

La respiration abdominale et diaphragmatique

Respirez par le ventre ! Gonflez le ventre ! Utilisez votre diaphragme ! Comme la respiration devient une préoccupation de plus en plus grande à notre époque, nous entendons ou lisons de plus en plus ces affirmations. À tort ou à raison, elles sont devenues une mode que plusieurs adoptent pour faire de leur mieux, mais sans réellement en comprendre le sens véritable.

Respirer de cette manière peut apporter un certain mieux-être à plus ou moins long terme pour quelqu'un qui respire peu par le ventre ou qui respire surtout par le haut du thorax. Cela permet la diminution de l'anxiété par réduction de la pression sur le sternum. Comme on le dit ici au Québec, « ça change le mal de place ».

Pour les gens atteints d'une maladie pulmonaire, les bienfaits, quoique variables, sont d'abord tellement impressionnants comparativement à leur état habituel, qu'une fois qu'ils ont intégré la respiration abdominale à force de travail, ils veulent difficilement la changer pour une respiration plus facile. Il est important de respecter cette décision, mais s'ils avaient commencé tout de suite par libérer la respiration, la satisfaction aurait été plus grande et de plus longue durée.

Ce bien-être à court terme risque fort à plus ou moins long terme de donner des résultats contraires si la connaissance et la conscience d'une respiration adéquate est insuffisante.

Nos observations depuis plus de trente ans sont confirmées par des études européennes :

« La respiration abdomino-diaphragmatique [RAD] peut aggraver les synchronismes ventilatoires et provoquer des distorsions thoraciques avec survenue de mouvements respiratoires paradoxaux [1]. »

« Par ailleurs, la RAD semble augmenter le travail respiratoire et de ce fait diminuer l'efficacité ventilatoire et donc, risque d'aggraver la dyspnée chez le patient BPCO [2] sévère. »

« La plupart des études tendent donc à démontrer que la RAD n'occupe plus de place dans la kinésithérapie de la BPCO [3]. »

Ces citations doivent être nuancées d'une personne à l'autre.

À moins d'une paralysie, le diaphragme se contracte à chaque respiration. Il se peut que la course de celle-ci soit limitée par une maladie pulmonaire ou un déséquilibre fonctionnel de l'ensemble du corps.

La respiration abdominale et diaphragmatique (suite)

Une respiration abdominale ne veut pas dire pousser le ventre en avant, le gonfler, ce qui peut causer des asynergies :

1. Le bas du dos se creuse de plus en plus, ce qui place les côtes en position horizontale, donc diminue l'inspiration. En plus, le tronc a tendance à pencher vers l'arrière.
2. Pour compenser, les épaules s'enroulent et le haut du thorax se ferme.
3. En forçant pour inspirer, les dernières côtes en viennent à se fermer à l'inspiration (signe de Hoover). Nous rencontrons ce phénomène chez des adultes mais également chez des enfants de plus en plus jeunes.
4. Le bassin s'ouvre et les jambes vont en rotation vers l'extérieur. Cette position oblige à forcer pour fermer les jambes autant à la marche qu'en position couchée, ce qui comprime la masse abdominale et repousse le diaphragme vers le haut, le comprime davantage.

De plus, à l'expiration, rentrer le ventre peut faire gonfler le haut du thorax et empêcher l'air de sortir.

Voilà pourquoi plusieurs personnes abandonnent leur cours de chant, de yoga, de tai chi ou leurs activités sportives. Les bienfaits obtenus à court terme s'envolaient sans qu'ils ne sachent pourquoi.

Si on pratique déjà la respiration abdominale, il faut continuer à condition d'en retirer des bienfaits. Sinon, il faut essayer de corriger les asynergies survenant au fur et à mesure de leur apparition.

[1] PRÉFAUT C. et G. NINOT, *La réhabilitation du malade respiratoire chronique*, Paris, Masson, 2009, p. 236

[2] BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) en Europe francophone et MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique au Québec. C'est aussi COPD en anglais (chronic obstructive pulmonary disease).

[3] *Idid.*