62,67). Il serait donc intéressant de mettre en corrélation les attentes du patient et les propositions du MK. De surcroît, le traitement du diaphragme n'est pas des plus agréables et sa relation avec la lombalgie peut être compliquée à comprendre.

Il nous faut préciser que les kinésithérapeutes interrogés ont été diplômés de 1972 à 2008. Or, en 2015, a eu lieu une réforme sur la formation initiale des MK. Elle s'inscrit désormais dans le cadre LMD (licence-master-doctorat) et permet à la profession de développer des techniques basées sur des preuves. La recherche fait partie intégrante du programme et forme les étudiants à avoir un esprit critique. Il pourrait donc être judicieux d'effectuer ce type de recherche sur ce même sujet mais avec des MK étant diplômés après 2015.

5 CONCLUSION

La lombalgie reste très présente dans les cabinets libéraux. L'évolution des concepts de prise en charge de cette pathologie invite les MK à se former davantage. Cette étude n'est pas représentative des techniques de l'ensemble des MK libéraux. Elle ne s'adresse qu'à une catégorie, ceux étant formés à traiter le diaphragme lors d'une lombalgie. Toutefois, elle nous a permis de comprendre d'où venait leur appétence à traiter ce muscle et de cerner leur pratique en matière de bilan et traitement.

La réforme des études en masso-kinésithérapie de 2015 favorise l'accès à la recherche scientifique dans le but de faire évoluer la formation initiale et par le fait la profession. Ainsi, elle permet de développer son autonomie et de renforcer la fiabilité et la reconnaissance des techniques. Bien que les soignants soient globalement conscients du manque de preuves sur le sujet, ils restent convaincus des bienfaits de leurs techniques sur la lombalgie associée à une restriction diaphragmatique.

Nous avons remarqué que les MK interrogés justifiaient essentiellement le lien entre la lombalgie et le diaphragme par l'anatomie. La lombalgie chronique serait la principale conséquence d'un manque de mobilité diaphragmatique. Celui-ci aurait également une influence sur la posture, la respiration et la fonction viscérale. Ces répercussions, musculaires et posturales notamment, s'expliqueraient surtout par une réaction en chaîne associée. Notre travail nous a permis de mettre en évidence un manque de consensus vis-à-vis du lien de cause à effet. Néanmoins, d'après les interrogés on relève que la grossesse, les émotions ou une douleur chronique pourraient être à l'origine du problème.

Selon notre étude, des éléments physiques et verbaux conduisent les MK interrogés à traiter le diaphragme. Les soignants mettent l'accent sur l'importance de l'anamnèse et on remarque que leur bilan est surtout basé sur l'observation et la palpation. Ces notions sont relativement subjectives mais l'empirisme n'est pas forcément un défaut dans notre profession. Le traitement du diaphragme est souvent réalisé en fin de prise en charge, pour des douleurs résiduelles ou lors de la présence de ces éléments au bilan. Les thérapeutes n'interviennent jamais que sur le diaphragme et insistent sur l'importance d'une prise en charge globale lors de n'importe quelle lombalgie.

Ils se sentent d'ailleurs concernés par l'aspect psycho-social de celle-ci, lui-même décrit dans les recommandations de l'HAS. Ils insistent d'ailleurs sur l'existence d'une corrélation entre l'anxiété et la dysfonction diaphragmatique. L'état psychologique est donc évalué lors du bilan et pris en compte lors du traitement par la relation thérapeutique et par des techniques centrées sur la détente de la personne. Dans la prise en charge diaphragmatique, on relève des techniques respiratoires, d'autres concernant directement le muscle et d'autres indirectement en lien par l'intermédiaire du psoas et par l'intermédiaire de posture en relation avec les différentes chaînes musculaires. Les soins n'étant pas centrés que sur le diaphragme, il est compliqué de savoir si le traitement du diaphragme à lui seul entraîne une amélioration de l'état de santé du patient. La diminution des douleurs constitue le principal moyen d'évaluation de leurs techniques. Ils ne se basent pas sur des choses concrètes et se contentent de la satisfaction de leurs patients. L'observation en est un autre ; certains notent une amélioration de la mobilité, de la respiration, de la posture dans la plupart des cas.

La pratique kinésithérapique s'inscrit aussi dans un ensemble relationnel et tout n'est pas encore démontrable scientifiquement, ce qui laisse aux thérapeutes un panel assez large de techniques diverses et variées. Ainsi, il convient de garder en tête un modèle bio-psycho-social dans la prise en charge des patients mais surtout d'exercer un esprit critique vis-à-vis des traitements. De plus, il ne faut pas négliger l'existence bénéfique de l'effet placebo en lien avec la relation thérapeutique.

Par l'implication viscérale et la vision de la lombalgie décrite par les thérapeutes, ces pratiques se rapprochent des courants ostéopathiques. D'autant plus que six interrogés sur les huit ont une formation d'ostéopathie et/ou de thérapie manuelle. Or, en mars 2021 est parue une étude démontrant que l'ostéopathie n'aurait pas d'effet cliniquement significatif sur la lombalgie. Ces pratiques seraient comparables à un effet placebo (68). Toutefois, le rééquilibrage postural global proposé est un outil intéressant en kinésithérapie.

Les éléments amenés par les thérapeutes semblent cohérents d'un point de vue intellectuel. Néanmoins, des études plus approfondies se révèlent nécessaires pour connaître l'intérêt de la considération du diaphragme dans la lombalgie. Dans ce travail, nous nous sommes principalement interrogés sur la partie expérience clinique de l'Evidence Based Practise. L'expérience du patient pourrait être un autre versant sur lequel se pencher.

BIBLIOGRAPHIE

1. Remondière R, Durafourg M-P. Regards sur la kinésithérapie en 2018. Sante Publique (Bucur). 2018;Vol. 30(6):869-76.
2. Spaeth JM, Johanet G, Allemand H. Assurance maladie, des soins de qualité pour tous. Faits marquants : 15 études. Chapitre 2 : La prise en charge des lombalgies. 2000;
3. Sophie Taillefer, Flavio Bonnet, Jean-Philippe Deneuve, Laurent Rousseau. Patients lombalgiques : Le rôle majeur d'une kinésithérapie moderne dans leur parcours de soins. Kiné actualité [Internet]. 2017 [cité 28 sept 2020];(1477). Disponible sur: <https://www.kineactu.com/article/9501-patients-lombalgiques-br-le-role-majeur-d-une-kinesitherapie-moderne-dans-leur-parcours-de-soins>
4. Maigne JY. Le mal de dos : pour une prise en charge efficace [Internet]. Elsevier Masson; 2009 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/le-mal-de-dos-9782294702464.html>
5. Cofer CF des E en R. Item 215 : Rachialgies. 2011 2010;22.
6. Plantin A. Lombalgies : diagnostic et traitement selon les recommandations de l'APTA. Kinésithérapie Rev. 1 avr 2016;16(172):30-9.
7. Karine P. HAS Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. mars 2019;178.
8. Bailly F, Foltz V. Évolution des recommandations nationales et internationales pour la prise en charge de la lombalgie. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/29266.pdf>.
9. Leopold Busquet. Les chaînes musculaires Tome 1 Tronc, colonne cervicale et membres supérieurs. Editions Frison-Roche; 2000.
10. Pallot A. Evidence Based Practice en rééducation, démarche pour une pratique raisonnée [Internet]. 1ère. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019 [cité 28 sept 2020]. 424 p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/evidence-based-practice-en-reeducation-9782294763465.html>
11. HAS ARGUMENTAIRE. Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes_kine_lombalgies_-_argumentaire_v2.pdf.pdf
12. HAS Pr Bertrand MILLAT, Dr Bruno BALLY, Dr Jean BRAMI, Pr Abe FINGERHUT, MD, Pr Philippe MICHEL,, Dr Josh RUBENOVITCH,. [guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf). 2011.
13. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet Lond Engl. 15 déc 2012;380(9859):2163-96.

14. Bacelon M. RL. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. *EM-Consulte*. 2017;17(186):33-43.
15. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, et al. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Phys Ther*. 01 2018;98(5):408-23.
16. La Touche R, Pérez-Fernández M, Barrera-Marchessi I, López-de-Uralde-Villanueva I, Villafaña JH, Prieto-Aldana M, et al. Psychological and physical factors related to disability in chronic low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2019;32(4):603-11.
17. Berquin A. [The biopsychosocial model: much more than additional empathy]. *Rev Med Suisse*. 11 août 2010;6(258):1511-3.
18. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2 sept 2014;(9):CD000963.
19. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*. sept 1987;12(7):632-44.
20. Vostatek P, Novák D, Rychnovský T, Rychnovská S. Diaphragm postural function analysis using magnetic resonance imaging. *PloS One*. 2013;8(3):e56724.
21. Dülger E, Bilgin S, Bulut E, İnal İnce D, Köse N, Türkmen C, et al. The effect of stabilization exercises on diaphragm muscle thickness and movement in women with low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2018;31(2):323-9.
22. Nathalie Camirand. Axe Cerveau-Intestin-pelvis et ostéopathie. Approche Intégrative du Stress, de L'anxiété et de la Dépression. Chapitre 12. In Elsevier Masson; 2019. p. Pages 109-121.
23. Nathalie Camirand. Axe Cerveau-Intestin-pelvis et ostéopathie. Approche Intégrative du Stress, de L'anxiété et de la Dépression. Chapitre 19. In Elsevier Masson; 2019. p. 187-192.
24. Patté J. L'intérêt de la méthode Mézières dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs Éval - Diagn - Trait*. 1 sept 2019;20(4):158-67.
25. Souchard P. Le diaphragme, essai : anatomie, bio-mécanique, bio-énergétique, pathologie, approche thérapeutique. Maloine; 2009.
26. M.Dufour. Anatomie de l'appareil locomoteur. Tête et tronc. Tome 3. 3^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.
27. Campignon P. RESPIR-ACTIONS - Programme d'exercices et d'étude des mécanismes de la respiration - [Internet]. Éditions Frison-Roche. Paris; 2018 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.editions-frison-roche.com/produit/405/9782876716193/respir-actions>

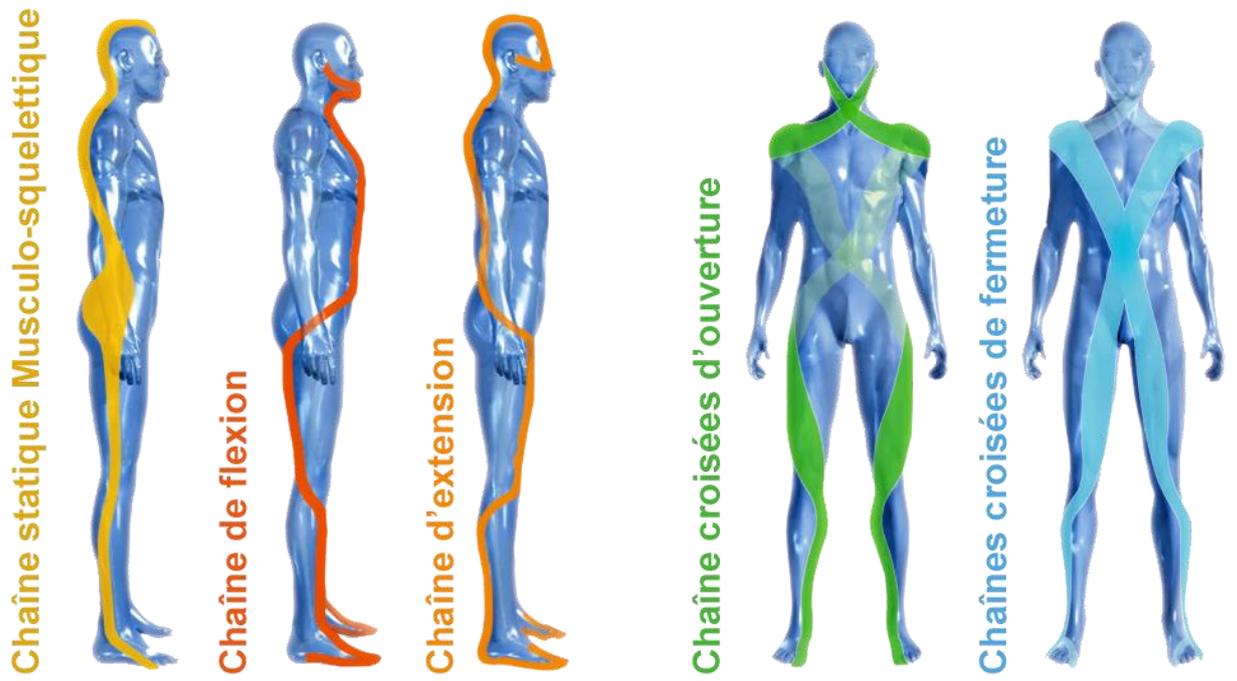
28. Busquet L. Lordoses, cyphoses, scolioses et déformations thoraciques. Paris : Ed. ; 1992. Paris: Frison-Roche; 1992.
29. Godelieve STRUYF-DENIS. Les chaînes musculaires et articulaires. ICTGDS. 2000.
30. Paoletti S, Sommerfeld P. Les fascias rôle des tissus dans la mécanique humaine. 3ème. Vannes: Sully; 2011.
31. Paulin E, Yamaguti WPS, Chammas MC, Shibao S, Stelmach R, Cukier A, et al. Influence of diaphragmatic mobility on exercise tolerance and dyspnea in patients with COPD. *Respir Med.* oct 2007;101(10):2113-8.
32. Yamaguti WP, Claudino RC, Neto AP, Chammas MC, Gomes AC, Salge JM, et al. Diaphragmatic Breathing Training Program Improves Abdominal Motion During Natural Breathing in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 1 avr 2012;93(4):571-7.
33. Patrick Bacquaert. L'Importance de la respiration et du diaphragme dans les rachialgies. Quels exercices ? [Internet]. IRBMS. 2009 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/respiration-diaphragme-rachialgie/>
34. Finta R, Boda K, Nagy E, Bender T. Does inspiration efficiency influence the stability limits of the trunk in patients with chronic low back pain? *J Rehabil Med.* 2020;52(3):jrm00038.
35. Janssens L, Brumagne S, McConnell AK, Hermans G, Troosters T, Gayan-Ramirez G. Greater diaphragm fatigability in individuals with recurrent low back pain. *Respir Physiol Neurobiol.* 15 août 2013;188(2):119-23.
36. Anderson BE, Bliven KCH. The Use of Breathing Exercises in the Treatment of Chronic, Nonspecific Low Back Pain. *J Sport Rehabil.* sept 2017;26(5):452-8.
37. Masson E. Structure, action et recrutement à l'exercice des muscles respiratoires [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/156989/structure-action-et-recrutement-a-l-exercice-des-m>
38. Beeckmans N, Vermeersch A, Lysens R, Van Wambeke P, Goossens N, Thys T, et al. The presence of respiratory disorders in individuals with low back pain: A systematic review. *Man Ther.* déc 2016;26:77-86.
39. Kolar P, Sulc J, Kyncl M, Sanda J, Cakrt O, Andel R, et al. Postural function of the diaphragm in persons with and without chronic low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* avr 2012;42(4):352-62.
40. Souchard P-E. Le rôle de la rééducation posturale globale (RPG) dans les pathologies respiratoires. *Rev Mal Respir.* 2005;22(3):524-5.
41. Delwarte Jacques, Tiberghien Florence, Delwarte Laurent, Pary Emilie, Cuvelier Aline, Huhn Frederic. Pour mieux comprendre la rééducation posturale globale (RPG). Association Belge de RPG; 2002.

42. Souchard P-E. Rééducation posturale globale, RPG -la méthode. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
43. Malabœuf J. École du dos et prévention: "la conception Méziériste. .Frison-Roche. Paris; 2002.
44. J P. Méthode mézières et lombalgiques :«le mal n'est jamais là où il se manifeste...». Mens Prat Tech Kinésithérapeute. 10 oct 2007;481:51-5.
45. Martí-Salvador M, Hidalgo-Moreno L, Doménech-Fernández J, Lisón JF, Arguisuelas MD. Osteopathic Manipulative Treatment Including Specific Diaphragm Techniques Improves Pain and Disability in Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2018;99(9):1720-9.
46. Koenig L, Braun R. Évaluation d'un traitement manuel d'une dysfonction mécanique du diaphragme. ResearchGate. déc 2015;15(168):28.
47. Nelly Agrinier - Cédric Baumann -, Delphine Klein - Isabelle Fournel - Guy Hédelin -, Jérémie Jégu - Elisabeth Monnet - Michel Velten, Joelle Kivits. Méthodes d'investigation quantitatives et qualitatives. École de Santé Publique - Université de Lorraine;
48. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. exercer. 2008;19(84):142-5.
49. Gibson BE, Martin DK. Qualitative Research and Evidence-based Physiotherapy Practice. Physiotherapy. 1 juin 2003;89(6):350-8.
50. Kivits J, Houbre B. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils [Internet]. https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Module_Investig_Quali_web.html. 2010 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Module_Investig_Quali_web.html
51. Amélie Demoncy. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. EM-Consulte. 2016;16(180):32-7.
52. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;N° 102(3):23-34.
53. Romelaer P. In: management des ressources humaines Chapitre 4 L'entretien de recherche [Internet]. De Boeck Supérieur. De Boeck Supérieur; 2005 [cité 28 sept 2020]. p. 101-37. Disponible sur: <https://www.cairn.info/management-des-ressources-humaines--9782804147112-page-101.htm>
54. Bantman P. Quelles conséquences du Covid-19 sur notre vie psychique ? Métamorphose et transformations liées au coronavirus. Inf Psychiatr. 24 juin 2020;Volume 96(5):317-9.
55. Devel L. Tous masqués, tous muets ? [Internet]. The Conversation. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <http://theconversation.com/tous-masques-tous-muets-139321>

56. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé [Internet]. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016 [cité 13 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-167.htm>
57. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Rech En Sci Gest.* 12 nov 2013;N° 95(2):211-37.
58. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. U. 2016;4e éd.:235-312.
59. Yan X, Otto AR. Cognitive effort investment and opportunity costs in strategic decision-making: An individual differences examination. *Personal Individ Differ.* 1 déc 2020;167:110283.
60. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine Longévité.* 1 sept 2011;3(3):137-49.
61. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med.* 1 mai 2001;134(9 Pt 2):897-904.
62. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother.* avr 2015;61(2):68-76.
63. Cnudde M, Borrel M, Giroid S, Vanderheyden-Busquet M, Busquet L. Effets des postures de relâchement selon la méthode Busquet dans une population saine : essai contrôlé randomisé. *Kinésithérapie Rev.* 1 déc 2018;19.
64. Chatrenet Y. Lombalgies : l'indispensable réharmonisation du complexe musculaire: Low back pain: indispensable re-harmonization of the muscle complex. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2011;11(109):29-31.
65. Lambert Y, Neau JB, Renon S. Le syndrome de Maigne. *J Traumatol Sport.* 1 déc 2020;37(4):216-24.
66. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* janv 2006;3(2):77-101.
67. Cowell I, O'Sullivan P, O'Sullivan K, Poyton R, McGregor A, Murtagh G. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract.* déc 2018;38:113-9.
68. Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, Baron G, Alami S, Sanchez K, et al. Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 15 mars 2021 [cité 15 avr 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.0005>

ANNEXES

Annexe II : Les chaînes physiologiques par BUSQUET



<https://www.chaines-physiologiques.com/>

ANNEXE III : Le guide d'entretien

Introduction du sujet

Bonjour, tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie.

A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat.

Vous serez enregistré afin que je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude.

Pour rappel, l'entretien durera environ 45min.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Présentation du kinésithérapeute

- Expérience (année et lieu d'obtention du diplôme, nombre et intitulé des formations réalisées avant ou après le D.E, pratiques spécifiques),
- Mode d'exercice (statut au cabinet, pathologies au cabinet),
- La première fois qu'il/elle a entendu parler d'un traitement du diaphragme, dans quel contexte et ou c'était.

L'objectif est de démontrer s'il existe un lien entre l'expérience du thérapeute, sa façon de prendre en charge et son point de vue.

Thèmes	Ce que je cherche à comprendre	Questions et relances
Diaphragme et lombalgie	<ul style="list-style-type: none">• Le lien qui unit le diaphragme et la lombalgie.• Les connaissances du professionnel sur le sujet.• Pourquoi n'y a-t-il pas de consensus et comment gèrent-ils cet empirisme ?	<p><u>Question :</u> Si je vous dis lombalgie et diaphragme, que me répondez-vous ?</p> <p><u>Relances :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Pensez-vous que les autres kinésithérapeutes ont un raisonnement similaire ?- Quels éléments font consensus et lesquels font débat ?

<p style="text-align: center;">Le bilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si le diaphragme est systématiquement recherché dans le cas d'une lombalgie. • Ce qui amène à une dysfonction diaphragmatique lors du bilan et son origine. • S'il s'agit d'un bilan spécifique 	<p><u>Question :</u> Que faites-vous comme bilan pour un patient lombalgique ?</p> <p><u>Relances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel que soit le patient, le diaphragme est systématiquement évalué ? - Quels éléments vous conduisent à considérer le diaphragme ? Anamnèse ? Eléments physiques ? - S'agit-il d'un bilan spécifique ?
<p style="text-align: center;">Les techniques de traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De quel type de techniques il s'agit (traits tirés, étirements, mobilisations, exercice de respiration...) • Comment et par quoi sont complétées les techniques. 	<p><u>Question :</u> Comment prenez-vous en charge le diaphragme dans la lombalgie ?</p> <p><u>Relances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Et concernant vos axes et plan de traitement ? - Pouvez-vous me décrire vos techniques ?
<p style="text-align: center;">L'évaluation des techniques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'ils ont un retour sur leurs techniques et si oui par quel moyen. • Le ressenti des patients et le point de vue des médecins. • Quelles seraient les pistes pour la recherche scientifique ? 	<p><u>Question :</u> Comment évaluez-vous votre prise en charge ?</p> <p><u>Relances :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels retours avez-vous de vos patients ? - Et des médecins ? - Concernant la recherche, que serait-il intéressant de mener ?

Conclusion

Souhaitez-vous apporter des éléments qui vous semblent pertinents mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ?

Annexe IV : Retranscription des entretiens

Pour les retranscriptions suivantes, « LP » représente l'enquêteur et « E » l'interrogé suivi du numéro de l'entretien correspondant (E1, E2...).

Entretien 1 (réalisé le 20/10/20) :

LP : « Bonjour, tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat. Pour rappel, vous serez enregistré afin je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

E1 : « Non » (sourire)

LP : « Alors, tout d'abord, je vais vous demander de me parler de votre expérience : année et lieu d'obtention de votre diplôme et le nombre et les intitulés de vos formations réalisées avant ou après le D.E, ainsi que si vous avez des pratiques spécifiques. »

E1 : « Alors, c'était en 2008, à l'IFMK de Nancy. Ensuite j'ai fait Busquet, les chaînes musculaires de Busquet, j'ai fait un DU de pelvi-périnéologie. Euh... J'ai fait aussi micro kiné, tape et quelques formations sur le cancer du sein mais qui n'étaient pas entre guillemets diplômantes. »

LP : « Ok, et au niveau de votre mode d'exercice au cabinet ? Quel statut vous avez et quelles sont les pathologies rencontrées ? »

E1 : « Statut, qu'est-ce que Vous entendez par statut ? »

LP : « Si vous êtes titulaire, remplaçant, associé ect ... »

E1 : « Alors titulaire, je suis titulaire. Et pour les pathos, je vois de tout ... Ca va de la neuro, à la pédiatrie, à la gériatrie, euh ... rhumato, sportif... Oui quasi tout. »

LP : « D'accord merci. »

E1 : « Après, ça dépend des saisons, par exemple je vois les kinés respi pédiat en hiver. Enfin c'est assez généraliste comme cabinet... Ah non par contre pas de vestibulaire, ça non. »

LP : « D'accord oui je vois, Et concernant la première fois que vous avez entendu parler du traitement diaphragme, où c'était et dans quel contexte ? »

E1 : « Ben ... (hésitation, doigt devant la bouche) c'était à l'école de kiné, on nous a appris à traiter le diaphragme. Oui c'étaient des choses comme des étirements et pourquoi les faire. Après, j'ai commencé à vraiment pratiquer et à pousser la chose avec la formation de Busquet. Eux ils parlent d'adaptation contenu contenant. »

LP : « Oui, ok. » (coupée par l'interlocuteur)

E1 : « En fait le contenant s'adapte au contenu. Donc par exemple si vous êtes enceinte, vous avez un diaphragme qui va remonter très haut en position expiratoire pour laisser la place à l'utérus. Enfin c'est un exemple. Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire. »

LP : « Si tout à fait c'est ce que vous expliquiez dans le mémoire que vous m'avez envoyé. »

E1 : « oui exactement c'est ça. (rires) »

LP : « (sourire) Alors du coup on aura quatre thèmes à aborder. On va commencer par le diaphragme et la lombalgie. Alors, si je vous dis lombalgie et diaphragme que me répondez-vous ? »

E1 : « Ah ouais (rire), là comme ça... Euh... Lombalgie et diaphragme euh ... Le diaphragme s'accrochant sur les vertèbres lombaires c'est vrai que je vais regarder souvent au bilan. Alors non il faut expliquer... qu'est-ce que je dois vous dire ? (Air hésitant et rires) »

LP : « Qu'est ce que ces deux termes vous évoquent ? (Sourire) »

E1 : « Bah alors après, j'estime qu'il faut toujours aller voir le diaphragme, déjà de part le lien anatomique, par rapport à là où il s'accroche au niveau lombaire. C'est-à-dire que si on a un diaphragme en position expiratoire et du coup très haut, ben ça peut ramener, c'est ce que j'expliquais dans mon mémoire, on peut avoir des lordoses diaphragmatiques, entre T12 et L2. Donc bien entendu, forcément entre le lien anatomique de toutes les vertèbres, le musculaire, les ligaments et les intervertébraux, s'il y a une tension au niveau du diaphragme, ça peut avoir des répercussions. Comme par exemple des douleurs plus basses, avec une adaptation de la lordose lombaire. (silence) Voilà j'espère avoir répondu... (L'air septique, rires) »

LP : « Oui merci. Et est-ce que vous pensez que les autres kinés ont un raisonnement similaire ? »

E1 : « Non non. Bah non... Alors attention je ne me classe pas au-dessus de la mêlée ni quoi que ce soit, c'est juste que ça dépend de la façon de voir les choses. Vous avez des kinés qui vont s'en tenir à mettre de l'électro ou faire du massage, et je ne pense pas que ces kinés là aillent voir un diaphragme et les spécificités du diaphragme. Et après c'est toujours pareil, moi c'est ma vision des choses et c'est vrai que quand on est à l'IFMK on a une certaine vision de la lombalgie. On vous dit, alors voilà dans la lombalgie en gros vous avez l'hyperlordose et la délordose. Et en fait c'est beaucoup plus nuancé. Pour vous dire, des lombalgies j'en vois des différentes tous les jours. Et tous les jours on s'adapte à la façon de traiter la lombalgie. C'est-à-dire qu'il n'y a pas un traitement qui va aller, ou plutôt c'est pas parce qu'on aura une tension du diaphragme avec Madame X que je vais la traiter de la même façon que monsieur Y. Alors qu'il aura une tension aussi. C'est-à-dire qu'en fonction du patient, en fonction des croyances, de ses antécédents, ce sera complètement différent en fait. (silence). Mais pour le coup c'est plus dur pour vous ... (rires) »

LP : « Ah bah oui oui mais je m'en doutais un peu... (rires). Mais du coup, au niveau des professionnels, est-ce qu'il y a des éléments qui font consensus et des éléments qui font débat ? »

E1 : « (attitude réflexive) Oui bah oui. Après forcément vous avez un million de formations, c'est ça qui est compliqué. Moi ce que je dis à mes stagiaires, c'est que quand on est kiné, on est un bricoleur. C'est-à-dire qu'on a une boîte à outils, et pour chaque situation on va sortir telle clé à molette, tel bidule, tel tournevis... En gros quand on est en formation, on va vous montrer le lever de tension au niveau du diaphragme, on va vous montrer comment redynamiser un diaphragme comme chez Busquet, on vous fait travailler la respiration abdomino-diaphragmatique. Je ne sais pas si vous avez déjà vu la méthode BGM, c'est sous forme de traits tirés ? »

LP : « Si, un peu en stage. »

E1 : « Alors là on va en faire au niveau diaphragmatique. Donc vous voyez il n'y a pas une technique, une recette, ce serait trop simple il faut juste l'adapter à chaque patient. Il y en a certains qui font même du dry needling sur le diaphragme je crois. (silence) Il y a pleins pleins de choses. Après c'est ça qui est sympa. Chacun a sa manière de faire je pense et je pense qu'il y a des consensus en fonction des formations et sur l'anat mais pas forcément de débat puisqu'on travaille tous avec des patients différents. Oui c'est vraiment patient dépendant mais aussi thérapeute dépendant, Il y a des

thérapeutes qui seront plus à l'aise avec certaines techniques et d'autres pas du tout. Et en fonction des croyances de chacun aussi. »

LP : « Ok, très bien. Alors, nous allons pouvoir passer au deuxième thème concernant le bilan. Que faites-vous comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E1 : « (souffle et rires) Alors, c'est toujours pareil, ça dépend si la personne décrit une douleur haute ou une douleur basse, ça dépend si elle décrit des signes de sciatalgie. Faut regarder aussi si elle a pas des Red Flags. (silence). Bon sinon globalement on a l'anamnèse, où je vais faire la chronologie, l'historique de la douleur, sa localisation, savoir s'il y a une irradiation dans les membres Inférieurs ou non. Ensuite on va se renseigner sur les antécédents médicaux de la personne. Ensuite je vais faire le bilan statique du rachis et train porteur. Donc tous les étages cervicaux, dorso lombaires et au niveau des quatre faces. Ensuite je vais lui demander un bilan dynamique. Donc à ce moment-là je fais à peu près le principe de l'étoile de Maigne mais pour une lombalgie, donc lorsqu'il se penche je vais regarder ses épineuses, si il y a une cyphose complète au niveau du dos, si il y a des méplats. Ensuite, je vais demander extension, inclinaison et rotation. Ensuite je vais voir avec lui si il y a telle ou telle position qui soulage la douleur ou au contraire les positions qui l'aggravent. Et ensuite on va se mettre sur la table et je vais lui faire tous les tests d'hypo extensibilité musculaire. Ah oui ! Et quand il est debout je regarde systématiquement la mobilité des iliaques. Je pense que vous connaissez le test des pouces montants. Alors oui, c'est un test qui a beaucoup de biais et qui est très décrit négativement dans la littérature, mais moi c'est un test qui m'aide bien et que j'aime bien faire parce que moi quand je le fais c'est toujours de la même façon et je sais comment je le fais. Et si vraiment je trouve un pouce montant ou pas je complète sur table par une mobilité des ailes iliaques, enfin je me mets au-dessus du patient main sur les crêtes iliaques et je regarde si il y en a une plus raide ou pas. (gestes). Donc je vous disais que je faisais les hypo extensibilités musculaires, ischio jambiers, quadriceps, psoas. Ensuite je regarde la respiration du patient. Je regarde sa compétence abdominale par une toux avec une main sur les abdos. Euh autrement ... je fais les tests neuro standards rapidement : pic-touche, sensibilité, quand il est debout je regarde si il peut marcher sur la pointe et sur les talons. Euh... J'essaye hein, c'est pas évident je vous le fait en rapide (rire). Alors aussi je peux regarder tout ce qui est mobilité globale lombaire en enroulement et en lordose. C'est pas systématique mais ça m'arrive de regarder la mobilité des hanches, surtout chez des personnes d'un certain âge, souvent c'est la rotation médiale qui va bloquer et ils vont compenser avec les lombaires. Je vais aussi regarder la marche. Ah et les fessiers aussi, un moyen fessier faible ça peut engendrer des lombalgies. Voilà. (rires) »

LP : « Ok c'est complet, tant mieux merci. »

E1 : « (sourire) Après moi je sais que j'adore la lombalgie. Donc voilà. Après je le reconnais il y a des choses que je ne fais pas, du style Kendal tout ça, en plus généralement le patient a mal ou il a la trouille. Après ce que je juge vraiment important et d'ailleurs j'ai vraiment changé ma pratique là-dessus depuis quelques années, c'est la partie psychologique avec l'appréhension. Beaucoup de patients sont convaincus qu'ils ne doivent plus bouger pour plus avoir mal. Certains même vous le dise : « vous avez vu je n'utilise plus mon dos quand je me baisse, je ne dois plus me pencher en avant ». Mais moi je leur dis « non mais non » parce qu'avec ça j'ai remarqué qu'ils se crispent, ils se verrouillent et c'est encore pire. Ah et il y a aussi l'évaluation du stress et l'état anxiogène. J'ai pas réellement d'échelle ou autre chose mais en leur parlant pendant l'anamnèse j'essaie de l'évaluer. J'essaie de leur parler de leur vie, de leur métier, est-ce qu'ils sont en couple, est ce que ça se passe bien. Enfin vous voyez, j'essaie d'évaluer le contexte économique et social de la personne. Et ça je me suis rendu compte que sur des lombalgiques c'était essentiel. Ah oui ! Et question importante aussi, je demande systématiquement si ils pratiquent une activité physique. Parce que ça c'est pareil la sédentarité c'est assez fréquent. »

LP : « D'accord très bien, et est-ce que systématiquement le diaphragme est recherché dans votre bilan ? »

E1 : « Ouais, alors ouais. Alors par exemple dans le bilan statique, je vais toujours regarder sa respiration. Si je vois qu'il respire de façon paradoxale alors là je me dis, oui bah il y a sûrement un problème de diaphragme, faudra probablement qu'on aille le redynamiser. Ce sera un élément clé comme si vous regardiez un varus ou un valgus de genou. Vous voyez ? Ça devient un automatisme en fait. »

LP : « Oui oui tout à fait. Mais donc dans votre bilan quels éléments vous conduisent à considérer le diaphragme ? Anamnèse, éléments physiques ? »

E1 : « Euh... Bah déjà, au bilan statique, quand il se penche en avant je regarde s'il n'y a pas une lordose diaphragmatique. Ça aussi c'est un automatisme. (sourire)»

LP : « Pardon mais qu'est-ce que vous entendez par lordose diaphragmatique ? »

E1 : « Alors en fait, lors de la flexion antérieure vous allez avoir un méplat, c'est une lordose persistante entre T12 et L2. »

LP : « Merci, allez-y je vous laisse continuer. »

E1 : « Et ensuite lors de la respiration, je vais regarder s'il y a une coupole diaphragmatique qui remonte plus que l'autre, en passant mes mains sous les côtes. Et la mobilité des côtes aussi à la respiration. Je vais d'autant plus regarder si je suspecte un diaphragme en position d'inspi ou expi. Par exemple le patient arrive et je vois qu'il est en position d'extension debout, il est sur sa chaîne postérieure. Alors là je vous parle en Busquet, c'est-à-dire qu'il sera très lordosé. En fait, Busquet explique que si vous prenez par exemple une personne qui est ballonnée, son caisson abdominal a besoin de place, de là, il va se mettre en chaîne d'extension, c'est-à-dire que sa chaîne postérieure va se contracter, pour pouvoir ouvrir en antérieur. Et de là le diaphragme va monter très haut. Donc voilà. Ça m'arrive de poser la question de la constipation, notamment chez les femmes car elles vont pousser en partie avec le diaphragme. Sinon dans l'anamnèse, certains antécédents respi ou encore un gros stress, ce sont des éléments qui nous y amène. Si j'observe une dyspnée aussi. »

LP : « Oui d'accord. Et selon vous s'agit-il d'un bilan spécifique ? »

E1 : « Alors ce que je vous évoquais au début non, c'est plutôt ce que vous apprenez à l'école. Mais pour le diaphragme et ses dysfonctions c'est plutôt les formations qui nous y amènent. Oui surtout celle de Busquet en fait. Du coup je dirais que oui il est spécifique mais il est spécifique à moi. Avec le temps on évolue, on affine sa pratique. Donc au fur et à mesure des années mon bilan a évolué, il s'est amélioré. J'ai pris ce qui me paraissait idéal et j'en ai laissé tomber d'autres choses. D'ailleurs je pense que chaque kiné fait un bilan différent. On n'a pas de réelles choses standardisées, enfin ça devrait mais bon (rires). Oui on enrichit nos pratiques au fur et à mesure des formations qu'on fait. Par exemple si vous prenez les bilans Mackenzie ils sont hyper pointus. »

LP : « Ok, c'est vrai, je vois. Et concernant les techniques de traitements, comment prenez-vous en charge le diaphragme dans la lombalgie ? »

E1 : « Alors, bah c'est un peu ce qu'on disait tout à l'heure, je commence par des traits tirés toujours. Donc des traits tirés en sous costal en antérieur et postérieur. Ensuite je peux continuer par des pressions, oui j'aime bien faire des pressions sur les arcades (gestes). Donc après ça dépend si vous avez un diaphragme plutôt bloqué en expi ou en inspi, mais en inspi, je vais étirer en passant les mains sous les côtes. Je tracte vers la tête du patient. Du coup si je retrouve une lordose, je vais essayer de travailler pour délordoser cette zone-là, pour tirer un peu sur les insertions. On va travailler la mobilité, le contrôle moteur. Donc ensuite je vais pouvoir travailler avec la respiration,

par exemple un diaphragme qui est relativement bas, on va aller chercher loin dans les volumes expiratoires. Et à contrario si il est très haut je vais aller chercher les volumes inspiratoires. On va rechercher une respiration abdomino-diaphragmatique. Après on a vu en Busquet des petits ponçages tout le long sous les côtes. (silence) Euh... Traits tirés on a dit ... Euh... ça me semble pas mal. Quand le diaphragme est très tendu on peut retrouver un infundibulum, ça va se creuser en antérieur et on peut travailler la mobilité sterno-costale. Pareil avec des pressions, là avec la paume de la main. Ensuite je fais souvent les pressions dynamiques, vous faites une pression au niveau du thorax vous l'emmenez en expi profonde puis en inspi et vous lâchez d'un coup je sais pas si ça vous parle. Ca redynamise. (air interrogatif) »

LP : « Si je vois, c'est pas appelé stretch ou quelque chose comme ça ? »

E1 : « Oui c'est ça. Donc voilà. »

LP : « Et concernant vos axes et plan de traitement ? »

E1 : « Euh... (silence). Alors quand le patient il vient chez vous, en libéral hein. Dans tous les cas, lui il veut être soulagé de ses douleurs. Il s'en fout du reste. Il veut ressortir sans douleur. Ah oui, après il faut savoir que c'est très rare que le diaphragme soit une cause pure de la lombalgie. J'en ai peut-être vu une ou deux fois mais c'est rare. Là encore les croyances du patient sont très importantes ainsi que son vécu. Il faut savoir si il est déjà allé chez un autre kiné auparavant. C'est-à-dire que pour eux vous n'êtes pas que kinésithérapeute mais vous êtes masseur. Donc de là, c'est-à-dire qu'à ma première séance je vais toucher la personne je vais la masser. Parce que le massage, mis à part chez certaines personnes c'est associé au bien-être et les gens en venant chez vous ils ont envie de se faire toucher. Oui donc premièrement c'est ce que je vais faire, je vais soulager les douleurs lors du massage. Ensuite il y a un autre aspect qui est important, et j'ai vraiment changé ma vision des choses par rapport à ça depuis à peu près un an. Je vais parler énormément avec eux dans le sens d'essayer de leur faire comprendre leur douleur et ça pareil dès la première séance parce qu'après il y a une réelle alliance thérapeutique qui va se mettre en place. Pareil je pense que l'alliance thérapeutique c'est dans l'air du temps, je pense qu'il faudra travailler de plus en plus comme ça. Il faut absolument que vous ayez un accord du patient et ça en faisant ça, vous allez jouer sur l'effet placebo à mort. Alors attention hein c'est pas du tout ... euh effet psychologique et tout ça hein. En fait quand vous savez que votre médecin ou votre thérapeute va vous traiter correctement parce que vous avez confiance en lui, votre cerveau commence à sécréter certaines substances actives, qui font que vous commencez déjà à cicatriser et à guérir. Et de là, j'ai remarqué que rien qu'en expliquant la douleur, la cause de la lombalgie, pourquoi ils ont des lombalgies, ah oui et les clichés du style j'ai une hernie j'aurai mal toute ma vie alors qu'on sait que si on prend 100 personnes asymptomatiques 90 auront une hernie ou une protrusion. Et en plus on sait qu'une hernie dans 66% des cas elle est réversible. Et ça correspond à une imagerie, et on sait très bien que dans le cadre d'une lombalgie on ne peut pas se fier à 100 pour 100 à une imagerie, je vous parle bien dans le cadre d'une lombalgie hein. Du coup dès ma première séance j'essaye de casser les mythes sur les lombalgies. Bon évidemment ça ne se fait pas frontalement hein, j'y vais à petits pas en leurs disant, bah vous voyez vous avez peut-être peur de ce mouvement là et du coup vous bloquez... Et on pourra éventuellement retravailler la mobilité active au départ de la prise en charge. Des auto-exercices pourront aussi nous aider à préparer le terrain. Donc voilà mes 2-3 premières séances sont consacrées à ça, détendre, mobilité active. Et de là un premier travail sur le diaphragme pourra être fait avec la respiration, d'autant plus que la plupart de mes lombalgiques c'est le stress, l'angoisse, la dépression et l'anxiété hein et en prime la sédentarité. À la fin de ma prise en charge ça m'arrive même de faire de la relaxation quand les douleurs sont un peu estompées et qu'on a un peu plus le temps. Et ça diminue vraiment les fins de douleur vous savez quand ils sont à 1 ou 2 sur 10. Voilà. »

LP : « D'accord, mais du coup vos techniques que vous m'avez citées plus haut vous les placez à quel moment ? »

E1 : « Alors tout ce qui est traits tirés, ponçage ça va être à la première ou deuxième séance avec du massage. Et après si au fur et à mesure des séances si je vois qu'il y a encore un gros manque de mobilité je vais travailler sur le thorax, les coupoles. Ah et je finis toujours mes séances en redynamisant le diaphragme je demande des grandes expi, des grandes inspi, je peux faire les techniques de stretch. Et ça c'est systématiquement après l'avoir étiré puis après évidemment il y a tout ce qu'il y a autour, s'il y a des muscles hypo extensibles, le manque de force ect... Et là j'aime bien donner des auto-exercices. »

LP : « Ok d'accord, super merci. On va passer au dernier thème qui porte sur l'évaluation des techniques. Comment évaluez-vous votre prise en charge ? »

E1 : « (gros yeux, l'air perplexe) Alors là... (rire). Après avec les formations, ce que j'ai vu à l'extérieur, je pense que j'ai une prise en charge vachement globale de la lombalgie. On va dire que c'est assez pluri... pluri... enfin j'ai pas mal de choses, je vous disais que j'utilisais la relaxation, ça m'arrive même d'utiliser des pratiques de yoga pour des lombalgiques. Donc j'essaye de leur proposer un traitement relativement varié et de me tenir informé de toutes les dernières avancées. Oui je peux le dire j'ai une bonne opinion de mon traitement de la lombalgie. (rire, puis silence) Ben et puis mes patients vont mieux quand même donc je me dis que c'est pas trop mal (rire). Oui c'est surtout ça en fait, mes patients vont mieux, plus de douleur, donc c'est surtout comme ça qu'on évalue finalement. »

LP : « Ah bah j'allais y venir, quel retour avez-vous de vos patients ? »

E1 : « Oui j'ai un bon retour des patients, il y en a même qui vous reparlent de vos techniques sur le diaphragme. Puis j'ai un bon retour des médecins traitants aussi. Donc voilà puis des médecins du sports et autres spécialistes. Après sur ce que je pêche le plus je dirais, c'est que je pousse pas assez la réathlétisation. Pareil pour le renforcement, je suis plus sur de la mobilité active que du renforcement. Généralement on n'a que 10 séances avec les patients mais c'est vrai que je suis beaucoup plus sur respiration, mobilité, tout ça que du renforcement. Je le fais un peu bien sûr mais le minimum vous voyez ? (sourire) »

LP : « Oui oui tout à fait. Et concernant la recherche, qu'est-ce qui serait intéressant de mener ? »

E1 : « (rire) Franchement j'ai bien une idée je pense qu'il faudrait faire une analyse de la posture, une analyse avec des mesures en posturologie. Par exemple ce serait intéressant de regarder les modifications de posture chez la femme enceinte avec les modifications de la pente du diaphragme. Et ça ça a jamais été évalué. Faudrait évaluer 1 ou 2 mois avant la grossesse limite puis pendant la grossesse et en post grossesse pour voir un peu l'évolution de la posture et de la lombalgie si y en a une. Ou alors avant après traitement mais comme on traite jamais QUE le diaphragme... (silence). L'échographie aussi pourrait éventuellement aider sûrement. Après je pense qu'il faudrait aussi pousser les études en ce qui concerne les causes de la lombalgie, vous savez quand on parle des causes psychologiques, stress, angoisse, anxiété. Mais c'est pas évident. »

LP : « Non c'est sur, dans la littérature je n'ai rien trouvé de réellement concret sur le diaphragme et la posture ou même la lombalgie... On a terminé l'entretien, voulez-vous apporter des éléments qui vous semble pertinents mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ? »

E1 : « Euh ... on a déjà bien débattue hein ... (silence) Ou si, Tout à l'heure je vous parlais du yoga et c'est vrai que c'est assez intéressant, parce que ça permet de travailler la mobilité par certaines postures, ça permet l'étirement et en même temps par la respiration on travaille le diaphragme. Et

c'est quelque chose qui est largement faisable à la maison. Ah puis ça agit sur le stress et l'anxiété et ça je pense que pour la lombalgie c'est primordial et pour le diaphragme aussi d'ailleurs. »

Entretien 2 (réalisé le 24/10/20) :

LP : « Bonjour, tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat. Pour rappel, vous serez enregistré afin je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

E2 : « Euh... non je ne pense pas, allons-y. »

LP : « Alors, pour commencer, je vais vous demander une petite présentation générale. Si vous pouvez commencer par me donner votre lieu et année d'obtention du diplôme. Et ensuite, le nombre et les intitulés de vos formations. Si vous avez certaines pratiques spécifiques je prends aussi (sourire). »

E2 : « Alors pour le diplôme, j'ai été diplômée en 2006 à l'IPKM de Charleroi en Belgique. Alors ensuite pour les formations, il y en a un paquet. J'ai fait kiné du sport par l'organisme kiné sport. Euh... J'espère que je n'ai pas besoin de donner les dates... (rires) »

LP : « Non non pas de soucis (rires). »

E2 : « Euh quoi d'autre ... J'ai fait de la thérapie manuelle viscérale, euh... j'ai fait une approche en posturologie, j'ai fait du crochetege, qu'est ce qui a d'autre ... je ne sais même plus... J'ai un DU de préparation physique également, j'ai une formation sur les techniques ostéopathiques et hernies discales même si je la mets un peu entre parenthèse celle-ci... C'est pas terrible on va dire (rires). J'ai refait une formation de points triggers, un début de formation sur le dry needling que j'ai pas poussé plus loin que le niveau 1, en fait je me voyais pas faire ça sur mes patients. Donc je reste plutôt sur du fascia et triggers points. Euh ... si, dernièrement je refais une formation sur la thérapie manuelle du membre inf. Voilà pour les plus grosses et les plus pertinentes. Ah, et j'ai fait une confirmation en Sohier, parce que moi à mon école on voyait pas mal les techniques de Sohier, on avait le bras droit de Monsieur Sohier sur place. Donc j'ai juste refait une confirmation en France pour avoir le niveau euh ... comment on dit... le niveau expert. Voilà j'ai appris pas mal de techniques ostéopathiques en kiné du sport et d'autres formations. Notamment dans des formations une lombalgie et lombosciatalgie, où il y avait beaucoup de thérapie manuelle. Voilà je crois que je t'ai dit à peu près le plus gros on doit en avoir une ou 2 qui traînent mais bon. (Sourire). »

LP : « Oui c'est pas mal en effet (sourire) »

E2 : « Oui en bientôt 15 ans de temps, ça me fait quand même un petit paquet derrière. (rires). Il doit en avoir une aussi sur le ligament croisé mais je ne connais plus l'intitulé, c'est pas très important (rires) ».

LP : « Ok (sourire), et concernant votre statut au cabinet et les pathologies que vous rencontrez le plus souvent cabinet ? »

E2 : « Euh ... statut, je suis associé depuis octobre 2016, on est 5 au cabinet. Et concernant les pathologies rencontrées, mon collègue étant kiné ostéo et moi plutôt orienté thérapie manuelle c'est

vrai qu'on a beaucoup de rachialgies. Mais après ça va aussi sur de la traumato, sur du sport, pas forcément haut niveau hein. On a un peu de rhumato, pédiat. Oui c'est vrai que malgré tout on reste quand même avec de la patho assez variée. Cardio et respi un peu moins on va dire. »

LP : « D'accord oui je vois. Et la première fois que vous avez entendu parler d'un traitement du diaphragme, dans quel contexte c'était et où c'était ? »

E2 : « Euh... A l'école, en cours notamment en respi mais c'est tout. Après dans le cadre du dos, mais surtout des lombaires en fait, ça s'est fait un peu plus tard. Toujours à l'école mais pendant mes stages notamment en dernière année où j'ai côtoyé des kinés qui travaillaient un peu plus en viscérale et en thérapie manuelle. »

LP : « Parfait merci, alors si vous voulez on va pouvoir commencer, il y aura en tout quatre thèmes. Donc on va commencer avec le premier thème qui est le diaphragme et la lombalgie. Si je vous dis lombalgie et diaphragme que me répondez-vous ? »

E2 : « (sourire) Que ... qu'il peut y avoir des liens et des répercussions sur les pathologies lombaires, les douleurs lombaires effectivement mais que c'est pas systématiquement le cas. Mais en effet par les relations anatomiques et structurelles viscérales mais aussi ostéo-articulaires ça va effectivement avoir des répercussions et même parfois jusqu'en cervical. Oui, ça va vraiment être dû aux liens du diaphragme avec les structures qui l'entourent. Euh... Alors pourquoi en particulier pour les pathologies lombaires ? Bah déjà parce que, un ça s'insère dessus, par les piliers notamment. De deux, parce que le contenu viscéral est quand même ballotté toute la journée grâce aux mouvements du diaphragme et que pour je ne sais quelle raison le diaphragme va avoir un problème on va forcément avoir une répercussion sur les viscères, et eux, par leurs liens anatomiques peuvent avoir une influence sur la lombalgie. On va retrouver, des tensions, des douleurs au niveau lombaire. (silence) »

LP : « Vous avez terminé ? »

E2 : « Oui oui je pense. (Sourire) »

LP : « Et est-ce que vous pensez que les autres kinés ont un raisonnement similaire ? »

E2 : « (long silence, l'air septique) ... Pas forcément non, pas tous en tout cas. Plutôt ceux qui ont une formation ou une tendance on va dire en thérapie manuelle ou ostéo. Après c'est sûr que des gens qui sont restés un peu sur les cours qu'on nous enseigne à l'école ils n'auront pas cette approche-là. Après ça a peut être changé maintenant hein. Oui je pense que dans la tête de ces gens-là le diaphragme c'est le principal muscle inspirateur, et on va rester sur de la respi. Puis peut être en fonction des générations aussi, je doute que les vieux kinés entre guillemets se soucient du diaphragme lors d'une lombalgie. Après je pense qu'il y a encore beaucoup de débat et de choses contradictoires au niveau techniques. Je lisais encore des trucs ce matin, notamment sur des appuis costaux ou sternaux, ça ça fait un peu débat actuellement, certains vont les remettre en cause pour des choses un petit peu plus physiologique où justement on va se baser plus sur la respiration, sur les exercices respiratoires. Et justement ces exercices vont servir à soulager le diaphragme. D'autres kinés vont avoir un abord qui sera plutôt euh ... comment je peux dire ça décentré du diaphragme. Déjà parce qu'ils pensent que le diaphragme ne s'atteint pas comme ça. C'est-à-dire que par exemple on aura une incidence sur le diaphragme mais on va aller travailler la détente des inter-scapulaires et travailler pourquoi pas le cadre colique. On va aller essayer de libérer aussi le psoas par des techniques manuelles ou alors des auto-exercices. Et ça c'est pareil on sait que le psoas est en lien avec le diaphragme et donc ça permettra sa détente. Puis à contrario il y a des kinés qui vont avoir techniques beaucoup plus directes centrées directement sur le diaphragme. Enfin voilà c'est un peu compliqué on a pas vraiment de consensus là-dessus (silence). On travaille tous différemment ... »

LP : « D'accord donc selon vous on ne peut pas parler de consensus ? »

E2 : « A ma connaissance pour le coup il n'y a rien qui fasse consensus de manière nette, claire et précise. Ça reste assez varié, même dans les exercices qu'on trouve sur internet ou autre. On peut facilement s'y perdre. Je pense qu'on peut trouver de tout et de rien. Il y a des choses qui marchent et des choses qui marchent pas c'est sûr mais actuellement je pense que rien n'est prouvé dans ce domaine-là. D'où ton sujet peut être (rire). »

LP : « (rires) Oui c'est un peu près ça. Et je pense que plus je vais avancer dans mes entretiens plus je m'en rendrai compte... Alors, on va pouvoir aborder le second thème qui concerne le bilan. Que faites-vous comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E2 : « Pour un patient lombalgique (air réflexif) ... Alors ça dépend. Je ne suis pas très protocolaire... Puis étant donné que je viens d'une école qui n'était pas du tout protocolaire et qui me convenait bien d'ailleurs. Bon on va dire que je fais un petit point sur des tests assez classiques comme TFD, TFA, test de la commère, alors je sais plus le nom scientifique, test de Gillet peut-être quelque chose comme ça quand on lève le genou à 90 et qu'on regarde la rotation postérieure des iliaques. Je fais éventuellement, mais ça je ne le fais pas toujours, un test de mobilité antéro post, inclinaison, les rotations je fais pas ça me semble moins probant. Euh... qu'est-ce que je fais d'autre, éventuellement quand je suspect certains muscles, je fais un petit testing contre résistance ou en étirement. Et après ça, j'aime bien faire quand même un petit bilan debout statique, d'observation générale, pour voir un peu la posture. Je regarde si on a des genoux en recurvatum, en flexum ou pas, le bassin ect... Enfin des choses assez classiques hein. Je vais regarder le type de respiration du patient, est ce que le mouvement abdominal paraît correct, est ce que la partie thoracique monte légèrement et seulement en fin d'inspi, après l'intervention du diaphragme notamment. Chez certains patients la partie thoracique intervient avant, avant l'intervention du diaphragme et donc là ça montre bien un petit souci au niveau mécanique. La palpation aussi, si elle est douloureuse par exemple. Euh... et puis (silence). Et puis voilà. Non si évidemment l'anamnèse en premier lieu hein. Mais en testing je suis assez classique. »

LP : « Vous avez parlé de 2 tests au début. TFD et TFA c'est bien ça ? »

E2 : « Oui test de flexion debout et test de flexion assis, il y en a qui les appelle tests des pouces montants je crois. »

LP : « Ah oui oui c'est ça, je vois. (coupée par l'interlocuteur) »

E2 : « C'est enseigné à l'école de kiné non ? J'ai déjà eu quelques stagiaires qui le connaissaient ou qui m'en ont parlé. »

LP : « Oui oui en effet sous le nom de test des pouces montants. Et est-ce que, quel que soit le patient, le diaphragme est systématiquement évalué ? »

E2 : « Non. Pas systématiquement, je vais me baser sur ce qu'ils disent, si ils évoquent un coté accidentogène, chute sur le dos, un faux mouvement comme ils disent, ça peut bloquer un diaphragme, si il évoque une dyspnée sans patho respi. Ou je sais pas ... Alors certains vont dire que si, il faudrait parce que ça pourrait venir d'évènements antérieurs dont le patient n'a pas conscience (balancement tête de droite à gauche, l'air pas convaincu) mais ça moi j'en suis beaucoup moins sûr. Moi je vais plutôt regarder quand le patient s'assoit ou se couche la respiration et si visuellement, la mécanique me semble bonne, si j'ai un doute je vais palper mais je vais pas systématiquement y aller. Voilà, je vais pas forcément y aller. »

LP : « D'accord très bien. Mais du coup mise à part la respiration, quels sont les éléments qui vous conduisent à considérer le diaphragme ? Dans l'anamnèse ou des éléments physiques ? »

E2 : « Alors ça sera plutôt lié à l'anamnèse, ou par exemple quand le patient va vous parler de douleurs plutôt à l'inspiration, et/ou avec des douleurs plutôt projetées le long des côtes ou sous l'appendice sternal, comme le diaphragme s'insère juste derrière l'appendice sternal. Voilà, ou alors même des douleurs parfois diffuses dans le rachis, qu'on arrive pas à traiter aussi. Là on peut aussi se poser la question d'un diaphragme puisqu'on a le fascia péri endocardique qui s'étend de T8, et qui remonte en cervical à C7 et avec tous ses liens anatomiques : cotes, viscérale et là on redescend facile jusqu'à L2 L3. Donc oui si on a des douleurs un peu diffuses comme ça sur les trois segments du rachis on peut se poser la question. Ah oui puis surtout chez des patients pas mal stressés, anxieux, speed. Ceux que j'appelle les speeds c'est ceux qui sont toujours dans l'action tu sais, à ce moment-là on aura souvent des gens avec des restrictions sur le diaphragme. »

LP : « Et après ça, vous recherché d'autres éléments pour confirmer ? »

E2 : « Alors oui, après je vais chercher si il est bloqué en inspi ou en expi, alors là c'est pareil vous n'avez pas de test réellement prouvé (l'air désolé), moi je me base surtout sur la qualité du balancement abdominal. Est-ce qu'on a une grosse remontée abdominale et très peu de creusée, est ce qu'inversement on a plus de creusement abdo et peu de remontée. Ça ça peut déjà donner un indice si le diaphragme est bloqué en inspi, donc en bas ou en expi, en haut. Après, il est souvent bloqué en inspi, ou du moins c'est ce qui génère le plus de problème et donc là on aura peu de remontée et une respi thoracique. Il y a des gens aussi qui vont nous décrire une sensation d'oppression, et c'est des gens vous allez à peine poser les mains sur le sternum, ils vont vous dire « là je ne me sens pas trop bien » (grande inspi et gestes), là aussi on peut suspecter un diaphragme. Enfin voilà à part le balancier abdominal moi j'utilise pas d'autres tests. En tout cas c'est celui que j'ai vu, et qui me paraît le plus probant. Mais encore une fois à mon avis il n'y a rien qui fait consensus et qui est prouvé là-dessus. (rires). »

LP : « Effectivement (sourire). C'est ça. (Coupée par l'interlocuteur) »

E2 : « Ça reste très compliqué. (Rires). Parce que malheureusement, il va nous falloir beaucoup de temps. Il va nous falloir plus d'accès à l'imagerie ou des choses comme ça pour mettre les choses claires là-dessus. Mais pour le moment on fait avec notre expérience et voilà (rires). »

LP : « Oui je comprends, nous l'aborderons un peu plus tard. Concernant votre bilan, selon vous, est-il spécifique ? »

E2 : « Oui, je pense. Je pense que dans un cursus initial on ne le voit pas ou peu. Ça va être surtout des éléments que j'ai chopé en formation. Après peut être certaines écoles ou certains profs seraient un peu sensibilisés à ça. En tout cas dans mon cursus initial on en parlait pas. Pourtant on faisait quand même la thérapie manuelle Sohier mais on n'en parlait pas de ce bilan. Donc une fois de plus, je pense que c'est assez spécifique à des gens qui vont se centrer sur de la thérapie manuelle ou pratiques ostéo. Après il faut savoir que je suis sorti de l'école il y a 15 ans quand même (rires), ça a peut-être changé. Mais parmi les étudiants que j'ai en stage, la majorité vient de Nancy d'ailleurs, très peu connaissent des bilans types de thérapie manuelle et encore moins me parle du diaphragme. »

LP : « Après dans notre cas, certains cours de thérapie manuelle sont enseignés par des intervenants extérieurs notamment des kinés libéraux et là ça arrive que certains parlent un peu du diaphragme. Lors de nos TD de rachis en deuxième année, on a eu un intervenant extérieur qui nous a montré quelques approches mais c'est minime. Donc je pense qu'on commence à l'évoquer. »

E2 : « Oui donc je pense que ça va être très lié à des gens qui sont déjà sensibilisés à ça, mais ça ne va pas être un objectif de formation initiale. Après en soit il y a rien de très difficile à savoir si un diaphragme est bloqué mais c'est spécifique à certains kinés oui. (lèvres pincées) »

LP : « Oui, je vois ce que vous voulez dire. Et concernant vos techniques de traitement. Comment prenez-vous en charge le diaphragme est dans la lombalgie ? »

E2 : « Alors, euh... moi c'est surtout par des abords directs. Enfin quand je dis direct c'est faux car c'est quasi impossible d'aborder le diaphragme entre guillemets directement. Du coup on va surtout travailler par l'intermédiaire des autres structures qu'il y a autour ou alors on va faire des massages on va venir se positionner sous les côtes, ou en accompagnant et en guidant vers une respi abdomino-diaphragmatique. (silence) »

LP : « Pouvez-vous me décrire vos techniques s'il vous plait ? »

E2 : « On pourra faire des techniques en faisant inspirer le patient à fond mais en maintenant un diaphragme haut, pour décoincer un diaphragme en position basse. A l'inverse, on va lui demander d'inspirer et de garder une position haute abdominale, en gonflant le ventre alors qu'on va le faire souffler. Et le but ce sera de garder un diaphragme en position basse si il était bloqué en position haute. Et du coup quand le patient va tout relâcher le diaphragme reviendra dans une position plus normalisée entre guillemets. Donc ça ça travaille directement sur le péricarde et les ligaments qui l'entourent. Après en techniques indirectes, on va avoir la libération de tout ce qu'il y a autour : les romboïdes, libération de la charnière cervicaux dorsale, des techniques articulaires en T8, en L1, L2, par rapport aux piliers. Certains ont des techniques par abord postérieur pour soi-disant relâcher les piliers du diaphragme, des genres de ponçage mais ça je n'y crois absolument pas. Il y a beaucoup trop de masses musculaires au-dessus. Tu as peut-être déjà vu, c'est des techniques qui consistent à mettre un doigt sous la douzième cote et on amène le patient en inclinaison et légère rotation du même côté et on vient poncer à cet endroit. Après pourquoi pas hein j'en connais qui le font. Moi ça va être plutôt un travail de ponçage en sous costal en antérieur. Bon sinon ça sera aussi des exercices respiratoires enfin par abord respiratoire. La libération du psoas aussi qui est en lien. Et pourquoi pas, massage du cadre colique et tout ce qui est ligamentaire à ce niveau-là. »

LP : « Ah oui ? Je ne vois pas bien le lien avec le diaphragme. »

E2 : « Bah tu as tous les ligaments d'insertions qui sont au niveau des côtes. Et si ces ligaments vont être en tension ils vont pouvoir réduire le mouvement des côtes. Et du coup ça va forcément entraîner une restriction de mobilité au niveau du diaphragme. (silence). Et par la suite des lombalgies. Il y a aussi certains exercices que j'aime bien faire : Ce sont des exercices de respiration mais qui visent à augmenter l'action du diaphragme au niveau lombaire, on va travailler sur la délordose lombaire. Et par la suite ça va améliorer la mobilité du diaphragme et ça va l'obliger avoir une action plus importante. Moi personnellement ça va être surtout des exercices de respiration, comme je décrivais et un travail au niveau des côtes je vais essayer de remobiliser les côtes en repliement dépliement et améliorer la mobilité du diaphragme. »

LP : « Ah oui d'accord je comprends, et concernant vos axes et plan de traitement ? »

E2 : « (lève les yeux au ciel) Alors le souci c'est toujours le même, moi je suis pas ostéopathe je n'ai pas 1h 1h30 à consacrer à mes patients. Mes séances, quand je fais de la thérapie manuelle et des choses assez spécifiques, elles durent un peu prêt une demi-heure. Donc mon temps est quand même court et je ne peux pas m'attaquer à tout. Et même si je voulais traiter le diaphragme dans une séance je ne pourrais jamais passer euh ... Je sais pas moi 12 techniques dans la même séance c'est pas possible. Je vais peut-être en faire deux, trois grand max et puis la fois d'après je vois ce que ça a donné. Et puis entre les 3 ou 4 jours qui passent je vais éventuellement donner des auto-exercices à faire à la maison. Et à ce moment-là dans les séances suivantes je vais plutôt travailler autre chose que le diaphragme, comme les lombaires directement ou pourquoi pas ma charnière cervico-dorsale, ou encore mon psoas. Mais c'est sûr que le diaphragme je ne vais pas le faire à

toutes les séances ça va vraiment dépendre de ce que j'ai vu en anamnèse et au bilan. Et si au bilan je vais trouver un réel problème de compression de disque ou autre chose, là le diaphragme il interviendra en secondaire même à la fin du traitement quand il reste une petite douleur. Après quand je dis que je peux passer une séance complète sur un diaphragme c'est assez large ça peut monter jusqu'aux rhomboïdes comme on évoquait tout à l'heure, travail du péricarde, des côtes et les massages qui correspondent. Mais oui je peux passer facilement une séance même parfois deux d'affilées en fonction des résultats. Après encore une fois c'est pas très protocolaire, mon école n'était pas protocolaire et je suis bien content que ce soit comme ça. Moi ce qui va me guider c'est plutôt les plaintes du patient et qu'est-ce qu'il va avoir eu comme bénéfices de ce qu'on a fait la séance d'avant ou pas d'ailleurs. Je vais réorienter mes séances en fonction de ce que j'ai libéré et ce qu'il en ressort derrière, autres douleurs ou je ne sais quoi. Donc voilà moi je navigue beaucoup dans mes soins et je ne protocole pas du tout ce que je vais faire. Ça va être beaucoup basé sur les plaintes du patient et éventuellement le re-testing. Ou même l'observation du patient avant après. Il y a des patients ils viennent ils ont vraiment du mal à se lever de la chaise, quand il repart il a l'impression d'avoir encore mal mais il se lève d'un trait et il marche de nouveau droit. Lui ça ne lui parle pas forcément mais nous ça nous donne une information, on peut se dire que ce qu'on a fait a été efficace. Enfin voilà, moi c'est plutôt ça qui me guide. »

LP : « Ok, alors (coupée par l'interlocuteur) »

E2 : « Ce qui va pas du tout aider à protocoler ce qu'on fait dans le diaphragme. (rires). Après c'est intéressant ça va peut-être faire bouger les choses. »

LP : « Ah bah oui non mais complètement malheureusement, c'est pas évident mais ça reste intéressant. Mais c'est vrai que lorsqu'on recherche des articles scientifiques et des choses prouvées, c'est un peu... enfin il n'y a pas grand-chose. »

E2 : « Après ça reste nouveau la recherche. Dans le domaine de la kinésithérapie il n'y a pas grand-chose de prouvé, on commence à vouloir prouver les choses. C'est complexe ... »

LP : « C'est ça ... Mais on y arrive de plus en plus quand même, puis c'est comme ça qu'on obtient un esprit critique... Il y a à prendre et à laisser. Mais ça c'est un autre sujet (rires). Ensuite concernant l'évaluation de vos techniques, comment évaluez-vous votre prise en charge ? »

E2 : « (silence) Comment je l'évalue ? Bah d'une fois sur l'autre, avec mon patient en fonction de ses critères de départ : sa douleur, comment il se sent au niveau mobilité. Est-ce qu'aux séances il venait la main sur le dos, il n'arrivait pas à se redresser et là il marche droit et est redressé même si il a encore quelques gênes. Et éventuellement, je dis bien éventuellement ça m'arrive de refaire les tests que j'ai fait au début après c'est vraiment pas systématique. Par exemple mon test de flexion debout je vais pas systématiquement le re tester à la deuxième séance. Voilà, après ça peut objectiver hein parfois. Ça va vraiment dépendre. Mais moi je serais surtout dans l'observation et le ressenti du patient sur sa douleur et sa mobilité. »

LP : « Et justement en général quel retour vous avez de vos patients sur ce traitement-là ? »

E2 : « Quand je traite le diaphragme ? Oh j'ai des bons retours. Par exemple là actuellement j'ai une patiente on a commencé un travail il y a trois séances, qui avait à la base des lombalgies mais chez qui la douleur est devenue assez étagée et diffuse on va dire, un profil très speed, ça tombe bien (rire) et quelqu'un d'assez droite si je puis dire, qui n'aime pas les compromis ect... Donc là effectivement à la première séance, rien que le fait de poser mes mains sur le sternum c'était déjà compliqué. Euh... Passer les mains sous les côtes pour venir palper le diaphragme c'était pas possible... Non y'avait un vrai rebond de rejet. Et là au bout de la troisième séance on y arrive, même elle, elle dit qu'elle se sent beaucoup plus relâchée beaucoup plus détendue. Puis il y a eu un gros

travail de remise au sport aussi parce que c'est vrai qu'on n'en a pas parlé mais l'activité physique... Et un gros travail sur la respiration a été fait, je lui ai vraiment fait prendre conscience de sa respiration, elle ne respirait plus du tout avec le diaphragme, c'était tout en costal. Et à force de traiter le diaphragme, et on a beaucoup parlé aussi, je pense qu'on a un peu évacué certaines choses ou certains soucis psychologiques, oui elle a l'air bien réceptive à ça. Donc ça a plutôt bien fonctionné, et là on a quasiment plus de gêne au niveau lombaire. En fait ça fait à peu près 5 séances qu'elle vient donc 3 qu'on travaille le diaphragme, et j'avoue que ça a été assez révélateur. »

LP : « Mais ça c'est le cas d'une patiente... Ce cas vous le rencontrez souvent ou c'est plutôt exceptionnel ? »

E2 : « Exceptionnel, non, souvent, je dirais pas hyper souvent non plus ... (air réflexif) On en voit quelques-uns quand même dans l'année, après j'en ai pas 4 par semaine hein. Mais c'est quand même des choses qu'on voit régulièrement dans l'année. Après il y a des gens qui viennent pour complètement autre chose auquel le diaphragme n'a rien à voir ou serait une infime partie de leur patho mais qui serait intéressant d'aller voir. Mais bon c'est toujours pareil, le patient une fois qu'il va mieux, qu'il n'a plus mal, et qu'il a retrouvé ses gestes au quotidien, aller voir plus loin ça l'intéresse pas trop... On est encore dans un pays où le côté préventif n'est pas encore au top, on est plus dans le curatif. Donc voilà aux yeux des patients quand ça va bien on stop et on reviendra quand il y aura des problèmes. Sauf que s'il y a réellement un problème au niveau du diaphragme, je pense qu'il y aura forcément des conséquences derrière. Après je pense quand même, que si on focalisait nos prises en charge sur le diaphragme pour chaque patient lombalgique, on en trouverait une majorité avec des soucis de diaphragme. Alors après, est-ce que le diaphragme est la cause principale pour des douleurs lombaires ... Là je suis plus modéré. Mais on trouverait sûrement un diaphragme qui, ou de cause ou de conséquence serait sûrement impacté. Mais dans l'ensemble après un traitement du diaphragme j'ai des bons retours des patients. »

LP : « Oui oui en effet, c'est intéressant ce que vous dites... Et concernant les médecins ? »

E2 : « Est-ce que j'ai un retour des médecins c'est ça ? »

LP : « Oui »

E2 : « J'ai des retours pour la lombalgie oui après, en ce qui concerne la thérapie manuelle et le diaphragme... Si on parle avec un généraliste de ça ... Euh... Soit, ils sont un peu ouvert on peut peut-être les amener à y penser, soit ça passe pas du tout. Bon en plus moi ma femme médecin alors (rires)... Mais ils ont une formation biomécanique au ras des pâquerettes, Je parle bien des généralistes hein, après c'est pas leur boulot non plus. Alors boulot c'est d'aiguiller les gens vers des spécialistes justement. Déjà nous en tant que kiné on nous en parle pas trop dans notre formation initiale mais alors eux... Le diaphragme c'est un muscle qui sert à la respiration point. Même les patients ils en parlent pas forcément au médecin. Ils vont lui dire qu'ils sont venus me voir, que ça va beaucoup mieux, les médecins vont m'envoyer d'autres lombalgiques mais ça va s'arrêter là. »

LP : « Et dernière question, pour en revenir à ce qu'on disait tout à l'heure, concernant la recherche, que serait-il intéressant de mener ? »

E2 : « (acquiesce) Et bah justement il serait intéressant, pourquoi pas... Oui effectivement de mener une étude, pourquoi pas, en prenant chaque type de lombalgie qui vient, enfin chaque lombalgie qui vient, quel qu'en soit la cause théorique, et de voir si on retrouve des douleurs ou des gênes diaphragmatiques ou de faire des tests sur le diaphragme. Pourquoi pas par imagerie aussi ? (hausse les épaules) Comme ça peut se faire en respi ou sur certains muscles actuellement. Si on a ... je sais hein j'invente, mais est ce qu'on a une mécanique de descente, montée du diaphragme qui est correcte ? Et il existe peut-être des ratios, comme on a des ratios quadri ischio, bah là pourquoi pas

un ratio montée descente. Et en fonction de ces ratios est-ce qu'on ne pourrait pas s'apercevoir qu'on a une montée insuffisante ou qu'on manque de descente. Je sais pas. Et en imagerie dynamique ? On pourrait sûrement le faire, on pourrait analyser la montée des coupoles ou pas directement, et ça pourrait nous renseigner sur : il est lombalgique le mouvement est restreint, il ne l'est pas le mouvement est normal. Il y aurait même peut-être des différences entre les lombalgies aiguës et les lombalgies chroniques. Après je pense qu'avec la lombalgie chronique il y aurait beaucoup plus d'impact sur le diaphragme. Et en extrapolant un peu est-ce que ça pourrait même pas affecter les capacités pulmonaires par le fait. Et pourquoi pas faire justement une étude sur la capacité pulmonaire des lombalgiques. Après il faudrait exclure des tas de pathologies propres aux poumons mais ça pourrait être intéressant. Est-ce que ça pourra nous amener sur la lombalgie chronique ou est-ce qu'il y aura un risque plus important de lombalgie. Voilà je pense que si il y a quelque chose à mener ça serait ça ... l'imagerie dynamique ou l'exploration pulmonaire. (silence) »

LP : « Il y en a eu avec la capacité pulmonaire en effet, mais ce n'est pas propre au diaphragme. Après c'est pas évident, on ne peut pas objectiver une seule technique, en plus je pense. »

E2 : « Non c'est sur, il y a trop de techniques et on ne fait jamais que ça. Ou du moins on en fait jamais une seule. Mais justement l'imagerie ça pourrait permettre de voir le résultat en direct ! Après sinon on peut mener des études assez empiriques, je viens toucher sous les côtes, est ce que ça fait mal, pas mal ... mais quelle reproductivité on a ? On s'aperçoit souvent en kiné et surtout en ostéo que la plupart des tests qu'on utilise ont très peu de qualité en reproductivité entre thérapeute. On fait énormément de choses au ressenti du thérapeute donc encore une fois comment donner un peu de crédit à ça ? Si ce n'est par l'imagerie peut être. (silence). Voilà. »

LP : « Bien, bah c'était ma dernière question. C'était intéressant une fois de plus. Est-ce que vous souhaitez apporter des éléments qui vous semblent pertinents mais que l'on n'a pas évoqué ? »

E2 : « Non comme ça non. Je pense qu'on a déjà pas mal balayé. Il y a sûrement d'autres choses à dire au niveau euh... biomécanique, peut-être parce que j'ai lu un truc il y a pas longtemps disant qu'un diaphragme plus épais, plus renforcé euh ... entraînait moins de lombalgie. Voilà ils faisaient la relation entre un diaphragme « renforcé » (geste entre guillemets) et le risque de lombalgie. Voilà. Après là dans ton mémoire visiblement tu es plus sur un état des lieux des connaissances, on va dire globales. Mais est-ce que par la suite on pourra pas rendre ça, on va dire un peu plus... crédible. Non c'est intéressant et je pense qu'il y aura des choses à faire. »

Entretien 3 (réalisé le 28/10/20) :

LP : « Bonjour, tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat. Pour rappel, vous serez enregistré afin je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

E3 : « non. (négation de la tête) »

LP : « Non, ok, alors du coup je vais commencer par vous demander des informations sur votre expérience : année et lieu d'obtention de votre diplôme et le nombre et les intitulés de vos formations réalisées, ainsi que si vous avez des pratiques spécifiques. »

E3 : « Ouh la ... t'as du temps ? (rires). Alors, je suis diplômé de 2005 de l'école de Nancy. » (silence).

LP : « hum... (acquiesce) Et pour les formations ? »

E3 : « Alors ensuite, j'ai une formation Mackenzie avec certification, ensuite j'ai fait tout ce qui est neuro-dynamique, j'ai fait du viscéral, euh... thérapie manuelle euh ... j'ai fait une formation de micro-nutrition mais j'ai pas validé le DU, et maintenant je suis sur un parcours d'hypnothérapie. Voilà (silence) »

LP : « C'est pas mal déjà (coupée par l'interlocuteur). »

E3 : « C'est jamais assez, quand j'ai fait Mackenzie le formateur disait : « plus vous êtes bons, plus vous faites des formations, plus vous allez vite à apprendre les choses, mais malgré tout vous restez toujours avec un taux d'échec. ». Tu auras beau te former, tu auras un peu prêt 20% d'échec. »

LP : « Oui enfin, c'est quand même indispensable de se tenir à jour je pense et de se former. Et concernant votre statut au cabinet et les pathologies que vous rencontrez ? »

E3 : « Alors, je suis libéral, 100% libéral, titulaire depuis toujours quasiment, j'ai juste fait un an de remplacement. Je travaille dans un cabinet rural, donc je vois de tout, ça va de l'entorse de cheville à la lombalgie, de la pédià à la gériatrie, euh... neuro, rhumato... ah et je suis formé en réhabilitation respi et j'en ai aussi quelques-uns. Oui je suis très généraliste même si ma collègue prend plus la neuro et la géria. Moi j'aime bien quand ça avance (rires). »

LP : « (sourire) Et la première fois que vous avez entendu parler d'un traitement du diaphragme, dans quel contexte et où c'était ? »

E3 : « (gros yeux) Euh ... Ben je pense qu'on en a parlé à l'école. Oui on a parlé des levés de tension du diaphragme. C'est marrant parce qu'après l'école j'ai remplacé une collègue de promo et elle était très surprise des techniques que j'utilisais alors qu'on les avait vu ensemble à l'école et je pense qu'on retient un peu les choses qui nous intéressent. Et après effectivement je pense que mes formations ont renforcé cette pratique sur le diaphragme, d'ailleurs on a reparlé levés de tension. Oui on les a revus en Mackenzie et en thérapie manuelle et viscérale. Puis à l'école ça dépend du formateur aussi. Mais les formations je trouve que ça sert à ça : à cibler ce dont on a besoin. »

LP : « Ok, très bien. Et du coup on va commencer avec un thème que j'ai appelé diaphragme et lombalgie. Donc, si je vous dis lombalgie et diaphragme que me répondez-vous ? »

E3 : « Euh... une des clefs, une des clefs des lombalgies résistantes. Quand vous avez une cause à votre lombalgie, bah voilà, quand vous avez une lombalgie classique, style mauvais port de charge bah c'est souvent le disque. Mais pour une lombalgie résistante ça va souvent venir d'une dysfonction diaphragmatique. Pour la simple et bonne raison que le diaphragme on le considère souvent QUE dans la fonction inspiratoire, donc intéressant dans le port de charge mais il a aussi toute sa fonction en viscérale, le brassage viscérale, intestin, foie ect... En s'abaissant il va pomper de façon à aider la fonction viscérale. Et on sait, qu'une constipation peut entraîner des lombalgies, on sait que le foie élimine les toxines, et si elles ne sont pas éliminées elles vont avoir des répercussions sur les articulations les plus fragiles entre guillemets. Après il y a une autre sphère à prendre en compte c'est la sphère psycho-affective. Au niveau thoracique tu as ton péricarde, qui s'insère sur le diaphragme. Tu as un choc émotionnel et de là tu as un point au cœur pour parler vulgairement, c'est-à-dire que ton péricarde se verrouille. (gestes). Donc à chaque fois que tu vas essayer de respirer, et donc d'abaisser ton diaphragme, tu vas tirer sur cette structure qui est douloureuse. Et donc à force ton diaphragme s'abaissera plus, il ne pourra plus abaisser. Et de là ça a des répercussions sur beaucoup de choses notamment sur les lombaires puisqu'il s'insère dessus par les piliers. Oui donc on a toute la partie anatomique évidemment : avec les deux piliers, puis les impacts sur les fascias et évidemment la notion de chaînes musculaires ... Après comment traiter ? c'est tout un tas de techniques. »

LP : « Parfait, on les verra ensuite (sourir). Et pensez-vous que les autres kinés ont un raisonnement similaire ? »

E3 : « Pas du tout (silence) »

LP : « Pas du tout ? »

E3 : « (rires) Non moi si j'en suis là, c'est tout un déroulement de formation en formation. J'ai beau en causer avec des confrères... euh... Pour la plupart ça paraît d'une simplicité monstre même les stagiaires trouvent ça simple et pourtant je ne vois pas ces techniques autour de moi, les patients n'ont jamais vu non plus et les stagiaires non plus. Si, les kiné-ostéos ont un peu ce raisonnement. Mais moi, dans la dynamique la différence avec ces kinés-là, c'est que je vais travailler beaucoup plus en fonction sûrement par ma première formation, qui est le Mackenzie, je vais demander beaucoup d'auto-exercices au patient pour qu'il retrouve une certaine dynamique tout seul. Alors qu'un kiné-ostéo va dire, voilà je vous ai fait la manip qui va bien et c'est fini. C'est un peu le mythe de l'ostéo qui a des gants en or et qui règle tout d'un coup. Alors moi, c'est peut-être scandaleux voire honteux, tout ce que tu veux, mais je touche de moins en moins mes patients, mais moi je trouve ça terriblement efficace. Après quand tu sors de l'école, tu es obligé de toucher, tu as besoin de savoir qu'est-ce qui fait bouger quoi ect... Mais petit-à-petit avec l'expérience tu peux travailler quasiment que avec le mouvement. »

LP : « Je vois. Mais vous me disiez que tous les kinés ne raisonnaient pas de la même façon ou du moins ne résonnaient pas comme vous, par rapport à la lombalgie et au diaphragme, mais selon vous quels éléments font consensus et quels éléments font débat ? »

E3 : « Aucune idée... J'en ai aucune idée, ça fait longtemps que j'ai ma pratique, mais ça fait aussi longtemps que je n'ai pas mis le nez dans les recommandations. Je sais que le McKenzie était une technique recommandée il y a un petit moment mais je pense qu'il y est toujours. Je dirais que et ce qui fait débat c'est... l'intérêt de la kiné aujourd'hui, si on continue à pratiquer comme certains de mes confrères le font, un jour la kiné ne sera plus remboursée. Je veux dire des gens qui traitent une lombalgie avec une thérapie manuelle sur L1, L2, du massage doux ou en mettant des électrodes là ça peut faire débat oui ... Il y a toute la sphère bio psycho-sociale à prendre en compte. Et ça dans toutes les formations qui évoquent la lombalgie j'en ai presque j'aime entendu parler. Après il y a quand même des choses intéressantes, la fasciathérapie ou les levées de tension au niveau du diaphragme je pense que ça peut être très intéressant et que ça marche mais tu restes dans la passivité du patient. Et ça en général tu as une amélioration de quelques semaines puis ça revient. Tant qu'il n'a pas appris à se prendre en charge ... T'obtiendras rien, tu vas tourner en rond. Après une des sources de problématique du diaphragme, facile à comprendre, c'est la grossesse, un bébé qui prend de la place, qui empêche de respirer correctement. C'est facile à comprendre tu as un gros ballon qui empêche le diaphragme de descendre. Après chez d'autres personnes c'est la statique, notamment les femmes qui ont souvent une respiration très haute pour « pouvoir rentrer leur ventre », mais du coup à moyen terme, elles se bloquent le diaphragme. Puis après très important, tu as toute la partie émotionnelle, qui sont monstres dans le diaphragme si tu veux libérer un diaphragme, tu seras obligé de passer par l'émotionnel, pour moi c'est la clef principale. Oui, c'est ta source la respiration, c'est ce qui règle le problème du diaphragme justement, d'ailleurs c'est pas pour rien que les gens vont faire du sport pour aller bien, là ils sont obligés de respirer à fond quoi. Et à ce moment-là ils se débloquent eux-mêmes le diaphragme ou alors ils entretiennent une mobilité quoi. Et donc le sport monté à un niveau de respiration suffisant permet d'éviter la lombalgie. Oui c'est ça quand tu as un diaphragme qui bouge dans toutes ses amplitudes. Quand tu regardes la natation, tu es obligée de t'améliorer dans ta fonction diaphragmatique. »

LP : « D'accord, ok. Le second thème concerne le bilan. Qu'est-ce que vous faites comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E3 : « Alors ... Je ne mesure rien. Oui je sais c'est une erreur, à l'école on m'aurait sûrement tapé sur les doigts. (rire). Je pense que ça sert à rien surtout. En bilan, première chose je cherche à connaître l'événement déclencheur et la plupart du temps c'est l'événement déclencheur qui me donne la solution. Euh... Donc déjà là ça nécessite une bonne analyse. Je me renseigne aussi sur le poste de travail, ou la répétition des tâches. Puis il faut savoir si le patient bouge en dehors de ses heures de travail. Après je fais des tests d'amplitude, debout, test de flexion simple au max, extension simple debout au maximum, inclinaison. Pour les lombalgies les rotations je l'ai fait quasiment pas. Après je fais des mouvements répétés par série de 10. Et là tes réponses au bilan sont déjà en train de changer. Et en même temps ça permet de réduire une certaine kinésiophobie notamment pour l'extension. Donc voilà pour le premier bilan, après si j'ai une lombalgie qui résiste, lombalgie, lombosciatique, lombalgie avec névralgie, je vais aller dans l'extensibilité des membres inférieurs, je vais faire des tests de mise en tension neurologique. Ça généralement c'est à la troisième ou quatrième séance. Après je vais pas forcément rechercher un diaphragme tout de suite, ça va vraiment être en fonction de l'anamnèse. Voilà. »

LP : « D'accord et justement quels éléments de l'anamnèse ou quels éléments physiques vous conduisent à considérer le diaphragme ? »

E3 : « Alors dans l'anamnèse, euh... ça va être une lombalgie liée à un traumatisme, une grosse chute dans le passé, ça peut spasmer un diaphragme, ou un traumatisme psychologique. Ça va être euh ... j'ai mal au dos depuis que papa est décédé, j'ai eu un gros stress à cause de ... dans l'enfance aussi parfois et ça ressort seulement maintenant, la lombalgie devient une conséquence. Enfin il y en a pas mal des anecdotes comme celles-ci. Non vraiment ça va loin parfois, tu peux avoir des histoires de violence, de violences sexuelles parfois. Et là quand c'est comme ça, que tu as des traumatismes émotionnels, tu peux presque être sûr d'un diaphragme. Du moment que tu as un mal être, même des choses je suis pas bien dans mon boulot, j'ai changé de poste ect... Ben par le fait tu as un verrouillage émotionnel et un verrouillage du diaphragme. C'est pas pour rien qu'on dit que le centre phrénique est le centre des émotions. Voilà »

LP : « Oui je vois, enfin ça ne doit pas être toujours simple d'amener le patient sur des choses comme celles-ci. »

E3 : « Oui oui clairement, ça va vraiment être la clé de l'interrogatoire qui va t'amener sur un diaphragme. Mais ça se fait rarement dès la première séance. Oui du coup la lombalgie devient une conséquence de tout ça mais parce qu'il ne pouvait pas faire autrement... le mouvement du diaphragme n'était plus permis. »

LP : « Hum ok, est concernant les éléments physiques ? »

E3 : « Bah simplement l'incapacité à respirer en diaphragmatique. Tu regardes déjà comment la personne respire, déjà par le visuel, si déjà la personne est en respiration haute ou en costale mais latérale tu sais (gestes), les ailes s'ouvrent comme ça, c'est-à-dire que le diaphragme ne s'abaisse pas. En fait tu as une inversion du point de fixation central, comme il peut pas descendre, et bah ça s'élève comme ça. (gestes) Comme c'est verrouillé en haut aussi bah t'es obligé de faire ça ... d'élever en latéral. Ou les sanglots du nourrisson aussi, il a une respi haute super rapide et le diaphragme se bloque. Les enfants asthmatiques aussi, quand t'as une détresse respi tu les vois respirer comme ça. Et c'est vrai que j'ai vu principalement des femmes respirer très haut, et ça peut aussi faire un blocage de première cote. Chez les hommes j'ai l'impression qu'on a plus des verrouillage bas avec un placard abdominal, le psycho-émotionnel il est là chez eux. Mais c'est impressionnant c'est des

gens femmes hommes tu leurs poses les mains sur le ventre et ils sont incapables de respirer en diaphragmatique. Et c'est quand même des choses qu'on voit souvent, tu vas dans des traumatismes de longue date. Ah, et tu as un point aussi sur le sternum il y a des gens à la palpation, tu peux pas leur toucher le sternum... Bon après j'ai l'impression que c'est plus les femmes quand même qui ont font des bocages du diaphragme. »

LP : « Ok, d'accord, Vous avez terminé ? Ou il y a d'autres éléments physiques ? »

E3 : « Non mais après si t'as d'autres pathologie associées : un asthme, un ancien pneumothorax, faut voir les antécédents quoi... Et ces pathologies-là peuvent t'amener à une dysfonction du diaphragme qui t'amènera ensuite à une réaction en chaîne et à des problèmes au niveau lombaire. Après si t'as un doute, tu auras tout intérêt à aller vérifier on palpatoire, mais c'est désagréable pour le patient, en général ils aiment pas trop. »

LP : « D'accord, très bien, mais du coup votre bilan, selon vous, il est spécifique ? »

E3 : « Non, regarder quelqu'un respirer ça fait partie de la kiné de base et cette histoire de stress si ton anamnèse est bien faite tu la retrouve. Même le fait de après le guider dans sa respiration c'est donné à tout le monde. »

LP : « (acquiesce) On va passer au troisième thème qui concerne les techniques de traitement. Comment prenez-vous en charge le diaphragme dans la lombalgie ? »

E3 : « Alors euh ... (air hésitant) j'ai un truc à moi, pas très conventionné, j'attache mes patients (rires). Quand j'ai fait ma formation de thérapie manuelle viscérale, on nous avait montré une technique de relâchement du diaphragme en créant une pince, un serrage au niveau costal et en tenant comme ça (gestes). Et on nous avait dit « vous tenez une à deux minutes sur plusieurs cycles respi comme ça. Ça m'a vite fatigué. En gros tu tiens comme ça pour créer un cerclage manuel des côtes basses, en plus ça te tétanise les bras et les pecs. Puis tu es au-dessus du cortège de madame, non bof pas terrible. Puis je trouve pas ça très relaxant pour le patient. Et du coup comme j'avais déjà des ceintures qu'on utilise en McKenzie, bah voilà. Tu as peut-être déjà vu. Du coup, je fais souffler le patient au maximum et je serre la ceinture, en position cotes abaissées au maximum. Et là il n'a pas le choix il est obligé de respirer en diaphragmatique. Donc voilà, et le patient se relâche automatiquement. Donc voilà comme ça dans un premier temps t'as réussi à obtenir ta respiration abdomino-diaphragmatique. Ça recrée le mouvement le pompage sur les viscères et ça fait surtout sentir au patient qu'il est capable de respirer comme ça. Donc ensuite tu fais le mouvement sans la ceinture et tu l'invites à respirer comme ça le soir dans son lit. Et je suis convaincu que si tu arrives à respirer comme ça en t'endormant, tu respire comme ça le restant de la nuit. Après tu peux le faire qu'avec des patients qui veulent bien se donner le temps de le faire. Parce que tu peux le faire à chaque séance pas de souci mais si il se passe rien derrière... (gonfle les joues). Donc voilà pour la respiration c'est ma technique après tu as le massage des points péricardiques (gestes). Tu mets tes mains comme ça, et tu crées une pression en huit en quelque sorte. C'est une pression très légère hein toute façon les gens qui sont tendus à ce niveau-là tu pourras pas appuyer très fort. Tu peux aussi faire un travail de stretch, ça c'est pas mal. C'est pour lever la tension aussi, tu le fais inspirer et souffler au maximum et toi avec tes mains tu lui maintiens sa position expi au niveau du thorax, et au moment où il inspire, assez fort, et que tu sens une tension, tu lâches d'un coup. Et en fait ça fait un stretch reflex qui va libérer tout ça, et ça va normaliser, redynamiser le diaphragme. Et honnêtement ça marche bien. »

LP : « J'allais vous demander de me décrire vos techniques donc je pense qu'on est pas mal ou vous voyez autre chose ? »

E3 : « Non c'est ça, c'est tout ce que je vous disais. »

LP : « Ok merci, et concernant vos axes et plan de traitement ? »

E3 : « Euh... (silence, air septique), par rapport au diaphragme ? bah déjà il faut savoir que tu passes jamais une séance complète sur un diaphragme. A moins d'avoir une personne qui arrive, fin stressée, fin angoissée ... Là tu pourras faire un peu de relaxation par exemple, et petit à petit tu vas lui rétablir sa fonction diaphragmatique ou plutôt sa respiration diaphragmatique. Après pour un lombalgique à proprement dit je fais des techniques euh... des mouvements répétés, dans 90% des cas se sera de l'extension, et puis à partir du moment où tu fais de l'extension lombaire tu agis un peu sur ton diaphragme, après si j'ai trouvé d'autres déficiences comme des hypo extensibilités, manque de forces je vais dessus. Après si je vois qu'il y a encore quelques restrictions ou douleurs, que c'est résistant je vais aller chercher le diaphragme. On va dire que pour la respiration, tu le travailles dès la première séance si tu vois qu'il est en thoracique, qu'il n'a pas de respiration abdominale. Mais après... effectuer un travail manuel sur le diaphragme, le péricarde euh... ou le sternum tu le fais que s'il reste des douleurs à la fin de ta prise en charge, au bout d'une semaine un peu près. Enfin moi en tout cas c'est comme ça. Ça c'est donc... enfin sauf cas particulier ou tu as vraiment quelqu'un qui arrive avec un gros stress. »

LP : « Ca marche. Le dernier thème est sur l'évaluation des techniques. Comment évaluez-vous votre prise en charge ? »

E3 : « La douleur (l'air persuasif), la douleur c'est le premier facteur de réponse d'évaluation. Une séance doit avoir un résultat et c'est pas forcément mesurable, c'est visible. Moi j'utilise beaucoup la centralisation de la douleur. Tu dois être à jour là-dessus c'est actuel. En fait c'est extrêmement simple, si tu prends ton anatomie, tu mets un trait de crayon sur la zone de ta douleur, du point le plus distal au plus proximal de ta racine nerveuse. En une séance ta douleur devra s'être rapprochée de la zone la plus proximale de ta racine. Si ta racine est là (geste) hop ta douleur doit passer là. Si tu as mal jusqu'au pied en fin de séance tu dois être au genou ou à la cuisse. Si t'es restée au pied t'as rien avancé du tout. Ça va tu me suis ? »

LP : « Oui oui on avait eu une petite approche là-dessus en cours. »

E3 : « Oui donc voilà la douleur des patients pour moi c'est ce qu'il y a de plus facile et logique à évaluer. Après évidemment tu as le gain d'amplitude et surtout l'harmonie du mouvement. »

LP : « Et de vos patients, par rapport au traitement du diaphragme, quel retour avez-vous ? »

E3 : « Pas de retour par rapport à ça... La respiration c'est physiologique ils ne se sentent pas respirer donc ils vont pas forcément t'en reparler derrière. Faut avoir conscience sur ta respiration si vraiment tu veux sentir, ou des gens qui étaient dyspnéiques à la rigueur. Mais après en ressenti pure t'as l'amélioration de la douleur qui te disent ça c'est sûr. Après pour moi c'est vraiment de l'affinage le diaphragme. Après toi si en tant que kiné, tu arrives à les faire se recentrer sur eux-mêmes, se relaxer et tout ça c'est déjà énorme. et je pense qu'actuellement pour être efficace on aura de plus en plus besoin de ça. Après tu peux faire le lien avec d'autres professionnels, j'ai déjà eu un retour de psychologue. »

LP : « Et concernant les médecins ? »

E3 : « Non pas de retour. Non à partir du moment où t'arrives à soulager la lombalgie eux ils sont contents après ce que tu fais, comment tu le fais ... Eux ils s'en foutent. Mais si tu arrives à soulager même les lombalgies les plus résistantes, à leurs yeux tu es le roi du pétrole. (Sourire). D'autant plus que tu as des gens qui vont consulter toutes les 5 minutes leur médecin traitant pour des lombalgies, ça peut devenir vite chiant pour le médecin, c'est des gens qui vont demander des arrêts de travail, donc si toi t'arrives à soulager ça t'as tout gagné. Et ça peut importe les techniques. »

LP : « Oui je vois... (sourir) Et concernant la recherche, selon vous, que serait-il intéressant de mener ? »

E3 : « (siffle, bouche bée). Mis à part vérifier la respiration ... euh ... non c'est très compliqué à mettre en place mais tu pourrais imaginer un protocole sur des lombalgiques, avec un travail trois fois par jour de respiration diaphragmatique et pourquoi pas d'un travail sur le diaphragme, et puis pourquoi après évaluer sur un questionnaire de qualité de vie. Mais t'auras pas grand-chose d'autre. »

LP : « Oui donc là pour le coup ça reste du qualitatif. »

E3 : « Bah après pourquoi pas des mesures de l'ampliation thoracique pour vérifier, mais pour nous kiné ça nous prendrait beaucoup trop de temps. Et c'est assez compliqué à mettre en place je pense mais pourquoi pas. Après il faudrait que ce soit toujours la même personne qui prenne les mesures ect... Après regarde les asiatiques, ils ont des programmes quasi quotidiens de respiration de yoga de tchi kong et il paraît que c'est des gens qui se portent très bien. D'ailleurs moi j'ai des patients qui s'y mettent de plus en plus. »

LP : « Oui oui. D'accord en effet ... Ben on a fini, est-ce que vous souhaitez apporter des éléments qui vous semblent pertinent mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ? »

E3 : « Ouais, Il y a un truc qu'on n'a pas évoqué, c'est ma formation d'hypnose qui m'y fait penser t'as des gens qui ont un verrouillage inconscient, un vrai verrouillage émotionnel et quand t'arrives à déverrouiller... Ça t'en a qui pleurent en a qui respire d'une façon t'as l'impression qu'ils sortent de l'eau. Ça me fait penser à ça parce que ça m'est arrivé de traiter des diaphragme et j'ai déjà eu 2 ou 3 patients pour lesquels il y avait un vrai blocage du diaphragme et une fois libéré ils se sont mis à pleurer. Et là je pense qu'on a vraiment un truc à creuser. Et une fois que tu as trouvé ça je pense que tu peux dire que tu as tapé dans le 1000. Tu peux te dire que tu as libéré énormément de choses. Et en séance, ça ça arrive souvent quand t'as un grand bâillement qui se produit tu sais que t'as gagné aussi. C'est le relâchement complet, et t'as pleins de problèmes autour qui vont se résoudre c'est pas pour rien que je te disais que pour moi le diaphragme c'est la clé et c'est la clé de pleins de problèmes. On va dire que c'est la deuxième clef avec le bassin, t'as beaucoup de choses qui en découle et faut que ce soit mobile. »

Entretien 4 (réalisé le 29/10/20) :

LP : « Bonjour, tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat. Pour rappel, vous serez enregistré afin je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

E4 : « Euh... Non aucune allons-y, d'autant plus que j'ai un patient à 14h00. »

LP : « Pas de problème nous serons dans les temps, et si vous avez peur de manquer de temps on peut reporter sans soucis. »

E4 : « Non non c'est très bien comme ça. »

LP : « Alors, pour commencer je vais vous demander des informations sur votre expérience : année et lieu d'obtention de votre diplôme et le nombre et les intitulés de vos formations réalisées, ainsi que si vous avez des pratiques spécifiques. »

E4 : « Ouh là... (gros yeux) Je suis sorti de l'école en 1985, je suis de l'école de Nancy et concernant les formations... (silence) elles sont nombreuses... (silence) Bon on va dire ... ostéopathie, drainage lymphatique, la rééducation posturale globale, la thérapie de Sohier, quelques-unes en respi ... (silence) je ne vais pas toutes vous les citer il y en a une dizaine et ça date un peu... »

LP : « Merci, et concernant votre mode d'exercice et le type de pathologies rencontré au cabinet ? »

E4 : « J'ai presque toujours eu mon propre cabinet, on va dire que c'est un cabinet multi pathologie. C'est très varié, on soigne de tout. Et vu la situation si vous aussi vous voulez ouvrir un cabinet un jour vous avez intérêt à prendre tout type de patient (rires). Ah, par contre je pense que c'est intéressant pour vous de savoir que le traitement du diaphragme et surtout le fait de rééduquer avec la RPG m'ont pas mal aidé quand j'ai des jeunes patients scoliotiques. C'est l'une des pathologies que l'on rencontre au cabinet, et sur ces patients j'aime bien traiter de cette façon, enfin pour ma façon de faire, j'imagine qu'on en parlera ensuite après la présentation. (Sourire) »

LP : « Oui effectivement on évoquera les techniques de traitement par la suite. Et concernant la première fois que vous avez entendu parler d'un traitement du diaphragme, dans quel contexte et ou c'était ? »

E4 : « À l'école un petit peu je dirais, oui c'est ça à l'école. Par contre, j'ai vraiment commencé à le pratiquer après et lors de ma formation de RPG, un peu prêt 10 ans après avoir eu mon diplôme. Oui puis là c'était plus spécifique à la lombalgie et au rachis par contre. »

LP : « Super je vous remercie nous allons commencer avec le premier thème, il s'agit du diaphragme et de la lombalgie. Alors, si je vous dis lombalgie et diaphragme, que me répondez-vous ? »

E4 : « Alors... Déjà, c'est un élément essentiel, oui un élément central. Je commencerai par évoquer l'anatomie, forcément le diaphragme s'insère sur les lombaires enfin ses piliers. (Écartes les mains) Il fait partie du caisson abdominal avec le diaphragme pelvien c'est pour ça que le psoas euh... diaphragme pardon est super important postuellement parlant notamment chez la femme enceinte. Vous voyez j'ai sûrement fait un lapsus, le psoas aussi est super important ils travaillent en synergie ces deux-là. Ensuite, en plus de l'anatomie je parlerais de l'aspect psychologique. Vous remarquerez que dans la lombalgie l'aspect psychologique, qui à mon sens n'est pas assez pris en compte, alors qu'on retrouve souvent des fragilités au niveau de l'anamnèse. Il est important. Et justement des fragilités psychologiques auront un impact sur le diaphragme et le centre phrénique. Ça va être souvent des gens non qui auront une allure un peu repliée sur eux-mêmes comme ça. (silence). La dysfonction du diaphragme pour moi, on peut la rencontrer dans tous les types de lombalgies après faut pas qu'il y ait une réelle cause bien sûr, cancer ou je ne sais quoi. On peut évoquer aussi le terme de diaphragme spasmé. Un diaphragme spasmé sera presque toujours donneur de lombalgies. Donc c'est une clef pour le kiné. »

LP : « Qu'entendez-vous par diaphragme spasmé. »

E4 : « Bah... pour faire simple, si votre diaphragme est bloqué sur l'une des courses, en inspi généralement. (acquiesce) Oui, c'est presque toujours en inspi. À ce moment-là, il est en position raccourcie. Par manque de mobilité diaphragmatique vous allez tirer sur vos piliers. Avec le temps les douleurs vont arriver, donc ce sera surtout un problème chronique qui va vous donner votre lombalgie. »

LP : « D'accord, et pensez-vous que les autres thérapeutes ont un raisonnement similaire ? »

E4 : « Non. (silence) Non c'est évident, on raisonne tous différemment en fonction de nos formations, de notre parcours. Et puis, je vous parlais de l'aspect psychologique et ça malheureusement peu de kinés le prennent en compte alors que pour ce genre de pathologie c'est une clé. L'anxiété, l'angoisse vont avoir un tel impact sur le diaphragme et la lombalgie justement. Mais je sais, les kinés d'aujourd'hui n'ont pas le temps... Et puis c'est au bon vouloir de chacun de se former. On a tous une expérience aussi et c'est ça qui va façonner nos techniques. Je ne juge pas mais plus vous serez formé et meilleur vous serez alors ceux qui veulent rester sur leurs savoirs de base je ne sais pas comment ils font. »

LP : « Et pensez-vous que certains éléments font consensus et d'autres font des débats dans la lombalgie et le diaphragme ? »

E4 : « Alors la... (l'air étonné) (silence) ... Je n'en ai aucune idée. L'anatomie fait sûrement consensus mais on travaille tous différemment. Je ne connais personne qui critique ma pratique mais je ne connais personne qui fait la même chose, alors bon. Si, ceux qui ont fait la formation de RPG comme moi mais on est peu. Non vraiment je ne sais pas répondre. (rire). Mais je ne pense pas que ça puisse mener à un débat. »

LP : « Pas de soucis, le second thème concerne le bilan. Que faites-vous comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E4 : « (fronce les sourcils) Bah, le bilan classique appris à l'école. Anamnèse, douleur, le bilan statique après on demande de faire des mouvements, le type de respiration euh... des choses comme ça quoi. Si votre patient est dyspnéique sans problème pulmonaire aussi des éléments comme ça. Moi je vais vous dire, rien que de voir le patient qui rentre dans la pièce qui enlève ses chaussures on voit déjà beaucoup beaucoup de choses. Puis dans l'anamnèse évidemment. L'anamnèse elle va vous conduire à la source du problème, d'ailleurs faudra pas oublier de lui demander ses antécédents. En général ça en dit long. (silence). Faut savoir si il y a eu une chute violente, si il a des antécédents respi. Oui surtout les antécédents respi, des anciens enfants asthmatiques par exemple ou même avec des troubles ORL, les enfants qui respirent toujours par la bouche à cause d'un nez bouché ou des sanglots. Ces personnes-là, elles ont jamais respiré correctement avec leur diaphragme. C'est là qu'on retrouve des spasmes. (silence). Ah, et les gens stressés aussi. Évidemment on retrouve énormément de personnes qui n'ont pas de respiration abdomino-diaphragmatique dans ces gens-là, et ça c'est souvent un signe la dysfonction. D'ailleurs dès qu'on vient palper un peu les coupoles ça fait mal. (Montre l'endroit) »

LP : « Et dans les éléments physiques, qu'est-ce qui vous y conduit ? »

E4 : « Comme je vous disais, le type de respiration en dit long, faut voir si en lui demandant de corriger il est capable de respirer en abdo et là on saura si le muscle est en inspi ou expi et on confirme par la descente et la remontée des coupoles à la palpation. La douleur aussi. Puis on va retrouver des grosses cordes lombaires à l'examen physique. Le patient va se pencher en avant vous allez avoir un gros méplat au niveau lombaire. Ça c'est les piliers qui tractent. »

LP : « Quel que soit le patient, Le diaphragme est systématiquement évalué ? »

E4 : « Non c'est ce que je vous disais, ce sont certains éléments physiques qui vont vous amener à venir le palper. Après forcément si la personne nous dit qu'elle est stressée ou qu'elle a des antécédents respi là forcément on ira voir le diaphragme. Ou même des gens, dyspnéiques alors qu'ils n'ont aucune raison de l'être, on peut se poser la question. Ou alors sur des lombalgies que les

collègues ont déjà essayé de traiter ou sur lesquelles on rencontre des difficultés, des douleurs qui persistent malgré nos traitements, là le diaphragme peut être en cause. C'est là que le traitement manuel par du MTP, des étirements tout ça va nous aider. »

LP : « On y arrive (sourir). Concernant les techniques de traitement, comment prenez-vous en charge le diaphragme dans la lombalgie ? »

E4 : « Alors déjà ça va être, essayer de retrouver une respiration abdomino-diaphragmatique en guidant le patient et cette technique là il devra être capable de l'effectuer même dans les différents exercices. Et ensuite on en vient à la RPG. (silence). Je ne sais pas si vous connaissez en fait ça consiste à mettre le patient dans une certaine posture et lui demander différents types de respiration. C'est Souchard un élève de Mézières, Françoise Mézières qui a découvert cette technique. Du coup si vous connaissez des kinés méziéristes, ils auront sûrement un peu la même approche. »

LP : « Allez-y je vous laisse développer. »

E4 : « Donc si on commence par les membres inférieurs, ça le patient il peut les étirer tout seul donc on demande de faire une certaine position avec ses membres inférieurs, nous le kiné on va s'occuper des membres supérieurs et des cervicales pour l'étirement. Ça correspond aux muscles que vous connaissez, trapèze ect. Donc ensuite il faut que le patient soit capable de réaliser différents types de respiration. Et pour bien mobiliser le diaphragme on va lui demander par exemple de rentrer le ventre et ensuite d'inspirer et d'expirer quand le ventre est gonflé. Enfin ça ce sera déjà quand il sera capable, enfin quand il aura un bon niveau dans les exercices de respiration, ça permet de travailler contre résistance aussi. Plus le diaphragme sera mobile meilleur sera le traitement (gestes). Mais vous avez bien compris que pour obtenir ça il faut déjà bien travailler la respiration et avoir une respiration abdominale correcte.»

LP : « Autres choses ? Tout à l'heure vous me parliez de traitements manuels ? »

E4 : « (air réflexif) Alors oui. On va utiliser le MTP, ou plutôt on va faire des traits tirés en sous costal. On va pouvoir étirer le diaphragme contre résistance aussi. Et ça si le patient a un réel problème diaphragmatique, ça va être très compliqué de rentrer au début. On va placer nos doigts sous les côtes, en se mettant à la tête du patient, on va exercer une traction avec notre poids du corps un tractant vers la tête du patient, et on lui demande d'inspirer pour faire descendre le diaphragme. Il y a aussi le stretch reflexe qui va être une technique relativement efficace aussi. Vous vous placez à la tête du patient vous lui demandez de grandes inspirations, de grandes inspirations, petit à petit bloquer le thorax vers le bas et lors d'une grande inspi vous lâchez d'un coup. Vous avez dû la voir à l'école cette technique. »

LP : « Super, merci. Mais qu'en est-il de vos actes et plan de traitement. »

E4 : « Euh... (silence) Alors déjà il faut savoir (air réflexif), il faut savoir que dans une même séance il y a pleins d'autres choses à faire, retrouver de la mobilité, des étirements des membres inf, du psoas notamment on en parlait tout à l'heure. Vous ne pouvez pas travailler un et pas l'autre. Et puis en ce qui concerne la RPG une fois que le patient est bon dans une posture on passe à une posture plus difficile. En général je prends mes patients 2 fois par semaine. Et à la maison mis à part des exercices de respiration, c'est compliqué pour le patient le travail et le diaphragme en auto-exercice mais il aura pleins de choses à travailler à côté. Après, c'est un peu dur de vous répondre je n'ai pas de réel plan (l'air confus). »

LP : « Oui je vois. On va passer au dernier thème qui concerne l'évaluation des techniques. Pouvez-vous me dire comment évaluez-vous votre prise en charge ? »

E4 : « Euh... Comment ça ? (Fronce les sourcils) Je refais un bilan classique que vous connaissez, en plus rapide évidemment. Et puis c'est le patient qui vous le dit. (silence). Oui ça va être surtout la douleur en fait. Pour l'amélioration des amplitudes généralement ça vient après. Vous savez pour moi les patients sont les plus experts de leur douleur, donc si ils vous disent qu'ils sont soulagés c'est que vos techniques ont été efficaces. Et après un traitement du diaphragme c'est souvent le cas. J'ai des bons retours de mes patients. »

LP : « Et les médecins ? Vous avez un retour des médecins ? »

E4 : « Oui ça arrive qu'ils m'envoient des patients pour des lombalgies compliquées. Dont un qui sait que je pratique la rééducation posturale. (silence). Après la plupart des médecins ne savent pas ce qu'on fait mais si ils voient que ça marche ils envoient. Mais c'est souvent les patients qui reviennent d'eux-même, même parfois 5 - 6 ans après. Certains même vous demandent de refaire les mêmes techniques. »

LP : « Très bien, et concernant la recherche, que serait-il intéressant de mener ? »

E4 : « Ouh là... (silence). J'ai droit à un joker ? (sourire) »

LP : « (sourire) Y aurait-il des pistes pour prouver ces liens, ces techniques ? »

E4 : « Je sais pas moi, questionner les patients, comment ils se sentent dans leur vie au quotidien avant et après un traitement. Faire des questionnaires. Puis la recherche comme vous dites... parfois on ferait mieux de laisser parler la pratique et l'expérience. Le patient lui il se fiche de tout ça il a mal il veut qu'on le soigne c'est tout. Et puis à l'école tout ce qu'on vous enseigne tout n'est pas prouvé hein. Même vous qui êtes jeunes, et qui allez sortir de l'école toutes les techniques qu'on vous a apprises ça m'étonnerait qu'elles soient toutes prouvées. La preuve vous commencez à faire de la thérapie manuelle et on vous parle de chaînes musculaires je crois, donc de fascia. Puis pour les liens, on a l'anatomie tout de même... »

LP : « Ça commence justement on essaie de prouver les choses, on apprend à se renseigner sur des choses prouvées sinon on peut aller dans n'importe quelle direction ... Vous voyez ? On a terminé je vous remercie pour vos réponses en tout cas. Voulez-vous apporter des éléments qui vous semblent pertinents mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ? »

E4 : « Non je ne pense pas. Vous savez le diaphragme on pourrait en débattre pendant des heures. Comme dans plusieurs formations que j'ai faites on nous dit que c'est un élément central. Et en effet j'ai pu remarquer avec mon expérience qu'il peut vraiment engendrer des problèmes des pieds à la tête. On en parle dans la formation ostéo aussi mais d'une autre façon que j'aime moins aborder. Par contre celle-ci m'a permis d'apprendre pas mal de choses sur le psoas en matière de traitement. Oui, il est tout aussi important que le diaphragme d'ailleurs. Après c'est un sujet très intéressant on pourrait en parler pendant plus longtemps. Et si ça vous intéresse vous pouvez passer au cabinet je vous explique je pourrais vous montrer plus de choses, un jour où j'aurai plus de temps. »

Entretien 5 (réalisé le 09/11/20) :

LP : « Bonjour, pour commencer je voulais vous remercier de m'accorder un peu de votre temps. »

E5 : « C'est avec plaisir ! (Grand sourire) »

LP : (sourire) Je suis donc étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat. Pour rappel, vous serez enregistré afin je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

E5 : « Non non, bah allons-y hein ! J'espère juste que je vous donnerai satisfaction. (Sourire) »

LP : « Après c'est vraiment votre point de vue que je cherche hein. (Sourire)»

E5 : « Vous avez fait avec combien de thérapeutes ? »

LP : « Pour le moment, quatre. »

E5 : « Et le but est d'en avoir combien ? »

LP : « J'aimerais en avoir huit, plus si j'ai le temps évidemment mais au moins huit ce serait l'idéal. »

E5 : « Vous n'avez pas pensé à contacter Mr P par hasard ? Il est kiné-ostéo et je sais qu'il traite le diaphragme et il donnait des cours à l'école par un temps en fascia ... Je vous donnerai ses coordonnées à la fin. Vous avez aussi monsieur C qui a fait la formation de Busquet. Bon, il ne travaille plus mais je pense qu'il pourrait vous donner beaucoup d'éléments. »

LP : « Oui, il enseigne toujours à l'école, j'étais allée le voir justement pour mon mémoire. Pour monsieur P, oui je veux bien on en parlera à la fin. »

E5 : « Oui il est vraiment bien, bon alors, on y va (sourire). »

LP : « Oui (sourire) alors pour commencer je vais vous demander de vous présenter en me donnant votre année et votre lieu de diplôme ainsi que les formations que vous avez faites et si vous avez des pratiques spécifiques. »

E5 : « 2006, c'était à Nancy. Donc j'ai fait les formations des chaînes physiologiques de Busquet, après j'ai fait la formation Mackenzie diplômante avec les quatre parties. Puis d'autres formations insignifiantes pour votre mémoire, des petites formations à distance de neuro ou sur des appareils. »

LP : « Ah oui Busquet et Mackenzie ? il n'y en a pas beaucoup qui font les 2. (Coupée par l'interlocuteur).»

E5 : « Après je vous avoue que je suis pas une adepte de McKenzie étant donné que c'est des méthodes qui ne touchent presque pas le patient. Mais cette formation m'a aidé dans le sens où c'est plutôt pour des douleurs aiguës alors qu'en Busquet on ne retrouve pas trop cette partie aiguë. Donc tout ce qui est discopathies et tout ça Mackenzie c'est très bien. Après pour les chroniques, pour améliorer votre traitement et améliorer les bénéfices surtout il faudra changer souvent les choses au niveau de la posture, Mackenzie ira quand même chercher des postures mais pour la suite et l'amélioration du traitement il faudra quand même renforcer, réaligner, étirer, rechercher la source du problème, ce que ça engendre en viscéral vous voyez ça c'est important. »

LP : « Oui d'accord, et concernant votre statut au cabinet et les pathologies que vous rencontrez ? »

E5 : « Donc je suis titulaire au cabinet avec mon collègue. Au cabinet ça va être surtout déformation du rachis, rachialgie, posture, oui beaucoup de dos ou bassin. Et j'ai des patients de tous les âges. C'est varié après, neuro, pas mal de Parkinson, sport, respi ... j'ai une majorité de dos mais on reste général. »

LP : « Et concernant la première fois que vous avez entendue parler d'un traitement du diaphragme ? Dans quel contexte et où c'était ? »

E5 : « C'était pendant un stage de ma formation sur les chaînes physiologiques à Strasbourg en 2007 2008. Euh ... On l'a vu vite fait, vite fait à l'école mais à l'époque ils n'apportaient pas grande importance au diaphragme, du moins pour le rachis. Donc plutôt en Busquet oui. »

LP : « D'accord. On va donc pouvoir passer au premier thème qui concerne la lombalgie et le diaphragme. Si je vous dis lombalgie et diaphragme que me répondez-vous ? »

E5 : « Bah je dirais que c'est entièrement lié parce que si on considère le caisson abdominal comme quelque chose qui est important, bah ça fait partie du caisson abdominal. Dans notre prise en charge pour une lombalgie on va déjà essayer d'obtenir un état non douloureux puis ensuite on va renforcer tout ce qu'il y a autour notamment le caisson abdominal. Mais inversement un caisson abdominal trop fort peut aussi induire une lombalgie. Donc presque systématiquement lors d'une lombalgie je m'adresse au diaphragme, pour diverses raisons, on peut très bien avoir un diaphragme beaucoup trop tendu on dira hypertonique ou un diaphragme en position d'expiration et qui du coup serait hypotonique. Et ça ça peut être directement lié à un problème viscéral dans un sens ou dans l'autre. Un truc tout bête Monsieur X vient pour des lombalgies, on se rend compte qu'il a été opéré pour une appendicite, donc il avait sûrement des douleurs chroniques dues à son appendice. Du coup ce patient là même s'il a été opéré, il garde entre guillemets le mauvais pli si vous voulez. Donc ce monsieur-là, il va rester replié sur son ventre même si tout est résolu. Et à ce moment-là il va falloir rééduquer le cerveau à ne pas ou plus se focaliser sur son ventre. Je ne sais pas si vous avez déjà entendu parler de l'adaptation contenu contenant. Dans cette situation là le patient va être en repliement. Au niveau viscéral, on peut avoir deux cas, soit le patient cherche à avoir de place au niveau du ventre et du coup il y aura des adaptations qui se feront. Celui-ci, par exemple, qui cherche à avoir de la place au niveau du ventre il va recruter des chaînes d'extension, il va se pencher davantage en arrière, le diaphragme va remonter, le bassin va s'antéverser. Voilà pour la première réaction, après si le déploiement n'est pas suffisant, on peut avoir les chaînes d'ouverture qui vont rentrer en jeu, au niveau des épaules notamment. Donc le patient va avoir toute une posture due à son problème antérieur. Et inversement, s'il se replie dessus, pour avoir moins mal, comme on disait avec l'appendice, là il est en repliement, le diaphragme s'abaisse, le bassin en rétro et il aura une posture toute recroquevillée comme ça (imitation avec les épaules et le rachis enroulés, projection de la tête en avant). D'un cas à un autre la rééducation du diaphragme sera différente. Je dirais que celui qui est plutôt en repliement aura tendance à plus de problèmes type dérangement, des problèmes disco par exemple, parce que le nucléus va fuir davantage en postérieur. Ah et il y a aussi le carré des lombes et le psoas bien sûr à prendre en compte, par les liens anatomiques, les arcades, ces 3 muscles sont étroitement liés, si y'a un problème sur un, il y a forcément une répercussion sur les deux autres. Du coup, dans le traitement il faudra aller voir tout ça.

LP : « Et est-ce que vous pensez que les autres kinésithérapeutes ont un raisonnement similaire ? »

E5 : « Euh ... certainement pas (air affirmatif). Non je pense que non (négation de la tête). Quand on prend déjà à l'école, en quatrième année, vous ne vous ressemblez pas, vous avez déjà une manière de penser qui vous est propre. Déjà vous avez différents formateurs quoi et différents terrains de stage. Puis c'est différent, chacun de vous avez des choses qui vous plaisent plus que d'autres, des choses qui vous parlent plus que d'autres ... Ça vous arrive aussi de voir certaines pratiques et de se dire je ne ferai jamais ça... (rires). Déjà à ce niveau vous êtes très différents, et ensuite en fonction des formations on enrichit notre pratique et on est amené à faire des choix. Après je ne juge pas, mais avec les retours que j'ai des patients, visiblement il y en a beaucoup qui ne touchent plus leurs patients et ça c'est triste on est masseur kiné à la base. C'est pourtant bête on fait quatre ans

d'études on apprend à toucher et on apprend pleins de techniques et ne pas les réutiliser derrière ... »

LP : « Et selon vous, toujours dans le diaphragme et la lombalgie, est-ce que vous pensez qu'il y a des éléments qui font consensus et des éléments qui feront débat ? »

E5 : (air interrogatif) « Bah euh ... Sûrement que les thérapeutes qui comme moi prennent le patient dans leur globalité ne seront pas d'accord avec le fait que d'autres s'arrêtent à une seule partie du corps, à l'étage lombaire notamment. Y'en a peut-être qui se diront mais si c'est aux lombaires qu'il a mal pourquoi j'irais m'embêter avec tout ce qu'il y a autour, y'en a qui se satisfont de leur lampe infrarouge et des électrodes. Et il y en a qui vont essayer d'améliorer leurs pratiques en cherchant la cause et tout ce que ça engendre pour avoir un résultat sur le long terme. Il existe pleins d'ouvertures, pleins de méthodes et d'approches et on peut facilement s'adapter au type de patient. Et après dans ce qui fait consensus, il y a l'anatomie quand même, on peut se justifier par l'anatomie. Ça on a tous appris la même. »

LP : « Ok merci. On va passer au second thème, il s'agit du bilan. Que faites-vous comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E5 : « Alors, si j'ai une irradiation plus basse que le genou, je cherche pas je fais bilan McKenzie. Donc ce bilan-là, premièrement il consiste en une anamnèse qui nous permet de savoir ce que fait la personne dans la vie et ses loisirs, et du coup de connaître la position la plus fréquente du patient. Dans l'anamnèse, vous avez aussi une description complète de la douleur, avec ce qui l'aggrave, ce qui la soulage, à quel moment la personne a mal. Ah et tu cherches à savoir aussi comment et quand tout ça a commencé. Ensuite, dans ton bilan tu regardes la posture globale statique assise et debout. Puis tu regardes en dynamique, il faut demander aux patients de faire une flexion, une extension, des inclinaisons, des rotations. Et là tu vois les mouvements qui pêchent. Il faut lui demander aussi d'amener le bassin vers la droite et la gauche. Enfin voilà. Non il est pas mal le bilan Mackenzie mais pour des cas plus complexes ou alors des cas où les douleurs persistent je fais le Busquet. Donc celui-ci je sais pas si vous avez déjà vu, il se fait sur le patient debout spontanément mais on lui impose soit pieds joints soit genoux joints. Après on fait le bilan statique de dos, de face, de profil, ensuite en dynamique, le patient se penche en avant en arrière, par contre inclinaisons, rotations, beaucoup moins, c'est pas très important. Donc voilà on refait la même chose assis pour chuintier les membres inférieurs. On peut lui demander aussi, un bilan couché sur le dos : un coup on lui demande de porter ses bras au-dessus de sa tête pour voir l'adaptation à l'extension et un coup on lui demande de plier les jambes pour voir la flexion. Et quand il est couché comme ça spontanément vous pouvez voir si il y a un enroulement des épaules, si elles ne touchent pas la table ou si il a le bassin de travers. Et chez Busquet l'anamnèse aussi est importante. Voilà, donc ça c'est les 2 bilans que j'utilise et ça me suffit amplement. »

LP : « D'accord parfait, et quel que soit le patient le diaphragme est systématiquement évalué ? »

E5 : « Alors non ce sont certains éléments et puis il y a des patients qui vont très bien. Je regarde presque à chaque fois lors d'une lombalgie chronique, je touche mais s'il y a pas à aller chercher un diaphragme je vais pas y aller. Après j'ai l'impression qu'il y a des profils, des vieux antécédents respi, ou des patients très angoissés. Oui c'est vrai que je l'ai vu dans aucune littérature, mais des patients angoissés, la plupart auront un diaphragme bloqué. C'est plutôt empirique, c'est une constatation, mais les patients qui sont crispés, angoissés, bah ils vont avoir davantage le diaphragme bloqué hein. »

LP : « D'accord ok, et du coup... (coupée par l'interlocuteur)

E5 : « Ah et plutôt les femmes je dirais ... oui surtout les femmes et j'ai même déjà eu certaines qui se plaignaient de crampes carrément. (Projection tête en avant, air confus) Vous disiez ? (Sourire) »

LP : (sourire) « Non mais c'est intéressant c'est bien merci. Oui, dans votre bilan quels éléments vous conduisent à considérer le diaphragme ? (Coupée par l'interviewée) »

E5 : « Alors, on a aussi la palpation hein. Non alors, au départ quand vous regardez votre patient vous pouvez avoir la présence d'ailerons de Sigaud, se sont des côtes qui rebiquent comme ça (gestes au niveau des côtes) je sais pas si vous voyez ? »

LP : (acquiesce) « Si si tout à fait. »

E5 : « Bah ça c'est assez significatif, avec ça on regarde les rebords costaux et l'angle formé par ces rebords, c'est très intéressant parce que soit on a un thorax vraiment fermé et on voit déjà une certaine position expiratoire et cette personne là on sait déjà qu'en dynamique il va y avoir un problème. Lorsque vous lui demandez une extension et quand vous regardez l'harmonie de la convexité en antérieur il y aura des zones de rupture d'extension, des méplats à cause des points fixes. Ou un autre problème de diaphragme, on va le voir avec la présence d'un beau méplat lombaire lors de la flexion antérieure du rachis, voir même une petite cuvette pareil due à des points fixes. Encore plus si la cuvette est placée au niveau de la région charnière dorso-lombaire là on est déjà presque sûr de notre problème de diaphragme ... Donc après la palpation ça vous confirme, généralement les patients ont vraiment mal en sous costal ici (geste). Et en général les patients le disent « là ça m'a fait mal, mais j'avais jamais pensé à ça ». C'est souvent que les patients me disent qu'ils ont l'impression d'avoir plus de coffre après un traitement du diaphragme, et ils ont l'impression d'être redressés aussi. Non non ils le constatent et ça c'est vraiment chouette (l'air persuasif et acquiesce).

LP : « D'accord, c'est tout pour les éléments physiques ? peut-être d'autres choses aussi dans l'anamnèse ? »

E5 : « (silence) hum ... Bah généralement ils vous montrent, ils vous montrent leur douleur. C'est assez asymétrique au niveau des plaintes, voire assez diffus pour certains. Certains vous parlent aussi d'une douleur qui les encerclent des lombaires au thorax. Ou j'ai plusieurs exemples comme ça de personnes qui ont des problèmes digestifs ou de constipation et là c'est sûr que le diaphragme il en pâtie hein, j'en ai une en tête vous devriez voir le diaphragme est vraiment hyper tendu. Après, un bon élément aussi, une bonne technique, on se met à la tête du patient on pose les mains au niveau du thorax avec les pouces sous les côtes comme ça (gestes) et on demande au patient de respirer spontanément et sous l'expiration je vais apprécier la montée et descente de mes pouces. Ils sont juste posés hein sans pression. Donc par exemple si mes pouces remontent beaucoup mais ne descendent pas assez, ça veut dire qu'il est plutôt en position inspiratoire et inversement si mes pouces plongent tout en bas tout en bas et ne remontent pas assez là le diaphragme sera plutôt en position expiratoire. Et après on fera les exercices en fonction de ça. Mais en général c'est très significatif, on retrouve le méplat, les douleurs à la palpation. »

LP : « D'accord je vois. Bon, on va pouvoir passer au troisième thème. Il concerne les techniques de traitement. Comment prenez-vous en charge le diaphragme dans la lombalgie ? »

E5 : « Alors, bah déjà ça va dépendre du bilan que j'ai fait avec les pouces. De là je vois dans quel état se trouve le diaphragme et j'adapte mon traitement. Au départ ce sera simplement en décubitus dorsal avec un coussin sous la tête et sous les genoux aussi pour détendre la paroi abdominale, et on vient faire des traits tirés pour détendre le diaphragme. Je sais pas si vous avez déjà vu, c'est des traits tirés sous les côtes et de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Ça se fait également en postérieur, avec le patient sur le ventre, il y a les ligaments arqués à cet endroit. Certains font en palpé roulé

également. Donc voilà pour les premières techniques ensuite si on prend l'exemple d'un patient qui est vraiment en fermeture, en repliement, qu'on se rend compte que c'est vraiment tendu, pourquoi pas faire des étirements de la chaîne antérieure sur le ballon de Klein, le patient se place sur le dos avec les bras, ou plutôt les épaules en flexion complète, on peut ajouter pourquoi pas un bâton. Dans cette position ce qui est intéressant de faire aussi c'est de faire inspirer le patient, et en gardant le ventre en position inspiratoire et de faire pousser les abdos contre le diaphragme pour qu'il monte ou au contraire on peut le faire pousser plus bas si il est en position expiratoire. Vous voyez ? »

LP : (l'air dubitatif) « Pas de trop non, j'ai un peu de mal à saisir... »

E5 : « Alors on reprend. Donc si on reprend l'exemple d'un patient avec un diaphragme trop haut, en dépliement, en position expiratoire, Donc le traitement va être avec la position inspiratoire forcée, on va l'emmener dans une profonde inspiration. Donc ça se fait petit à petit hein on essaye déjà d'avoir un contact avec notre main au niveau de l'abdomen, on essaye d'avoir euh... une respiration abdomino-diaphragmatique. Et bon du coup après on lui demande d'inspirer en gonflant le ventre au maximum, de faire une apnée et puis le faire pousser au maximum contre ma main vers la symphyse pubienne. Le but c'est de le forcer à faire descendre son diaphragme vers le bas, ouvrir la cavité abdominale. (silence) C'est compris ? » (sourir)

LP : « Oui bien mieux merci. »

E5 : « Et y'a autre chose qu'on peut faire aussi pour augmenter les contraintes, c'est de le faire sur le ballon. Il est sur le ballon, il est en apnée, et on le sollicite pour respirer vers la symphyse le plus fort possible, limite en saccadé comme ça contre ma main (gestes : mains sur le ventre buste en avant et à-coup). Et de cette manière en général on arrive vraiment bien à débloquer le diaphragme et retrouver de la mobilité. Voyez ? »

LP : « Oui oui tout à fait. »

E5 : « Voilà après la posture et le type de respiration ça va dépendre de la position du diaphragme. Mais ça, vous avez compris. Donc voilà, ce qui est intéressant c'est qu'une fois qu'on a symétrisé le mouvement, on refait le bilan avec les pouces, est-ce que les pouces montent autant qu'ils descendent et là on peut se dire tiens on a retrouvé une course normale. Après il y a une technique que j'aime bien faire dans la continuité, en fait on demande à la personne d'être capable d'avoir une respiration abdominale, d'être capable d'avoir une respiration uniquement thoracique et une fois qu'elle maîtrise les deux on va pouvoir lui demander une apnée et on le stimule de façon à faire un balancement : il va gonfler le ventre et le thorax en alternance (gestes avec les mains). Sur l'apnée il va rentrer le thorax gonfler le ventre, gonfler le thorax rentrer le ventre et ainsi de suite. Ça il va le faire deux ou trois fois et après il souffle, et de cette façon vous avez rééduqué le diaphragme, enfin rééduqué... On a réharmonisé la position du diaphragme, mais ensuite il faut que le cerveau imprime qu'il est libéré. C'est comme sur un membre quand on gagne de l'amplitude et qu'après on demande des mouvements actifs pour fixer un peu l'amplitude gagnée. D'accord ? Bah c'est la même chose, on va refaire ce mouvement plusieurs fois. Une fois qu'il les maîtrisera au cabinet il faudra qu'il le refasse chez lui. Et ça permet vraiment un relâchement, même pour des angoissés qui ont du mal à s'endormir le soir c'est pas mal comme exercice. Il faut entretenir la liberté obtenue jusqu'à ce que ça devienne un automatisme. (silence) Aussi, on va pouvoir faire des techniques de despasmes, de pneumatisation, c'est vraiment bien, ça ça va servir aussi à réharmoniser le diaphragme. Moi je vais plus l'utiliser chez des gens qui ont le thorax en position expiratoire, avec les cotes un peu en position verticale, les gens chez qui on voit parfois une cuvette au niveau sternal. Donc là on place une contre prise en dessous de l'endroit où on veut travailler, une main dessus, le patient inspire contre la main, il souffle j'accompagne, on répète jusqu'au maximum d'expiration, ensuite je le

stimule pour qu'il aille au maximum de son inspiration, il gonfle cet endroit qui est sous utilisé en fait et aussi vite j'enlève ma main ce qui fait que le poumon va pousser le thorax en position inspiratoire. Parce que quand on a le thorax trop ouvert bah on peut toujours appuyer, mais pour le faire sortir ... là il faut mettre des crochets (rires), donc c'est les poumons qui vont nous aider.

LP : « C'est bon pour les techniques de traitement ? Ou vous voyez autre chose à ajouter ? »

E5 : « hum ... non on a tout dit, reprogrammation, harmonisation ... Après si le problème vient d'une tension en regard d'un viscère ou autre, bah là c'est le traitement viscéral qui va nous induire une amélioration au niveau du diaphragme. Et donc si on traite pas ça, tout comme si on traite pas le diaphragme, on va rester sur un traitement symptomatique et les douleurs vont revenir. Tout est lié, un problème du diaphragme peut aussi avoir une incidence sur les viscères. Autant le cerveau et le cœur, ils sont à part, moins ils bougent mieux ils se portent, le reste il faut que ça bouge. Aujourd'hui les gens ne bouge pas assez on est beaucoup trop figé et tout en prend un coup la circulation, la respiration, le diaphragme, les muscles et du coup même les intestins... »

LP : « Hum oui oui... Bah puis la situation ne va pas arranger les choses ... »

E5 : « Ah bah oui... je vous assure qu'après le confinement nous on a vu la différence au cabinet, ça a créé des problèmes. »

LP : « J'imagine ! Et concernant vos axes et votre plan de traitement ? »

E5 : « Sur le diaphragme ? (L'air étonné). Alors non on a pas vraiment de plan, on va pas passer une séance complète dessus ou toutes nos séances dessus hein (rire). Il tiendrait pas (rires). Non ça va dépendre, si c'est une plainte principale on va le faire assez rapidement. Si c'est quelque chose de secondaire mais important bah ça va être plusieurs séances d'affilée mais même pas 5 minutes fin 5 minutes quoi. Sachant qu'on fait des séances d'une demi-heure quoi. Après parfois on va commencer par le diaphragme si c'est vraiment flagrant parfois on va commencer par les lombaires et on va en venir à ça, non ça dépend tous les patients sont différents, puis le principal c'est que les douleurs soient traitées rapidement. Après le traitement des lombaires, c'est un traitement classique hein et si on décide de se baser plus sur du Busquet, ça va être des étirements, des mises en tension des différentes chaînes en fonction de... de celle du patient. On va essayer de réaligner tout ce qui ne va pas, rachis, membre inf... Donc tout ça il faut le prendre en considération, c'est important parce que Busquet il va vous soigner à partir du moment où il trouve un point fixe quelque part, et ce point fixe il va vous donner une ou des déformations, et tant que la déformation est là, sur la chaîne il y aura un problème, ça peut être à différents niveaux hein, ça peut être très haut, ça peut être en musculo-squelettique comme en viscérale, ça peut même être un problème sur la chaîne neuro méningée peu importe. Donc tant qu'on n'arrive pas à résoudre ce problème-là, on aura toujours les mêmes difficultés. Donc ça va être surtout les étirements en chaîne et un travail sur les fascias, sur les tissus conjonctifs. Oui on travaille beaucoup sur les fascias, surtout au début pour soulager les douleurs. »

LP : « D'accord, très bien. Ensuite concernant l'évaluation des techniques. Comment évaluez-vous votre prise en charge ? »

E5 : « Euh ... (rires) Si ça marche c'est ça ? (Rires) »

LP : « Oui par exemple. (Rires) »

E5 : « Alors ça va être la palpation, on va voir si c'est moins tendu, si c'est moins sensible. Il y a aussi un gain d'amplitude, le patient peut bouger, dans plus d'aisance, il a moins de restrictions, le mouvement est moins saccadé parce que vous voyez bien le patient il peut bouger mais à quel prix ... Tant qu'on n'a pas un mouvement complètement fluide, c'est qu'on a encore du travail. Si il est capable de refaire ses activités ultérieures, les activités qu'il faisait avant son problème alors là c'est

très bien. Justement s'il ne fait rien il faut le solliciter pour qu'il fasse des choses, et celui aussi d'ailleurs qui est trop dynamique et qui en fait de trop on va lui apprendre à se poser, à respirer, pourquoi pas lui proposer de la sophrologie aussi (rires). Après, il y a beaucoup de ressenti notamment sur les éléments physiques comme on disait tout à l'heure. »

LP : « Ah oui ? Les éléments physiques que vous aviez au bilan, comme les méplats ? »

E5 : « Les méplats, ils seront atténués au fur et à mesure jusqu'à entre guillemet lâcher. C'est surtout les tissus, ils sont plus souples, la peau est moins cartonnée. On fait une évaluation tissulaire toute façon quand on palpe au début. Et souvent c'est tendu au départ, on peut pas aller dans les quatre points cardinaux, d'un côté ça roule de l'autre on peut pas y aller ect... Et après harmonisation on y va. Voilà »

LP : « Et vos patients ? Vous avez un retour de vos patients ? »

E5 : « Ah oui, bah oui, c'est principalement eux qui vous le disent d'ailleurs. Ils vont vous dire qu'ils n'ont plus mal, qu'ils ne prennent plus leurs antalgiques, ce genre de chose. Ils vont vous dire qu'ils sont moins gênés dans les activités de tous les jours par exemple. Puis qu'ils ont repris un sport qu'ils avaient arrêté à cause de leurs douleurs. Mais d'une séance à une autre sur un traitement du diaphragme on peut déjà avoir une différence hein. Et si d'une séance à une autre vous vous rendez compte que c'est pas encore tout à fait résolu ce problème de diaphragme, vous pouvez quand même vous rendre compte que vous mettez beaucoup moins de temps à détendre. (Silence) Et au fur et à mesure ça sera de moins en moins long et de moins en moins pénible pour le patient, parce que les premières fois c'est vraiment pas agréable hein, ils ont mal quand on détend le diaphragme et quand on l'étire en excentrique. »

LP : « Super merci, et concernant les médecins vous avez un retour ? »

E5 : « Euh... du diaphragme avec la lombalgie ? (Rires) Non ... Non (négation de la tête). Le meilleur retour qu'on puisse avoir c'est « je vous envoie un patient pour Madame E5 (nom du kinésithérapeute interrogé) (rires) c'est ça. Après ça veut dire qu'ils ont eu plusieurs bons retours, et du coup ils vous recommandent. Ils vous envoient des patients spécialement pour vous. Ou j'ai des médecins aussi que je soigne, et ils sont épatés parce qu'ils se disent « tiens c'est ça aussi la kiné ... ». À l'école on leur enseigne autre chose, et au final ils en savent rien, et du coup la kiné ... (gonflement des joues). On n'a pas forcément une bonne image aux yeux des médecins les kinés, ils savent pas ce qu'on fait, pour certains on fait même pas de bilan ect ... Voilà c'est dommage. »

LP : « Hum... Et au sujet de la recherche ? Que serait-il intéressant de mener ?

E5 : « Euh... (rires) de quoi ? Dans le diaphragme ? Pourquoi ? Pour prouver ?

LP : « (sourire) Oui par exemple. »

E5 : « Euh ... Franchement la recherche c'est bien, mais ce qui est intéressant dans notre métier pour moi c'est justement que c'est empirique, tout est basé sur le ressenti. Peut-être pour la validation de nos actes ? Je sais pas (air un peu gêné, désolé). Si, par exemple si on doit défendre notre bifeck par rapport aux mutuelles, à la sécu, voilà peut-être que c'est dans ce sens où c'est important. Mais sinon faire de la recherche ... On sait que ça marche nos techniques, puisqu'on a du résultat. Mais après pour les prouver, non vraiment je sais pas. Ou peut-être unifier un examen bien précis, non je ne sais vraiment pas. (rires) »

LP : « Oui je vois, mais justement si on veut que les gens, que les médecins eu une bonne perception de la kiné on peut essayer de prouver les choses. On a terminé, est-ce que vous souhaitez apporter des éléments qui vous semblent pertinents mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ?

E5 : « Euh... Là comme ça je vois pas. Si vous voulez je peux vous faire des photos, des fiches bilan dont on a parlé, et des explications des livres de formation, ça peut peut-être être intéressant pour vous. Après peut être que vous les avez ? »

LP : « Ah oui je prends, oui avec plaisir vraiment. Si vous pouvez. »

E5 : « Oui oui aucun problème on fait comme ça, je vous les scanne cette semaine. Je vous enverrai une super photo, c'est un cadeau de ma fille pour mon anniversaire, c'est le dessin du diaphragme avec les traits de monsieur Busquet, redessiné par un artiste en fait c'est super beau ça va vous inspirer vous allez voir. Ah il y a une chose dont on n'a pas parlé, C'est toutes les personnes qui ont des pathologies respi, je pense que c'est super important de leur traiter le diaphragme, ça peut leur libérer le thorax et améliorer vraiment leur respiration. C'est encore une autre histoire de contenant contenu si le contenant est bloqué, forcément le contenu aura du mal de fonctionner. Donc on ne traite pas le diaphragme que pour les lombalgies. Non voilà c'est tout pour moi. (silence)»

Entretien 6 (réalisé le 13/11/20) :

LP : « Bonjour M..., tout d'abord je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Donc je suis étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat. Pour rappel, vous serez enregistré afin je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

E6 : « Pas de soucis, comme je vous disais anonyme ou non je m'en fiche. Non pas de question, vous pourriez peut-être me donner une définition de la lombalgie ? »

LP : « (sourire) Alors justement non, c'est moi qui vais vous poser les questions, parce qu'en fait je ne dois pas influencer vos réponses. C'est toute une trame que nous allons suivre vous allez voir. Si vous n'avez pas de questions concernant l'entretien, mon mémoire ou d'autres choses comme ça, on va commencer avec une présentation. »

E6 : « Ah d'accord très bien (acquiesce et sourie), alors on y va ! »

LP : « Alors pour commencer, je vais vous demander de me parler de votre expérience, j'aurais besoin de votre lieu et votre année d'obtention du diplôme ainsi que le nombre et les intitulés des formations vous avez effectué, et si vous avez des pratiques spécifiques ... »

E6 : « 1972, à Paris. Le nombre de formations j'en sais rien, euh... j'ai fait ostéopathie, j'ai fait Mackenzie, il y a aussi Busquet que j'ai fait. (silence) j'ai fait pas mal de thérapie manuelle. (silence) Enfin voilà.»

LP : « D'accord, et quel est votre mode d'exercice au cabinet, votre statut et les pathologies que vous rencontrez ? »

E6 : « Alors, je suis titulaire et au cabinet euh ... je traite de tout, c'est très général, peut-être un peu plus de rachis quand même. »

LP : « Et concernant la première fois que vous avez entendu parler d'un traitement du diaphragme dans quel contexte et où c'était ? »

E6 : « Alors bon, moi déjà il faut savoir que j'ai fait mes études avec Dolto. Donc on peut dire que j'en ai entendu parler dès mes études. On nous apprenait à ne pas réduire la lombalgie à une simple

douleur lombaire. Je m'explique... Pour commencer on peut donner une définition : la lombalgie on peut considérer que c'est une contracture réflexe en réponse à une douleur, c'est une contracture qui bloque le tout. Après il faut savoir que les étiologies peuvent être différentes, et les étages aussi. Il faut que tu considères la colonne lombaire comme une poutre composite, voilà tu imagines on fait la coupe tous les deux (gestes), crack, on regarde au-dessus, on a les deux gros psoas, en arrière on a les paravertébraux, et donc engainée tu as la colonne lombaire. Mais tu as aussi, les piliers du diaphragme. Et ça, les gens n'ont toujours pas compris qu'il n'y avait pas que la partie postérieure. (silence). Si tu regardes une coupe sur le Netter, tu es surprise de voir que le volume des psoas est largement équivalent au volume des paravertèbraux, donc voilà. Le corps humain ne se résume pas qu'à une face postérieure. Donc tu vois, ce sont des notions très anciennes. »

LP : « Oui en effet, je vois. Dans le premier thème justement on évoque la lombalgie et le diaphragme ... Et je dois vous demander, enfin, si je vous dis lombalgie et diaphragme, que me répondez-vous ? »

E6 : « Alors là, on en pour trois plombs (rires). Donc le diaphragme, on peut dire que c'est la partie antérieure de la poutre composite au niveau lombaire, qui met en lien en partie la charnière dorso-lombaire. Il y a aussi un phénomène important, c'est qu'en général les gens se renferment sur leur douleur. C'est à dire s'ils ont un problème antérieur ils vont avoir tendance à se refermer dessus, à se mettre un peu en cyphose et à bloquer leur diaphragme. Que ce soit l'épaule, le coude, c'est comme ça, on a tendance à se replier sur sa douleur. C'est comme ça le corps humain essaie toujours de trouver une position raccourcie pour se protéger de sa douleur. Donc un, il se bloque, euh... moi quand j'étais jeune, la gymnastique en cyphose c'était la panacée, nous allions dans la non douleur. Tu sais qu'en kiné, c'est souvent la non douleur qui prévaut mais comme ça souvent on arrive à rien ... Alors que si tu fais du Mackenzie la rédemption est dans la douleur hein ? Voilà, donc tant qu'on flirte pas avec la douleur on ne progresse pas. J'ai pas dit qu'il fallait massacrer les gens hein, pas du tout. (sourire). Donc voilà tu as cette mise en situation de rétraction antérieure, de cyphoses antalgique, mais tu as aussi euh... Tout ce qui est tissus sous-cutanés qui suivent le mouvement, les chaînes en quelque sorte. Donc voilà pour moi c'est ça. »

LP : « Ok, et est-ce que vous pensez que les autres kinés ont un raisonnement similaire ? »

E6 : « Je pense rien (rires), non jamais je ne me pose de questions sur ce que font mes confrères. (silence). Chacun fait ce qu'il veut, parce que toute façon on n'a pas la preuve de ceci on n'a pas la preuve de cela, donc euh... Je dirais que ceux qui travaillent en général le moins bien en terme technique réussissent le mieux financièrement. C'est sûr que quand tu fais 4 ou 5 personnes en même temps, avec des moyens basiques, tu gagnes mieux ta vie que quand tu passes du temps sur une seule. Donc tu n'as pas de jugement à porter, t'as des gens qui ont besoin de travailler pour gagner de l'argent et tant qu'en kiné on nous imposera des tarifs aussi bas on ira pas vers l'amélioration de la qualité du travail. Donc non on a pas tous le même raisonnement. C'est sûr qu'on travaille tous différemment en fonction de nos formations aussi. »

LP : « Hum d'accord, mais du coup, sur ces éléments sur le diaphragme et la lombalgie, qu'est-ce qui fait consensus et qu'est-ce qui fait plutôt débat ? »

E5 : « (soupire et rire) C'est une question compliquée ça (l'air désolé). À partir du moment où tu adhères à une logique d'un fonctionnement global, tu peux pas avoir de débat, après c'est sur la finalité, je me souviens quand j'enseignais sur le diaphragme, on pouvait pinailler sur est-ce qu'il verrouille, est-ce qu'il verrouille pas vraiment ? Est-ce qu'on peut vraiment l'atteindre manuellement ? Plus des petites choses comme ça quoi. On peut aussi se demander est-ce qu'il a seulement un rôle musculaire par ses attaches antérieures mais est ce qu'il a aussi un rôle en participant au caisson abdominal, lui-même a un rôle sur les lombaires et à ce moment-là on parle du deuxième

diaphragme, le diaphragme pelvien. Tu vois ? Ça c'est intéressant, parce que c'est un tout si tu veux, enfin certains kinés ont cette perception des choses. Quand tu travailles le diaphragme dans la lombalgie tu travailles AUSSI le caisson et tu travailles AUSSI le psoas. T'as le carré des lombes aussi qui rentre en jeu. Voilà. Après c'est un traitement classique hein, moi je vois pas où il y a débat, on adhère ou on adhère pas mais c'est de la logique. Puis on a tout appris la même anatomie au départ donc ça on est forcément d'accord. Bon est-ce que j'ai répondu ? (Rires) »

LP : « Oui oui (rires), le second thème parle du bilan, que faites-vous comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E6 : « Alors le bilan... (mouvement de tête vers le haut avec lèvres rentrées et sourire) je ne fais pas un bilan, comment dirais-je, le bilan général, on t'explique que c'est pour que tout le monde puisse faire la même chose, mais moi j'en ai rien à foutre que le bilan que je fais soit utile à Pierre Paul où Jacques. Moi le bilan que je fais il doit m'être utile à moi. Donc en général, d'ailleurs c'est ce que je racontais lorsque je faisais cours à l'époque sur ce truc-là. Je faisais la palpation clinique, et l'important pour moi c'est de demander aux gens, en même temps que tu fais ton examen, qu'ils t'expliquent la douleur et qu'ils montrent la douleur, l'endroit avec le doigt. Et selon la manière dont ils te montrent avec la main, tu as déjà une idée de ce qu'il se passe. Tu en a qui vont te montrer par exemple paf pile un point de crête, avec une douleur ponctiforme et là tu peux te dire tiens ça fait penser à une charnière ou un truc comme ça. Et t'en a d'autres qui vont te dire, qui vont te montrer puis c'est juste sous la crête iliaque, donc de ça tu vas interroger les fessiers, c'est vrai qu'il se tien comme ça ... ect. Les fessiers peuvent souvent donner des lombalgies. T'en a d'autres qui vont passer la main en barre sur l'étage lombaire, d'autres qui vont te dire bah j'ai une douleur et elle revient devant, d'autre ça va descendre dans la fesse. Enfin voilà, ce qui est très important pour moi, c'est la lecture du langage manuel, employé par le patient hein. Et selon moi c'est beaucoup plus fiable qu'un discours. Faut que tu saches aussi si c'est plutôt en superficiel ou un profond. Bon après je regarde un petit peu comment il se tient, je le mets assis je regarde la mobilité, je contrôle toujours aussi les cervicales, les dorsales en même temps, je regarde si il y a déviation, si il est plus sur un coté des choses comme ça. »

LP : « En spontané ? »

E6 : « En spontané ouais, déjà quand il arrive rien que la manière dont il enlève ses chaussures, après quand c'est vraiment des grosses lombalgies je leur demande pas de enlever les chaussures ni pantalon parce que quand ils se rhabillent... C'est pas la peine que tu t'embêtes à faire quelque chose pour qu'ils te pètent tout à la fin en se rhabillant, dans les séances suivantes tu le fais se déshabiller. Et quand tu palpes aussi, ton ressenti de tensions sous la peau est vachement important. Donc le bilan pour moi c'est un bilan qui doit me servir à moi. D'ailleurs je vois pas pourquoi on devrait envoyer nos bilans à la sécu, si ça avait servi à prouver nos techniques ça se saurait, non ça sert juste à avoir un contrôle sur nous. Ça c'est à cause des kinés qui font de la merde clairement. Enfin pour revenir à ce qu'on disait, pour moi le mec il vient il a une douleur, et pour moi cette douleur elle est primordiale, il faut que je m'en occupe, donc si par exemple, il a eu un problème au niveau du genou, qui a généré des lombalgies, ça va m'intéresser, mais dans un deuxième temps. Le patient il attend ça il attend repartir où ne plus avoir mal au dos point. Moi je me concentre au début sur sa douleur, et après je vois les conséquences et l'origine. »

LP : « Et quel que soit le patient, le diaphragme est systématiquement évalué ? »

E6 : « Bah de toute façon tu as des indications simples quand tu as le patient devant toi : dès que tu le vois respirer, si il respire plutôt avec le thorax, s'il est bloqué, ça va vite hein. En plus, il y a un petit test tout simple, bon au début je leur fais pas hein quand ils ont mal, mais après tu leur fais le test doigt sol tranquillement et tu regardes si tu as un méplat au niveau lombaire. Quand tu as un méplat

au niveau lombaire, tu as trois muscles qui peuvent t'emmerder, le psoas, le carré des lombes et ... le diaphragme (rotation de la main). Après ils y en a qui disent, que si c'est haut, plutôt au niveau dans la charnière dorso lombaire, c'est le diaphragme plus. Donc voilà tu as un méplat généralement. (silence) »

LP : « D'accord, il y a d'autres éléments qui vous conduisent à considérer le diaphragme ? Anamnèse ou d'autres éléments physiques ? »

E6 : « Oui alors en général, les gens vont te dire qu'ils sont enfin qu'ils respirent mieux ,ils se sentent plus à l'aise entre guillemets, ouais tu les soulages au niveau douleur déjà ils respirent mieux. »

LP : « D'accord mais au départ, lors du bilan, dans la ou les premières séances ? »

E6 : « Ah qu'est ce qui me conduit à ça au départ. Bah c'est à dire que, moi quand je les regarde au départ, je les mets debout et je l'ai fait pivoter comme ça (geste du doigt) devant moi et je mets une main sur le ventre, tu vois ? Donc d'abords je les regarde de dos, comment ils sont équilibrés, déséquilibrés et après je regarde comment ils se tiennent. D'accord ? »

LP : « Non, j'ai un peu de mal à cerner sur ce coup ... »

E6 : « Le patient est debout, tu le fais pivoter, donc, tu le mets de profil. Ok ? »

LP : « Oui Ok. »

E6 : « Donc tu mets ta main sur le ventre, et à ce moment-là tu vois comment il respire, Si il respire plutôt en thoracique, si c'est tendu, hypertonique au niveau des abdos notamment, il est plutôt en cyphose là t'es presque sûr d'un diaphragme en position basse. Et c'est un peu l'inverse il est en haut. Donc tu regardes vraiment sa posture générale et sa respiration. Puis après il y a le méplat quand tu lui demandes d'aller en flexion mais ça c'est pas tout de suite hein on est d'accord, tu regardes quand il a plus mal ou moins mal, il s'agit pas de faire des distances doigts-sol pour leur péter complètement le dos si ils ont déjà mal. Oui je regarde comme ça, et si vraiment il est très algique je ne vais même pas chercher à le mettre à plat ventre, s'il est bien assis, je vais le mettre assis. Mais si t'as une vraie rétraction de la chaîne antérieure, tu vas pas forcément chercher à la traiter tout de suite, tu pourras pas étirer et faire des postures, tu lèveras tes tensions musculaires d'abord. Ensuite, tu me demandais pour l'anamnèse, les patients vont rien te dire puisqu'ils ont pas conscience de leur diaphragme, ou alors des sportifs qui connaissent, c'est à toi d'observer par exemple des gens chez qui les muscles inspireurs accessoires sont très tendus et parfois tu les vois qui travaillent quand le patient respire ou encore quand ils ont une première côte en inspiration même un thorax en inspiration donc là dans ton anamnèse, tu peux leur demander s'ils avaient pas des problèmes d'asthme dans l'enfance ou d'autres pathologies comme ça, ça c'est des patients qui ont souvent des problèmes de diaphragme par exemple. »

LP : « D'accord très bien, le troisième thème aborde les techniques de traitement, comment prenez-vous en charge le diaphragme dans la lombalgie ? »

E6 : « Alors il y a plusieurs techniques euh ... Comment expliquer (sourire) euh... Bon, alors il y a des techniques ... Au même type qu'on fait du palper rouler au niveau dorsal et au niveau lombaire sous les côtes, on peut faire un palper rouler en étoile, enfin demi-étoile qui va vers le nombril et en dessous des côtes tu vois ? (Gestes) »

LP : « Oui oui d'accord »

E6 : « Ça c'est plutôt chez Busquet qu'on fait ça. Au bilan tu auras aussi contrôlé tes coupoles diaphragmatiques, tu as sûrement déjà fait ça à l'école, tu regardes s'il y en a une qui descend plus que l'autre, qui fonctionne mieux que l'autre. Là tu as des techniques de thérapie manuelle pour

débloquer ça. Après si le gars a un beau méplat, on peut faire une manip sur cette zone-là. Tu vois ? Voilà. »

LP : « Vous pourriez me décrire ces techniques ? »

E6 : « C'est dur à expliquer, je vais te montrer en même temps, mais c'est pas évident sans patient (rires) : alors le patient se met debout devant toi, tu mets une jambe entre les jambes du patient, tu mets ses mains, ses propres mains à lui l'une dans l'autre et ses articulations métacarpo-phalangiennes viennent en appui sur la charnière, après tu mets ton petit ventre contre ça, tu passes tes bras sous ses bras, tu viens mettre tes mains sur son sternum, tu le projettes un peu contre toi jusqu'à ce que tu sentes une mise en tension et à ce moment-là tu tends les jambes et ça va faire une décoaptation. Donc voilà, après ça c'est de la technique ostéopathique pure et dure hein. (Rires) »

LP : « (rires) Oui j'imagine, j'ai jamais entendu parler de ça (sourire). »

E6 : « Donc ça c'était pour le méplat hein, et tu fais pas ça en période algique hein ! (rires et lève le doigt). Après tu peux leur faire faire des exercices de respiration et par exemple sur un diaphragme trop haut, tu vas leur demander de venir pousser contre ta main, donc tu mets ta main sous le nombril hein, et si les gens ne comprennent pas bien tu peux même appuyer au niveau des plis inguinaux et en général ils arrivent mieux à pousser. Je fais aussi des techniques d'étirement, de mobilisations passives. C'est en fonction de la position de ton diaphragme donc si il est en inspiration donc hypertonique tu vas l'étirer, si il est en expiration tu vas l'emmener vers le bas comme on disait tout à l'heure. Ça va aussi dépendre de la posture de ton patient, tu étireras la chaîne qui est trop tendue, si il est plutôt en cyphose au contraire enfin tu vois quoi, tu le mobilises. Donc voilà toutes ces techniques tu le fais quand déjà ton patient peut un peu plus bouger, quand tu veux faire une rééquilibration générale. »

LP : « Ah oui ok, et vis-à-vis de ça justement, quels sont vos axes et votre plan de traitement ? »

E6 : « Bah vis-à-vis de ça euh... (l'air interrogateur) déjà tu passes pas une séance complète dessus hein. Il faut pas cultiver l'échec. »

LP : « hum ? (expression interrogative, fronce les sourcils) »

E6 : « Dans la technique ... tu trouves quelque chose, tu fais quelque chose, tu contrôles si ce que tu as fait est bon, si il est pas bon, c'est soit t'es mauvais, soit c'est pas ça qu'il fallait faire, soit le patient n'a pas compris mais dans tous les cas tu passes à autre chose. Mais pendant une heure je vais pas massacrer le diaphragme d'un mec parce que je veux obtenir quelque chose. Ce qui est valable pour une personne ne l'est pas forcément pour une autre. Donc en général je fais mon bilan en même temps que je travaille. C'est une course incessante entre l'un et l'autre si tu vois que quelque chose marche tu continues, si ça marche pas tu essayes autre chose d'où l'intérêt dans notre métier d'avoir une panel thérapeutique importante. (silence). Donc première séance je me centre sur les douleurs, après je vais faire des mobilisations passives par exemple, ça moi j'aime bien faire étage par étage. Je pense que je tiens ça un peu du Mackenzie, par exemple pour une extension je vais pousser avec mes pouces l'étage que je veux. Donc après tu peux donner un peu d'inclinaison, un peu de rotation c'est intéressant. C'est souvent que quand tu as un étage qui bloc, t'as aussi un blocage sus et sous-jacent. Il faut pas forcément s'acharner sur celui où il y a des plaintes. En général dans mes séances je fais du massage, moi je suis surtout un adepte du palper rouler. Après les mobilisations étagées. Et après je remets dans le contexte général, j'essaie de réharmoniser le diaphragme. »

LP : « Ok... Je vois, on peut passer à l'évaluation des techniques. Comment évaluez-vous votre prise en charge ? »

E6 : « C'est un bilan que j'envoie à la sécu... (rires) non je blague. La première chose que je demande quand mon patient il arrive c'est : « qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui ? ». Donc ça l'oblige à me dire ce qui a marché et ce qui n'a pas marché. D'accord ? Par exemple ils y en a qui vont te dire « bah le premier jour j'avais mal, et le deux ou troisième jour j'ai senti que ça allait mieux et là je sens que ça revient » donc là tu sais que t'avais, que t'as réussi à faire quelque chose mais que tu n'as pas réussi à consolider le truc. Donc ce qui est important c'est de demander le vécu des gens. C'est pas à moi qu'il faut demander, on est tous pareils, on a envie d'être bon, on cherche que ce qu'on a envie de trouver, alors que le patient lui, il te dit son ressenti et il est plus objectif puisque c'est pour lui. Et il y a autre chose qui est intéressant et qu'il peut te dire c'est par exemple « alors là j'ai plus mal aux lombaires mais j'ai mal aux cervicales ». Donc ça veut dire que la douleur cervicale qui était compensatrice, ou peut-être l'inverse (grands yeux et inclinaison de tête) elle ressurgie, donc ça t'oriente sur le traitement d'après. Voilà. Il n'y a pas un programme défini, c'est le mec vient, qu'est-ce qu'on fait ? Des fois les gens ils te disent, en parlant de la douleur « mais je vous ai déjà montré monsieur ... » et moi j'insiste pour revoir. C'est important qu'il te remontre avec la main ou il a mal, parfois il pourra même te montrer autre chose. Voilà, après honnêtement si le diaphragme était en cause et que tu l'as traité les gens ressentent vraiment tous une amélioration, quasiment tout de suite, niveau douleur, niveau respi. Pour certains toi kiné tu peux même le voir dans la posture. »

LP : « Oui ok, et concernant les médecins, vous avez un retour ? »

E6 : « (soupir, rires) Je me suis jamais présenté, j'ai des patients médecins qui viennent personnellement, pour eux, j'en ai qui m'envoient des patients de l'autre bout de la ville mais un retour ... Franchement ... Moi le seul retour qui m'intéresse c'est celui du patient. Après, si le patient est satisfait, le médecin, il saura que tu bosses bien. Parce que le patient lui dira, et c'est pas parce que je vais envoyer un bilan que le mec va se dire « Ah ouais il arrive à traiter ça comme ça, il est bon ». Moi ce qui m'intéresse, c'est d'avoir le moins de séances possibles par pathologie. C'est tout. C'est là que tu vois que tu bosses. Donc moi non, le retour du médecin c'est celui du patient. »

LP : « Je vois, dernière question concernant la recherche (sourire), que serait-il intéressant de mener ? »

E6 : « (Rires) Sur le diaphragme et la lombalgie ? (Rires) »

LP : « (acquiesce, sourire) »

E6 : « Bon, si on reprend la définition de départ, que la lombalgie est caractérisée par un blocage musculaire quelque part, comment est-ce qu'on pourrait savoir qu'on a bien travaillé ? Alors déjà, on pourrait parler d'électromyogramme. Je suis allé à une conférence à l'école, sur l'électromyogramme, et c'est intéressant parce que ça marche sur pas mal de muscles apparemment. Mais est-ce que c'est pas conforter nos paroles, par le contrôle d'une machine ? Voilà, dans notre système c'est ça, on admet pas que le mec il puisse te dire qu'il aille mieux, il faut prouver qu'il va mieux, ou alors faut qu'il ai mal sinon c'est un tire au cul. Voilà c'est comme ça. Bon sinon qu'est-ce qu'on pourrait faire, faudrait faire des cohortes mais comme chaque individu est différent, comment tu veux faire une cohorte, chaque lombalgie est différente, comment tu veux faire. On va mettre en place un protocole, puis quoi, on va le mettre en place sur 1000 patients ... C'est débile. C'est pour ça, tant qu'on n'aura pas la reconnaissance de l'efficacité d'une manière empirique, on pourra rien faire. Je veux dire, moi la personne me dit j'arrive mieux à bouger j'ai plus mal, je suis content je sais que ma technique a marché point. Non honnêtement je vois pas comment on peut faire de la recherche là-dessus, parce que leurs preuves ont un tel niveau d'exigence que c'est quasi impossible. Enfin c'est mon point de vue hein. Mais ça pose un problème réel dans notre métier hein. Après il faudrait y réfléchir, à un protocole, pourquoi pas hein. C'est sûrement pas avec un bilan basique comme celui de la sécu. (Sourire, l'air moqueur) Voilà, donc je te décois sur cette réponse. (Sourire). »

LP : « Oui un peu (rires). Non non, je peux pas dire ça c'est assez complexe. Bon bah du coup on a terminé est-ce que vous souhaitez apporter des éléments qui vous semblent pertinents mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ? »

E6 : « Bon ça va tu m'as supporté alors (rires). Non ben écoute rien, tu as un sujet hyper intéressant sur lequel on pourrait parler des heures. Après pour moi si tu dois retenir un truc c'est que chaque pathologie est différente, chaque lombalgie et surtout que chaque patient est différent. Tu as pas une méthode pour un truc, c'est pour ça que plus tu feras des formations et plus tu élargiras ta boîte à outils. Voilà.

Entretien 7 (réalisé le 08/12/20) :

LP : « Tout d'abord je te remercie de m'accorder de ton temps. Donc comme tu le sais déjà, je suis étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter tes opinions, tes connaissances et ta manière de faire. Tu pourras t'exprimer librement et dans l'anonymat. Je te rappelle juste que tu seras enregistré afin je retranscrive tes propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. As-tu des questions avant de commencer ? »

E7 : « Écoute non je pense pas, on peut commencer (sourire). »

LP : « Alors pour commencer je vais te demander de te présenter avec ton année et lieu de diplôme ainsi que les formations que tu as faites et si tu as des pratiques spécifiques. »

E7 : « Alors tu connais déjà pas mal de choses mais OK on va jouer le jeu (rires). Donc je suis kiné depuis 2010, j'ai fait mon école à Nancy. Et concernant les formations ça va être surtout des formations en sport, j'ai également un DU de micronutrition, j'ai fait la formation de Busquet donc est-ce qu'on peut considérer ça comme une pratique spécifique ? Et sinon c'est des petites formations comme presso, ondes de choc enfin tu vois. Ah et thérapie manuelle aussi j'en ai fait une en thérapie manuelle. »

LP : « (sourir) Oui merci, et concernant ton mode d'exercice, ton statut au cabinet et les pathologies que tu rencontres. »

E7 : « Alors bah titulaire, depuis peu, associé même si j'ai pas changé de cabinet pour autant et concernant les pathologies on voit de tout hein, ortho, respi, neuro, rhumato, pédiat, sport surtout, j'ai une patientèle relativement jeune ça c'est sûr et qui reste quand même beaucoup orientée sport je pense. »

LP : « Parfait, et concernant la première fois que tu as entendu parler d'un traitement du diaphragme, dans quel contexte et où c'était ? »

E7 : « Euh ... A l'école je dirais, je me souviens d'avoir vu l'étirement du diaphragme mais après dans quel contexte c'était ... Je pense pas que ce soit dans la lombalgie. Après c'est surtout vu dans la formation Busquet évidemment. »

LP : « Ok, top merci. Donc on va aborder quatre grands thèmes. Le premier concerne le diaphragme et la lombalgie. Si je te dis lombalgie et diaphragme que me réponds-tu ? »

E7 : « (se gratte le front, air réflexif) Euh... Alors attends je réfléchis, que ce soit organisé comme réponse parce qu'il y a vraiment beaucoup de choses à dire (rires). Alors déjà, à chaque lombalgie chronique chez un patient, moi je vais voir comment se porte le diaphragme. Physiologiquement et biomécaniquement les deux sont liés (silence), tu connais ton anatomie, donc tu sais que le lien est

très fort déjà par les piliers qui insèrent sur L1 L2 et par les arcades communes du psoas et celles du carré des lombes... A gauche et à droite bien sûr. Je sais pas si je t'en avais parlé de cette façon, mais on appelle ça un trio musculaire synergique, c'est méga important, parce que quand un des trois muscles est touché tu auras une grosse répercussion sur les deux autres. Et on sait tous qu'une hypotension ou une hypertension du ou des psoas et/ou du carré des lombes ça va te mener à une restriction de mobilité lombo-pelvienne et donc du coup ça engendrera une lombalgie. Tu me suis ? Ça moi ça m'a beaucoup aidé dans mes prises en charge ce diaphragme... (silence). Du coup, une hypo mobilité ou une tension du diaphragme auront une incidence directe sur les piliers. Ensuite tu as l'action physiologique du diaphragme sur la sphère viscérale abdominale qui elle est directement en lien avec la zone lombaire par les insertions du péritoine, les muscles ect... »

LP : « Et penses-tu que les autres kinés on a un raisonnement similaire ? »

E7 : « Il y en a sûrement, mais très peu je pense. En général pas mal de patients qui ont des lombalgies qui persistent ont été voir d'autres kinés mais beaucoup d'entre eux mettent en avant le fait que c'est la première fois qu'on regarde comment fonctionne leur diaphragme. Donc je pense que ça va dépendre selon les formations et la façon de voir les choses de chacun. (silence) Puis en fonction de notre expérience aussi, si les techniques que tu apprends ne fonctionnent pas ou pas bien ou que tu les fais mal, tu les utiliseras pas et tu seras pas convaincu de ce raisonnement. (l'air persuasif, ouverture d'une main) »

LP : « Hum je vois. Mais du coup, si tous les kinés n'ont pas le même raisonnement ou très peu sur ce sujet, quels éléments font consensus et lesquels font débat ? »

E7 : « Pour moi, encore trop de professionnels de santé, que ce soit des kinés, des médecins voient les patients comme un empilement d'unités différentes, tu vois, membre sup, membre inf, rachis lombaire, rachis cervical ect ... et non pour moi c'est comme une « machinerie » (geste montrant des guillemets) ingénieuse GLOBALE. Je pense que ça fait plus débat que consensus d'ailleurs. Beaucoup ne voient pas les liens anat, physio, biomécanique entre le diaphragme et une lombalgie. Pour certains ne sert « qu'à respirer ». Peut-être moins chez les kinés d'aujourd'hui. Après il y a sûrement des éléments qui font consensus selon les formations, en sport on pense comme ça, en Busquet comme ça... Mais on travaille tous différemment et on a tous nos raisons, nos arguments donc je pense qu'il y aura plus de débats que de consensus. »

LP : « D'accord, on peut passer au deuxième thème qui concerne le bilan. Qu'est-ce que tu fais comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E7 : « Euh... Globalement c'est toujours la même chose, analyse visuelle de la posture, test de flexion debout, test d'extension debout, euh... Downing test pour les ailes iliaques, inclinaisons et rotations assises du tronc. Quoi d'autre (se frotte le menton) palpations vertébrales et viscérales, je test les Psoas. Puis j'évalue le diaphragme, oui j'analyse toujours le diaphragme c'est ce que je te disais au début, sauf si euh... Pour une lombalgie aiguë par exemple. Enfin quoi que, chez des enfants, j'ai déjà vu un diaphragme en cause alors que la lombalgie ne datait pas de 50 ans non plus. Après c'est beaucoup en fonction de ce que les patients te disent au fur et à mesure de ton bilan. (Silence) D'ailleurs, je fais pas un bilan de Busquet pour tous mes patients, je le fais quand j'ai du mal à cerner une lombalgie, ou à la traiter ou pour des cas compliqués. Je trouve que c'est plus intéressant de le faire sur des jeunes patients déjà. Par exemple sur des scolioses, je le fais quasiment automatiquement et on retrouve souvent des diaphragmes en souffrance. Et ça m'a bien aidé, enfin ça m'aide dans mon traitement, j'ai des bons résultats vraiment. Pour des gens chez qui la posture est sûrement en cause, là aussi c'est intéressant de le faire. Après le bilan que je fais à quasi tout le monde, ça découle c'est quand même un peu spécifique à Busquet hein, mais je sors pas à chaque fois la petite feuille qui va bien où je mets mes notes mes flèches et tout. Mais ça m'arrive. (Rires)

Après je t'avoue que généralement j'aime bien savoir, d'ou les tests et tout, j'aime bien savoir dans quelle chaîne le patient se trouve, ça t'aide pour pas mal de choses, pour ton traitement. »

LP : « Ok très bien, et dans ce bilan quels éléments te conduisent à considérer le diaphragme ? Anamnèse ? Eléments physiques ? »

E7 : « Alors oui t'auras des éléments dans l'anamnèse, je sais pas moi quelqu'un qui a fait une grosse chute sur le dos dans le passé, ou des antécédents respi qui peuvent spasmer un diaphragme. Et dans l'enfance hein par exemple ! (Exclamation) Un gros stress. L'anamnèse elle est super importante, mais pas forcément que pour le diaphragme. Après ce qui te conduit à un diaphragme honnêtement c'est surtout les éléments physiques oui, comme tu dis. Du moins quand tu t'en doutais ça te le confirme. (silence) C'est tout ton bilan qui va te mener sur une dysfonction du diaphragme. »

LP : « C'est-à-dire, quels éléments ? »

E7 : « Bah déjà en fonction de la chaîne dans laquelle il est tu auras des indices. Enfin d'abord, quand ton patient se penche en avant, un élément qui saute aux yeux, c'est généralement quand t'as un méplat au niveau lombaire. Enfin, un méplat entre T11 T12 et L1 L2, parce qu'en lombaire bas, c'est plutôt le psoas qui est en cause. Donc je te disais tu recherches dans quelle chaîne il est. Euh ... Si il est en chaîne de flexion c'est souvent associé à une fermeture du bassin alors qu'en chaîne d'extension c'est plus associé à une ouverture de bassin. Ça tu le verras avec ton Downling test. En fonction de ça, si il est en repliement ou déploiement, tu vas regarder si ton diaphragme est en position haute ou basse. Après généralement, quand la personne est en repliement, le diaphragme est en position basse alors que si elle est en déploiement il est bloqué en haut. Ça tu peux regarder avec la respiration, en fonction de tes courses, tu palpés les coupes, d'ailleurs à la palpation si il a mal c'est que le patient est en souffrance au niveau du diaphragme. Donc tu palpés et tu regardes quelle course est la plus longue, la remontée avec l'expi où la descente avec le inspi. Si tes doigts remontent bien et si tu sens qu'ils descendent pas bien, il sera plutôt en inspi. Et inversement. (silence) Après les gens qui respirent quasiment que en thoracique, là aussi c'est une indication, dans un sens ou dans l'autre le diaphragme sera forcément en souffrance. Donc voilà ça va être des éléments comme ça. »

LP : « Oui je vois. Puis on en avait déjà parlé. Alors on va passer aux techniques de traitement, comment prends-tu en charge le diaphragme dans la lombalgie ? »

E7 : « Alors ça va être... Oui ce sera pas mal de traitements manuels, comme des traits tirés, palpé roulé, des étirements enfin des postures manuelles. Ce sera aussi des exercices respiratoires, pour reprogrammer le diaphragme, d'ailleurs on va essayer d'obtenir rapidement une respiration abdomino-diaphragmatique correcte. (Silence) Tu vois ? »

LP : « Oui mais pourrais-tu tu me décrire tes techniques ? »

E7 : « Euh ... Ouais (lève les sourcils, rires). Alors, bon des traits tirés, tu vois ce c'est, tes profs aussi logiquement (l'air évident, inclinaison tête). Donc je fais des traits tirés sous les dernières côtes, au niveau antérieur et postérieur et le long du sternum, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à la fourchette. Donc je répète ça trois fois. Ensuite, je fais la même chose mais avec des palpés roulés. Donc pareil hein, trois fois, ant et post, sternum de l'appendice à la fourchette... Tiens d'ailleurs généralement quand un diaphragme est bloqué sur une course, le palpé roulé sur le sternum ça va leur faire assez mal. Ah et j'ai failli oublier il faut aussi détendre cette partie-là, tu fais aussi tes traits tirés de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, trois fois aussi. Ensuite je crée un pompage du diaphragme, en faisant des expi et inspi forcées, donc par exemple tu lui demandes d'innspireerr et gonfler le ventre et en fin d'inspi quand le ventre est bien gonflé, tu lui demandes d'aller chercher les dernières

inspirations, comme si tu voulais que le ventre se gonfle encore plus, tu peux lui faire s'imaginer le diaphragme en train de descendre d'avantage (démonstration). Une fois que le patient maîtrise bien sa respiration, j'utilise des postures dans le sens contraire de sa chaîne, par exemple en décubitus avec un coussin en antérieur ou en postérieur selon la position du patient, sur un ballon de Klein... Tu peux aussi aller appuyer sur les piliers lombaires, faire un genre de pression mais ça moi je fais rarement. Généralement je viens aussi faire des mobilisations au niveau costal. Et à la fin de cette séance, je vais chercher une respiration abdomino-diaphragmatique forcée entre guillemets pour réharmoniser la respiration et pendant que je fais cette technique respi à la fin d'une grande inspiration je lâche d'un coup, tu te rappelles ? C'est la technique de « despasmes », ou stretch comme tu veux. Donc voilà après avoir fait tout ça, les gens sont un peu fatigués, généralement on en reste là sauf s'il y a d'autres choses que je juge importantes à traiter pendant cette séance. Ça va vraiment dépendre du patient, je pense qu'il faut prioriser ses soins, il y en a chez qui le diaphragme ça va être primordial et d'autres moins puis en fonction de la fatigabilité aussi. »

LP : « Ok justement concernant tes axes et plan de traitement ? »

E7 : « De quoi, pour un diaphragme ? (air interrogatif) »

LP : « Oui enfin disons pour une lombalgie où le diaphragme est en lien. »

E7 : « Même si je peux passer un peu de temps sur le diaphragme, je ne traite jamais QUE le diaphragme. Je complémente avec des techniques lombaires, d'ailleurs c'est peut-être le traitement du diaphragme qui complémente. Par exemple des gens chez qui, la dysfonction du diaphragme n'était pas d'une évidence, on va le faire en fin de prise en charge, quand il reste des douleurs des choses comme ça. Mais j'avoue qu'il y a des gens qui se connaissent et qui reviennent longtemps après en te disant je pense que c'est le même souci. On le traite et ça fonctionne. Après est-ce que ton diaphragme est une conséquence ou une cause de ta lombalgie ça j'en sais rien. (silence) Oui et je te disais, tu peux pas traiter que le diaphragme, je pense, je fais aussi des traits tirés au niveau lombaire, des mobilisations lombaires et iliaques, des assouplissements lombaires et de toute la région lombo-pelvienne d'ailleurs. D'ailleurs ta prise en charge lombaire, elle est même souvent primordiale et nécessaire pour diminuer les tensions viscérales et les tensions musculaires globales. Du coup ça m'arrive de passer une séance complète sur un diaphragme, et les séances suivantes ou plutôt les séances précédentes de faire complètement autre chose. D'autant plus qu'il y a des personnes qui sont un peu euh... qui se sentent pas trop bien après un traitement du diaphragme. Tout à l'heure on parlait de priorité, pour moi la priorité dans les premières séances c'est de diminuer la douleur. »

LP : « D'accord, parfait merci. Le dernier thème est sur l'évaluation des techniques, comment évalues-tu ta prise en charge ? »

E7 : « Bah bonne (rires). Non je plaisante, je pense qu'on peut toujours mieux faire. Mais je dirais qu'elle est plutôt adaptée. Oui c'est ça, adaptée à chaque patient et à chaque lombalgie. »

LP : « (sourire) Et par quel moyen tu l'évalues ? »

E7 : « Ah pardon (rires), bah déjà par la douleur, en fait t'as même pas besoin de réévaluer, c'est les patients qui te le disent eux même, puis quand tu les observes aussi. Non je refais pas un bilan complet ça c'est clair, mais quand je vois les patients marcher ou leur posture. Quand la personne te dit j'ai moins mal ou j'ai plus mal t'es content et tu sais que ça a fonctionné ton traitement. Et puis si la personne te le dit pas d'elle-même généralement quand elle vient tu lui demandes, comment ça va, comment vous vous sentez, c'est mieux, moins bien, pareil ? »

LP : « Et donc généralement, quel retour tu as des patients ? »

E7 : « Oh, dans la majorité des cas j'ai de très bons retours. Les patients sont même demandeurs. Certains me demandent de recommencer les manœuvres. (silence puis acquiesce) Oui on voit beaucoup de soulagement des douleurs par cette méthode. »

LP : « (acquiesce) Et des médecins ? »

E7 : « Euh non ... Enfin j'ai peu de retours mais le peu que j'ai comme retours, ils sont satisfaits. J'en ai même un ou deux qui n'hésitent pas à envoyer d'autres patients pour traitement du diaphragme. Après je pense que c'est surtout du bouche-à-oreille patient médecin ou patient entre patients. J'ai deux médecins qui m'envoient leurs scolioses, ils sont très contents de résultats, mais sans trop connaître ce que je fais ... »

LP : « Ah oui ok, et selon toi, concernant la recherche, qu'est-ce qu'il serait intéressant de mener ? »

E7 : « (gros yeux) Euh... Faut réfléchir pour répondre à ça (rires) Non euh... Bah il faudrait mener sûrement des études avec une population assez large. Tu fais un groupe de patients avec un traitement kiné uniquement sur la zone lombaire, il y a un autre groupe avec un traitement zone lombaire et diaphragme. Ouais je vois bien quelque chose comme ça, après tes critères euh... Pour valider ou non ta technique, la douleur la mobilité, mais ça c'est subjectif... Puis quelle technique tu choisirais sur le diaphragme, est-ce que tu les fais toutes est-ce que tu en fais qu'une ? Faut savoir si tu évalues une technique en particulier ou si tu évalues un traitement complet du diaphragme et les effets que ça produit. Non vraiment pour vérifier ça je ne vois rien, c'est trop subjectif. Ou alors avec des stats de kiné comme tu fais pour ton mémoire ... Non je sais pas désolé ... (rires) ».

LP : « Dur celle-ci hein (rires) ok, bon bah on a terminé est-ce que tu veux apporter des éléments pertinents mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ? »

E7 : « (silence) Il y a un panel de choses à dire. Après je pense qu'on a parlé du plus important, le trio bio-mécanique, le ressenti des patients. Non je vois pas, on a déjà évoqué beaucoup de choses. C'est un sujet super intéressant, et j'adore en parler. Après pour un mémoire t'as pas choisi un sujet facile, mais je pense que ce sera apprécié même si au niveau de la recherche c'est encore bien limité. J'imagine que c'est pour ça que tu as choisi de faire des entretiens. »

Entretien 8 (réalisé le 12/12/20) :

LP : « Bonjour, pour commencer je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps. Je suis donc étudiante en dernière année à l'IFMK de Nancy et dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête sur la place du diaphragme dans la lombalgie. A travers cet entretien, je souhaite récolter vos opinions, vos connaissances et votre manière de faire. Vous pourrez vous exprimer librement et dans l'anonymat. Pour rappel, vous serez enregistré afin je retranscrive vos propos pour ensuite les analyser dans le cadre de ce travail de fin d'étude. L'entretien durera donc environ 45min. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

E8 : « Non non, allez-y pas de soucis. (sourire) »

LP : « Ça marche (sourire). Alors tout d'abord je vais vous demander des informations sur votre expérience c'est-à-dire année et lieu d'obtention du diplôme ainsi que le nombre et les intitulés des formations que vous avez réalisées avant ou après le diplôme ou si vous avez des pratiques spécifiques. »

E8 : « Alors diplôme de kiné ... C'était à Nancy et c'était en euh... Putain (rires) ... 1993. Oui 93 c'est ça j'avais un doute. Et pour les formations, j'ai essentiellement fait une école d'ostéopathie à Lyon. Après c'est des formations que j'ai fait seul euh... C'est des enseignements personnels quoi. J'ai lu

toutes les tomes de Busquet par exemple, les chaînes physiologiques. Je ne trouve pas de formation « sérieuse » (gestes entre guillemets) du coup j'ai une pile de livres monumentale et je m'instruis comme ça on va dire. Mas je trouve pas de formation avec des gens qui ... Qui ont de la pratique et du recul, oui voilà c'est ça, c'est trop théorique. Après même en ostéopathie franchement il y a certains trucs ... beaucoup de blabla et peu de concret... (silence) Donc si je fais des minis formations sur du matériel on va dire. »

LP : « D'accord, ok, ensuite je vais vous demander des informations sur votre mode d'exercice, statut au cabinet et les pathologies rencontrées. »

E8 : « Donc je suis kiné et ostéo j'ai les deux casquettes, je suis titulaire. »

LP : « Et au niveau des pathologies rencontrées ? »

E8 : « Donc moi je reste quand même spécialisé dans le dos, on fonctionne à cinq kinés et quand il y a des problèmes de rachis, généralement c'est pour moi. Surtout quand c'est des contextes un non peu compliqué. On va dire que mes confrères font plutôt la grosse partie traumato, neuro. Oui c'est ça, tout ce qui est traitement du dos c'est pour moi on va dire. La formation ostéo a quand même bien compléter pour tout ce qui est rachialgies, puis ça me plaît et je me documente pas mal. »

LP : « Ok, et concernant la première fois que vous avez entendu parler d'un traitement du diaphragme, où et dans quel contexte c'était ? »

E8 : « Alors ... (air réflexif) Le traitement du diaphragme, on le voit à l'école d'ostéo, mais honnêtement je ne trouve pas que ce soit pertinent la façon dont on le voit, c'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'est pas hyper concret. Mais sinon la première fois que vraiment je m'y suis intéressé et posé des questions c'était en lisant Busquet. En tout cas dans ce contexte. Ouais, c'était dans les chaînes musculaires, parce qu'il apparaissait étant le centre, vraiment, de toutes les chaînes musculaires. »

LP : « Ok très bien, donc on va commencer par le premier thème. Si je vous dis lombalgie et diaphragme que me répondez-vous ?

E8 : « (rires) C'est ce que je vous disais, le diaphragme apparaît comme le centre de toutes les chaînes musculaires. Que ce soit les chaînes croisées, les chaînes antérieures, les chaînes postérieures. Puis évidemment t'as les piliers du diaphragme qui font le lien aussi, il y a une relation évidente avec les piliers. Non pour moi c'est vraiment un truc à prendre en compte. Après évidemment, ce sera pas toutes les lombalgies, quand t'as une cause évidente par exemple, non bah là non. Pour moi le diaphragme, c'est une source de problème chronique. Et c'est en m'informant sur ces chaînes musculaires et avec l'expérience, que pour moi, je me suis dit que le point de départ, sur des patients qui sont souvent euh... Stressés mentalement et physiquement, parce que évidemment le diaphragme agit sur les émotions, ou plutôt c'est les émotions qui agissent sur le diaphragme. Et donc du coup ce diaphragme sera une conséquence, ou plutôt un spasme du diaphragme, donc un diaphragme positionné en inspiration, sera le point de départ de tout un problème qui se répercutera sur une chaîne musculaire. (silence) D'ailleurs je pense qu'on peut très bien relier certaines lombalgies d'origine psychologique avec un diaphragme. Et pas forcément que psychologique, ce sera des lombalgies hautes en T12, L1, L3, avec une inversion de cette zone en cyphose. Et vous pourrez avoir en L4, L5, un rattrapage de cette cyphose en hyperlordose, parfois même un petit pincement postérieur du disque de L4, L5 (gestes avec les doigts). (silence) Donc en fait c'est le diaphragme est spasmé depuis très longtemps, on va voir une personne, dans son allure, correspondant avec son état psychologique, ou plutôt émotionnel. Généralement ce sont des personnes introverties, plutôt enroulées sur elles-mêmes. Donc c'est pour ça qu'on peut avoir une relation euh... Avec quelque chose qui est là depuis très longtemps, ça peut être depuis la naissance

hein, depuis l'enfance. Oui c'est ça on va se retrouver avec des gens, un peu enroulés sur eux-mêmes, avec des grosses cyphoses. Et en fait cette cyphose elle peut être responsable, d'un diaphragme bloqué en inspiration, donc en position basse. Donc pour résumer on a un état émotionnel, pourquoi pas une pathologie respi ou une douleur qui entretiendrait des répercussions sur le diaphragme et ensuite qui donnerait une certaine posture. (silence) Après pour moi un diaphragme, de ce que j'ai vu et dans ma logique il est quasiment tout le temps bloqué en position basse, quand il est bloqué, d'où la posture un peu recroquevillée. Après pour moi on a deux origines au niveau d'un spasme du diaphragme, émotionnelle, mais on a aussi le psoas qui peut être en cause de par l'anatomie. Oui, le diaphragme est complètement dépendant du psoas je dirais et vice versa. (silence)»

LP : « Ok je vois, et est-ce que vous pensez que les autres kinés ont un raisonnement similaire ? »

E8 : « Pas du tout (négation de la tête). Je pense que, effectivement ce raisonnement est un petit peu décalé par rapport à la pratique quotidienne des confrères. Je pense que le diaphragme n'est pas assez dans le sens des préoccupations pour les pathologies chroniques. »

LP : « Et donc si les autres kinés n'ont pas ce raisonnement, quels éléments font consensus et lesquels font débat ? »

E8 : « Bah, d'après moi le consensus, il devrait être plutôt logique, d'autant plus qu'on apprend tous la même anatomie au départ. En fait, c'est plutôt l'approche qui est pas la bonne à l'école parce que le diaphragme devrait, je pense être au centre des préoccupations. D'ailleurs c'est tellement important, il y a tellement de choses à dire, il pourrait y avoir des heures et des heures de cours sur le diaphragme. Mais on vous en parle pas du tout, alors que pour moi c'est une aberration. C'est un peu la même aberration qu'il y a 10 ans quand on faisait des stages en hospitalier alors que 80% d'entre nous partaient en libéral. Je pense qu'on est en retard, ça viendra sûrement ensuite. Je pense qu'il ne devrait pas y avoir de débat là-dessus mais que c'est plutôt un problème au niveau scolaire. On vous fait pas faire la relation entre la posture et le diaphragme, y'aurait plus de débat après. Non il devrait pas y en avoir. J'arrive pas à comprendre, moi je me suis penché la dessus parce qu'un moment donné j'ai remarqué trop de relation entre le psycho et le dos. Mais vous savez pourquoi on en parle pas ? Parce qu'en fait on n'a pas trouvé de technique efficace directement sur le diaphragme je pense. On aurait des techniques euh ... évidente sur le diaphragme, on en parlerait. On n'a pas de technique évidente quand vous regardez la littérature. Donc comment voulez-vous que l'école base des heures et des heures de travail sans appui de la littérature scientifique. C'est ça le débat, on a pas de technique qui touchent directement le diaphragme. »

LP : « Oui c'est ça... (coupée par l'interlocuteur) »

E8 : « Bah oui parce que du coup tout ce que je vous dis là c'est empirique en fait. Après l'empirisme, comme beaucoup de kinés d'ailleurs je pense, c'est une sensibilité que moi j'ai et j'ai tout intérêt à ça parce que bon dans notre métier on est beaucoup sur le ressenti. Après c'est aussi pour ça que ce sujet de mémoire est intéressant, je pense qu'il va soulever des questions. À la fin de votre mémoire il y aura beaucoup de points soulevés, des points d'interrogation. Après pour les recherches bon courage, à part Busquet je ne vois pas d'autre l'auteur qui parle d'un traitement du diaphragme, si il y a sa femme je crois que c'est là que j'ai appris ça, elle fait des techniques respiratoires. Pis y'a le yoga aussi ou vous travaillez la remontée du diaphragme. Et ça c'est des techniques que vous pourrez facilement appliquer au cabinet. »

LP : « Ok. Oui pour les techniques de traitement on en parlera plus tard. Et sinon pour le bilan, que faites-vous comme bilan pour un patient lombalgique ? »

E8 : « (gros yeux, bouche ouverte) Le bilan pour un patient lombalgique ? »

LP : « Oui oui. (Sourire) »

E8 : « Bon alors déjà moi je procède par diagnostic d'exclusion. Donc dans une première étape, je vérifie le Lasègue et je tapote les épineuses une par une pour voir si elles sont hyperalgiques ou pas, pour mettre de côté une hernie ou une fracture. Et après pour une lombalgie ça va être surtout une palpation des corps musculaires. Je vais rechercher des cordes musculaires. Donc en fait je vais palper le long de ma crête iliaque. En fait je pars de devant, je vais palper mon psoas, ensuite mon oblique, le carré des lombes, il est important, mon ilio-costal. Euh... psoas oui j'ai dit. Et donc là je vais sentir si il y a une corde, qui pourrait mener à un spasme musculaire. Après dans un deuxième temps je regarde un peu la mobilité en actif. Mais je m'éternise pas, je dirais même que je m'en moque un peu. Et dans un troisième temps euh Tic tac tac euh... (gestes doigt et air réflexif) Après je vais voir les pyramidaux au niveau du bassin et les fessiers, parce qu'on retrouve souvent des lombalgies avec un spasme sur petit et moyen fessier. Voilà, globalement ce que je fais. »

LP : « D'accord très bien et quel que soit le patient le diaphragme est systématiquement évalué ? »

E8 : « Non. Pas systématiquement. Je vais pas chercher tout de suite la cause diaphragmatique. Je vais déjà répondre, parce que nous en libéral, on a 30-45 minutes pour être efficace et faut quand même répondre tout de suite, faut que le patient ressorte avec un changement. Et donc là après, je verrai le diaphragme, oui parce que le diaphragme pour moi il faut le concevoir c'est que du chronique. Si on a un diaphragme, c'est qu'on a des douleurs chroniques du patient. Mais je vais pas commencer par du compliqué d'abord. Je vais mobiliser régler mon problème musculaire, mon problème articulaire et après seulement je m'en soucie. Par exemple quand il reste quelques gênes ou quelques douleurs, là j'irai chercher quelque chose de plus profond. Mais dans un premier temps je vais rester simple je vais rester sur de l'ostéo-articulaire basique. Je fais toujours une première séance de débroussaillage entre guillemets, et après sur une seconde séance on voit comment ça se passe, soit j'ai tout de suite une amélioration, et j'ai pas besoin d'aller chercher trop loin, quelque chose de chronique ou autre. Puis le diaphragme c'est compliqué, on va souvent avoir des gens qui auront d'autres symptômes. Quand un diaphragme ne fonctionne pas bien, on peut avoir des muscles inspireurs accessoires qui vont devoir compenser, la nuit notamment, donc dans l'anamnèse, on pourra relever les gens qui feront du bruxisme nocturne par exemple. Ça va être aussi des gens où ces muscles là vont être bien contracturés, bien douloureux, on peut même avoir des cordes parfois sur les SCOM ou les scalènes. Les obèses, le diaphragme est souvent inefficace et tu peux retrouver des apnées du sommeil par exemple. »

LP : « Oui d'accord. Et justement quels éléments vous conduisent à considérer le diaphragme ? Anamnèse ? Éléments physiques ? »

E8 : « Ah bah oui oui dans l'anamnèse bien sur évidemment. La qualité du sommeil notamment, c'est quelque chose de super important. Des douleurs en T12, L1, L2, des douleurs au niveau des mâchoires. Bon après c'est pas hyper évident et je me pose pas la question en première intention mais des gens qui ont des défilé thoraco-brachial à cause des muscles inspireurs accessoires justement. Ça peut peut-être aussi des gens qui ont un ventre très proéminent, le diaphragme ne peut plus descendre. Puis une évidence aussi ça va être des gens qui sont stressés au quotidien, chez qui on pourra même retrouver une respi costale haute. Voilà. »

LP : « Et dans les éléments physiques ? »

E8 : « Bah dans les éléments physiques, je vois pas grand chose mis à part inversion de courbure au niveau lombaire. Cette espèce de cyphose lombaire haute. Oui le principal truc c'est ça. On peut avoir aussi une petite ptose abdominale. Après le reste, ça peut tellement être autre chose que je pense qu'il faut pas systématiser en disant ça c'est un diaphragme. »

LP : « Oui je comprends, d'accord (coupée par l'interlocuteur). »

E8 : « Bah oui comme par exemple le psoas, lui il sera aussi forcément impacté. Ils vont ensemble quelque part. Et généralement j'allais oublier, on retrouve les douleurs au niveau épigastrique à la palpation, juste en dessous des côtes. Vous avez même certaines personnes qui se mettent à pleurer quand on va appuyer un peu trop à cet endroit. Donc ça c'est un signe que le diaphragme est spasmé et qu'on a une origine émotionnelle. Et ça c'est un signe aussi qui nous amène à nous dire que le traitement va sûrement être long. Ah et d'ailleurs ça me fait penser dans mon bilan, je regarde, ou on me parle, oui ça m'arrive assez souvent que ce soit des gens qui ont une scoliose. Et ça ça me fait me poser la question justement des origines de la scoliose. Parce que quand vous avez un diaphragme spasmé depuis le plus jeune âge, il est évident que par rapport aux insertions, vous avez un réel déséquilibre entre les 2 piliers. Oui c'est ça il y a vraiment une inégalité de force droite et gauche. Et du coup forcément derrière, quand vous avez un diaphragme qui tire sur un pilier plus que l'autre ça peut faire partir les vertèbres en rotation. Donc est-ce que certaines scolioses ne pourraient pas avoir comme origine un diaphragme ou au contraire provoqueraient des soucis au niveau du diaphragme. Je dis pas que c'est le cas de toutes les scolioses, mais ça m'arrive d'aller regarder le diaphragme quand j'ai des scolioses. »

LP : « Hum pourquoi pas, à creuser. Et selon vous il s'agit d'un bilan spécifique ? »

E8 : « Bah euh non non (air interrogateur). Ou alors il est spécifique à moi (rires). Enfin quand je fais le bilan d'une lombalgie c'est un bilan classique, c'est plus après quand je vais creuser que ça devient spécifique. Mais après c'est pas un bilan spécifique dans le sens où ça répond pas du Busquet, du Mackenzie ect... »

LP : « Oui oui je vois. Bon alors on peut passer au troisième thème. Concernant les techniques de traitement, comment prenez-vous en charge le diaphragme dans la lombalgie ? »

E8 : « Alors ... (mouvement de tête en avant) Le diaphragme dans la lombalgie, la technique que j'utilise pour ça, enfin il y a plusieurs techniques. Donc il y a une technique où on travaille avec les pouces sur toute la remontée du dos, en fait on vient appuyer avec les pouces le long de toutes les épineuses en remontant. Ça se fait de L5 à T1, et en fait on vient pousser en antérieur et très légèrement vers le bas (gestes avec le pouce). En fait cette technique je vais la faire pour n'importe quelle lombalgie, mais ça peut travailler sur les piliers. Après si on veut vraiment un travail spécifique, pour ça, mon patient, il est allongé sur le dos, vous mettez ses mains à lui derrière sa nuque, enfin vous mettez une main à lui derrière la nuque, la jambe opposée va faire une ouverture complète en abduction, moi, le kiné est positionné du côté de la hanche ouverte et pose une main au niveau de T12 L2, sur les piliers, je positionne mon autre main sur le ventre, avec ma main sur le ventre je fais une légère pression vers le crânial. Je demande au patient d'inspirer tranquillement et quand il souffle je lui demande de venir plaquer son dos contre ma main située au niveau de ses lombaires et je vais aller appuyer, je vais faire un rebond avec mes doigts au niveau de cette zone qui est en cyphose, en fait je vais provoquer une lordose et donc avec ma main sur le ventre je vais essayer d'exercer une poussée vers le crâniale. Avec tout ça je demande au patient de pousser avec le coude, de sa main qui est derrière la tête on est d'accord hein, le coin de la pièce derrière lui. Et pareil je lui demande de pousser avec son genou vers l'autre opposé de la pièce. Donc en fait j'ai un étirement en diagonale de mon psoas et diaphragme. Donc en fait par exemple si je mets ma main droite en haut, j'aurai un travail d'une coupole diaphragmatique droite et sur un pilier gauche et un psoas gauche. (Silence) Je vais aussi beaucoup travailler en manuel de T12 à L3, corps du crochetage des choses comme ça. Donc voilà ça c'est mon travail avant la manipulation, oui parce qu'après je vais finir par une manipulation. Ce sera une manipulation en rotation et en antépulsion du coup. Mais après il y a tout un travail autour. Au niveau postérieur, il y aura énormément de muscles à

retravailler. Mais c'est vrai que quand on retravaille beaucoup dans cette zone T12 L1 L2 on a une nette amélioration même au niveau de la respiration, ça se voit vraiment. Bah puis il y a le traitement du psoas évidemment qui est significatif, étirements par exemple. »

LP : « D'accord ? Et donc parmi tout ce travail autour comme vous dites, quels sont vos axes et plan de traitement ? »

E8 : « Bah au niveau de mes axes, si je puis dire, au début c'est vrai que ça va être surtout un travail des muscles, une libération musculaire par des étirements, du crochetage et des manipulations. Quand il y a une lombalgie je travaille aussi systématiquement le psoas. Mais c'est vrai que quand on libère un psoas, généralement on libère un diaphragme derrière. (silence) Et à la fin, c'est bien essayer de retrouver une respiration abdomino-diaphragmatique plus que correct pour entretenir, et c'est là qu'il est intéressant de le travailler dans diverses postures. Ça va servir à assouplir ce diaphragme aussi. Mais après pour moi, quand il y a vraiment un traumatisme émotionnel, tant que la personne n'a pas levé ce traumatisme, on pourra pas, enfin ça va être un cercle vicieux ça va revenir, notre traitement va perdurer dans le temps. Après pour parler du plan, le diaphragme il arrivera pas dans les premières séances, c'est vraiment si je vois que je n'ai pas de résultat ou que ça n'avance pas. Mais c'est vrai qu'il m'arrive de passer une séance complète sur un diaphragme. Oui parce que je pense que la séance, il faut qu'elle soit lente. Vous voyez ce que je veux dire ? il faut que le patient il se relâche complètement, faut prendre son temps, on « rentre » (gestes guillemets) dans le patient donc c'est des zones parfois délicates. Déjà on peut demander au patient de respirer régulièrement sous nos mains déjà là ça le détend. Ensuite, une fois que le diaphragme et la partie lombaire sont traitées, et puis si les muscles inspireurs accessoires sont en souffrance aussi je vais les traiter dans une autre séance donc ça c'est des techniques de crochetage des choses comme ça hein. Par contre, pour la suite de la prise en charge, les exercices types renfo, assouplissement tout ça, je renvoie plutôt à mes collègues. »

LP : « Ah oui. D'accord. Bon alors on peut passer au dernier thème qui concerne l'évaluation des techniques. Comment évaluez-vous votre prise en charge ? »

E8 : « Alors l'évaluation de la prise en charge, c'est pas moi qui l'évalue, c'est le patient. Oui, c'est mon patient qui me dit. L'évaluation elle se fait sur une note de 0 à 10 point barre. C'est lui qui nous note. C'est pas une question d'évaluation de mobilité du diaphragme, c'est le patient qui ressent si on a levé les tensions, comment il est au niveau de sa respiration, les douleurs et ça pas que au niveau lombaire, oui parce que quand un diaphragme est spasmé on peut avoir des soucis viscéraux type constipation ect et même des douleurs au petit bassin parfois. Après est-ce que c'est le traitement global du diaphragme ou la manipulation ce qui a fait du bien ... (air interrogatif) C'est vraiment complexe le diaphragme, ça touche beaucoup de choses alors est-ce que c'est le traitement du diaphragme qui va libérer tout ce qu'il y a autour ou c'est en libérant tout ce qu'il y a autour qu'on va aller vers un diaphragme... C'est compliqué il est relié à tout, vous touchez autre chose ça a des répercussions sur lui et inversement. »

LP : « D'accord et justement quels retours avez-vous de vos patients ? »

E8 : « Lors d'un traitement du diaphragme ? »

LP : « Oui (signe de la tête) »

E8 : « On a de très bons retours (air affirmatif, signe de la tête). Oui on a de très bons retours sur ce genre de traitement, mais après c'est tellement global donc est-ce que c'est le diaphragme la cause du problème lombaire ? C'est très compliqué parce que par exemple sur ma technique je ne dissocie pas diaphragme psoas, si j'en traite un je traite l'autre. Donc c'est ça qui est compliqué mais sur les résultats c'est vraiment euh... même bleffant j'ai envie de dire. Après ça marche pas non plus à

chaque fois, c'est limité, par exemple il y a certaines manipulations je ne peux pas aller faire sur des personnes arthrosiques. Mais après on n'est pas capable de dire si le diaphragme est une cause primaire ou secondaire. Après pour moi si on a une inversion de courbure en lombaire haut et les douleurs à la palpation épigastrique, avec un état émotionnel perturbé ou des soucis respi bruxisme ou autre on peut dire que c'est une cause primaire. Si c'est le psoas qui en cause, donc le diaphragme en cause secondaire le bilan ne sera pas aussi significatif. »

LP : « Elle est médecin ? Vous avez un retour des médecins ? »

E8 : « Euh... (se gratte le front) Non, on a absolument aucun retour des médecins par rapport à ça. Enfin moi en tout cas. Non aucun contact là-dessus. Après le souci aussi c'est peut-être qu'il n'y a pas mal de médecins, surtout les plus anciens, qui n'aiment pas trop cette casquette de kiné-ostéo. Ils aiment pas parce que généralement ils envoient les gens pour de la kiné, et en fait quand le patient leur dit ce qu'on leur fait ils ne savent pas trop c'est de la kiné ou de l'ostéo. Mais en réalité on a aucun contact avec eux par rapport à ça, ils connaissent pas ce qu'on fait. »

LP : « Ah oui je vois, d'accord. Et une dernière question concernant la recherche, que serait-il intéressant de mener ? »

E8 : « Comment ça ? (sourire) Pour prouver nos techniques ? »

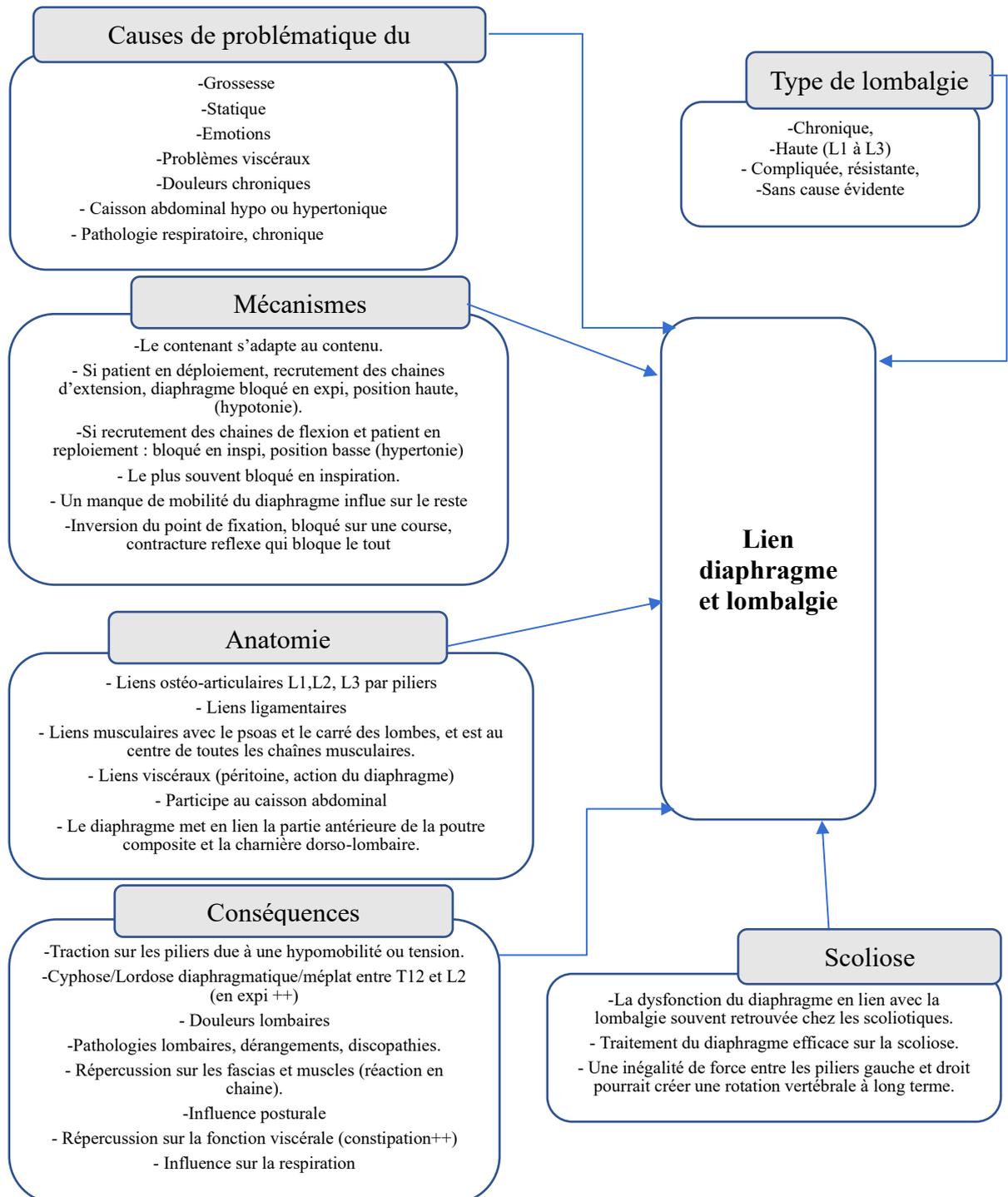
LP : « Par exemple (sourire), entre autres. »

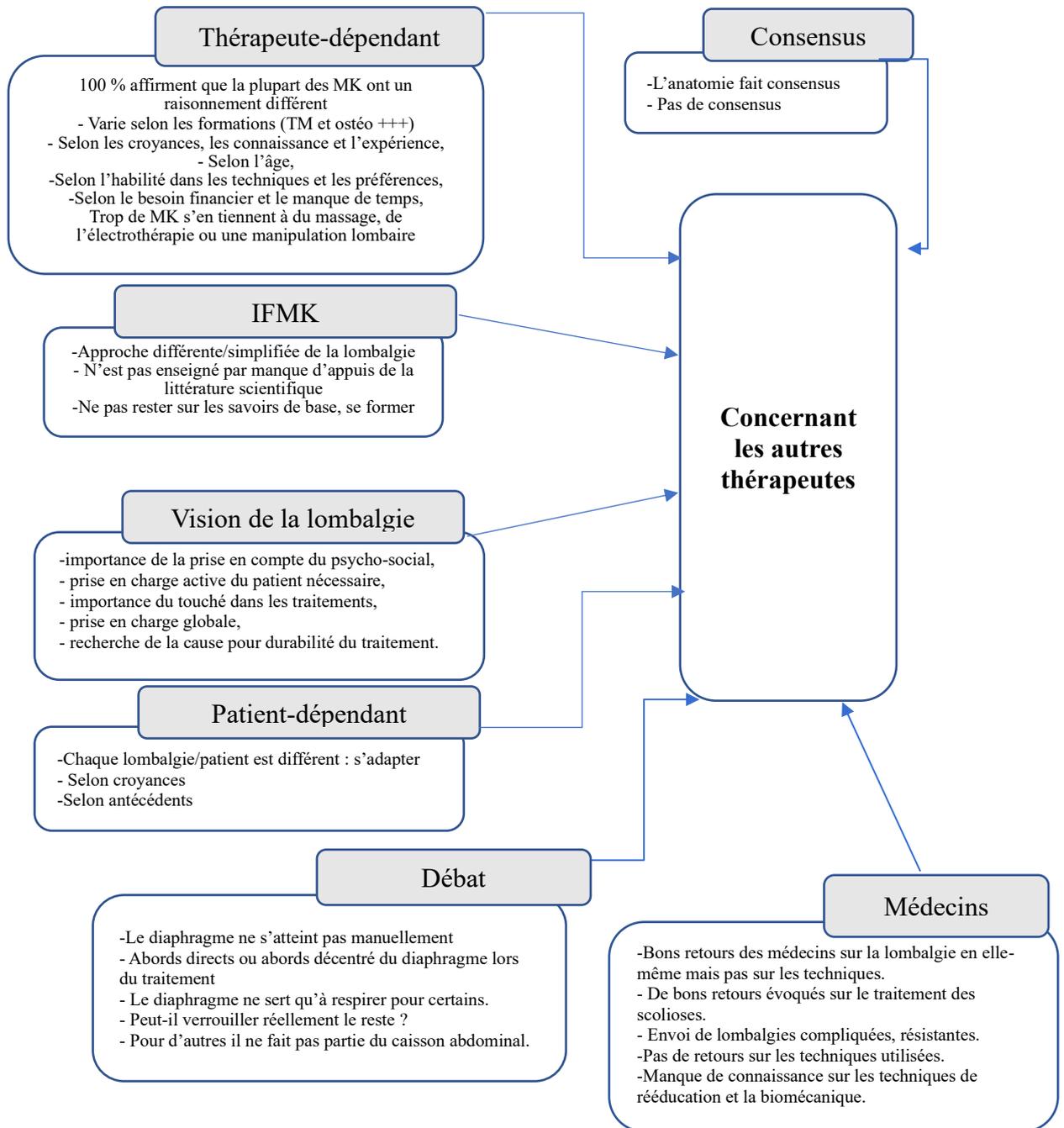
E8 : « (l'air étonné) Très compliqué ça ! Là on part sur quelque chose ... Le seul truc qui pourrait faire qu'un ... (souple) Il faudrait trouver quelque chose qui soit (souple) quelque chose qui soit vraiment focalisé sur le diaphragme. Or il est tellement la pièce centrale de tellement de choses et tellement de choses agissent sur lui qu'on ne peut pas euh... Qu'il y ait un test, une valeur euh... Ne serait-ce qu'une valeur respiratoire parce qu'il suffit de travailler un tout petit peu sur l'ampliation thoracique, la souplesse thoracique que derrière on aurait des résultats sur la capacité vitale. Et donc du coup la capacité vitale ce serait pas suffisant pour montrer que c'est un traitement du diaphragme qui l'a améliorer. Si ou alors il faudrait faire tu vois un traitement du diaphragme, mais il y a trop de choses qui jouent sur la capacité vitale je pense. Mais la recherche là-dessus euh... (souple) Je vois vraiment pas ce qu'on pourrait faire là-dessus pour vraiment isoler un traitement du diaphragme. Non je ne vois vraiment aucun signe qu'on pourrait analyser visualiser pour démontrer ça. Pis y'a pas que ça, rien que de prouver réellement la raison pour laquelle il est en spasmé. Si ou alors on pourrait faire un rapport avec cette fameuse cyphose lombaire avec des mesures avant et après un traitement diaphragme. Mais comment faire j'en sais rien. »

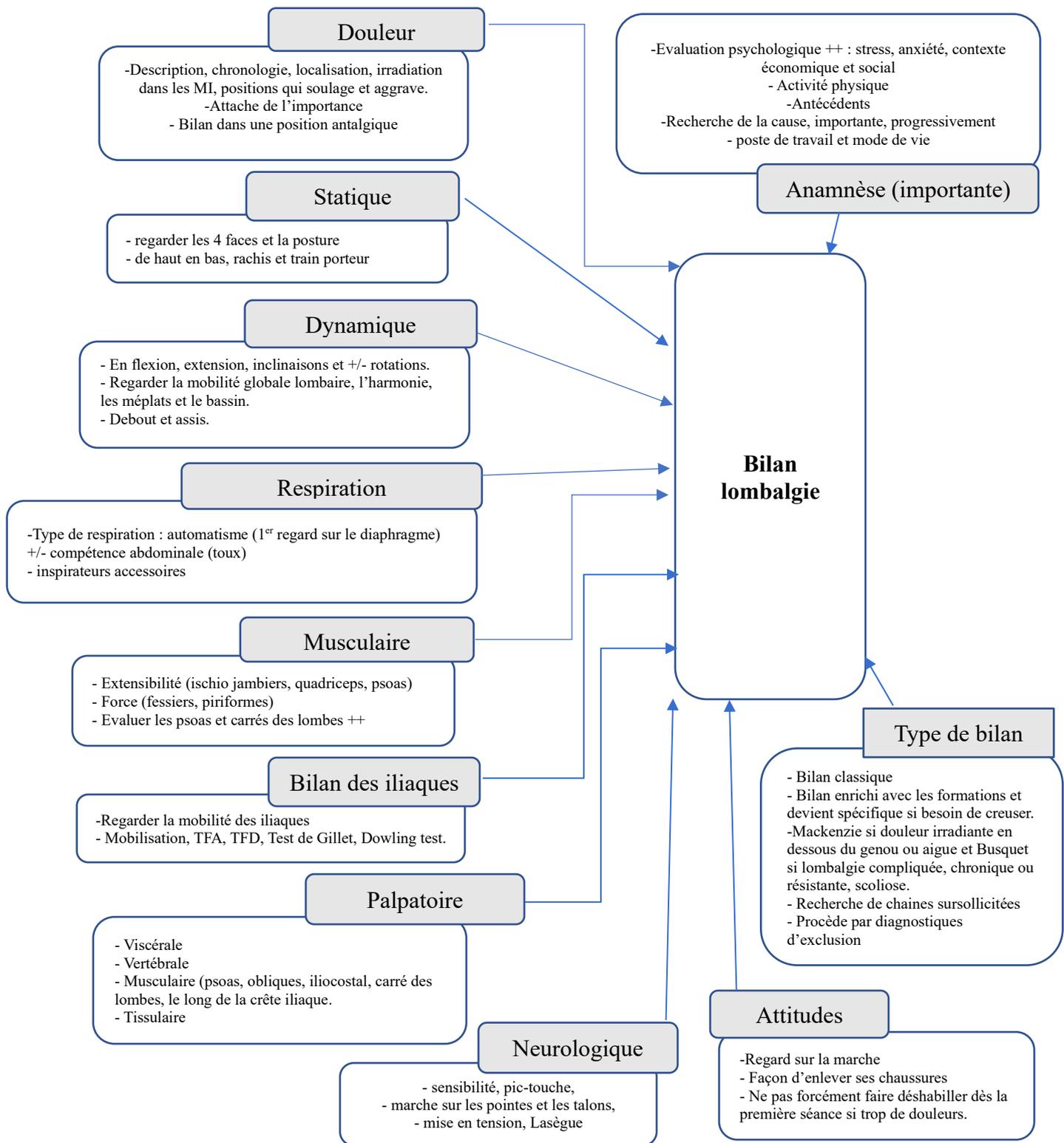
LP : « Bon, à réfléchir (sourire). On a terminé est-ce que vous souhaitez apporter des éléments qui vous semblent pertinents mais qui n'ont pas été évoqués lors de l'entretien ? »

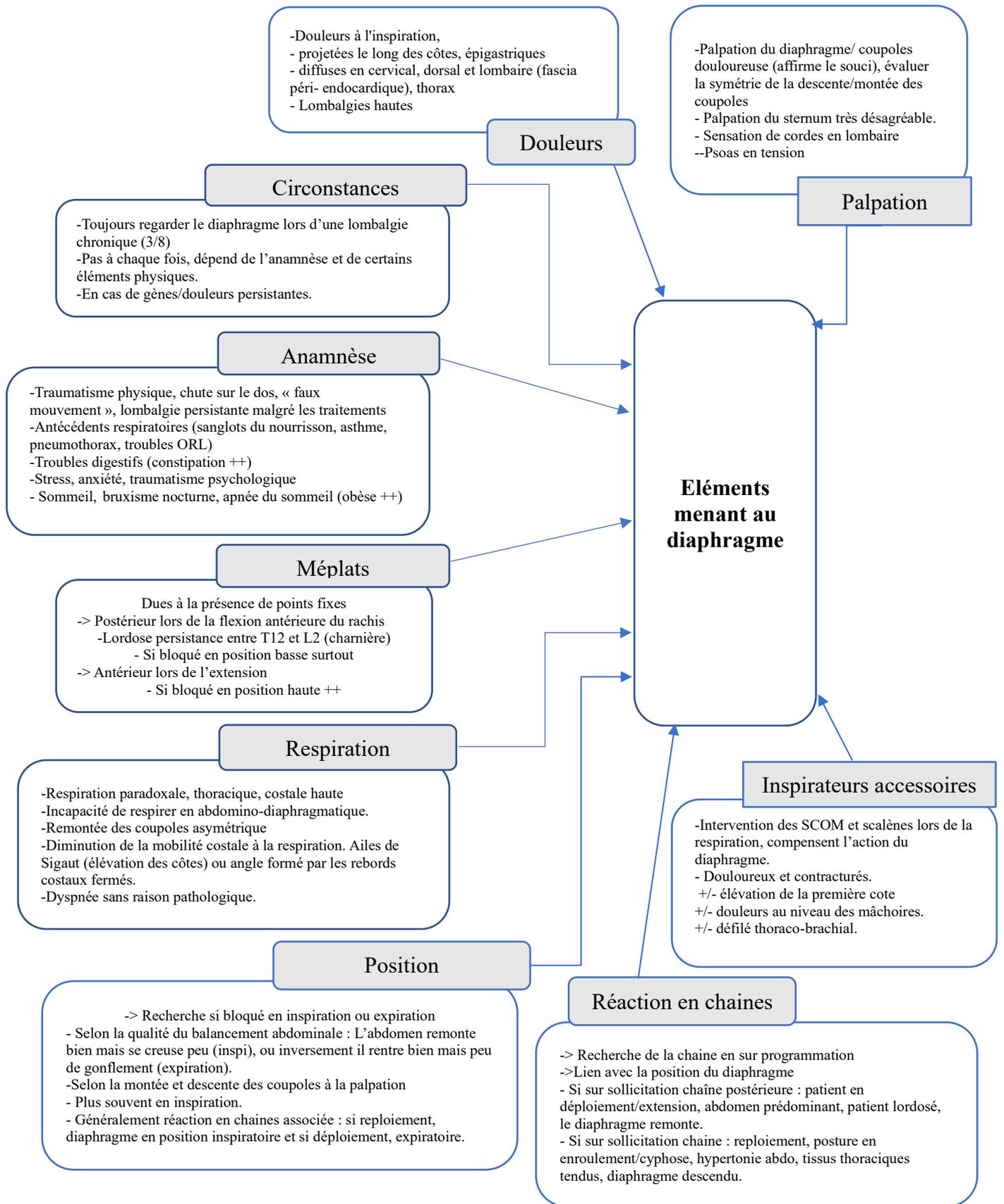
E8 : « (sourire) Non euh... Je pense qu'on a fait plus ou moins le tour de tout. Non je pense que c'était important de parler euh... De causes primaires secondaires, d'évoquer une origine émotionnelle. Bah puis de parler du psoas aussi, super important. Mais voilà. Ah, et il se pose la question de l'origine scoliotique aussi, c'est intéressant d'en parler parce que j'en ai quand même pas mal. C'est trois points qui me semblent importants. (Sourire)

Annexe V : Cartes mentales









Planification

- 3/8 précisent qu'ils peuvent passer une séance complète sur le diaphragme si jugé nécessaire (prendre le temps pour une meilleure détente du patient ou parce que traitement fatiguant voir désagréable).
- Le traitement du diaphragme intervient souvent secondairement, en cas de douleurs résiduelles par exemple. Parfois intervient plus rapidement selon les patients.

Abords directs

- Ponçage, palper rouler ou traits tirés sous costaux antérieurs et postérieurs (ligaments arqués), de l'ombilic à l'appendice xiphoïde et +/- le long du sternum.
- pressions post (ou crochetage) sur piliers / pressions sur les arcades.
- étirement passif ou contre résistance si hypertonique (bloqué en bas) (le kiné tracte vers le crânial en sous costal, le patient inspire)

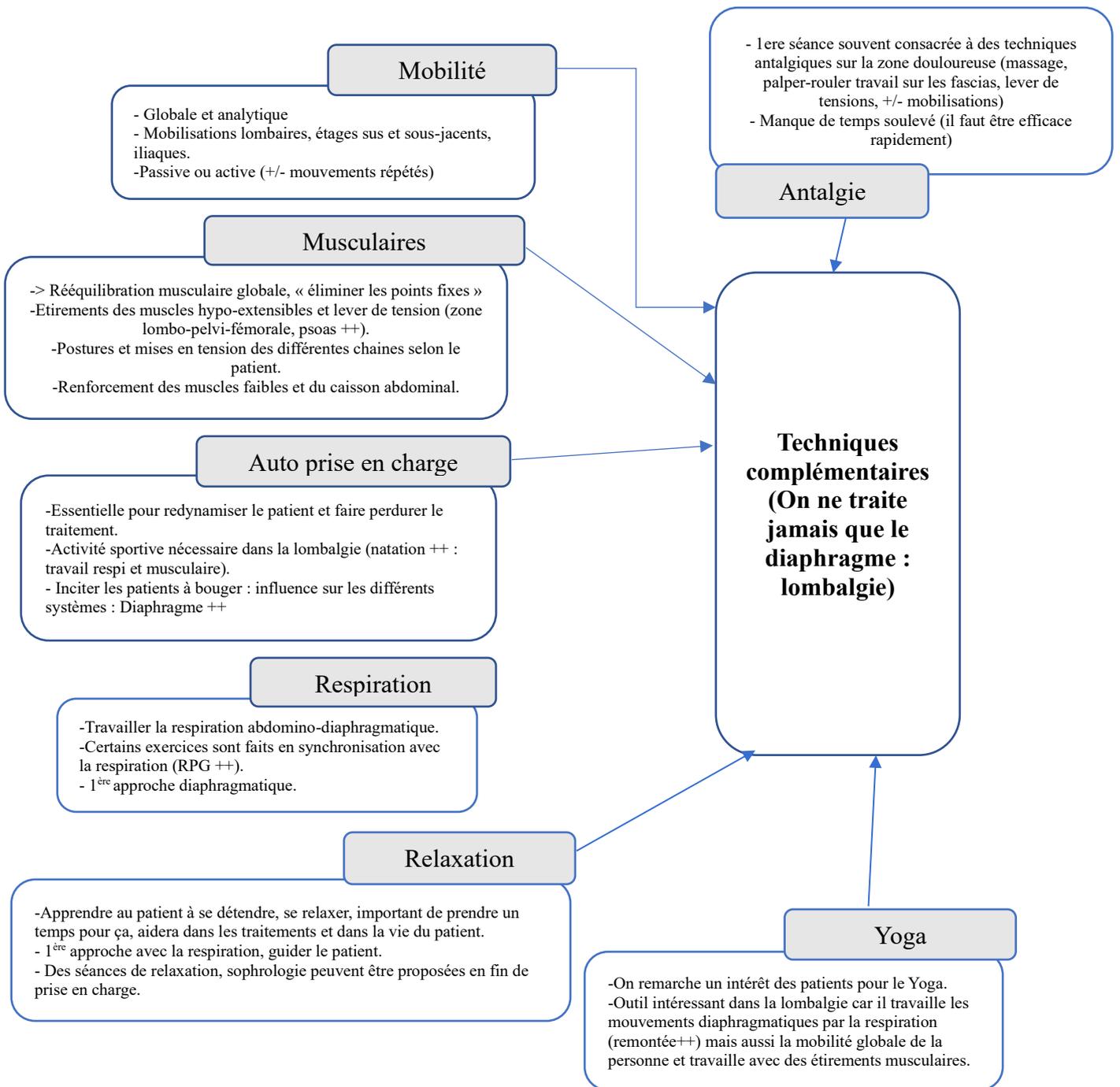
Abords indirects

- Mobilisations costales et sterno-costales par pressions,
- Mobilité lombaire en délordose et contrôle moteur (méplat),
- Posture d'étirement pour étirer la chaîne rétractée (coussin, ballon...), en corrélation avec la respiration (mobilité diaphragmatique)
- Techniques articulaires sur T12, L1, L2,
- Traitement du psoas va libérer le diaphragme
- +/- massage cadre colique (détente ligamentaire) et massage des points péricardiques.

Techniques respiratoires

- Acquisition d'une respiration abdomino-diaphragmatique, maîtriser aussi les autres types de respiration.
- Mobiliser les volumes inspiratoires et expiratoires max en créant une poussée vers le haut ou le bas.
- Stretch reflexe/pneumatisation/despasme (redynamise, si bloqué en expi ++)
- Normaliser la position du diaphragme et renforcer : faire redescendre le diaphragme par des inspirations forcées en ayant le ventre rentré et faire remonter par des expirations ventre gonflé, peut se faire dans certaines postures (selon chaîne)
- Auto-exercices ++ pour automatiser et se détendre.

Traitement sur le diaphragme



Liens anatomiques et répercussions

- Le psoas est en lien par les arcades et le fait de traiter le psoas permettra de détendre le diaphragme.
- Le psoas, le carré des lombes et le diaphragme travaillent en synergie.
- Carré des lombes et psoas à prendre en compte. Par les liens anatomiques, ces 3 muscles sont étroitement liés... Un problème à un aura des répercussions sur les 2 autres.

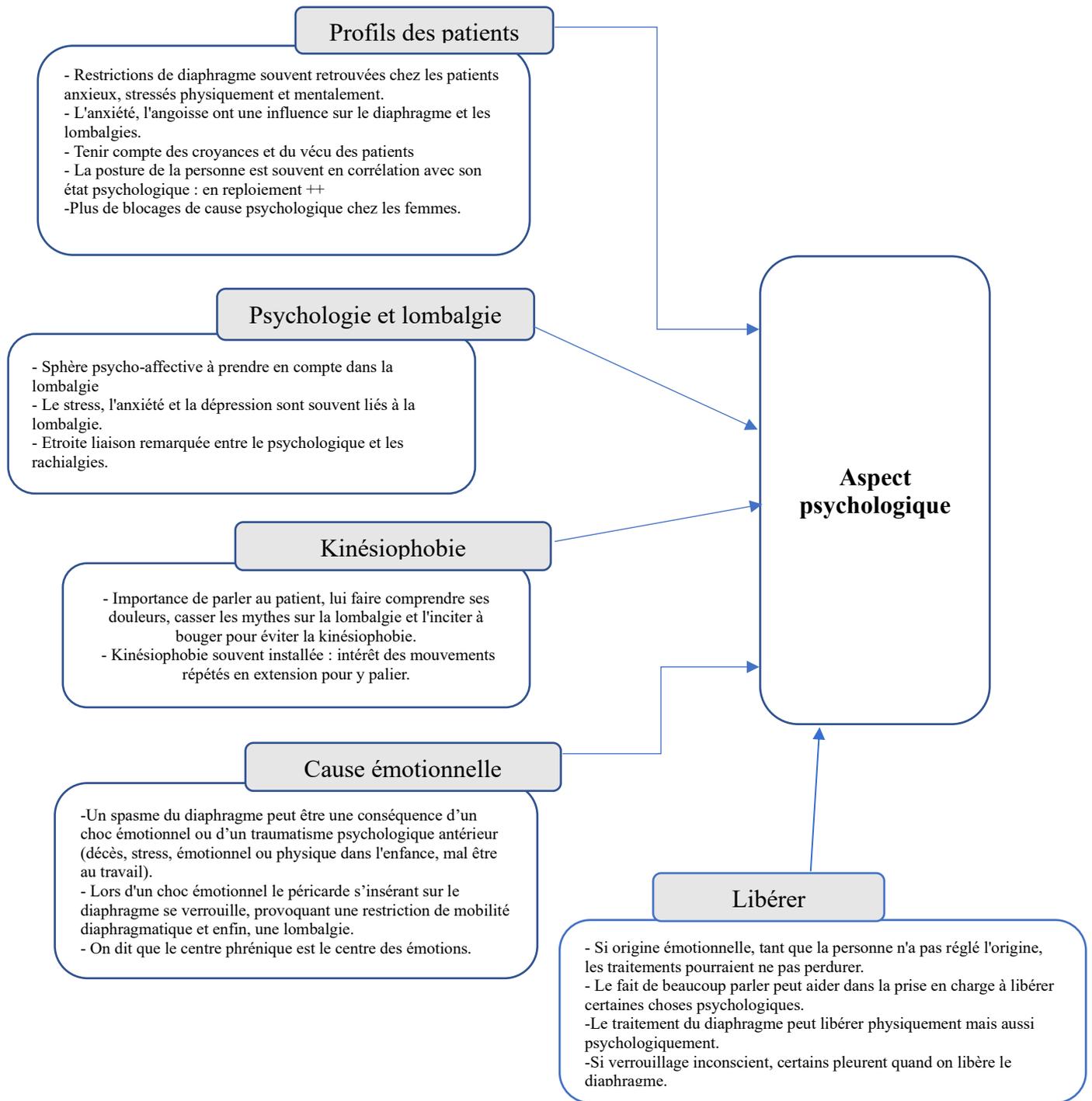
Prise en charge indispensable

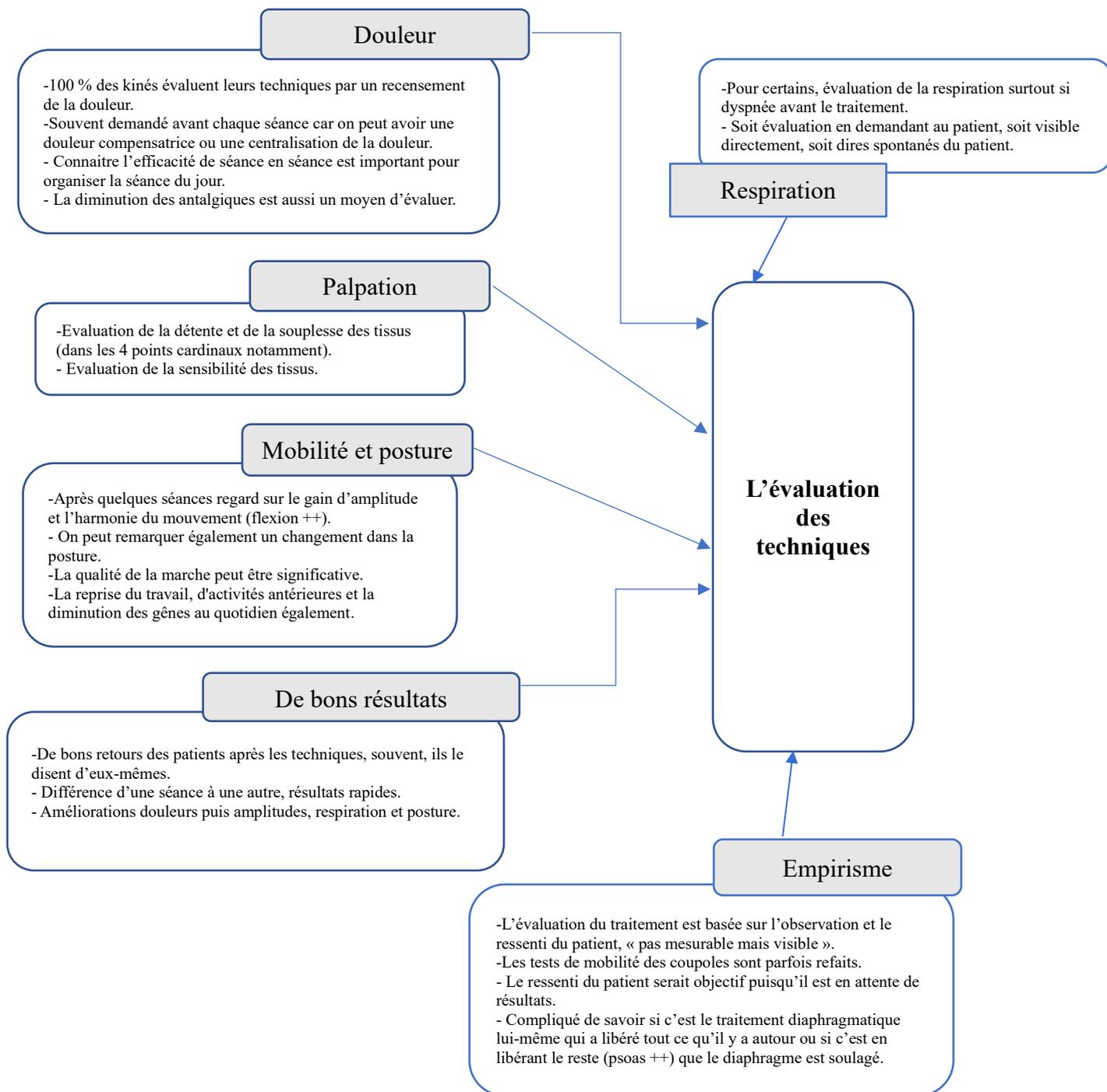
- Le psoas est aussi très important dans la lombalgie, étirements quasi indispensables.
- Une hypotension ou une hypertension du ou des psoas et/ou du carré des lombes peuvent donner une restriction de mobilité lombo-pelvienne et donc engendrer une lombalgie.
- Quand on travaille le diaphragme on agit aussi sur le caisson abdominal, le psoas et le carré des lombes.

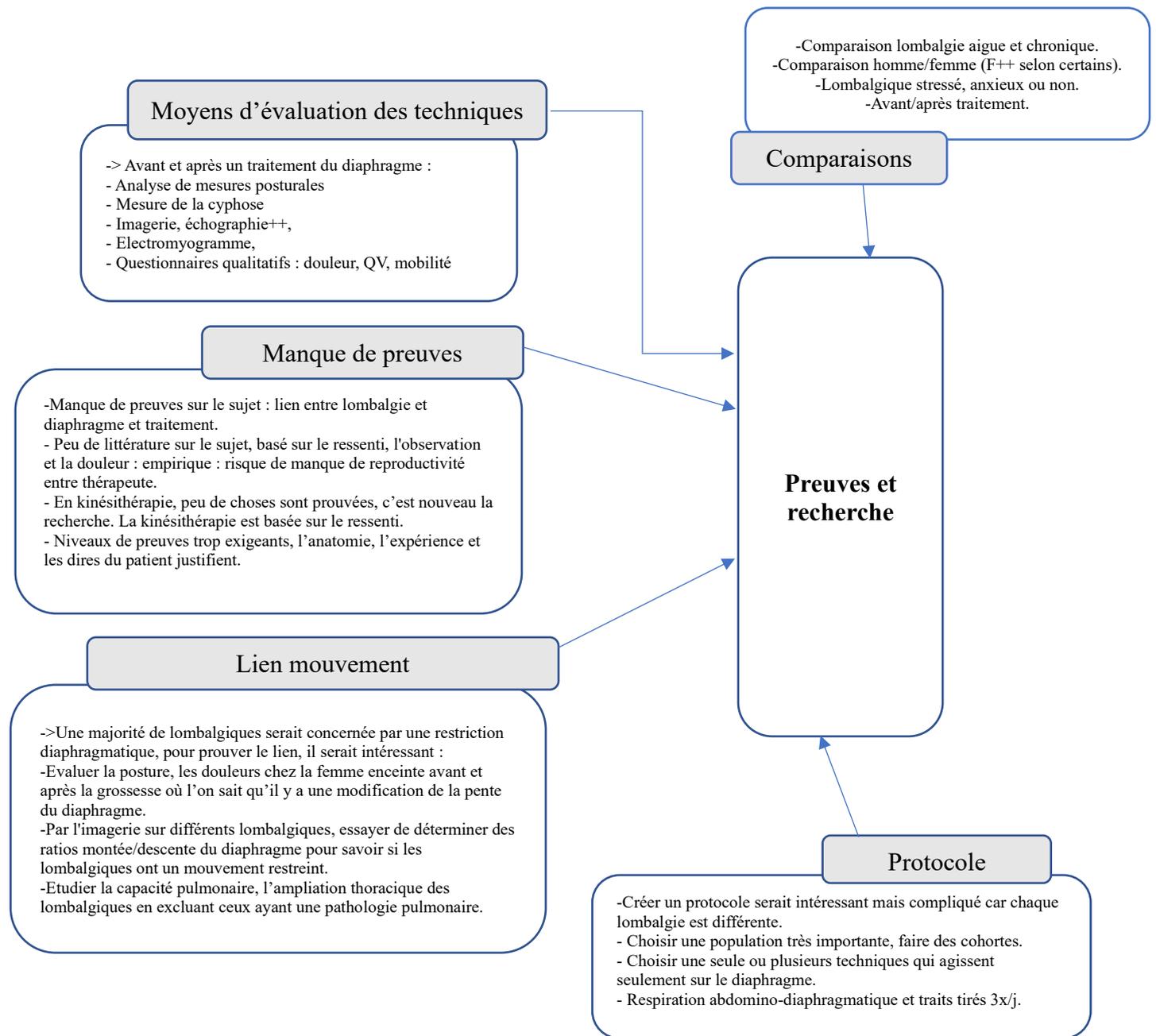
Méplats

- Lors d'un méplat trois muscles peuvent être en cause : le psoas, le carré des lombes et le diaphragme.
- Si méplat lombaire haut : diaphragme en cause, si méplat lombaire bas : psoas

Lien avec le psoas (6/8) et carré des lombes (4/8)







Le diaphragme a-t-il bon dos? Une étude qualitative sur son rôle dans la lombalgie.

Introduction: La lombalgie est une pathologie très courante dans le monde. Il s'agit de la première cause d'arrêt de travail en France. C'est la pathologie la plus rencontrée dans les cabinets de kinésithérapie français. Il est communément admis par ces professionnels que le diaphragme est susceptible de jouer un rôle dans la lombalgie. Bien que cet argument ne repose sur quasiment aucun fondement scientifique, nous avons voulu comprendre pourquoi ce modèle reste tant plébiscité par le sens clinique du praticien.

Matériel et méthode: Nous avons choisi de nous appuyer sur une méthode qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 8 MK libéraux prenant en compte le diaphragme dans la lombalgie. Deux pré-tests ont été effectués, un guide d'entretien a été réalisé puis nous avons analysé nos interviews à l'aide d'une indexation par thème.

Résultats: Le traitement du diaphragme n'apparaît pas comme une priorité dans la lombalgie, il est complémentaire. Bien qu'il soit dispensé en fin de prise en charge ou en la présence d'éléments verbaux ou physiques, les interrogés le considèrent comme une « clef » dans leur traitement de la lombalgie chronique. Dans cette prise en charge de la lombalgie dite « globale », tous accordent une importance aux facteurs psycho-sociaux et insistent sur la relation soignant/soigné. Ils sont conscients du manque de preuves mais soutiennent l'intérêt de l'expérience et de l'empirisme.

Discussion: La réflexion, le bilan et les techniques des MK vont globalement dans le même sens mais quelques divergences sont identifiables en fonction des formations professionnelles. Nous ne retrouvons pas de consensus, ceci est principalement expliqué par l'empirisme et le modèle de transmission du savoir par les pairs. Bien que les éléments amenés par les professionnels semblent cohérents sur le plan intellectuel, des études plus approfondies se révèlent nécessaires pour connaître l'intérêt de la considération du diaphragme dans la lombalgie.

Mots clefs: diaphragme – lombalgie – masso-kinésithérapie - méthode qualitative

A qualitative study on diaphragm's role in low back pain.

Introduction : Low back pain is a very common pathology in the world. It's the main cause of sick leave in France and the most common pathology in French physiotherapy. It's commonly accepted by these professionals that the diaphragm can play a part in low back pain. Although this argument isn't based on any scientific bases, we wanted to understand why this model remains so popular in the clinical sense of the practitioner.

Material and method : We chose to rely on a qualitative method by semi-structured interviews with eight liberal physiotherapists who take the diaphragm into account in low back pain. Two pre-tests were carried out, an interview guide was produced and then we analyzed our interviews using indexing by theme.

Results : Diaphragm treatment doesn't seem to be a priority in low back pain, it is complementary. Although it is dispensed at the end of treatment or in the presence of verbal or physical elements, respondents consider it a "key" in their chronic low back pain treatment. In this so-called "global" low back pain care, all of them attach importance to psycho-social factors and insist on the caregiver/patient relationship. They are aware of the lack of evidence but support the interest of experience and empiricism.

Discussion: The reflection, the assessment and the techniques of physiotherapists, generally go in the same direction but some divergences are identifiable according to their professional training. We find no consensus, which is mainly explained by empiricism and the transmission of knowledge by peers. Although the elements provided by professionals seem intellectually consistent, more in-depth studies are necessary to know the value of taking into consideration the diaphragm in low back pain.

Keywords: diaphragm - low back pain - physiotherapy - qualitative method