

## Le gang des lyonnais

Guy Postiaux

Boulevard Joseph II n° 4, 6000 Charleroi, Belgique

Guy Postiaux (Fig. 1) était un des 12 experts de la conférence de consensus. Nous lui avons posé quelques questions en juillet 2014 concernant la conférence. Il a répondu en proposant ce texte qui ouvre des pistes d'avenir étonnantes et nous donne rendez-vous à Lyon en 2034.

L'anniversaire dont il est question ici me donne l'opportunité d'évoquer un ensemble d'évènements qui me lient de manière singulière et récurrente au gang des lyonnais. Tout commence en 1984, soit dix années avant la conférence de consensus que nous évoquons ici. Jeannine Jennequin (en réalité la cheffe de gang), Philippe Joud et Éric Bauvois (deux de ses porte-flingues) m'invitent à dispenser à Lyon l'une des toutes premières formations de ma carrière itinérante dont c'est donc le 30<sup>e</sup> anniversaire cette année (Fig. 2).

Ma relation avec le gang des lyonnais est émaillée de quelques dates-clés qui seront parfois déterminantes pour le cours de nos propres travaux. La conférence de consensus de 1994 fut l'un de ces moments charnière et je souffle avec grand plaisir avec vous cette 20<sup>e</sup> chandelle.

Ce congrès constitua un élément de réflexion très fécond, et si j'en critiquai les conclusions, cette conférence eut l'immense mérite d'exister. Savez-vous qu'elle constitua ensuite une référence événementielle importante au-delà des mers (le gang a ainsi internationalisé ses activités jusqu'en Amérique du sud), et particulièrement au Brésil où je me rendais pour la première fois en 1998 ? Parmi de nombreux souvenirs, la projection de la diapositive de synthèse en guise de conclusion par notre regretté et éminent confrère Éric Viel me laissa perplexe. Ma première impression portait sur la complexité de l'algorithme qui n'invitait pas à une mémorisation aisée. Ma seconde indétermination concernait les appellations

nominales redondantes voire contradictoires des techniques de soins et c'est cette dernière que je veux mettre en exergue. La réponse me vint dans l'avion du retour quasiment vide. Quatre sièges occupés dont le voisin du mien investi soudainement par un compère de renom, Marcel Caufriez, compatriote et ami de longue date, l'inventeur de la kinésithérapie périnéale. En lui faisant part de mon trouble, un évènement me revint à l'esprit. À la suite de ma relation d'expert portant sur les expirations lentes, le professeur Paramelle de l'université de Grenoble, membre du jury, éminent pneumologue et chercheur, m'interpella sur le présumé d'une ventilation préférentielle du poumon infralatéral en décubitus latéral. Comment concevoir cela alors que le grill costal du côté de l'appui est immobilisé et « bloque » le poumon ? Devant un auditoire aussi nombreux ma réponse se devait d'être diplomatique et je l'invitai à échanger nos arguments lors de l'intervalle, ce qu'il accepta volontiers. Il se rendit à mes raisons, reconnaissant que la mécanique ventilatoire n'était pas son souci premier. Sa réponse contenait la clé de l'étape suivante : il me fallait revoir toutes les manœuvres de kinésithérapie à l'aune

de la mécanique ventilatoire et de la fonction pulmonaire en faisant abstraction des appellations particulières historiques ou imagées. Le point de vue du fonctionnaliste devait prévaloir. Cette réflexion me conduisit à subordonner le classement de toutes les techniques à une modélisation physico-mathématique établie à laquelle nous nous référons par ailleurs pour évaluer, avec un appareillage mis au point dans notre région, le degré d'obstruction bronchopulmonaire des nouveau-nés et des nourrissons. Ce modèle fut choisi comme modèle de référence lors du dernier congrès de l'European Respiratory Care Association (ERCA créée par Philippe Joud) à Stresa en septembre 2009.

Les mêmes complices récidivèrent en 2000 avec les journées de kinésithérapie respiratoire portant sur les techniques instrumentales. Pour la première fois, l'auscultation pulmonaire était invitée à un congrès de kinésithérapie. Les bruits respiratoires étaient portés par le Pr Jean-Louis Racineux (université d'Anger) et moi-même, tous deux membres de l'International Lung Sounds Association (ILSA) [1]. Il était l'homme des sibillances, j'étais le représentant des craquements. Nous avons animé

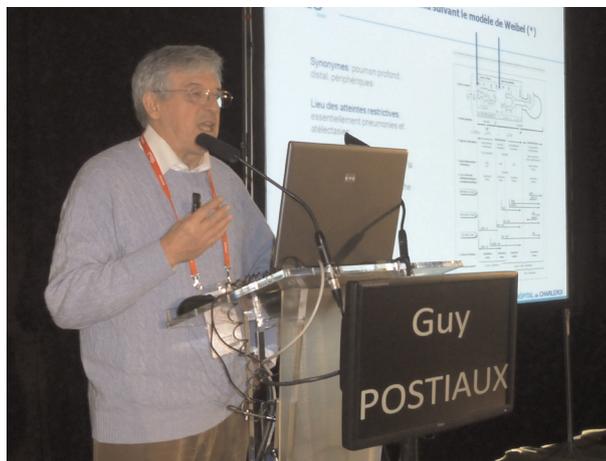


Figure 1. Guy Postiaux.

Adresse e-mail : [guy.postiaux@gmail.com](mailto:guy.postiaux@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.09.006>



Figure 2. La chef de gang Jeanine Jennequin (à droite) et le regretté Éric Beauvois en décembre 1994.

ensemble l'un ou l'autre l'atelier d'auscultation au sein de deux congrès de la SPLF. D'autres porte-flingues lyonnais furent impliqués, André Stagnara, Jean-Claude Schabanel, Bernard Cossalter ; que ceux que j'oublie veuillent bien me pardonner, au moins ils n'auront pas été balancés.

Le casse suivant qui fit date pour moi fut également perpétré par les Lyonnais. J'ai nommé la conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite virale aiguë du nourrisson dont Jean Stagnara (instigateur de coups, l'un des cerveaux de l'équipe) fut l'une des chevilles ouvrières. Les Stagnara, c'est une famille lyonnaise connue elle aussi. Étant le seul à cette époque à avoir produit quelques éléments de preuves, je fus invité à venir défendre les couleurs de la kinésithérapie respiratoire. L'affaire était sérieuse car les conclusions de cette conférence pouvaient nous radier des acteurs de soins. Pour des raisons qu'il n'est pas le lieu d'évoquer ici, j'opposai un refus poli à son invitation. Jeannine Jennequin prit le relais, et j'acceptai finalement à la suite

d'une longue conversation téléphonique. Bien m'en prit, cette conférence fut un succès pour notre profession dont le rôle fut officiellement reconnu par les instances officielles de santé (l'ANAES à ce moment-là) [2]. Les sociétés savantes de pédiatrie firent ici preuve de courage, elles nous accordaient le bénéfice du doute malgré la faiblesse des arguments présentés. Au-delà du débat scientifique, ma satisfaction personnelle est d'avoir contribué à assurer le gagne-pain des confrères dont la clientèle « bronchiolite » est tellement importante durant l'hiver. Nous étions momentanément sauvés, mais ce ne fut qu'un répit. Quelque temps plus tard, dès 2001, de sombres nuages vinrent obscurcir le ciel de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite. Rappelez-vous : les publications alarmistes de pédiatres néozélandais dans le *Lancet*, du Cincinnati Medical Group, des tirs de mortier de radiologues, de la collaboration Cochrane à trois reprises, exploitées par la revue *Prescrire* ; rappelez-vous BRONKINOÛ qui fut vécu comme une tornade. Nous avons présenté les

réponses scientifiques et les critiques appropriées, ce qui nous confère un meilleur et plus long répit je le crois. Mais prenons garde, nous connaissons d'autres évolutions positives ou négatives, car c'est la loi du genre en science. Pour l'instant, il convient d'attendre les conclusions de la prochaine mise au point Cochrane, dont la parution selon mes informateurs (je suis aussi chef de gang) ne saurait tarder.

Mais avant que de répondre à l'invitation de mon interlocuteur sur ma manière d'entrevoir le futur de la kinésithérapie respiratoire, laissez moi vous faire part d'une frustration. Elle a pour objet une certaine forme d'immobilisme, voire de conservatisme en ce qui concerne l'auscultation pulmonaire et les bruits respiratoires en général. Malgré deux publications de notre groupe dans la *Revue des Maladies Respiratoires* (1999 et 2009) et malgré les quelques 2000 publications à l'initiative de l'International Lung Sounds Association (ILSA) [3,4] aux travaux desquels j'ai eu l'honneur de participer pour une part très modeste, nos appels à un consensus francophone sur une nouvelle nomenclature sont restés sans échos, malgré l'intérêt dont certains responsables de la SPLF m'ont fait part. Je conçois qu'une part de réticence soit de type émotionnel. Imaginez les étapes à franchir : abandonner deux siècles d'habitudes et une forme d'enseignement traditionnel à caractère parfois symbolique, la remise en cause de l'usage d'un sceptre et de plus accepter que par un revers dont l'histoire a le secret, la nouvelle nomenclature nous vienne du monde anglo-saxon alors qu'elle trouve son origine dans le traité magistral de Laennec paru en français en 1819 [5]. Cette œuvre majeure, fondement de la pneumologie moderne, a rapidement connu un retentissement mondial et fut traduit dans la plupart des langues. Il constitue encore aujourd'hui LA REFERENCE. Il ne s'agit certainement pas de renier l'œuvre princeps qui de manière surprenante, ne contient aucune erreur, ce dont ont convenu les stéthacousticiens modernes. Simplement, les bruits ont été regroupés car d'allure temporelle similaire, leur mécanisme de production corrigé et précisé, leurs paramètres identifiés sans que le contexte physiopathologique dans lequel Laennec les a observés ne dût être corrigé. L'œuvre à cet égard est un sans faute. Il nous faudra cependant bien un jour nous

rallier à une nomenclature nouvelle, plus simple, objective car elle identifie des paramètres mesurables qui s'avèrent fort utiles en kinésithérapie. L'auscultation et l'analyse des bruits respiratoires sont indispensables pour identifier nos actions sur le poumon profond dont il est question ci-après. Et si les kinésithérapeutes prenaient l'initiative d'organiser cette conférence de consensus sur l'auscultation pulmonaire... ?

Mais mon interrogateur, esquivant la réponse de sa manière rusée, me ramène à notre dernier sujet d'échange : quel futur pour la kinésithérapie respiratoire. Je corrige : quelle kinésithérapie pour quel poumon à l'horizon. Le point de vue qui suit est très personnel, et j'ai essayé d'étayer cette perspective dans un article récemment paru dans la RMR [6].

Je vous avoue qu'à la suite d'une longue carrière professionnelle, j'ai le sentiment que l'on tourne en rond même s'il y a des acquis certains principalement en ce qui concerne les maladies neuromusculaires. Mais en ce qui regarde les pathologies bronchoscrotantes (BPCO, mucoviscidose, bronchiectasie, surinfections en général, atélectasies, pneumopathies) la recherche me semble confinée, soit à comparer des protocoles composites associant les techniques usuelles (le plus souvent expiratoires), soit à les évaluer dans les diverses entités pathologiques. Le moment n'est-il pas venu d'envisager d'autres modes d'action de la kinésithérapie respiratoire et d'identifier de meilleurs arguments ? L'idée est de dépasser les « bronches et les flux ». Je résume de manière un peu

lapidaire : « *ne nous sommes nous pas trompé de poumon* » en ayant concentré nos efforts sur les bronches, la zone à flux, les crachats, les EFR, en somme la partie du poumon minoritaire et la moins intéressante ?

Quid du Poumon Profond qui devrait représenter la cible prioritaire de la kinésithérapie, là où les flux sont quasi inexistantes et où toutes les tentatives thérapeutiques sont restées sans succès ? Le lecteur trouvera mon argumentaire complet dans l'article mentionné plus avant [6]. Sa conclusion est que **l'INSPIRATION constitue la principale technique de désobstruction bronchopulmonaire**. Cette conclusion s'appuie sur des arguments scientifiques certes épars, mais dont la cohérence apparaît dans leur conjonction. Pour saisir ce nouveau concept, il convient d'appréhender le poumon dans ses composantes spatiales exprimées dans ces prémisses : « **le poumon n'est pas un ensemble de tubes de plus en plus étroits placés en parallèle, mais une séquence infinie de surfaces croissantes placées en série.** » Ce qui permet de conclure que la kinésithérapie du **futur est celle « kinésithérapie respiratoire sera inspiratoire, résistée, positionnelle, stéthacoustique, échographique et biochimique »**. La lecture de notre papier aidera les confrères à décrypter ces deux aphorismes auquel on ajoutera celui-ci dont les cinéphiles reconnaîtront la source : « **le crachat ne sera plus l'obscur objet de votre désir** ». Je viens donc d'évoquer quelques événements qui dans ma carrière furent

déterminants et où les lyonnais furent de véritables fauteurs de troubles. Cette agitation trouve son origine dans une certaine ouverture d'esprit, une décentralisation de la pensée. La curiosité scientifique et surtout, le refus d'une adhésion inconditionnelle qui transcende l'appartenance à quelque chapelle, participent de ce débat d'idées argumenté qui évite ainsi les pugilats émotionnels stériles dont la kinésithérapie a eu bien du mal à s'affranchir.

Prochain rendez-vous d'évaluation dans 20 ans, à... Lyon bien entendu.

- [1] Recommandations des Journées Internationales de Kinésithérapie Respiratoire Instrumentale (JKRI). Ann Kinesither 2001;28(4):166–78.
- [2] ANAES. Conférence de consensus : prise en charge de la bronchiolite du nourrisson, texte des recommandations. The rapie 2001;56(2):175–85.
- [3] Postiaux G, Lens E. Pulmonary stethacoustic nomenclature: why not a worldwide consensus? Rev Mal Respir 1999;16(6):1075–90.
- [4] Postiaux G. Lung sounds nomenclature: towards a French consensus. Rev Mal Respir 2009; 26(1):93–4.
- [5] Laennec RT. De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. Tome 1 à télécharger sur <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55456940.r=laennec+%26+mediate.langFR>.
- [6] Postiaux G. La kinésithérapie respiratoire du poumon profond. Bases mécaniques d'un nouveau paradigme. Rev Mal Respir 2014;31(6):552–67.