

# LE THERMALISME PSYCHIATRIQUE

UNE ALTERNATIVE THÉRAPEUTIQUE DANS LES TROUBLES ANXIEUX

Dr Olivier DUBOIS, Saujon  
Pr Jean Pierre OLIÉ, SHU Sainte Anne Paris  
Pr Roger SALAMON, ISPED Bordeaux II  
Dr Christiane VAUGEOIS, Ussat



Conseil National des Exploitants Thermaux  
Le thermalisme, la médecine que la terre nous a donnée

## I - CRÉNOTHÉRAPIE, THERMALISME : DE QUOI S'AGIT-IL ?

La crénothérapie est définie comme l'utilisation des eaux minérales dans un but thérapeutique. C'est le traitement fondamental du thermalisme qui gère tout ce qui a trait au séjour d'un patient en cure thermale.

Les cures thermales sont prescrites par le spécialiste ou le médecin traitant sur imprimé spécial délivré par l'assurance maladie. Elles durent 3 semaines et sont remboursées partiellement ou totalement (ALD 30) par l'assurance maladie.

Les soins thermaux font l'objet d'un suivi en station par le médecin thermal. 5 centres thermaux\* sont spécialisés dans le thermalisme psychiatrique. Environ 10 000 curistes réalisent chaque année une cure thermale dans un de ces 5 centres.

### 1. Les soins crénothérapeutiques

La cure thermale est caractérisée par l'utilisation de soins crénothérapeutiques dont l'administration se fait sous 4 formes différentes :

- Douche thermale (projection d'une masse d'eau à forte pression (3 à 4 bars)),
- Bains bouillonnants : bains complets (envahissant l'ensemble des téguments du sujet), tièdes ou chauds, d'une durée de 10 à 20 minutes. Il existe de nombreuses variétés de bains bouillonnants.
- Massages sous l'eau : durée de 10 à 20 minutes ; massages sédatifs réalisés par un masseur-kinésithérapeute alors que le patient reçoit des filets d'eau sur la face postérieure de l'ensemble du corps.
- Bains en piscine : avec possibilité de douches en immersion.

L'administration de produits thermo-minéraux s'est avérée, dans de nombreuses études, posséder une efficacité supérieure à celle de l'hydrothérapie non thermale. Les produits crénothérapeutiques agissent essentiellement par leurs propriétés physiques de thermalité et par leur minéralité ; la peau est perméable aux éléments minéraux. L'action par nociception assure des effets directs de décontraction musculaire, des effets antispasmodi-

ques et de vasodilatation. L'activité antalgique de la crénothérapie a été largement démontrée. Elle est sans doute favorisée par l'inhibition de la transmission de la douleur au niveau médullaire postérieure (théorie du gate control). Une autre hypothèse est la stimulation des opioïdes endogènes par stimulation cutanée. Par ailleurs, les capacités endocriniennes démontrées des cellules épidermiques stimulées par la crénothérapie peuvent expliquer les modifications sur l'axe cortico-surrénalien rencontrées dans le cadre de séjours thermaux.

### 2 - Cure thermale : thérapie institutionnelle

Le concept de thermalisme s'est développé autour de la crénothérapie et d'un modèle institutionnel innovant et spécifique :

L'organisation institutionnelle est assurée par un personnel d'accueil, des hydrothérapeutes formés et des masseurs-kinésithérapeutes diplômés. La prise en charge quotidienne, mais seulement matinale, dure environ 1h30. Il existe un suivi médical et/ou psychiatrique (suivant les stations) au moins hebdomadaire qui assure prescription(s), suivi et favorise conseils thérapeutiques et psycho-éducation. Du fait du séjour de 3 semaines, le modèle psychothérapeutique développé est de type empathique, évaluatif, et se réfère aux psychothérapies de soutien.

La médecine thermale doit se concevoir de façon globale. A l'occasion de la cure, les patients changent de lieu et de rythme de vie et parfois de conditions climatiques. Ils coupent avec un environnement parfois vécu de manière anxiogène, voire agressive. Ils bénéficient d'une attitude compréhensive et empathique de la part des soignants, formés par le corps médical à gérer ces troubles. Ils se rassurent au contact d'autres patients qui vivent à leur côté pendant 3 semaines des situations similaires. Ils apprennent à mieux repérer leurs symptômes et leur origine et en perçoivent mieux les contours. Ils retrouvent des gratifications primaires, voire archaïques (vie intra-utérine, soins maternels précoces...), se déculpabilisent et apprennent à récupérer un peu de leur narcissisme.

\* Les 5 centres thermaux sont : Bagnères-de-Bigorre (Hautes Pyrénées), Divonne-les-bains (Ain), Nérès-les-Bains (Allier), Saujon (Charente Maritime), Ussat-les-Bains (Ariège)

La rencontre avec les familles souvent accompagnantes est également très profitable (reconnaissance et information sur le trouble, motivation à une plus grande implication de leur part, etc.) A côté de cette approche caractérisée par l'association crénothérapie/suivi institutionnel, les soins peuvent être complétés par des techniques psycho-corporelles qui varient suivant les stations. Sont proposés généralement des techniques diverses de relaxation, des séances de gymnastique, des ateliers d'ergothérapie, des groupes psychothérapeutiques à visée psycho-éducative, etc. Peuvent être également développés des soins de type remise en forme complétant les soins crénothérapeutiques.

### 3. Indications de la cure thermale

Le traitement thermal est caractérisé par son action reconnue sur l'anxiété, l'asthénie, les douleurs fonctionnelles et les troubles du sommeil. Il en résulte des indications centrées sur les troubles anxieux, les troubles somatoformes, les troubles du sommeil, le sevrage thérapeutique aux tranquillisants et hypnotiques. La cure thermale peut également être proposée en prévention des décompensations dépressives, notamment dans le cadre de troubles anxieux prolongés ou dans le cadre de dépressions légères à modérées, réactionnelles à des situations pathogènes. Enfin, certaines pathologies courantes dont l'organocité n'est pas clairement démontrée telles que la fibromyalgie, les colopathies fonctionnelles, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome hyperalgique diffus sont également de bonnes indications.

Certaines études sont venues étayer la réalité de ces indications thérapeutiques. Arnaud (1979-1981) et Beneytout (1991) rapportent l'efficacité d'une cure thermale sur l'anxiété et la dépression et signalent une amélioration variable de 45 % à 58 % des symptômes anxieux et dépressifs en fin de cure et une diminution de 35 à 38 % de la consommation médicamenteuse. Ces études sont descriptives, sans groupe contrôle.

Constant (1995) évalue l'efficacité du thermalisme à 6 mois sur des sujets dépressifs comparativement à un groupe témoin avec simple suivi. Les résultats montrent une baisse de 54 % aux items de la MADRS et une baisse de la consommation d'antidépresseurs de 14 % dans le groupe cure, contre une stabilité de la MADRS et une augmentation de la consommation d'antidépresseurs de 25 % dans le groupe témoin.

C'est dans ce contexte d'une thérapeutique thermale insuffisamment connue et évaluée, d'une pathologie anxieuse ne répondant qu'imparfaitement aux traitements proposés actuellement (anxiolytiques, antidépresseurs, psychothérapie) et d'un trouble touchant, d'après les enquêtes épidémiologiques, entre 4 à 6 % de la population générale, que l'étude STOP-TAG s'est mise en place.

## II - ÉTUDE STOP-TAG

### Suivi de l'efficacité du thermalisme à orientation psychosomatique dans le Trouble Anxieux Généralisé

L'objectif principal de cette étude a été de comparer l'efficacité du thermalisme à orientation psychosomatique à celle d'un trai-

tement de référence : la Paroxétine (DEROXAT®) ayant l'AMM pour l'indication trouble anxieux généralisé (TAG).

### Méthode :

Il s'agit d'une étude prospective, nationale sur 4 sites (Bagnères-de-Bigorre, Nérès-les-Bains, Saujon, Ussat-les-Bains), comparative avec bénéficiaire individuel direct, randomisée, sans insu entre deux cohortes de patients présentant un TAG selon les critères du DSM-IV.

Cette étude a duré 8 semaines et a été prolongée par un suivi observationnel de 16 semaines supplémentaires.

Les patients ont été randomisés en deux groupes d'effectifs comparables. Pendant les 8 premières semaines suivant l'inclusion, les patients d'un des deux groupes ont suivi une cure thermale de 3 semaines immédiatement après l'inclusion, sans recevoir de nouveau traitement pharmacologique pendant ces 8 semaines ; ceux de l'autre groupe recevaient quotidiennement de la Paroxétine sans faire de cure thermale.

L'évaluation principale avait lieu au temps S<sub>8</sub>. Au-delà de ces 8 semaines suivant l'inclusion les patients du groupe Paroxétine avaient la possibilité de bénéficier, s'ils le souhaitaient, d'une cure thermale aux mêmes conditions que ceux du 1<sup>er</sup> groupe. Cela permettait, en effet, de contourner l'une des principales difficultés rencontrées dans cette étude liée à l'absence d'insu (impossible à réaliser du fait de la dissemblance entre les 2 traitements).

En recevant les 2 traitements à des temps thérapeutiques différents et en présentant cette étude comme la séquence de 2 traitements différents, les patients n'ont pas exprimé, lors de la pré-inclusion, ni lors du suivi, de sentiment d'injustice à débiter par l'un ou l'autre des traitements suivant leur randomisation. De plus, les patients étaient largement informés de l'organisation du protocole et seuls ceux ayant signé sans réticence leur adhésion au protocole étaient inclus.

### Coordination de l'étude

#### Promoteur de l'étude :

Conseil National des Exploitants Thermaux (CNETH)

#### Investigateur coordonnateur :

Docteur Olivier DUBOIS, psychiatre - Saujon

#### Comité scientifique :

Pr Jean Pierre OLIÉ, Dr Marie France POIRIER et Dr André

GALINOWSKI, Unité INSERM en psychiatrie, SHU Sainte Anne

Pr Roger SALAMON, Unité INSERM, ISPED Bordeaux 2

Dr Olivier DUBOIS, psychiatre - Saujon

#### Méthodologistes :

Pr Roger SALAMON / Mme Christine GERMAIN

#### Médecin investigateur national de l'étude :

Dr Nathalie DESAFIT

### Les critères d'inclusion

- TAG selon les critères du DSM-IV confirmé par le MINI
- Dernière prise de nouveau traitement antidépresseur supérieure à 2 mois
- Dernière prise de nouveau traitement anxiolytique ou neuroleptique supérieure à 3 semaines
- Pas de prise de Paroxétine dans les 12 mois précédents
- Pas de cure, ni de psychothérapie dans les 6 mois précédents
- Score à l'échelle HAM-A  $\geq$  20
- Score symptômes somatiques échelle HAM-A  $\geq$  8

## Le traitement

- Soit une cure thermale de 3 semaines avec suivi institutionnel (soins quotidiens le matin, du lundi au samedi), suivi médical thermal (deux consultations de 10 minutes sur l'ensemble de la cure) et forfait thermal associant quotidiennement bains bouillonnants, douches thermales et massages sous l'eau.
- Soit l'utilisation d'un psychotrope : le DEROXAT entre 20 et 50 mg par jour pendant 8 semaines.

## Déroulement de l'essai

La pré-inclusion était assurée par le médecin traitant ayant signé l'adhésion au protocole, puis par le médecin investigateur national, recruté par le centre INSERM de Bordeaux II, qui confirmait l'inclusion. Ce dernier a effectué les différentes évaluations (symptomatique, biologique et mesures d'observance) à chaque visite. Ces visites avaient lieu à  $S_0$   $S_2$   $S_4$   $S_6$   $S_8$ . L'analyse des résultats était faite en «intention de traiter». L'hypothèse du biais maximum en défaveur de la cure a été prise : pour les quelques données manquantes, les perdus de vue dans le groupe Paroxétine étaient considérés comme un succès, alors que les perdus de vue dans le groupe cure étaient considérés comme des échecs.

## Critères de jugement principal

Variation du score global à l'échelle HAM-A entre  $S_8$  et  $S_0$ .

## III - LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Sur les 318 patients pré-recrutés par les 68 médecins généralistes ou psychiatres ayant intégré le protocole, 237 patients ont été inclus par le médecin investigateur puis tirés au sort. La randomisation a permis d'obtenir deux échantillons tout à fait comparables (117 patients pour le groupe cure et 120 patients pour le groupe Paroxétine). Le profil moyen des deux groupes était une femme (75 %) de 51 ans, mariée ou vivant maritalement (70%). 30 patients ont soit abandonné, soit été perdus de vue à  $S_8$  ce qui représente un taux classique. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes.

## Résultats à $S_8$

Les résultats montrent une réduction symptomatique à l'HAM-A de 12,28 points dans le groupe cure, soit 50,12 % d'amélioration contre 8,52 points dans le groupe Paroxétine, soit 35,6 % d'amélioration. Cela représente un écart de 3,76 points constituant une différence significative en faveur du groupe cure ( $P < 0,0001$ ) (cf. Fig. 1).

Quelles que soient les hypothèses de remplacement des valeurs manquantes (remplacement par la médiane ou remplacement par des chiffres d'évolution nulle pour les perdus de vue du groupe cure et des chiffres d'évolution médiane pour les patients du groupe Paroxétine), la différence reste nettement significative en faveur du groupe cure thermique (avec un risque d'erreur  $P < 0,005$ ).

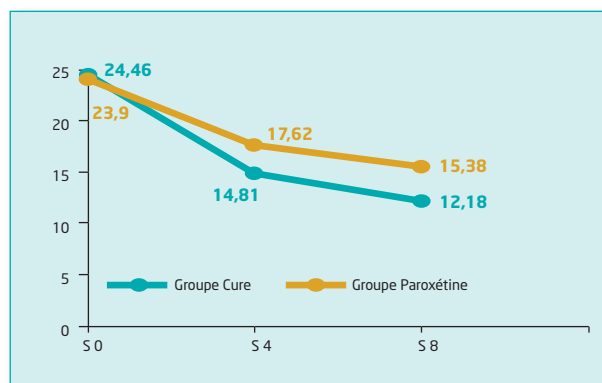


Fig. 1 - Variation de la note totale à l'HAM-A entre  $S_0$  et  $S_8$

On note que les résultats obtenus à  $S_8$  sont nettement supérieurs à  $S_4$  (+2,63 points supplémentaires), ce qui confirme l'action thérapeutique à distance et en profondeur de la cure thermique.

L'étude STOP-TAG montre par ailleurs que plus le score HAM-A est élevé, plus la crénothérapie semble active sur les symptômes présentés et plus la différence de résultats entre les deux groupes est importante.

On pouvait supposer que l'action crénotherapique se pratiquant par voie externe, elle allait plutôt avoir un impact sur la composante somatique de l'anxiété, or les résultats montrent une amélioration globale à la fois sur les symptômes psychiques et somatiques de l'anxiété. De même, les symptômes dépressifs fréquemment rencontrés dans le TAG sont nettement plus améliorés dans le groupe cure thermique que dans le groupe Paroxétine à 8 semaines (cependant l'échantillonnage est trop limité pour être significatif), mais cela confirme l'hypothèse d'une activité crénotherapique sur les symptômes dépressifs secondaires au trouble anxieux.

Le pourcentage de patients améliorés ou guéris est nettement favorable au groupe cure thermique (cf. tableau 1). Les échelles d'autoévaluation (échelle de Spielberger, échelle de Bate) confirment les résultats rencontrés.

	Groupe Cure Thermale	Groupe Paroxétine
Améliorés de plus de 50 % à $S_8$	56 %	28 %
Améliorés de plus de 30 % à $S_8$	83 %	57 %
Patients guéris à $S_8$ (moins de 7 points à l'HAM-A)	22 %	7 %

Tab. 1 : Pourcentage de patients améliorés à l'HAM-A dans chaque groupe thérapeutique

## Evolution à l'HAM-A entre $S_0$ et $S_{24}$

83% des patients du groupe cure thermique ont eu une amélioration de plus de 30% à  $S_8$ . Ces patients, qui n'ont pas eu besoin d'être traités par Paroxétine du fait de leur amélioration à  $S_8$  ont été suivis jusqu'à  $S_{24}$ . Seuls 67% de ceux-ci ont bénéficié d'une évaluation totale. L'amélioration globale constatée à 6 mois pour



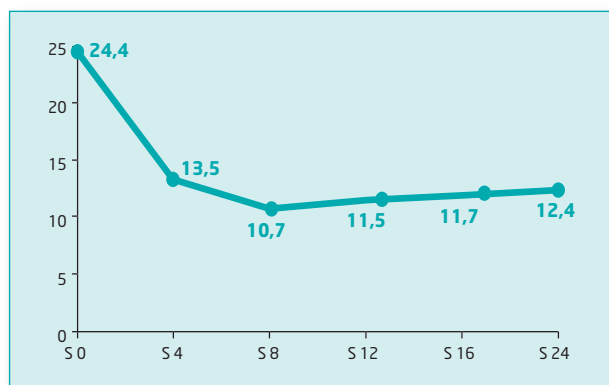


Fig. 2 - Évolution symptomatique de  $S_0$  à  $S_{24}$  des patients améliorés à  $S_8$  de plus de 30 % à l'HAM-A dans le groupe cure thermale soit (83 % des patients initiaux)

ces 67% de patients montre une réduction de 12 points (soit 49%) par rapport à l'HAM-A initiale (cf. fig. 2).

Cependant les résultats de cette analyse n'ont qu'un caractère informatif, ne pouvant être comparés valablement à un autre bras et ne possédant pas les conditions optimales de suivi imposées lors des 8 premières semaines.

### Événements indésirables

Le nombre d'événements indésirables déclarés pendant le suivi est de 66 dans le groupe cure contre 148 dans le groupe Paroxétine (cf. tableau 2).

La fréquence des événements indésirables survenue dans le groupe cure thermale a été significativement moindre, que ce soit

Événements indésirables intervenus sous traitement	Groupe cure thermale	Groupe Paroxétine
Asthénie	12	16
Insomnie	6	12
Réveil douloureux	10	10
Réaction dermatologique	3	5
Nausées	/	14
Tremblements	/	12
Céphalées	/	12
Diarrhées	/	8
Constipation	/	6
Infection ORL virale	6	/
Irritabilité	/	6
Vomissements	/	5
Anxiété	/	5
Troubles de libido	/	4
Hypotension - Malaise	4	/
Hypersudation	/	3

Tab. 2 : Événements indésirables survenus chez au moins 3 patients différents

en nombre de sujets touchés, en nombre de symptômes déclarés par le patient, en gravité et en degré d'imputabilité.

### Discussion

- Le médecin investigateur national a été formé à l'évaluation au SHU Sainte Anne et a exercé sous la responsabilité de l'Unité INSERM de l'ISPED de Bordeaux II, afin de s'assurer de son indépendance.
- Les patients recrutés dans cette étude habitaient à proximité des centres de soins thermaux. Ainsi, les résultats observés ne peuvent pas être interprétés comme étant la conséquence d'une extraction du cadre de vie, d'un éloignement des stressors, ni d'un changement des conditions climatiques.
- Les patients ne bénéficiaient d'aucune prise en charge psychothérapique structurée individuelle ou collective. Leur traitement consistait en l'association de 3 soins à base d'eau thermale prescrits quotidiennement, pendant 3 semaines, et d'un accompagnement aux soins d'une durée globale d'environ 1 heure 30 (comparable à une simple activité de type occupationnel).
- Les patients ne devaient pas utiliser de nouveaux traitements au cours de l'évaluation, ni dans les deux mois précédents celle-ci. Cela a fait l'objet d'un suivi régulier par le médecin investigateur national. L'utilisation ponctuelle d'anxiolytiques était autorisée pour l'Hydroxyzine et le Zolpidem. Ces règles de prescription ont été respectées par plus de 97 % des patients.

### CONCLUSION

Le thermalisme présente de nombreux avantages qui tiennent essentiellement, au faible risque de dépendance thérapeutique qu'il entraîne, à sa faible innocuité et au caractère naturel et passif de son utilisation.

L'étude STOP TAG, première étude évaluant comparativement la crénothérapie à la Paroxétine (traitement de référence du TAG), validée au plan méthodologique par la HAS et encadrée par 2 unités INSERM, a démontré une action thérapeutique supérieurement significative du thermalisme dans le TAG.

Cette étude démontre que son action se renforce à distance de la fin d'application du traitement (effet optimal à  $S_8$  significativement supérieure à  $S_4$ ) et semble durer dans le temps (jusqu'à  $S_{24}$  pour les patients améliorés). Elle montre également une efficacité sur les symptômes dépressifs comorbides du TAG.

Il en résulte que le thermalisme peut désormais être appliqué aux patients présentant un trouble anxieux soit en première intention, soit comme alternative en cas d'échec des autres traitements. Son profil de tolérance et son modèle de thérapie institutionnelle particulièrement adaptée à ce trouble en font un traitement différent et complémentaire des autres approches, qu'elles soient pharmacologiques ou psychothérapiques.

Il découle de cette première étude qu'au-delà des troubles anxieux, la crénothérapie utilisée en station thermale peut vraisemblablement être appliquée dans le cadre d'indications dérivées des troubles anxieux, à savoir les troubles somatoformes, les troubles du sommeil et le sevrage thérapeutique en psychotropes vis-à-vis duquel il n'existe pas aujourd'hui de modèle de prise en charge structurée et efficace.