

# QUESTIONS

## André Petit

### *Kinésithérapeute libéral non conventionné, créateur d'une école du dos*

**Vous faites partie des professionnels qui ont choisi de ne pas se conventionner. Vous êtes peu nombreux dans ce cas. Pouvez-vous nous expliquer votre démarche et nous dire si vous ne le regrettez pas ?**

Je vivais le problème des «hyperactifs» en clinique : plateau technique d'associés important, charges en hausse, honoraires stagnants, AMK limités, revenu horaire étriqué pour cet exercice à mi-temps de 30 heures par semaine progressivement morose. Puis... le déclic ! Les prescriptions devenaient frileuses.

L'autre mi-temps depuis 15 ans à l'École du dos «MAIL 14» rassemblait une grande réserve d'anciens et futurs patients potentiels très habitués aux actes de prévention et de kinésithérapie plastique non remboursés.

Cette situation privilégiée m'a aidé à franchir le pas du déconventionnement.

Des regrets ? Oui : l'environnement chirurgical me manque.

Points négatifs : couverture sociale en hausse ; remplacement difficile.

Points positifs : Qualité de vie - Liberté d'exercice - Les méde-

cins ne sont plus tenus à mon égard aux ordonnances qualitatives et quantitatives (cadeau conventionnel) - Contenu habituel des nouvelles prescriptions médicalisées : «Pourriez-vous

**La remise en forme passe souvent par l'acte thérapeutique. Celui-ci restitue d'abord les congruences articulaires sous peine d'adaptation aux lésions qui engendrent des cycles d'aggravation**

faire quelques séances de massage-rééducation vertébrale à Monsieur X... ou bien «Merci d'établir un bilan morphostatique à Madame Y».

**Vous avez mis en place une École du dos, vous l'avez fait seul alors que vous au-**

**riez pu vous investir dans un Comité départemental de prévention en kinésithérapie. Pourquoi ce choix ?**

En 1982, j'ai créé seul la première École du dos libérale de kiné en France (à ma connaissance). J'ai vu naître en 1986 l'expérience enthousiaste de C. Braize et Lévy à Saint-Étienne. Puis les CDPK en 1991 sous l'impulsion de C. Meignan dans les Côtes-d'Armor et récemment le bon parcours de François Mouret à Niort.

Malgré la même appellation : École du dos, il m'a semblé que nos cibles étaient complémentaires mais différentes.

Inquiet de l'avenir du partenariat public et parapublic avec les Caisses et la Mutualité, j'ai invité les kinés de mon département à organiser un CDPK libéral - sans succès. J'ai donc créé en 1993 une formation pour kinés libéraux, plus de 50 d'entre eux animent aujourd'hui leur propre école du dos en complément de leur activité thérapeutique ; j'en suis ravi.

**Quelle peut être à votre avis la place de la prévention dans l'activité d'un kinési-**



**thérapeute libéral ?**

À défaut d'être ergonome, métier à part entière (voir B. Jouvin et F. Hebting), les axes de prévention du kiné passent par les gymnastiques et conseils raisonnés individuels et collectifs. Ceci en langage clair et positif (vive la programmation neuro linguistique).

La prévention me paraît intéressante mais limitée au sein d'une équipe pluridisciplinaire médicalisée et forcément hiérarchisée.

Par contre elle est prépondérante en libéral indépendant.

Prévenir les récurrences, en rhumatologie surtout, est une prescription de toujours en kinésithérapie : conseils posturaux, petite gymnastique de dérouillage matinal, gymnastique «du temps perdu», les 10 mouvements de santé..., etc.

Rassembler légalement ces patients très demandeurs par groupe de 10 dans une école du dos spécialement conçue pour eux est la seule nouveauté, mais elle est de taille puisqu'elle ouvre la porte au vrai libéralisme pour patients autonomes, ce qu'autorise notre décret de compétence parfaitement négocié sur ce point par les responsables syndicaux nationaux.

**Vous avez choisi de vous diversifier en intervenant dans le domaine de la forme et de la santé, pourquoi ?**

C'est le métier que j'ai appris. Par la fenêtre du kiné-mécaniste, la remise en forme passe souvent par l'acte thérapeutique. Celui-ci restitue d'abord les congruences articulaires sous peine d'adaptation aux lésions qui engendrent des cycles d'aggravation. Les dégradations peu-

vent dès lors devenir sévères puisque structurales. L'activité physique ou sportive s'arrête alors. Cette leçon de mon maître Raymond Sohier guide ma démarche de praticien du corps, kiné de la bonne santé !  
Projet : normaliser l'interligne articulaire, initier le mouvement juste, le faire sentir, l'intégrer dans la chaîne articulaire et musculaire concernée, puis dans les trois plans de l'espace pour un usage économique à destination d'un corps ordinairement tridimensionnel. Ceci de façon ludique, coordonnée et rythmée sur un ballon de Klein Vogelbach.

Tous les confrères qui ont traversé nos lieux, ont remarqué l'étonnante dynamique de ces groupes d'anciens patients de la kinésithérapie.

**En quoi un kinésithérapeute est-il particulièrement compétent pour intervenir dans ce domaine ?**

Qui n'a jamais connu de patients... «qui se sont fait mal à la gym de quartier» ?

La seule bonne volonté du gymnaste non praticien ne suffit

pas. Les conseils restrictifs ou hasardeux du corps médical mal informé déçoivent les patients ou aggravent les phénomènes douloureux bien souvent («faites du vélo... de la natation... du jogging»). Ceci ouvre très largement les portes de l'après thérapeutique du kiné qui se signale par ses compétences de «gymnastologue éclairé».

L'École du dos «MAIL 14», ce nouveau cabinet libéral pour kinés est une enseigne qui a fait ses preuves. Son contenu sera le fait des convictions et sensibilités de chaque praticien augmenté des différents stages spécifiques qu'il faudra avoir le courage de faire.

Mes premiers conseils pour tous ceux qui se lancent :

- valoriser la kinésithérapie - respecter l'exercice confraternel et médical environnant - ne pas transformer l'institution en lieu d'inquisition chargé de traquer la faute responsable du malheur. Tout comme la rééducation, l'éducation motrice demande du temps ; elle est synonyme de longue patience.

**Avez-vous encore le temps**



**Kinésithérapeute libéral non conventionné.**

**Diplôme d'État : 1967**

**Diplôme supérieur universitaire**

**de rééducation : 1983**

**Créateur de l'École du dos**

**«MAIL 14» de La Rochelle**

**(École du dos libérale**

**de kinésithérapeute**

**depuis 1982)**

**Responsable du Centre**

**de recherche et d'évaluation**

**de l'endermologie**



Tableaux -Affiches - Schémas (Références R. SOHIER)\*2  
= Support pédagogique "Tout Public"

- Ces schémas et dessins de nos 2 patientes permettent d'expliquer facilement à un public non averti les deux tendances gravitaires classiques :

- Tendance gravitaire antérieure ou G.A. (Photo 5)
- Tendance gravitaire postérieure ou G.P. (Photo 5)

G.A. (schéma 6)

- La ligne de gravité passe en avant des hanches
- Ces sujets marchent par des rythmes du tronc
- La marche "vient d'en haut"
- les appuis articulaires postérieurs sont bien assurés
- L'axe trans-coxo-fémoral recule
- La longue cambrure lombaire part vers l'Avant.
- Les courbures vertébrales sont peu marquées

Ce type de patients est suspendu sur les muscles vertébraux qui sont puissants, leurs masses fessières sont peu toniques

- A la marche, les pieds sont orientés le plus souvent vers l'Avant ou vers l'Intérieur.

G.P. (photo 7)

- La ligne de gravité passe en arrière des hanches
- Ces sujets marchent par des rythmes du bassin
- La marche "vient d'en bas"
- les appuis articulaires postérieurs sont mal assurés
- L'axe trans-coxo-fémoral avance
- La lordose lombaire part vers l'arrière
- Les courbures vertébrales sont accentuées.

Ce type de patients :

- est suspendu sur les muscles antérieurs
- leurs masses fessières sont toniques
- à la marche, les pieds sont orientés le plus souvent vers l'extérieur.

Activités Motrices - Orientations

Dans les limites indolores de chacun, toutes les sollicitations musculaires en 3 plans de l'espace additionnent étirements et contractions globales ou segmentaires et font se succéder les appuis articulaires et discaux transversalement et d'avant en arrière sur les 2 colonnes décrites : Postérieure (articulaire) et Antérieure (discale).

- Le grand schéma général d'une colonne axée permet cet exposé qui se comprend très facilement par tous.

- Les schémas et dessins des 3 vertèbres en situation d'appui de ces deux tendances gravitaires et

leurs "éclairages" sur les articulations (selon R. SOHIER) facilitent toutes nos explications.

- Les deux désaxations représentées en convergence et en divergence articulaire, permettent de visualiser les conséquences péjoratives des stations assises médiocres et comportements moteurs répétitifs incontrôlés, par ignorance ou par insouciance



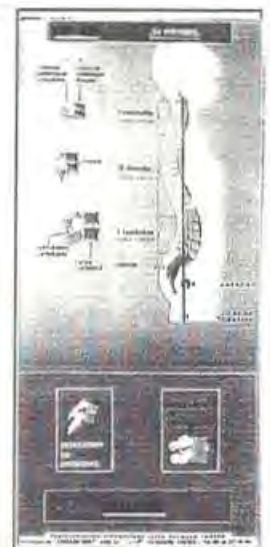
Photo 5 : nos 2 patientes  
Brigitte = Tendance gravitaire Antérieure G.A.  
Cathy = Tendance gravitaire postérieure G.P.



Photo 6 : G.A. = Ligne de gravité en Avant des hanches  
Courbures vertébrales peu marquées



Photo 7 : G.P. = Ligne de gravité en Arrière des hanches  
Courbures vertébrales accentuées



Equilibre Gravitaire (schématiquement)

\*2 Disponible à Art Studio La Rochelle  
Tél : 05. 46. 41. 38 58  
Fax : 05. 46. 41. 09. 29



- Parmi les nombreuses applications motrices des apprentissages théoriques avec ou sans ballons de Klein Vogelbach, les variations d'orientation de l'axe trans-coxo-fémoral construites par le patient sont l'occasion de découvrir une mobilité automatique asymétrique et façonnée par les rythmes du tronc ou du bassin.

- L'entraînement symétrique ou dans le sens contraire de l'orthostatisme de chacun associé ou non aux torsions de droite à gauche ou de gauche à droite successivement qui coaptent ou décoaptent unilatéralement les facettes apophysaires s'alternent de Haut en Bas ou de Bas en Haut, rigidifiantes ou dégrigidifiantes selon un "PARADOXE" bien connu et se cumulent en flexion ou en extension.

- Pour illustrer un des aspects du dernier ouvrage de Raymond SOHIER : "La dynamique du vivant", le film vidéo présenté lors du congrès propose des images filmées d'épreuves sportives locales qui illustrent "la dynamique de référence" en rotation externe de la hanche droite, quelque soit le type de marche ou de course "par le Haut" ou "par le Bas".

- Nous utilisons dans notre École du Dos ce type d'images des banales asymétries des fonctions pour stigmatiser l'alternance des appuis sans laquelle d'importantes asymétries de la posture ou de la propulsion façonnent nos structures parfois de façon aberrante.

### Orthostatisme de Référence : Pédagogie pour patients d'École du Dos.

- l'aspect fondamental du réflexe postural qui gère le trigone lombosacro-coxo-fémoral mis à jour par l'analyse de Raymond SOHIER est exposé avec des mots simples et visualisé par la statique spontanée de nos deux patientes photographiées de face (photo 9) et reproduites en deux grands panneaux

muraux utilisés pour nos exposés théoriques

- Sans détailler les variations de positionnement croisé de l'axe trans-coxo-fémoral par rapport à l'axe trans-podal, le hors aplomb Avant Gauche et Arrière Droit de l'Orthostatisme de Référence est présenté didactiquement par le panneau (photo 11) qui visualise le membre porteur à gauche plus fermé que le droit, ce dernier étant toujours en rotation externe plus marqué.

- L'inversion de l'orthostatisme de référence (photo 10) minoritairement observé par caractère familial ou raison antalgique structurale ou de dyshormonie segmentaire est représentée avec son hors aplomb Postérieur Gauche et Antérieur Droit.

Là encore, le membre porteur statique rigidifiant est en rotation interne plus marquée que le membre dynamique plus ouvert et dégrigidifiant.

- Après repérage par les patients des asymétries de rotation des hanches induites par la statique et la dynamique de chacun, les rotations contraires symétriques ou

non seront stimulées répétitivement. A cet effet, les sangles "MAIL 14" utilisés pour des suspensions souples par élastiques ou efforts musculaires contre résistance sont conçues pour pouvoir s'adapter sans blesser aux divers segments de membre ou du tronc.



Photo 9 : Nos deux modèles d'EDD = membre porteur à droite - et membre porteur à gauche



Photo 10 Inversion de l'Orthostatisme de Référence = Membre porteur à droite (Panneaux Muraux)



Photo 11 l'Orthostatisme de Référence = Membre porteur à gauche (Panneaux Muraux)