

LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU DLM : ENQUÊTE AUPRÈS DE 178 KINÉSITHÉRAPEUTES (ÉTUDE PRÉLIMINAIRE)

Jean-Claude FERRANDEZ¹, Valérie BUGHIN¹, Agnès BOURASSIN¹, Claude PHILBERT¹, Marie-Claire TASSO²

“ La pratique du DLM est approchée par cette enquête qui met en évidence une grande inhomogénéité ”

RÉSUMÉ

Pour approcher les notions avec lesquelles les kinésithérapeutes français utilisent la technique du DLM, un questionnaire a été proposé à 178 participants des Journées de l'INK en 2006.

Cet article analyse leurs réponses en terme pratique ou non de cette technique, les raisons de leur choix, en fonction de l'ancienneté de leur formation et de leur satisfaction de résultats obtenus selon les indications.

Des questions sur la manière de pratiquer mettent en évidence la différence entre la pratique de la description originelle et celle actualisée. La nécessité de la formation continue émerge.

SUMMARY

???

MOTS CLÉS

Drainage lymphatique manuel - Évaluation - Pratique professionnelle

KEYWORDS

???

La technique du drainage lymphatique manuel (DLM) est reconnue par les organismes sociaux. Elle apparaît à la nomenclature dans le cadre des actes pris en charge dans les pathologies vasculaires. Son indication n'est cependant pas limitée à ces situations puisque le traitement d'un œdème traumatique justifie de son emploi [1] tout comme le postchirurgical, les suites de chirurgies esthétiques et autres cas.

L'ancienneté de la description de cette technique et l'observation d'une grande variété d'applications pratiques (observée dans les stages de formation de recyclage) nous ont incités avec l'AKTL à réaliser une enquête auprès des participants des Journées de l'INK lors des débats de controverse d'octobre 2006 au Salon Mondial Rééducation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été distribué aux participants de cette journée. Il a été rempli avant que ne commencent les exposés pour recueillir

les habitudes de pratiques professionnelles et avant que ne soit exposée la communication "Le DLM est-il encore efficace ?" [2].

184 questionnaires de kinésithérapeutes ont été rendus et analysés. Sur les 184, 6 ne pratiquaient pas le DLM, si bien que notre analyse porte sur 178 kinésithérapeutes. Il s'agit de 125 femmes (70,2 %) et de 53 hommes (29,8 %). L'âge moyen est de 37,6 ans (de 21 à 62 ans, médiane : 34).

La formation en DLM remonte à une moyenne de 7,9 ans (de < 1 an à 26 ans, médiane : 6 ans) (tab. 1).

Dans le questionnaire, nous avons posé un certain nombre de questions (fermées et ouvertes).

< 4 ans	55/178	30,9 %
De 4 à 6 ans	37/178	20,8 %
De 7 à 9 ans	13/178	7,3 %
De 10 à 12 ans	18/178	10,1 %
De 13 à 15 ans	18/178	10,1 %
> 15 ans	23/178	12,9 %
Non répondu	14/178	7,9 %

▲ Tab. 1 - Ancienneté de formation

¹ Association française des masseurs-kinésithérapeutes pour la recherche, l'étude et le traitement des affections lympho-veineuses (AKTL)
www.aktl.org

² Département de recherche clinique
Institut Sainte-Catherine
Avignon (84)

• Lymphologie	Oui	165/178 (92,7 %)	Non	13/178 (7,3 %)
• Traumatologie	Oui	143/178 (80,3 %)	Non	35/178 (19,7 %)
• Phlébologie	Oui	129/178 (72,5 %)	Non	49/178 (27,5 %)
• ADR (nomenclature actuelle)	Oui	112/178 (62,9 %)	Non	66/178 (37,1 %)
• Suite chirurgie esthétique	Oui	60/178 (33,7 %)	Non	118/178 (66,3 %)
• Prise en charge de la douleur	Oui	59/178 (33,1 %)	Non	119/178 (66,9 %)
• Brûlures	Oui	51/178 (28,7 %)	Non	127/178 (71,3 %)
• Cellulite	Oui	40/178 (22,5 %)	Non	138/178 (77,5 %)
• Autres indications	Oui	9/178 (5,1 %)	Non	169/178 (94,9 %)

▲ **Tab. 2** - Indications les plus fréquentes

RÉSULTATS

- À la question “*Votre formation initiale vous a-t-elle parue suffisante ?*” : 73 répondent oui (41 %), 102 non (57,3 %), et 3 ne répondent pas (1,7 %).
- À la question “*Le DLM vous semble-t-il encore d’actualité ?*” : 166 répondent oui (93,3 %), 8 non (4,5 %), et 4 ne répondent pas (2,2 %).

• Lymphologie	66/178 (37,1 %)
• Traumatologie	43/178 (24,2 %)
• Phlébologie	23/178 (12,9 %)
• Prise en charge de la douleur	1/178 (0,6 %)
• Lymphologie + Traumatologie	1/178 (0,6 %)
• ADR (nomenclature actuelle)	2/178 (1,1 %)
• Toutes indications	3/178 (1,7 %)
• Bagues trop serrées	1/178 (0,6 %)
• Non répondu	38/178 (21,3 %)

▲ **Tab. 3** - “*Pour laquelle des indications précédentes obtenez-vous le meilleur résultat ?*”

• ADR (nomenclature actuelle)	38/178 (21,3 %)
• Lymphologie	17/178 (9,6 %)
• Cellulite	17/178 (9,6 %)
• Phlébologie	13/178 (5,2 %)
• Traumatologie	10/178 (5,6 %)
• Prise en charge de la douleur	5/178 (2,8 %)
• Brûlures	3/178 (1,7 %)
• Autres indications	2/178 (1,1 %)
• Suite cancer	1/178 (0,6 %)
• Aucune	1/178 (0,6 %)
• Non répondu	44/178 (24,7 %)

▲ **Tab. 4** - “*Pour laquelle des indications précédentes obtenez-vous le moins bon résultat ?*”

- À la question “*Le DLM est-il une technique qui peut évoluer ?*” : 163 répondent oui (91,6 %), 4 non (2,2 %), et 11 ne répondent pas (6,2 %).

Nous avons également interrogé pour savoir dans quelles indications le DLM était utilisé en proposant des choix multiples parmi 8 possibilités : lymphologie, phlébologie, traumatologie, cellulite, suite chirurgie esthétique, brûlures, algoneurodystrophie - ADR, prise en charge douleur. Nous avons également laissé une réponse ouverte avec “Autres indications”. Chaque praticien pouvait répondre plusieurs fois.

Il apparaît que les indications les plus fréquentes sont, de façon décroissante, la lymphologie, la traumatologie et la phlébologie, suivies des ADR (tab. 2).

- À la question “*Pour laquelle des indications précédentes obtenez-vous le meilleur résultat*”, les réponses sont, de façon décroissante : la lymphologie, la traumatologie et la phlébologie (tab. 3).
- En revanche, à la question “*Pour laquelle des indications précédentes, obtenez-vous le moins bon résultat ?*”, la réponse qui vient largement en tête est l’ADR, suivie de la lymphologie et la cellulite (tab. 4).

Nous avons également questionné sur l’efficacité du DLM dans les lymphœdèmes et les insuffisances veineuses.

- À la question “*Le DLM est-il suffisant pour le traitement des lymphœdèmes des membres ?*”, 139 (78,1 %) répondent non.
- À la question “*Le DLM est-il indiqué dans l’insuffisance veineuse ?*”, 135 (75,8 %) répondent oui.

- Mais à la question “Le DLM est-il la technique exclusive du traitement des ulcères variqueux ?”, 151 (84,8 %) répondent non.
- À la question “Selon vous existe-t-il une contre-indication absolue au DLM ?”, 112 (62,9 %) répondent oui, et 17 (9,6%) ne se prononcent pas. Parmi les contre-indications, c’est l’infection qui vient en tête avec 51 (45 %), suivi de l’état cancéreux avec 18 réponses (16,1%).

Viennent ensuite des questions purement en rapport avec l’exercice libéral :

- 109 (61,2 %) kinésithérapeutes pensent que le temps accordé par la nomenclature ne leur paraît pas suffisant pour traiter un lymphœdème d’un membre, et 156 (87,6 %) estiment que le montant des honoraires conventionnels ne correspond pas à la juste rémunération des soins qu’ils pratiquent ;
- 95 d’entre eux (53,4 %) estiment que leur pratique ne leur convient pas ;
- seuls 54 d’entre eux (30,3 %) utilisent un bilan type pour les lymphœdèmes du membre supérieur, et 58 (32,6 %) pour le membre inférieur.

En ce qui concerne la réalisation pratique du DLM, la grande majorité des kinésithérapeutes (134, soit 75,3 %) débute leurs manœuvres de DLM à distance de l’œdème (manœuvre d’appel).

Pour 124 (69,7%), la stimulation des nœuds lymphatiques (ganglions) est obligatoire.

Enfin, pour 111 d’entre eux (62,4 %), les manœuvres de DLM doivent toujours être douces.

DISCUSSION

Cette enquête sur la pratique professionnelle du DLM dresse un état des lieux d’une technique kinésithérapique pratiquée par 178 professionnels.

L’échantillon de population de kinésithérapeutes interrogés dans notre étude est majoritairement représenté par des femmes (70,2 %). Les tables de féminisation de la profession rapportaient un ratio de l’ordre de 42 % en 2002. Cela pourrait faire penser que la pratique du DLM est plus volontiers réalisée par des femmes. Cette observation est

confirmée par la tendance observée dans les stages de formation continue.

L’âge moyen (37,6 ans) reste en revanche dans la moyenne de la population active de notre profession.

L’ancienneté de la formation à la technique du DLM de l’échantillon est de l’ordre de 8 ans ce qui permet à la fois d’interroger des praticiens qui ont une certaine expérience mais par ailleurs des praticiens qui n’ont peut-être pas une formation actualisée. D’ailleurs, la majorité d’entre eux ne semble pas satisfaite de cette formation. Même si l’utilisation de la technique du DLM leur paraît d’actualité, ils restent persuadés qu’elle peut encore évoluer, ce qui pourrait faire penser qu’ils ne sont pas sûrs de leur technique.

Les indications les plus fréquentes du DLM restent les œdèmes lymphatiques qui représentent l’indication initiale originelle de cette technique introduite en France par une circulaire de la CNAM de 1985. Elle permettait de coter le DLM (associé à la mise en place d’un bandage suivi d’une gymnastique sous bandage) par assimilation à la rééducation d’un membre. La séance devait à durer 45 minutes. De ce temps d’application pour le traitement des lymphœdèmes a fait perdurer dans l’esprit collectif l’idée que le DLM est par essence une technique longue à mettre en œuvre. Ceci est absolument faux. Le DLM de l’œdème d’une fracture de phalange ne prenant évidemment pas ce temps là.

L’utilisation du DLM en traumatologie est bien ancrée dans la pratique de la rééducation où il devient une technique adjointe à la rééducation fonctionnelle. Son efficacité est d’autant accrue que ni le système lymphatique ni le veineux ne sont structurellement atteints dans ce tableau.

Les insuffisances veineuses font aussi l’objet de l’utilisation du DLM, démontrant ainsi qu’il est bien assimilé que son action se réalise simultanément sur l’autre voie de la circulation de retour. La distinction entre les résorptions veineuse et lymphatique induites par le DLM sont difficiles à différencier sur le plan clinique.

En termes de résultats satisfaisants obtenus par l’application du DLM, ce sont les lymphœdèmes qui sont en tête devant les œdèmes traumatiques. Cependant, la réalité devrait être tempérée à la fois par la réponse à une autre

question qui précise que pour la majorité des kinésithérapeutes le DLM ne suffit pas pour traiter ces lymphœdèmes (sans doute l'utilisation des bandages métamorphose-telle le résultat). Réponse aussi tempérée par le fait que 17 praticiens interrogés avouent à l'inverse avoir les moins bons résultats dans cette pathologie.

	Meilleurs (66)	Moins bons (17)	TOTAL
< 4 ans	24 (36,4 %)	3 (17,6 %)	27 (32,5 %)
4 à 7 ans	20 (30,3 %)	7 (41,2 %)	27 (32,5 %)
8 à 11 ans	6 (9,1 %)	1 (5,9 %)	7 (8,4 %)
12 à 15 ans	5 (7,6 %)	1 (5,9 %)	6 (7,2 %)
> 15 ans	7 (10,6 %)	4 (23,5 %)	11 (13,3 %)
Non répondu	4 (6,1 %)	1 (5,9 %)	5 (6 %)
TOTAL	66 (100 %)	17 (100 %)	83 (100 %)

▲ **Tab. 5** - Appréciation du meilleur résultat du DLM en lymphologie avec le DLM, en fonction de l'ancienneté de formation à la technique
 NS : différence non significative

	Meilleurs (66)	Moins bons (17)	TOTAL
Non	26 (39,4 %)	7 (41,2 %)	33 (39,8 %)
Oui	39 (59,1 %)	10 (58,8 %)	49 (59 %)
Non répondu	1 (1,5 %)		1 (1,2 %)
TOTAL	66 (100 %)	17 (100 %)	83 (100 %)

▲ **Tab. 6** - Appréciation du meilleur résultat du DLM en lymphologie avec le DLM, en fonction de l'utilisation de pression douce ou non
 NS : différence non significative

	Meilleurs (66)	Moins bons (17)	TOTAL
Non	20 (30,3 %)	3 (17,6 %)	23 (27,7 %)
Oui	45 (68,2 %)	14 (82,4 %)	59 (71,1 %)
Non répondu	1 (1,5 %)		1 (1,2 %)
TOTAL	66 (100 %)	17 (100 %)	83 (100 %)

▲ **Tab. 7** - Appréciation du meilleur résultat du DLM en lymphologie avec le DLM, en fonction de l'utilisation de manœuvre d'appel à distance
 NS : différence non significative

	Meilleurs (66)	Moins bons (17)	TOTAL
Non	21 (31,8 %)	6 (35,3 %)	27 (32,5 %)
Oui	43 (65,2 %)	10 (58,8 %)	53 (63,9 %)
Non répondu	2 (3 %)	1 (5,9 %)	3 (3,6 %)
TOTAL	66 (100 %)	17 (100 %)	83 (100 %)

▲ **Tab. 8** - Appréciation du meilleur résultat du DLM en lymphologie avec le DLM, en fonction du massage des nœuds lymphatiques
 NS : différence non significative

Lorsque l'on essaye d'isoler des caractères distincts entre ceux qui ont le meilleur résultat en lymphologie et ceux qui ont les moins bons, ni l'ancienneté de leur formation (tab. 5) ni l'application des pressions de massage plus forte (tab. 6) ni l'utilisation des manœuvres à distance (tab. 7) ni le massage des nœuds lymphatiques (tab. 8) ne sont des marqueurs de différenciation entre ces groupes.

Dans le cadre des insuffisances veineuses, le DLM est bien reconnu pour son efficacité mais les 4/5 des interrogés restent persuadés qu'il ne suffit pas pour le traitement des ulcères variqueux. L'utilisation absolument nécessaire des bandages est sous-jacente à cette réponse négative.

La situation qui contre indique le DLM est de façon majoritaire l'infection. Curieusement 18 praticiens estiment encore que la maladie cancéreuse fait refuser l'application d'un DLM. Cependant, cette précaution n'est plus retenue par le monde de la cancérologie.

La réalisation du traitement des lymphoedèmes nécessite un temps passé exclusivement individuellement avec un patient. Le temps accordé par la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) est de l'ordre d'une demi heure. Cette durée ne semble pas convenir à la majorité des praticiens qui la trouve trop courte. Il est vrai que ce temps peut s'avérer court pour un lymphœdème bilatéral mais reste suffisant pour l'application d'un DLM à une forme débutante. La majorité d'entre eux estime que les honoraires accordés au temps réel qu'ils passent sont insuffisants.

Si le bilan des lymphœdèmes est absolument nécessaire pour faire la preuve de la décongestion, seul un praticien sur 2 utilise un bilan type pour le membre supérieur ou inférieur (tab. 9), alors qu'ils sont facilement accessibles dans la littérature [3]. De façon significative, ceux qui utilisent un bilan type sont des kinésithérapeutes plus âgés.

Les indications qui semblent peu convaincantes sont les ADR et la prise en charge de la douleur. Il est vrai que pour l'ADR le questionnaire ne précisait pas en quoi le DLM devait modifier l'aspect clinique. Il semble néanmoins exister une indication possible dans cette affection à la phase chaude au stade des troubles vasculaires. Pour la douleur, le questionnaire ne précisait pas non plus ni le

type de douleur ni le critère de bon résultat. Les réponses obtenues sont donc peu exploitables.

Sur la technique elle-même, des différences réelles existent entre les praticiens.

Les manœuvres réalisées à distance de l'œdème (manœuvres d'appel) sont utilisées par 75 % d'entre eux. Il n'en demeure pas moins vrai que si ces manœuvres sont agréablement ressenties par les patients, elles n'ont pas d'effet sur la résorption de l'œdème. Cette pratique est issue de la description des techniques originelles qui n'ont pas de validation. En revanche, la notion qui traîne dans l'inconscient collectif comme quoi les manœuvres de DLM sont toujours douces n'est pas majoritairement retrouvée puisque 38 % ne le pensent pas. Cette dernière observation témoigne d'une réelle évolution [4].

CONCLUSION

Les résultats obtenus par les réponses de 178 kinésithérapeutes confirment que la pratique du DLM est fréquente en kinésithérapie. Ses indications sont larges. Le DLM est utilisable dès qu'un œdème de cause vasculaire périphérique apparaît (œdèmes traumatique, veineux, et lymphatique). Les œdèmes de causes générales sont donc bien exclus.

Si les praticiens semblent satisfaits de leur pratique, les résultats obtenus sont variablement appréciés par leurs utilisateurs. Cette variabilité est sans doute en relation avec leurs mises en œuvre qui sont différentes d'un praticien à l'autre.

Des différences d'appréciation de résultats existent entre eux. Sans doute sont-elles dues à des applications différentes. Nous savons que lorsque la technique est utilisée de façon actuelle pour le traitement des lymphœdèmes, elle permet d'obtenir des résultats homogènes [5]. Mais la pratique du DLM est approchée par cette enquête qui met en évidence une grande inhomogénéité. Il apparaît que les professionnels sont en attente d'améliorations de leur technique.

Les praticiens sont-ils prêts à investir du temps dans la formation continue ? Celle-ci devrait leur permettre d'actualiser leurs connaissances et leur pratique sur cette

Utilisateurs de bilan type du membre supérieur 52 praticiens Âge moyen 41,6 ans (22-62)	Non-utilisateurs de bilan type du membre supérieur 114 praticiens Âge moyen 35,6 ans (21-60)	Différence d'âge significative $p = 0,002$
Utilisateurs de bilan type du membre inférieur 56 praticiens Âge moyen 42,1 ans (22-62)	Non-utilisateurs de bilan type du membre inférieur 110 praticiens Âge moyen 35,4 ans (21-60)	Différence d'âge significative $p = < 0,001$

▲ **Tab. 9** - Âges moyens des kinésithérapeutes utilisant un bilan type

technique dont les modalités d'applications ont été totalement modifiées depuis sa description originelle. Une autre enquête devrait interroger cette nouvelle population de professionnels. ■

Bibliographie

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.