

LA MÉDECINE THERMALE

PRESCRIPTION:

SE RECONSTRUIRE
APRÈS UN BURNOUT
P. 04

CAS CLINIQUE:

DOULEURS
FIBROMYALGIQUES
P. 16

EN PRATIQUE:

LA CURE POUR
LA PRISE EN CHARGE
DES BRÛLURES
P. 22

FOCUS:

LA CURE DE BOISSON
P. 24

DÉLIVREZ-LES DU MAL

Prise en charge
des douleurs
chroniques
en cure thermale

.....
DOSSIER

P. 08

édito

Et le patient revint au centre

Burnout, fibromyalgie et autres maladies chroniques... le sommaire de ce numéro semble marqué par des maux résolument contemporains.

Tellement contemporains d'ailleurs qu'ils demeurent difficiles à appréhender, prendre en charge et - le cas échéant - prévenir.

Certains de ces maux demeurent encore absents des grandes nomenclatures internationales, et la plupart du temps sont associés à des diagnostics différentiels difficiles à établir, et longs à confirmer.

Pour les professionnels de santé comme pour les patients, cette période peut être usante et frustrante. Avec le risque d'une forme d'errance thérapeutique, la difficulté à exprimer son ressenti, le sentiment de ne pas être entendu, voire de ne pas être cru, côté patient. Et l'incapacité à disposer de solutions adéquates pour apporter du soulagement et de réponses thérapeutiques adaptées côté professionnels de santé.

Ces pathologies ont également en commun de ne pas pouvoir être traitées de manière monolithique. Pas de solution miracle: c'est bien par l'action combinée de plusieurs thérapeutiques que l'on obtient des résultats. Un parcours de soins exigeant donc, qui nécessite une coordination entre médecins et un engagement de la part du patient, notamment en termes d'observance.

La cure est particulièrement adaptée à ces situations: l'action des soins hydrothermaux a bien sûr des effets prouvés (antalgiques, relaxants...), mais la durée de la cure permet aussi au patient chronique de consacrer un temps prolongé et salutaire à sa santé, entouré de professionnels de santé formés aux particularités de leur prise en charge, mais aussi de patients souffrant des mêmes troubles, partageant les mêmes souffrances. C'est le moment idéal pour l'éducation thérapeutique du patient: partage d'expériences, ateliers de gestion de la douleur, suivi psychologique, sont autant de composantes essentielles du parcours de soins quasi sur-mesure développé pour les malades chroniques.

Pour finir, reprenons les mots du Pr Daniel Couturier, Secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine: «la médecine thermale est capable d'apporter une réponse à la demande d'une médecine fondée sur la personne».

C'est donc une thérapeutique éminemment humaine, et moderne.

au sommaire

Rendez-vous
PAGE 27
pour recevoir
les prochains
numéros



PRESCRIPTION:

**Se reconstruire
après un burnout
P. 04**

•

CAS CLINIQUE:

**Douleurs
fibromyalgiques
P. 16**

•

EN PRATIQUE:

**La cure pour la prise
en charge des brûlures
P. 22**

•

FOCUS:

**La cure de boisson
P. 24**

•

DOSSIER

Prise en charge des douleurs chroniques en cure thermale

Qu'elles soient d'origine musculo-squelettique, neurologique, vasculaire ou viscérale, les douleurs chroniques représentent le premier motif de prescription de cure. Elles sont aussi le symptôme le mieux soulagé par le traitement thermal. Focus sur un symptôme aux multiples facettes en passe de devenir un véritable enjeu de société.

P. 08

•

SE RECONSTRUIRE APRÈS UN BURNOUT



Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel – est aujourd'hui sur toutes les lèvres. Dans la presse grand public, dans les discussions entre collègues autour de la machine à café... et bien sûr dans les cabinets des médecins.

Et pourtant, le burnout ne figure dans aucune des classifications actuelles des troubles mentaux. Il est absent des deux grandes nomenclatures internationales de référence, DSM-V (5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de l'American Psychiatric Association et du CIM-10 (10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies) de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Prévalence de la souffrance psychique liée au travail dans la population française

Après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active dans le programme de surveillance des MCP (Maladie à Caractère Professionnel) de Santé publique France.

On sait aujourd'hui identifier les facteurs de risque: la probabilité d'un signalement d'une souffrance psychique en lien avec le travail augmente avec le statut du patient (prévalence plus importante chez les cadres que chez les ouvriers), et le célibat ou une récente séparation sont des facteurs aggravants.

Conflits de valeurs, perte de sens liée à son activité, harcèlement moral, management brutal, absence de valorisation personnelle ou injonctions contradictoires de la part des supérieurs sont autant de facteurs déclenchants.

Toutefois, le diagnostic différentiel entre burnout et troubles dépressifs, en lien direct avec le travail ou aggravé par celui-ci, reste difficile à poser, et doit mener à une certaine prudence dans l'analyse des chiffres.

Symptômes du syndrome de l'épuisement professionnel

Le burnout se traduit par un «épuiement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel»¹.

Le patient peut présenter de manière cumulative cinq typologies de symptômes:

- **manifestations émotionnelles** (peurs mal définies, tensions nerveuses, irritabilité ou absence d'émotion...);
- **manifestations physiques** (troubles du sommeil, fatigue chronique, tensions musculaires avec douleurs

rachidiennes, variation de poids, maux de tête, nausées, vertiges...);

- **manifestations cognitives** (diminution de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à prendre des décisions...);
- **manifestations comportementales** (repli sur soi, isolement social, comportement agressif, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs et comportements addictifs: tabac, alcool, tranquillisants, drogues, etc.);
- **manifestations motivationnelles** (désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail, doute sur ses compétences, remise en cause professionnelle, dévalorisation).

Quelle place pour la cure dans la prise en charge du burnout?

Pour être la plus efficace, la cure doit être prescrite le plus en amont possible.

Les effets de la cure sont plus rapidement perceptibles sur un trouble anxieux modérément décompensé. À l'inverse, dans le cas d'un trouble anxieux décompensé sévère, il faudra envisager la prescription de la cure sur 2 ou 3 ans consécutifs.



Professionnels de santé: premiers concernés ?

Les études sont nombreuses concernant le burnout des professionnels de santé. Historiquement, il s'agit de la première population dans laquelle le phénomène de burnout a été observé, et aujourd'hui encore une des populations les plus atteintes.

Cela s'explique par la prévalence du burnout dans des professions dont la fonction principale est l'aide à la personne en souffrance, mais aussi par les difficultés rencontrées aujourd'hui

par le secteur (réduction des effectifs, perte de sens, modification du modèle économique...).

Fort de ce constat, le Dr Dubois et son équipe ont lancé un programme dédié aux professionnels de santé, en lien avec une association de professionnels de santé de la région Nouvelle Aquitaine.

Des formations pédagogiques sur le burnout sont prévues, accompagnées d'ateliers et de séances de thérapies cognitives et comportementales avec pour objectif de favoriser un certain «lâcher prise», par la balnéothérapie (notion en cours de développement) et de modifier le comportement de professionnels parfois excessivement empathiques avec leurs patients.

1. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on Burnout and health. *Psychol Health* 2001;16(5): 501-10.

Dans la prise en charge du burnout, comme pour les états dépressifs, le protocole thermal implique une combinaison de bains, de douches générales au jet, de massages sous l'eau et de bains en piscine.

Des séances de relaxation, des ateliers de gestion du stress et des entretiens individuels viennent compléter les soins. La cure présente le grand avantage pour le patient de ne pas être stigmatisante: contrairement à l'hospitalisation, qui peut être difficile à gérer notamment dans la relation à ses proches, la cure, même si elle dure 3 semaines, est plus facile à «justifier» et à assumer.

De plus, c'est un espace neutre, dans lequel le patient se sent en sécurité, loin des stresseurs. Il n'hésite pas à se confier en toute sérénité. C'est un moment propice à l'introspection et à la prise de décision: nombreux seront les curistes qui pourront effectuer un choix de vie pendant cette «coupure», et s'éloigner à leur retour d'environnements toxiques. La cure thermique

peut également aider les patients à se sevrer²: une des manifestations comportementales possibles du burnout étant l'adoption de comportements addictifs, la cure semble toute indiquée pour accompagner les patients dans la réduction progressive de leur consommation de substances nocives.

La littérature sur le sujet montre une tendance à l'automédication à base de psychostimulants (amphétamines, cocaïne, caféine, modafinil...) pour tenter de recouvrer un niveau élevé de performances professionnelles, et également à augmenter leur consommation d'alcool et d'anxiolytiques pour réduire l'angoisse³. Ces conduites addictives, mais également les manifestations somatiques induites par le burnout (hypertension artérielle, douleurs chroniques,...), peuvent être améliorées par la prise en charge globale proposée en cure thermique.

La cure présente le grand avantage de ne pas être stigmatisante



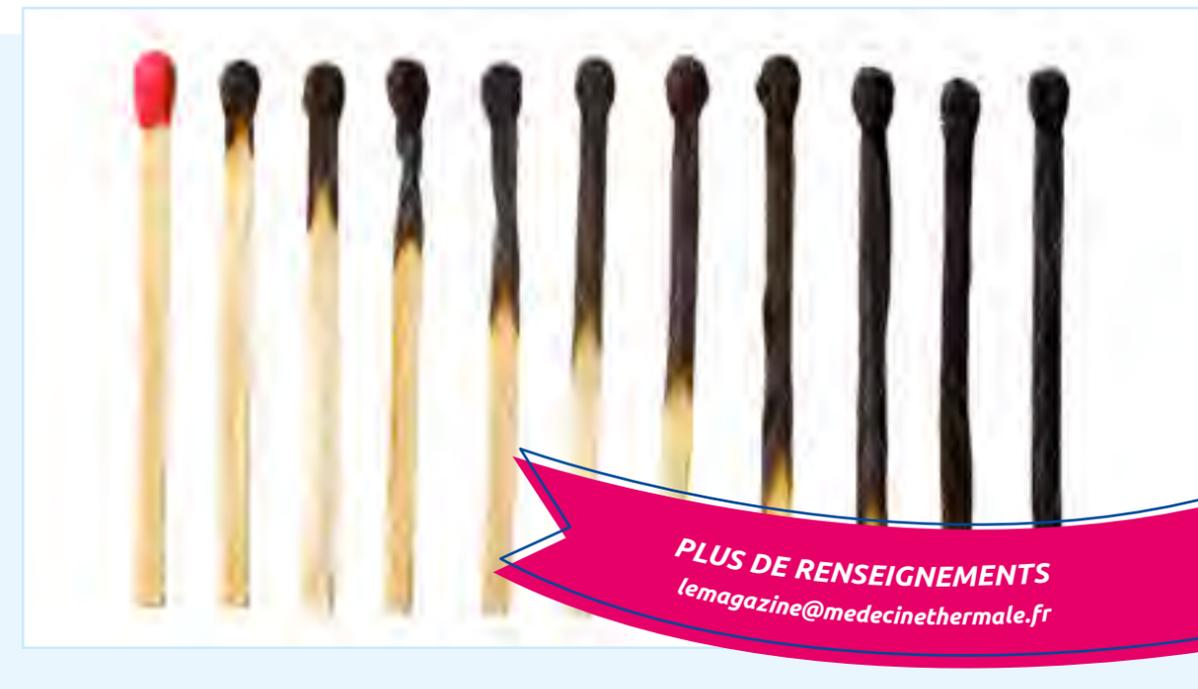
Le point de vue de l'expert: Dr Olivier Dubois
Médecin psychiatre, médecin thermal,
établissement thermal de Saujon

“ On constate une forte augmentation du nombre de curistes venant en station pour une indication de burnout. ”

Pour le Dr Dubois, il y a une nette augmentation des prescriptions de cure pour un motif de burnout: aujourd'hui, 20% des 4 200 curistes qui se rendent chaque année dans la station de Saujon sont traités pour cette pathologie. Toutefois, le burnout, qui est une sorte de trouble de l'adaptation, est très proche du trouble anxieux généralisé dans son expression. Seule la cause diffère, ainsi qu'un sentiment d'impasse, et d'incapacité à se projeter dans un retour à la vie sociale - et à une activité professionnelle.

Si le symptôme d'épuisement professionnel perdure, le Dr Dubois estime qu'il faut chercher ailleurs les causes du trouble: beaucoup de facteurs, extérieurs à la sphère professionnelle, peuvent entretenir l'état dépressif et empêcher une amélioration. Attention car l'environnement de travail, s'il est bien souvent le premier révélateur de la situation de souffrance, n'est pas toujours le seul facteur à prendre en compte dans l'analyse causale.

2. Étude SPECTh. «Sevrage de psychotropes par éducation psychothérapeutique en cure thermique» Investigateur principal Docteur Olivier Dubois - 2013.
3. Rapport de l'Académie nationale de médecine sur le burnout. Texte adopté en séance le 23 février 2016.



PLUS DE RENSEIGNEMENTS
lemagazine@medecinthermale.fr

Objectif prévention

On parle de notion de processus lorsque l'on évoque l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel: il s'agit d'un processus de dégradation du rapport de l'individu à son travail au bout duquel, complètement vidé de ses ressources, il «s'écroule»⁴.

Le mieux est bien sûr d'agir en amont. Pour cela il est important de reconnaître les signes: troubles du sommeil, angoisses, état de fatigue chronique, troubles de la concentration et changement de comportement, sont autant de symptômes qui peuvent alerter le médecin. Du côté de l'entourage professionnel, baisse de la performance, erreurs répétées, dépersonnalisation et perte de motivation doivent être autant de signaux inquiétants. Un salarié ambitieux et impliqué sombrant peu à peu dans une indifférence chronique sans raison apparente doit susciter l'inquiétude.

Cet état intermédiaire est marqué par la baisse des capacités professionnelles du sujet et l'augmentation

de sa souffrance. S'il est encore en mesure de se rendre au travail, son quotidien est marqué par une gêne permanente. **C'est le moment d'effectuer une cure préventive, avant l'apparition de symptômes plus invalidants.**

La prescription

Seulement 5 stations thermales possèdent l'agrément troubles psychosomatiques (PSY) en France. Elles utilisent des eaux minérales naturelles pauciminéralisées, calciques et magnésiennes, et certaines possèdent en outre du lithium dans leur composition, dont l'activité thymorégulatrice est bien connue⁵.

Certaines d'entre elles proposent également des modules spécialisés dans la prise en charge du burnout. Des mini-cures existent aussi, qui peuvent être utiles à des fins de prévention ou de stabilisation du patient «post-burnout».

4. Guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT: «Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout: mieux comprendre pour mieux agir» 2015.

5. «La Médecine thermique - Données scientifiques» Pr Patrice Queneau, Pr Christian François Roques / Chapitre 31 «Addictions» par le Dr Olivier Dubois. Editions John Libbey 2018.



DÉLIVREZ-LES DU MAL

PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES EN CURE THERMALE

Quelque 20 millions
de personnes vivent
aujourd'hui en France
avec une maladie
chronique.

Parfois peu visibles, elles prennent des formes très diverses difficiles à repérer et à appréhender. Une fois diagnostiquées et prises en charge, elles n'en restent pas moins présentes dans le quotidien des malades, qui doivent gérer, à divers degrés, invalidité, gêne, traitement parfois lourd... et douleurs plus ou moins présentes.

Douleurs et société

Si la douleur chronique est le motif du plus grand nombre de prescriptions de cures, c'est aussi l'un des symptômes les mieux soulagés par la médecine thermale. En plus de l'apaisement de leurs souffrances physiques, les douloureux chroniques sont également soulagés d'enfin trouver en station thermale une équipe soignante à leur écoute et formée à la prise en charge des douleurs. Ces malades rencontrent en outre des « compagnons » de souffrance : pouvoir enfin partager son expérience, mettre fin au sentiment d'isolement, rencontrer des « profils » similaires au sien, tout ceci est une composante majeure du mieux-être que procure la cure.

Car il ne faut pas oublier qu'avant la cure, les patients ont souvent connu de longs mois, voire de longues années, d'errance thérapeutique. Le Professeur Queneau nomme ces patients des « apatrides » : renvoyés d'un médecin à l'autre, d'un service à l'autre, ils finissent par entrevoir la cure comme on aperçoit une oasis dans le désert : une planche de salut inespérée, après les échecs répétés de nombreux traitements.

Au sein de la station thermale, chaque malade est unique : il n'y a pas de « malade moyen », selon l'expression créée par Patrice Queneau*, façon de dire qu'il n'y pas de réponse thérapeutique uniforme et totalement pré-calibrée. Les soins sont prescrits « sur mesure » à chaque patient lors de la première visite avec le médecin thermal. C'est à lui que reviendra la charge de commencer à lever les craintes des personnes pour qui le moindre

mouvement est devenu une bataille depuis des années : si la cure soulage, elle permet aussi de rassurer, et parvient, grâce à la présence et à la patience du personnel soignant au quotidien, à « débloquer » des patients qui ont développé de véritables phobies. Peu à peu, ces curistes ré-appriivoisent les gestes du quotidien, sans forcer, à leur rythme, et retrouvent une autonomie parfois abandonnée depuis longtemps.

La lombalgie : un cas d'école

En progression constante, la lombalgie est à l'origine de près de 20 % des arrêts de travail et coûte de l'ordre de 1 milliard d'euros par an à la France, et bien plus si l'on prend en compte remboursements de soins, indemnités journalières et coût des séquelles. Pour le patient chez qui la lombalgie est devenue chronique, la cure a un véritable intérêt. La littérature sur le sujet est foisonnante : plus d'une centaine de publications internationales viennent étayer les arguments en faveur de la cure, dans des revues à comité de lecture exigeant et à facteur d'impact élevé. Ces publications sont d'autant plus crédibles qu'elles émanent de revues pour la plupart anglo-saxonnes, et donc de pays où la culture du thermalisme est modeste.

La cure est une vraie opportunité pour délivrer les patients de douleurs rebelles et installées depuis des années, et ainsi de reprendre une vie sociale, voire une activité professionnelle, parfois abandonnées depuis longtemps. Et cette option dans le parcours de soin paraît d'autant plus pertinente si l'on ajoute que le coût pour la société d'une cure thermale est équivalent à celui d'une journée d'hospitalisation...

La cure est une vraie opportunité de délivrer les patients de la douleur

* « Sauver le médecin thermal » P. Queneau et C. De Bouguignon, Odile Jacob 2017. »



Douleurs chroniques et opioïdes :

quand la consommation de médicaments devient une maladie chronique

L'observatoire français des médicaments antalgiques estime qu'aujourd'hui 12 millions de Français consomment des opioïdes.

Parmi eux, 11 millions prennent des opioïdes dits « faibles », car moins dosés. Toutefois, les statistiques montrent que ces patients ont eux aussi un risque de faire une overdose et de tomber dans l'addiction. Les chiffres publiés en juillet 2018 dans la revue européenne *European journal of pain* sont formels : entre 2000 et 2017, le nombre d'hospitalisations liées à une overdose aux opioïdes a bondi de +167 % et le nombre de décès entre 2000 et 2015 de +146 %.

Si la situation n'est bien sûr pas aussi critique qu'en Amérique du Nord - où l'on parle d'une véritable crise sanitaire qui a causé près de 60 000 morts en 2016 - la plus grande vigilance reste de mise. Comme le rappelle Nicolas Autier, à la tête de l'observatoire français des médicaments antalgiques : **« En France, on a plus d'overdoses chez les patients douloureux chroniques que chez les usagers de drogue. »**

Pas question pour autant de laisser les douloureux chroniques souffrir. Mais il faut prendre à bras le corps cet enjeu de santé publique, notamment en proposant des thérapies alternatives et, le cas échéant, en accompagnant le sevrage des douloureux chroniques présentant une addiction. La cure peut répondre à ces deux impératifs. Certains ateliers d'Éducation Thérapeutique du Patient permettent, notamment, d'appriivoiser les mécanismes à l'origine de la douleur et de mieux gérer les crises.

Prise en charge de la douleur en station

Les techniques hydrothermales de balnéation, de thermothérapie, de mobilisation et d'exercice sont utilisées dans les affections musculo-squelettiques et neurologiques.

Dans le cas de l'artérite, la vasodilatation produite par le CO₂ se combine aux effets de l'exercice pour améliorer le débit dans le réseau artériel et faire reculer les seuils de survenue des douleurs de gêne puis de claudication qui impose l'arrêt de la marche. On observe en conséquence un accroissement du périmètre de marche comme du périmètre de gêne. Dans l'insuffisance veineuse, les bains froids et l'augmentation de pression, complétés par l'action de l'exercice, améliorent le flux de retour veineux et diminuent la gêne perçue au niveau des membres inférieurs. À cela s'ajoute le rôle trophique et cicatrisant sur les lésions cutanées.

Dans les affections viscérales, les modalités thérapeutiques sont plus variables : cure de boisson et cure externe (bains, massages, douches dans la dyspepsie gastrique, complétées par une

cure interne dans les affections du côlon et les troubles gynécologiques. Dans le cas du prurit, qui constitue une forme de douleur dermatologique, il est particulièrement important dans les suites de brûlures et les dermatoses allergiques. Les soins externes sont principalement utilisés pour le soulager (bains, douches, pulvérisations, massages,...). Les soins hydrothermaux peuvent, et, souvent, doivent être associés à des mesures complémentaires : techniques rééducatives, actions éducatives, soutien psychologique. Dans tous les cas la douleur doit être évaluée dans sa localisation, son intensité, son expression, son soulagement, son retentissement sur la fonction, la qualité de vie, l'humeur, le sommeil...

Les preuves scientifiques des effets antalgiques

Dans les affections musculo-squelettiques, de nombreuses méta-analyses et études confirment l'action analgésique de la médecine thermale dans les affections articulaires mécaniques, les rachialgies chroniques, la fibromyalgie, les atteintes péri-articulaires et les rhumatismes inflammatoires [1-11].



Efficacité supplémentaire apportée par le traitement thermal déduction faite de l'efficience du traitement comparateur (Roques et Queneau 2016).

	Nombre essais / patients	Différentiel d'amélioration de la douleur Moyenne pondérée (IC 95 %)	Différentiel de taille d'effet Moyenne pondérée (IC 95%)
Lombalgie chronique	7/640	19.66 (16.6;22.8)	1.10 (0.82;1.38)
Gonarthrose	14/1152	13.24 (5.52;20.96)	0.72 (0.51;0.93)
Fibromyalgie	5/314	19.32 (10.6;29.2)	0.79 (0.27;1.31)

On s'est attaché à calculer l'efficacité supplémentaire apportée par le traitement thermal par déduction de l'efficacité du comparateur. Pour ce faire, on a réalisé des moyennes pondérées de diminution de la douleur et des tailles d'effet (voir tableau) sur l'amélioration des douleurs observée dans des essais contrôlés randomisés (ECR) (arthrose du genou: 17 ECR, lombalgie chronique: 10 ECR, fibromyalgie: 6 ECR [9]).

On a ainsi pu observer que, dans ces études, le traitement thermal améliore constamment les patients, et l'on peut voir que le supplément d'efficacité apporté par le traitement thermal est, dans tous les cas de figure, marqué. Les douleurs neurologiques chroniques faisant suite à un accident vasculaire cérébral ou en lien avec la sclérose en plaques sont améliorées [12-15], tout comme les douleurs des membres inférieurs liées à l'insuffisance veineuse chronique [16-19] et aux artérites chroniques [21-22].

Les douleurs épigastriques de la dyspepsie gastrique et les douleurs coliques du syndrome du côlon irritable peuvent bénéficier du traitement thermal [23-24].

Les douleurs pelviennes des suites d'endométrites [25] et de syndrome myofascial des muscles pelviens sont également améliorées [26]. Enfin, le prurit de la dermatite atopique est mieux soulagé par la cure que par les applications de topiques à base de cortisone [27].

Les mécanismes de l'action analgésique

Le contrôle douloureux est renforcé à plusieurs niveaux: la chaleur et l'eau au contact de la peau vont recruter les voies du contrôle de porte [33] qui bloque l'entrée des informations douloureuses au niveau de la moelle épinière.

La sécrétion d'endorphines a également été démontrée en balnéothérapie thermique chaude [34, 35]. Il se pourrait également que la chaleur favorise la synthèse par les kératinocytes normaux d'un précurseur de diverses endorphines, la pro-opio-mélanocortine [36]. Les opioïdes bloquent la transmission de l'information douloureuse dans la moelle par inhibition de la substance P;

ils activent aussi certains noyaux diencephaliques impliqués dans le contrôle douloureux (substance grise périaqueducule et noyau médian du raphé magnus, substance réticulée); ils sont connectés au système immunitaire [37].

Le renforcement du système transporteur de la sérotonine [38] aboutit à une augmentation du taux de sérotonine qui est un médiateur du noyau du raphé magnus et du faisceau réticulé descendant; ces éléments participent, avec le système adrénergique du locus caeruleus et le système opioïde, au contrôle inhibiteur descendant qui s'exerce sur la moelle à partir de centres supérieurs.

La lésion des tissus par l'inflammation est à l'origine de douleurs générées par les modifications métaboliques et tissulaires locales. La pression hydrostatique influence favorablement les phénomènes œdémateux, la chaleur le système vasculaire, la musculature lisse comme striée, la souplesse des structures collagéniques.

Les phénomènes cellulaires et moléculaires sont sollicités: action neuro-endocrine de stimulation de l'axe hypophyso-surrénalien (sécrétion d'ACTH, d'hormone de croissance, de glucocorticoïde) [39-41]; actions sur les populations cellulaires impliquées dans l'inflammation et la réponse immunitaire: polynucléaires neutrophiles [42], éosinophiles [43], lymphocytes T [44]; actions sur les systèmes moléculaires mis en jeu dans les phénomènes immuno-inflammatoires de lésion et réparation tissulaire: interleukines, TNF, prostaglandines [45-50], enzymes (métallo-protéases) [51], leptine et adiponectine [52], système anti-oxydant [53-55],...

Aux effets propres de l'intervention en milieu thermal s'ajoute l'effet placebo (effet à médiation opioïde et dopaminergique) lié à la perception par le malade du traitement qu'on lui applique, et l'effet Hawthorne qui est l'expression de la considération portée aux patients par les intervenants, et qui témoigne de la participation active et motivée des malades à une stratégie thérapeutique bien comprise et valorisée.

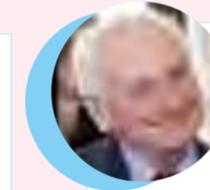
Remerciements aux experts qui ont participé à la réalisation de ce dossier:



Pr. Patrice Queneau

On ne compte plus les publications, titres et distinctions du professeur Patrice Queneau, membre titulaire de l'Académie nationale de médecine depuis 2003. Ses quarante années d'expérience passées au service de la médecine ont fait du professeur Queneau une sommité dans le monde médical.

Avec *La médecine thermique – Données scientifiques*, le professeur lance un appel à l'ensemble de la communauté médicale et redonne sa place à la crénothérapie: celle d'une médecine efficace et durable ayant fait ses preuves.



Pr. Christian-François Roques

Professeur émérite de médecine physique et de réadaptation, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, président du Conseil scientifique de l'AFRETh, le professeur Christian-François Roques a fait de la médecine thermique son cheval de bataille. Ce fervent défenseur de la crénothérapie livre son analyse pertinente et son expertise de la médecine thermique à travers une centaine d'études réalisées dans le cadre de l'AFRETh principalement. Il est le spécialiste incontesté de l'évolution du service médical rendu des cures.



La « double peine » des douloureux chroniques

Il est difficile de prendre en charge un patient douloureux chronique dont les maux semblent rebelles à tout traitement. Et pourtant, il est important de passer au-delà de la frustration ressentie par le médecin n'arrivant pas à soulager son patient, et à minima de prendre le temps de l'écouter – et d'exprimer sa confiance dans son témoignage.

Cela évitera la « double peine » du patient en errance thérapeutique se sentant – à tort ou à raison – mal reconnu dans la réalité de sa douleur. La cure, grâce à l'expérience et la disponibilité de son personnel soignant, permet une prise en charge attentive et empathique du patient douloureux chronique. Et la découverte d'une certaine communauté d'expériences avec les autres curistes participe activement à rompre le sentiment d'isolement et d'incompréhension que peut lui renvoyer son entourage au quotidien.

Un soulagement durable

Une enquête portant sur 112 419 curistes (réalisée en 2006 par TNS-SOFRES-Healthcare) [28] avait montré que le soulagement de la douleur avait duré au moins six mois chez les curistes porteurs de douleurs physiques chroniques. Les études ont permis d'observer des améliorations persistantes de la douleur au 9^{ème} mois pour l'arthrose du genou, et jusqu'à 1 an pour l'insuffisance veineuse et l'artérite. Ceci explique que 46 % des curistes interrogés dans le cadre de l'enquête TNS-SOFRES-Healthcare jugent la cure thermale plus efficace et 49 % aussi efficace que les médicaments pour soulager leurs douleurs.

L'eau minérale naturelle est-elle indispensable ?

Le recours aux produits hydrominéraux à base d'Eau Minérale Naturelle (EMN) par rapport à des produits comparables ajoute également un supplément d'efficacité en termes de durée de l'effet et de magnitude du soulagement [9, 30] : ceci a pu être observé pour les bains en EMN dans la lombalgie chronique et l'arthrose du genou, et pour les boues hydrothermales dans l'arthrose du genou. Les patients déclarent volontiers une moindre consommation de biens de santé (consultations, médicaments) après la réalisation d'une cure thermale. Mais les résultats des études sont plus nuancés. Cependant, il est difficile de bien répertorier les médicaments utilisés et de faire la pondération entre les anti-inflammatoires et le paracétamol car il n'existe pas de données d'équivalence analgésique entre ces divers types de substances.



“ Il faut donner au patient chronique l'occasion de consacrer un temps prolongé à sa santé avec l'écoute et les conseils des personnels de santé qualifiés pour trouver les meilleurs moyens de soulager ou de compenser les inconvénients de sa maladie. Au-delà des moyens ciblés sur le processus pathologique lui-même, il faut maintenant se préoccuper de tirer le meilleur parti des thérapies complémentaires. Dans cette perspective, le thermalisme doit apporter une précieuse contribution. Au moment où l'on dénonce l'affaiblissement de l'humanisme en médecine, il n'est pas abusif de reconnaître en la médecine thermale un moyen d'y faire face. ”

**Professeur Daniel Couturier,
Secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine**

Préface de l'ouvrage

« La médecine thermale – données scientifiques »,
Pr Queneau et Pr Roques

Références :

1. Ablin A, Buskila D. Spa treatment (balneotherapy) for fibromyalgia – a qualitative-narrative review and a historical perspective. *Evidence based compl altern med*. 2013; 638050.
2. Corbett MS, Rice SJ, Madurasinghe V et al. Acupuncture and other physical treatments for the relief of pain due to osteoarthritis of the knee: network meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage* 2013;21: 1290-8.
3. Forestier R, Françon A. Crenobalneo-therapy for limb osteoarthritis: systematic literature review and methodological analysis. *Joint Bone SpinE* 2008; 75: 138-48.
4. Forestier R, Erol-Forestier B, Françon A. Current role of spa therapy in rheumatology. *Joint Bone Spine* 2017;9: 13.
5. Karagülle M., Karagülle MZ. Effectiveness of balneotherapy and spa therapy for the treatment of chronic low back pain: a review on latest evidence. *Clin Rheumatol* 2015;34: 207-14.
6. Langhorst J, Musai F, Klose P, Häuser W. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology* 2009;48: 1155-9.
7. Liu H, Zeng C, Gao S et al. The effect of mud-therapy on pain relief in patients with knee osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Int Med Res* 2013;41: 1418-25.
8. Naumann J, Sadaghiani C. Therapeutic benefit of balneotherapy and hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Res Ther* 2014;16: R 141. Doi10.1186/ar4603.
9. Roques CF, Queneau P. Médecines thermales et douleurs des lombalgies, gonarthroses et fibromyalgies. *Bull Acad Ntle Med* 2016;200: 575-87.
10. Tenti S, Celeschi S, Galeazzi M, Fioravanti A. Spa therapy: can be a valid option for treating knee osteo-arthritis ? *Int J Biometeorol* 2015;59: 1333-43.
11. Xiang J, Wu D, Li J. Clinical efficacy of mudpack therapy in treating knee osteoarthritis. *Am J Phys Med Rehabil* 2016;95: 121-31.
12. Erceg-Rukavina T, Stefanovski M. Balneotherapy in treatment of spastic upper limb after stroke. *Med Arh* 2015;69: 31-3.
13. Castro-Sanchez AM, Mataran-Penarrocha GA et al. Hydrotherapy for treatment of pain in people with multiple sclerosis. *Evidence based Compl Alter Med* 2012 doi: 10.1155/2012/473963.
14. Corvillo I, Varela Donoso E, Armijo F, Alvarez-Badillo A, Armijo O, Maraver F. Efficacy of aquatic therapy for multiple sclerosis. *Eur J Phys Rehabil Med* 2017 doi: 10.23736/S1973-9087.17.04570-1.
15. Donzè C. Update on rehabilitation in multiple sclerosis. *Presse Med* 2017 ;44: e169-76.
16. Carpentier PH, Blaise S, Satger B et al. A multicenter randomized trial evaluating balneotherapy for chronic venous insufficiency. *J Vasc Surgery* 2014;59: 447-54.
17. Ippolito E, deLuca S, Sommaruga S, Grassellino V, nappi G. Experimental-clinical study on the effects of hydro-massage with Thermae oasis's salsobromiodine water in chronic venous stasis disease of the lower extremities. *Minerva cardioangiolo* 2008;56: 401-8.
18. Forestier R, Briançon G, Françon A, Erol FB, Mollard JM. Balneotherapy in the treatment of chronic venous insufficiency. *Vasa* 2014;43: 365-71.
19. Mancini S, Piccinetti A, Nappi G, Mancini S, Caniato A, coccheri S. Clinical, functional and quality of life changes after balneokinesis with sulphurous water in patients with varicose veins. *Vasa* 2003;32: 26-30.
20. Fabry R, Monnet R, Schmidt J. Clinical and microcirculatory effects of transcutaneous CO₂ therapy in intermittent claudication. *Randomized double-blind clinical trial with a parallel design. Vasa* 2009;38: 213-24.
21. Hartmann BR, Bassenge E, Hartmann M. Effects of serial percutaneous application of carbon dioxide in intermittent claudication: results of a controlled trial. *Angiology* 1997; 48: 957-63.
22. Qiu Y, Zhu Y, Jia W, Chen S, Meng Q. Spa adjuvant therapy improves diabetic lower extremity arterial disease. *Complementary therapies in medicine* 2014;23: 655-61.
23. Gasbarrini G, Candelli M, Graziosetto R et al. Evaluation of thermal water in patients with functional dyspepsia and irritable syndrome accompanying constipation. *World J Gastroenterol* 2006;28: 2556-62.
24. Dönmez A, Karagülle MZ, Tercan N. SPA Therapy in fibromyalgia: a randomised controlled clinic study. *Rheumatol Int* 2005;26: 168-72.
25. Buskila D, Abu-Shakra M, Neumann L et al. Balneotherapy for fibromyalgia at the Dead Sea. *Rheumatol Int* 2001;20: 105-8.
26. Zambo L, Dékány M, Bender T. The efficacy of alum-containing ferrous thermal water in the management of chronic inflammatory gynaecological disorders. *J Obstetrics Gynaecol Reproduct Biol* 2008 ;140: 252-57.
27. Farina S, Gisondi P, Zanon M et al. Balneotherapy for atopic dermatitis in children at Comano spa in trentino, Italy. *J Dermatol Treat* 2011;22: 366-71.
28. Tabone W, Dunand C, Auzanneau N, Lamerain E, Roques CF. Les curistes s'expriment sur la cure thermale: données d'exploitation d'une enquête par questionnaire effectuée à partir de la réponse de 112 419 curistes. *Presse Therm Climat* 2009;146: 75-83.
29. Forestier R, Desfour H, Tessier JM et al. Spa therapy in the treatment of knee osteoarthritis: a large randomised multicentre trial. *AnnRheum Dis* 2010;69: 660-5.
30. Morer C, Roques CF, Françon A, Forestier R, Maraver F. The role of mineral elements and other chemical compounds used in balneology: data from double-blind randomized clinical trials. *Int J Biometeorol* 2017 - DOI10.1007/s00484-017-1421-2.
31. Fioravanti A, Cantarini L. Mechanisms of action of spa therapies in rheumatic diseases: what scientific evidence is there? *Rheumatol Int* 2011;31: 1-8.
32. Mooventhan A, Nivethitha L. Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *North Amer J Med Sci* 2014;6:199-209.
33. Melzack R, Wall PD. Pain mechanism: a new theory. *Science* 1965;150: 971-9.
34. Vescovi PP, Gerra G, Pioli G et al. Circulating opioids during thermal stress. *Horm Metab Res* 1990;22: 44-6.
35. Lange U, Müller-Ladner U, Schmidt KL. Balneotherapy in rheumatic diseases an overview of novel and known aspects. *Rheumatol Int* 2006;26: 497-9.
36. Ghersetich I, Freedman D, Lotti T. Balneology today. *JEADV* 2000;14: 346-8.
37. Berczi I, Chalmers IM, Nagy E, Warrington RJ. The immune effects of neuropeptides. *Baillieres Clin Rheumatol* 1996;10: 227-57.
38. Marazziti D, Baroni S, Giannaccini G et al. Thermal balneotherapy induces changes of the platelet serotonin transporter in healthy subject. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31: 1436-39.
39. Kuczera M, Kokot F. The influence of spa therapy on endocrine system. *Stress reaction hormones. Pol Arch Med* 1996;95: 11-20.
40. Ortega E, Galvez L, Hinchado MD, Guerrero J, Martin-Cordero L. Anti-inflammatory effect as a mechanism of effectiveness underlying the clinical benefits of pelotherapy in osteoarthritis patients: regulation of the altered inflammatory and stress feed back response. *Int J Biometeorol* 2017;DOI 10.1007/s00484-017-1361-x.
41. Stier-Jarmer M, Frisch D, Oberhauser C et al. Effects of single moor baths on physiological stress response and psychological state: a pilot study. *Int J Biometeorol* 2017;DOI 10.1007/s00484-017-1385-2.
42. Rinaldi L, Gobbi G, Pambianco M et al. Hydrogen sulfide prevents apoptosis of human PMN via inhibition of p38 and caspase 3. *Laboratory Investigation* 2006;86: 391-97.
43. Staffieri A., Marino F., Staffieri C., et al – The effects of sulfurous-arsenical-ferruginous thermal water nasal irrigation in wound healing after functional endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis: a prospective randomized study. *Am J Otolaryngol* 2008; 29: 223-9.
44. Mirandola P, Gobbi G, Sponzili I et al. Exogenous hydrogenic sulfide induces functional inhibition and cell death of cytotoxic lymphocytes subsets. *J Cell. Physiol* 2007;213: 826-33.
45. Ardic F., Ozgen M., Aybek H., Rota S., Cubukcu D., Gökgöz A. – Effects of balneotherapy on serum IL1, PGE2 and LTB4 levels in fibromyalgia patients. *Rheumatol. Int* 2007;27: 441-6.
46. Ceccarelli F, Ferricone C, Alessandri C et al. Exploratory data on the effects of non pharmacological treatment for knee osteoarthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2010;28: 250-3.
47. Chiarini A., Dal Pra I., Paschiana R. et al. – Comano's (Trentino) thermal water interferes with interleukin-6 production and secretion and with cytokeratin-16 expression by cultured human psoriatic keratinocytes: further potential mechanisms of its ant-psoriatic action. *Int J Mol Med* 2006;18: 1073-9.
48. Dal Pra I, Chiarini A, Paschiana R et al. Comano's (Trentino) thermal water interferes with tumour necrosis factor-alpha expression and interleukin-8 production and secretion by cultured human psoriatic keratinocytes: yet other mechanisms of its ant-psoriatic action. *Int J Mol Med* 2007;19: 373-9.
49. Sieghart D, Liszt M, Wanivenhaus A et al. Hydrogen sulphide decreases IL-1β induced activation of fibroblast-like synoviocytes from patients with osteo-arthritis. *J Cell Mol Med* 2015;19: 187-97.
50. Kloesch B, Steiner G, Mayer B, Schmidt K. Hydrogen sulphide inhibits endothelial nitric oxide formation and receptor ligand-mediated CA2+ release in endothelial and smooth muscle cells. *Pharmacological reports* 2016;68: 37-43.
51. Bellometti S, Richelmi P, Tassoni T, Bertè F. – Production of matrix metalloproteinases and their inhibitors in osteoarthritic patients undergoing mud therapy. *Int J Clin. Pharmacol Res* 2005;25: 77-94.
52. Fioravanti A, Cantarini L, Bacarelli MR et al. Effects of spa therapy on serum leptin and adiponectin levels in patients with knee osteoarthritis. *Rheumatol Inter* 2011;31: 879-82.
53. Costantino M, Giuberti G, Caraglia M et al. – Possible antioxidant role of SPA Therapy with chlorine-sulphur-bicarbonate mineral water. *Amino Acids* 2008; 35, 161-5.
54. Benedetti S, Benvenuti F, Nappi G et al. Antioxidative effects of sulphurous mineral water: protection against lipid and protein oxidation. *Eur J Clin Nutrition* 2009;63: 106-12.
55. Olah M, Koncz A, Feher J et al. The effect of balneotherapy on C-reactive protein, serum cholesterol, triglyceride, total antioxidant status and HSP-60 levels. *Int J Biometeorol* 2010;54: 249-54.

Cas clinique



Fibromyalgie avec syndrome du côlon irritable

Carole, 42 ans, Assistante de direction 165 m, 76kg, (IMC 28)

Carole vient consulter pour des douleurs diffuses de l'appareil locomoteur. Ces douleurs sont apparues il y a plus de deux mois. Elles sont à type de crampes et s'accompagnent d'une sensation d'engourdissement diffus. Leur persistance et leur caractère gênant amènent la patiente à consulter.

Elle se plaint par ailleurs de fatigue générale, d'un sommeil médiocre et non réparateur, de troubles fonctionnels digestifs (douleurs abdominales, alternance de diarrhée et de constipation). Elle n'a pas présenté de crise douloureuse articulaire aiguë avec gonflement articulaire. Elle a des difficultés à se concentrer, en particulier dans son travail.

Il s'agit d'une patiente sans antécédents médicaux personnels.

Elle n'a pas d'enfant et s'est séparée de son compagnon il y a un an, dans des conditions difficiles. Son employeur, pour raisons économiques, a réduit son horaire hebdomadaire de travail sans espérance d'un retour rapide à l'emploi complet. Elle vit en banlieue parisienne, dans un immeuble collectif, et ne pratique pas d'activité sportive.

Dans les antécédents familiaux, on note l'existence d'une hémochromatose chez sa mère et chez son frère avec, dans les deux cas, la présence de la mutation du gène HFE.

L'examen physique montre 76 kilos pour 1m65 (IMC 28), l'absence d'enraidissement articulaire ou vertébral, aucun signe de gonflement ou de déformation articulaire ni signe cutané. Les examens neurologique et viscéral sont sans particularité.

Quel diagnostic évoquez-vous en premier et sur quels arguments ?

Fibromyalgie sur le caractère diffus des douleurs, à type de crampes, de sensation d'engourdissement diffus, ajoutés aux troubles du sommeil, troubles fonctionnels digestifs, à la fatigue générale, l'absence de signes articulaires objectifs survenant chez une femme (8 à 10 femmes pour un homme) qui présente un contexte de détresse psychosociale (difficultés sentimentales et professionnelles).

Comment confortez-vous votre diagnostic ?

La réponse au **questionnaire FIRST** est un bon élément d'orientation. Ce questionnaire validé en français montre

que la réponse positive à 5 des 6 items sélectionnés identifie 88% des fibromyalgies

Mais le diagnostic nécessite que les trois conditions suivantes soient remplies :

- présence des symptômes douloureux depuis au moins trois mois ;
- index de la douleur généralisée (Widespread Pain Index - WPI) à 7 et échelle de sévérité des symptômes à 5 ou index de la douleur entre 3 et 6 et échelle de sévérité des symptômes à 9 ;
- élimination de toute autre cause des douleurs chroniques ostéo-articulaires.

La réponse positive à 5 des 6 items sélectionnés identifie 88% des fibromyalgies.

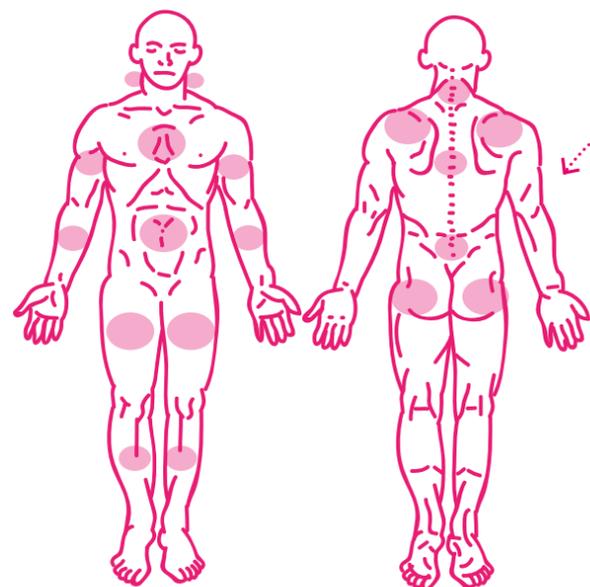
Depuis au moins trois mois		oui	non
1	Mes douleurs sont localisées partout dans mon corps.		
2	Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente.		
3	Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes.		
4	Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement dans tout mon corps.		
5	Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes.		
6	Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie: en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti.		



Questionnaire
first simplifié

* FREDERICK WOLFE, DANIEL J. CLAUW, MARY-ANN FITZCHARLES, DON L. GOLDENBERG, ROBERT S. KATZ, PHILIP MEASE, ANTHONY S. RUSSELL, I. JON RUSSELL, JOHN B. WINFIELD, MUHAMMAD B. YUNUS: The American College of Rheumatology. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity - Arthritis Care & Research, Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600-610

Zones douloureuses (WPA) :



Il faut comptabiliser le nombre de zones douloureuses présentes durant la semaine avant la consultation. Le score est de 0 à 19. Les zones douloureuses sont configurées dans la figure et énumérées dans le tableau.

• FATIGUE :	0-3
• TROUBLES DU SOMMEIL :	0-3
• TROUBLES COGNITIFS :	0-3
• TROUBLES SOMATIQUES :	0-3
• TOTAL :	0-12

Échelle de sévérité des symptômes - cotés de 0 à 3

- Fatigue
- Troubles du sommeil
- Troubles cognitifs
- Troubles somatiques

Les symptômes somatiques sont cotés de 0 à 3 de leur quantité

- 0 = aucun symptôme
- 1 = peu de symptômes
- 2 = un nombre modéré de symptômes
- 3 = de nombreux symptômes

Les symptômes somatiques à prendre en compte :

douleur musculaire, syndrome du côlon irritable, fatigue, troubles de la mémoire, faiblesse musculaire, mal de tête, douleurs / crampes à l'abdomen, engourdissement / picotements, vertiges, insomnie, dépression, constipation, douleur dans le haut de l'abdomen, nausées, nervosité, douleur à la poitrine, vision floue, fièvre, diarrhée, bouche sèche, démangeaisons, respiration sifflante, phénomène de Raynaud, urticaire, traces cutanées, sifflements dans les oreilles, vomissements, brûlures d'estomac, ulcères buccaux, perte ou changement du goût, convulsions, yeux secs, essoufflement, perte d'appétit, éruption, sensibilité au soleil, audition difficile, ecchymoses, perte de cheveux, besoin fréquent d'uriner, miction douloureuse, et spasmes de la vessie.

Un bilan biologique peut-il vous aider à conforter le diagnostic ? Faut-il en réaliser un ici ?

La fibromyalgie n'a pas, à ce jour, de signature biologique spécifique qui puisse constituer un critère diagnostique.

Un bilan biologique doit être prescrit pour s'assurer de l'absence d'affection évolutive, notamment

rhumatisme inflammatoire ou connectivité, insuffisance thyroïdienne ou carence en vitamine D qui peuvent être associés à la maladie. Dans le cas de Carole, un bilan ferrique et une recherche de la mutation du gène HFE doivent être envisagés, compte tenu de la présence d'une hémochromatose à caractère familial.

En outre, hors les manifestations articulaires ou la chondro-calcinose articulaire retrouvées dans l'hémochromatose, on a récemment observé que

l'existence d'une hémochromatose favorisait la survenue d'une fibromyalgie avec la présence de la pathologie chez 43% des patients hémochromatosiques porteurs de la mutation du gène HFE (Mohammad - 2012).

La patiente vous demande quels axes thérapeutiques peuvent être envisagés.

Les axes thérapeutiques de la prise en charge de la fibromyalgie sont les médicaments (analgésiques, AINS, antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline type minalcipran et duloxétine, prégabaline, sodiumoxybate principalement), l'activité physique (de type aérobic ou autre: Tai Chi, Qi Gong, Yoga, Pilates, en particulier), la balnéothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales, les diverses stimulations antalgiques (électro-neurostimulation transcutanée, stimulation vibratoire, stimulation trans-crânienne électrique ou magnétique) et l'éducation thérapeutique du patient.

↳ La prise en charge doit être multimodale et multi-professionnelle.

Elle vous indique qu'une de ses amies chez laquelle une fibromyalgie a été diagnostiquée l'année dernière s'est vu prescrire une cure thermale par son médecin et qu'elle y a trouvé un réel bénéfice. Que pouvez-vous lui répondre ?

Les cures thermales ont démontré par des essais contrôlés (avec tirage au sort et comparateur) qu'elles amélioraient de manière durable (en général pendant six mois au moins) les douleurs, les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients fibromyalgiques.

“Les cures thermales ont démontré qu'elles amélioraient la qualité de vie des patients fibromyalgiques”

La cure pour patients porteurs d'une fibromyalgie associe des soins hydrothermaux (bains d'eau minérale, applications de boues, massages doux sous affusion d'eau minérale, douches de faible pression, exercices

collectifs en piscine principalement) à des interventions éducatives comprenant plusieurs volets, notamment : diététique, activité physique adaptée, gestion de la prise médicamenteuse, gestion du stress et du sommeil. La patiente, en outre, ne présente pas de contre-indication particulière à la réalisation d'une cure (pas d'affection générale en évolution, pas de contre-indication particulière à la balnéation notamment).



Elle vous demande comment se prescrit et se réalise une cure thermale

La cure thermale a une durée de trois semaines, elle doit être réalisée dans une station thermale ayant l'agrément rhumatologie ou affections psychosomatiques.

Elle s'effectue en ambulatoire, sauf pour le cas particulier de personnes nécessitant une surveillance médicale ou des soins spécifiques et importants qui peuvent bénéficier d'une hospitalisation thermale (dans une station où existe un hôpital thermal).

Les soins (forfait de surveillance médicale, forfait de soins thermaux) sont remboursés, sans condition de ressources, par la Sécurité sociale, avec application du ticket modérateur. En sont exonérés les patients en Affection de Longue Durée (ALD), Accident du Travail/Maladie Professionnelle (AT/MP).

Sous conditions de ressources, le curiste peut bénéficier, de surcroît, d'un remboursement partiel forfaitaire des frais d'hébergement et de transport avec application du ticket modérateur (exonération pour les patients en AT / MP).

En règle générale, la cure s'effectue dans le cadre d'un congé annuel à l'exception de certains cas particuliers, notamment AT / MP. La prescription se fait à l'aide d'un formulaire spécial (Cerfa 11139*02) qui identifie l'orientation médicale principale (et éventuellement une deuxième orientation), indiquée par des lettres clés (RH pour rhumatologie, VR pour voies respiratoires, PHL pour phlébologie...), la station thermale,

ainsi que la nécessité, le cas échéant, d'une hospitalisation (hôpital thermal ou maison d'enfants à caractère sanitaire) et l'absence de contre-indication. Le formulaire permet également d'identifier les éventuelles conditions administratives particulières de remboursement (ALD, pension de guerre).

“La cure s'effectue généralement en ambulatoire”



Vous la revoyez l'année suivante.

Elle a bénéficié de la cure thermale, suit avec profit les règles diététiques et un programme d'activité physique qui lui ont été enseignés en cure dans le cadre d'un programme d'ETP agréé. Elle gère une prise médicamenteuse modeste, limitée aux analgésiques de type paracétamol et dérivés et, très rarement, aux AINS.

Elle s'est refusée à toute médication à visée neurologique. Ses activités professionnelles se poursuivent sans gêne majeure. Elle reste gênée par les troubles fonctionnels digestifs, faits d'épisodes douloureux abdominaux, de pesanteur du cadre colique, d'alternance de diarrhée et de constipation et de soulagement des symptômes après avoir été à la selle. Ils existaient déjà mais prennent un relief plus important, puisqu'ils sont présents un jour sur deux ou sur trois.

Quel diagnostic évoquez-vous ? Quels examens paracliniques paraissent ici utiles ?

Les troubles fonctionnels intestinaux, évoluant depuis plus d'un an, et touchant la patiente pratiquement un jour sur trois, à type de :

- douleurs du cadre colique;
- inconfort abdominal;
- troubles du transit intestinal faits d'alternance de diarrhée et de constipation, avec des selles de consistance variable;
- soulagement par la défécation.

Ces différents éléments permettent, selon les critères de Rome 3, de retenir le diagnostic de syndrome du côlon irritable. Dans la mesure où il n'y a pas d'altération de l'état général, d'antécédent familial de cancer digestif, et que la patiente n'atteint pas l'âge de 60 ans, il n'y a pas lieu d'envisager d'examens complémentaires, en particulier de coloscopie. L'existence de tels troubles est fréquente au cours de la fibromyalgie.

Elle vous demande si des soins thermaux peuvent être envisagés pour ces troubles digestifs

Une étude contrôlée a montré l'efficacité des soins hydrothermaux délivrés dans les affections intestinales chroniques. Ces soins sont délivrés dans des établissements ayant l'orientation Affections Digestives. Ils sont faits de cure de boisson, pratiques

thermales externes (bains, applications de cataplasmes ou de compresses imbibées d'eau minérale, applications de boues, douches localisées ou générales), pratiques thermales muqueuses (entéroclyse: irrigation par voie rectale de la muqueuse en goutte à goutte, douche intestinale, douche périnéale...).

Une cure pour le problème digestif peut-elle s'envisager concurremment à la cure pour la fibromyalgie et selon quelles modalités ?

Une cure pour les troubles digestifs peut s'envisager. Diverses stations ont à la fois l'orientation Rhumatologie et l'orientation Affections Digestives (AD), permettant de prendre en charge les deux types de problèmes de manière parallèle.

Dans le cas particulier, il faudra décider, selon l'importance respective des symptômes, si la cure pour la fibromyalgie s'effectue en orientation principale et la cure à visée digestive en deuxième orientation ou bien vice-versa. Mention doit en être portée sur le formulaire Cerfa de prescription des cures thermales. En effet, le nombre de soins et la valeur du forfait n'est pas la même s'il s'agit d'une orientation principale ou secondaire.

BRÛLURES ET SÉQUELLES CICATRICIELLES:

QUAND LA CURE DEVIENT INDISPENSABLE AU PARCOURS DE SOINS

Le recours à la cure thermale est devenu un élément privilégié dans la prise en charge des séquelles cicatricielles et des brûlures. Cette démarche s'inscrit dans une prise en charge globale qui associe soins thermaux et éducation à la santé de la peau et permet d'assurer une amélioration de l'état cutané, fonctionnel et psychologique du patient. La station thermale reste un lieu privilégié pour le passage d'un cap critique, aussi bien fonctionnel qu'esthétique.

Prise en charge en milieu thermal

Sont concernés les brûlés avec des cicatrices:

- graves (hypertrophiques chéloïdes, brides, cicatrices rétractiles...);
- de délabrement cutané post-traumatiques;
- de nécroses septiques;
- chirurgicales d'amputation ou de chirurgie réparatrice.

La prise en charge en milieu thermal poursuit plusieurs objectifs:

- modulation de l'inflammation du processus cicatriciel avec l'obtention d'un meilleur confort cutané et la diminution nette du prurit qui faciliteront la rééducation et la tolérance des orthèses compressives (connues pour exacerber le prurit du fait de l'occlusion et de la délicate tolérance de certains matériaux);
- lutte contre l'hypertrophie cicatricielle et ses complications esthétiques mais aussi fonctionnelles;
- diminution des adhérences profondes, des brides et des chéloïdes;
- augmentation de la souplesse cutanée et de la mobilisation articulaire;

- soutien psychologique via l'éducation thérapeutique du patient;
- apprentissage du maquillage médical correcteur quand les zones cicatricielles pénalisent l'image du patient et sa vie relationnelle.

Ces différents objectifs, qui concourent à une meilleure qualité de vie du patient, peuvent être atteints grâce à la prise en charge complète par un personnel spécialement formé proposée par la médecine thermale: dermatologues, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, agents thermaux, psychologues et esthéticiennes coordonnent leurs efforts pour apporter le plus de soulagement possible à un curiste souvent en situation de détresse.

Les obstacles à la cure côté patient sont de nature physique, psychique et sociale, et il faut souvent force, patience et conviction pour que les grands brûlés acceptent l'idée du séjour thermal, après des mois de soins intensifs et d'isolement.

Les soins thermaux

Les techniques thermales utilisées sont:

- la douche filiforme: douche à pression variable effectuée exclusivement par le médecin thermal, adaptée à chaque patient et chaque cicatrice (pression, température et zone traitée ajustées). Elle réduit paresthésies, dysesthésies et démangeaisons;
- les pulvérisations locales ou générales;
- les bains simples ou aérogazeux (durée à adapter en fonction de l'âge de la cicatrice). L'ajout d'air comprimé vise à réduire les démangeaisons;



Barbecue, four, fer à repasser, fer à lisser les cheveux, casseroles... les situations présentant un risque de brûlure domestique sont très nombreuses au sein du foyer. Chaque année, en France, près de 335 000 personnes - dont plus de 110 000 enfants âgés de 0 à 5 ans - se brûlent avec un objet du quotidien.

- les massages sous affusion: réalisés par des kinésithérapeutes spécialisés dans la prise en charge des cicatrices cutanées;
- la cure de boisson: absorption d'éléments anti-inflammatoires et antiradicalaires.

Les soins thermaux sont complétés par des applications d'émollients: ils ont une action trophique et fonctionnelle, et permettent de lutter contre les cicatrices vicieuses, les rétractions, les déficits fonctionnels, l'inflammation et le prurit.

Aux soins s'ajoutent divers ateliers d'éducation thérapeutique du patient: atelier hygiène-hydratation, alternatives au grattage ou encore relaxation. Les ateliers de maquillage correcteur jouent également un rôle essentiel en permettant d'apprendre à dissimuler disgrâces transitoires ou permanentes. Grâce à des techniques simples et faciles à reproduire chez soi, le patient apprend à masquer l'érythème, l'hypopigmentation ou l'hyperpigmentation, et à atténuer les altérations du relief cutané.

Prescription

La sécurité sociale autorise à titre exceptionnel la prescription de deux cures par an pour les patients souffrant de brûlures. Ils peuvent être adressés notamment à La Roche-Posay et à Saint-Gervais, la plupart du temps directement par les chirurgiens des centres spécialisés, notamment des unités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

La cure thermale peut être proposée très précocement, dès que la cicatrisation permet de supporter les douches filiformes à forte pression, généralement trois à quatre mois après la brûlure. La cure est particulièrement adaptée entre deux greffes, ou en phase de remodelage, durant laquelle les anomalies cicatricielles telles que les brides, les cicatrices hypertrophiques ou les chéloïdes peuvent faire leur apparition.



*Le moment
de la prescription*



LA CURE DE BOISSON

à consommer
avec modération

On dénombre en France 1 200 sources thermales ayant reçu une autorisation d'exploitation du Ministère de la Santé. Réparties dans les différentes stations thermales, elles sont situées à 95 % dans des régions montagneuses (Vosges, Jura, Alpes, Pyrénées, Massif Central...). La médecine thermique a appris à utiliser les bienfaits de ces eaux de diverses manières (douches, inhalation de gaz, enveloppement de boue...), mais s'en sert aussi de la plus simple des façons. Attention toutefois, ces eaux sont à consommer sous surveillance médicale !

Principe de la cure hydropinique

La consommation d'eau minérale naturelle fait partie intégrante des soins en cure thermique.

La prescription se fait par le médecin thermal, comme pour les autres soins.

L'eau est administrée comme un véritable médicament : le moment de l'administration est précisé, tout comme la quantité précise (le curiste est d'ailleurs équipé d'un verre gradué, qu'il transporte avec lui pour suivre son traitement).

L'eau est consommée dans la buvette thermique, ou peut être livrée sur le lieu de résidence du curiste si les modalités de prise définies par le médecin thermal le justifient, et si ce traitement est proposé par l'établissement.

La cure de boisson, en fonction de la nature de l'eau et de la quantité consommée, aura pour effet d'agir sur :

- la mobilité du tube digestif (amélioration de la constipation chronique...);
- la fonction gastrique (accroissement de la sécrétion et de la vidange gastrique sans modification de qualité du mucus, diminution de la vidange vésiculaire...);
- la composition chimique des urines;
- le volume de diurèse;
- la prévention de certaines lithiases (oxalo-acétiques et uratiques);
- la prévention de certaines carences (calcium – notamment pour les intolérants aux lactose);
- l'impression de satiété.

Le parc thermal
français c'est :





À chaque région,
ses eaux caractéristiques

Classification des eaux	Composition	Localisation géographique dominante
Eaux sulfurées	Présence de sulfures et d'hydrogène sulfuré (<i>sodiques, calciques, thiosulfatés, chloro-sulfurés</i>)	Pyrénées (zone axiale)
Eaux sulfatées	Anions sulfates prépondérants (<i>sodiques magnésiennes, calciques, ferrugineuses</i>)	Pyrénées nord, Alpes, Vosges
Eaux chlorurées	Anions chlorures prépondérants (<i>sodiques fortes, sodiques faibles</i>)	Pyrénées nord, Alpes, Jura Savoie
Eaux bicarbonatées	Anions bicarbonates prépondérants (<i>sodiques, mixtes, calciques, ferrugineuses</i>)	Massif Central
Eaux oligométalliques, oligominérales	Faiblement minéralisées (<i>indéterminées</i>)	Bassin Aquitain
Eaux caractérisées par un élément rare	Arsenic, fer, cuivre, sélénium	Massif Central



Service médical rendu : des premiers pas encourageants

En 2007, un essai clinique de type séquentiel portant sur 39 patients a mis en évidence une amélioration d'un score global de dyspepsie fonctionnelle suite à l'administration d'une cure de boisson pendant 2 semaines.

La prescription était la suivante: 200 à 300 ml de d'eau sulfatée et bicarbonatée calcique et magnésienne à 33°C.

Une autre étude a montré chez 59 patients observés que l'ingestion d'eau minérale de type carbonaté permettait une augmentation du débit acide de l'estomac et du transit oroœcal.



ours

LAMEDECINETHERMALE
efficace, pour longtemps

Directeur de la publication
Thierry Dubois

Rédacteur en chef
Didier Le Lostec

Rédacteur en chef délégué
Claude Eugène Bouvier

*Conception rédaction
& Direction artistique*
Parties Prenantes

Crédits photos
©CNETH ©Unsplash: Toa Heftiba,
Leon Contreras ©Alain Baschenis
©iStock

Remerciements à :
Dr. Olivier Dubois,
Pr. Patrice Queneau,
Pr. Christian-François Roques,
La commission communication du CNETH

Contact :
1, rue Cels, 75014 Paris
01 53 91 05 75
medecinethermale.fr

Imprimé par RAS (95400 Villiers-le-bel) sur papier certifié PEFC



**ÉCRIVEZ-NOUS POUR RECEVOIR
GRATUITEMENT
LES PROCHAINS NUMÉROS!**
lemagazine@medecinethermale.fr

LA MÉDECINE THERMALE, Données scientifiques

Pr. Patrice Queneau Pr. Christian-François Roques
aux éditions John Libbey Eurotext



**COMMANDEZ VOTRE EXEMPLAIRE
EN ÉCRIVANT À:**

cneth@medecinethermale.fr