



HAL
open science

Effets de la cure thermale à orientation psychosomatique sur le lâcher prise clinique et la fluidité de la conscience.

Une étude préliminaire

Blandine Grousset

► To cite this version:

Blandine Grousset. Effets de la cure thermale à orientation psychosomatique sur le lâcher prise clinique et la fluidité de la conscience. Une étude préliminaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03662509

HAL Id: dumas-03662509

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03662509>

Submitted on 9 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Effets de la cure thermale à orientation psychosomatique sur le lâcher prise clinique et la fluidité de la conscience. Une étude préliminaire.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 4 Mai 2022

Par Madame Blandine GROUSSET

Née le 6 mai 1993 à Marseille 06eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Directeur

Monsieur le Docteur MICOULAUD-FRANCHI Jean-Arthur

Assesseur

Madame le Docteur CREBASSA Caline

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Effets de la cure thermale à orientation psychosomatique sur le lâcher prise clinique et la fluidité de la conscience. Une étude préliminaire.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 4 Mai 2022

Par Madame Blandine GROUSSET

Née le 6 mai 1993 à Marseille 06eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Directeur

Monsieur le Docteur MICOULAUD-FRANCHI Jean-Arthur

Assesseur

Madame le Docteur CREBASSA Caline

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTEY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETTES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, InFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À mon président de Thèse,

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick, de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je le remercie de l'intérêt porté à mon travail.

À **Madame le Professeur BERBIS Julie**, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à mon jury. Je la remercie de l'intérêt porté à mon travail.

À mon directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur VION-DURY Jean, de m'avoir accompagné dans ce travail et d'avoir été aussi présent. Je ne le remercierai jamais assez de sa patience, de son enthousiasme envers cette étude et de sa gentillesse. Sa passion pour son travail et ses recherches est un véritable exemple de réussite pour moi. Je suis heureuse de cette rencontre et espère continuer à m'enrichir de ses connaissances et de ses idées.

À **Monsieur le Docteur MICOULAUD-FRANCHI Jean-Arthur**, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à mon jury. Merci de votre intérêt pour ce travail et de vos remarques me permettant de m'améliorer.

À **Madame le Docteur CREBASSA Caline**, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à mon jury. Merci de m'avoir accueillie dans ton cabinet de médecine avec autant d'empathie et de bienveillance. Tu es un médecin formidable, à l'écoute de tes patients et un exemple à suivre pour ma pratique future. Je suis heureuse d'avoir eu la chance de faire mon dernier stage en ta compagnie.

Au **Docteur DUBOIS Olivier**, directeur de la cure de Saujon, pour avoir initié cette étude et être autant passionné par son travail. Merci pour votre aide, votre soutien et votre investissement dans le développement des cures thermales.

Au **Docteur KANY Gisèle**, pour son aide dans la réalisation du questionnaire psychosomatique de Saujon. Merci de votre intérêt pour ce travail et de votre investissement.

À **Madame FAVRE Christine** et à **Madame WARGNIER Françoise** pour leur aide précieuse dans le recueil des données, leur réactivité et leur professionnalisme.

À **toute l'équipe et le personnel de la cure de Saujon**, pour leur dévouement quotidien et particulièrement pour leur aide dans ce travail et la prise en charge des patients.

Au **Docteur THERY Didier**, qui m'a fait découvrir la médecine générale. C'est grâce à son amour de la médecine générale que j'ai choisi à mon tour ce chemin de vie.

Au **Docteur FICHAUX Marie**, qui restera un exemple de bonté et de bienveillance pour moi. Grâce à elle, j'ai pu découvrir et apprécier le travail en soins palliatifs. Son engagement envers ses patients est un exemple pour moi.

Au **Docteur CAPARROS Dominique**, d'avoir été ma tutrice durant cet internat. Merci pour ton écoute et ta disponibilité.

Au **Docteur MONON Roxane** et au **Docteur ICARD Marie-Claude**, pour leur écoute et leur soutien. Merci d'avoir fait de mon stage dans l'Hôpital d'Allauch, un de mes meilleurs stages et de m'avoir intégrée dans le service comme votre égale. Vous êtes des médecins humaines comme j'aimerais le devenir.

Au **Docteur CHAMBENOIT Françoise**, pour avoir la même vision que moi de la médecine générale et de me permettre de collaborer avec elle. Merci de me permettre de réaliser la pratique de la médecine dont je rêvais.

À **ma Mamou** pour ses nombreuses relectures et nos discussions qui m'ont permis d'améliorer encore et encore cette thèse. Tu as été ma force durant ce travail et tu es ma force dans la vie. Et à **Jean-Louis** de ne pas m'en avoir voulu de prendre le temps de maman.

À **mon Papou** pour l'amour inconditionnel qu'il me porte. Merci de m'avoir appris à observer les gens. Tu as fait de moi celle que je suis.

Et à **Sabine**, pour sa gentillesse et sa générosité.

À **mon grand frère**, toujours imité mais jamais égalé. Tu es un exemple de créativité et de réflexion. Je suis fière d'être ta petite sœur.

À **ma grande sœur**, son mari, mes merveilleuses nièces et mon filleul d'amour. Malgré la distance, tu as toujours été là pour moi et tu me le prouves encore aujourd'hui. J'espère avoir un jour une aussi belle famille que la tienne, et être une maman aussi formidable.

À **Steph, ma tante d'amour**, pour notre connexion. Tu as une place particulière dans mon cœur et dans ma vie. Malgré ton caractère de cochon, merci d'être celle que tu es, d'être présente pour moi, de me soutenir et de me guider dans ma vie.

Et à **David**, pour sa présence et sa réactivité devant les obstacles.

À **Bene**, pour nos longues discussions nous faisant assister à la fermeture de tous les restaurants de Marseille et me permettant de voir plus clair dans ma vie.

À « **mes semi frère et sœur** », **Benjou et Mathildou**, pour toutes ces années partagées.

À **ma deuxième Famille Duchêne/Moulon**, pour m'avoir aussi bien accueillie, d'être toujours présents pour moi. Je suis heureuse de faire partie de votre tribu et d'entrer dans ce lien si fort que l'on ressent entre vous tous.

À **Véro et Fred**, pour m'avoir fait découvrir la médecine dès mon plus jeune âge. Vous êtes des médecins formidables mais surtout des gens d'une grande loyauté. Je suis heureuse de vous compter dans ma vie.

À **ma Sarah, ma sœur de cœur**, mon amie depuis toujours, pour sa patience, son écoute et ses conseils depuis toutes ces années. Sans toi cette thèse n'aurait pas le même rendu. Comme j'aime le dire, tu es depuis si longtemps mon correcteur orthographique personnel. Merci d'être aussi présente dans ma vie, je ne sais pas comment je ferai sans nos heures de téléphone.

Merci à **Nico**, un mari et un père exemplaire, de me laisser accaparer sa femme aussi longtemps et à avoir toujours ce sourire et cette joie de vivre qui le définit.

Et merci à **Eva**, d'avoir fait de moi une tata de cœur et d'émerveiller la vie de mes meilleurs amis.

À **ma Élisouille, mon binôme**, pour m'avoir permis d'être là aujourd'hui. Sans toi je n'aurais jamais pu tenir ces années d'étude. Tu as été le rayon de soleil de mes stages. Merci pour les coups de téléphone passés à ma place. Et surtout merci de m'avoir permis de faire partie de ton film personnel.

À **Marine**, pour sa douceur et sa force. De nos différences est née une amitié fidèle qui je suis sûre durera encore de belles années.

À **Anne**, pour son humour qui ne cessera de me régaler. La distance n'est jamais venue ternir notre lien.

À **Caro**, pour toutes ces pauses café. Merci d'être encore plus à la ramasse que moi d'un point de vue administratif mais tellement réactive dès que j'ai besoin d'une oreille attentive.

À **Mimi, Chachou et Sandra**, pour ces nombreux fous rires et ces heures de révisions. Votre folie sera à jamais gravée dans mon cœur, bande de tarées !!

À **Nono et Paupau**, pour leur sourire et leur positive attitude en chaque instant. Vous avez égayé ces années par votre bienveillance et votre gentillesse.

À **Margaux**, sans qui je n'aurais jamais eu cette première année de médecine.

À **la Team sup Exam** et à tous ces merveilleux moments, fous rires, craquages et vacances en votre compagnie.

À **Romain**, qui déteste qu'on signe par son nom de famille mais qui a été le premier à me dire que je serai médecin et même un bon médecin si je reste à l'écoute de mes patients. Merci pour ta patience et ta folie déjantée

À **Pauline et Marine**, pour leur soutien durant ce premier semestre de l'internat qui a été particulièrement stressant. Merci pour votre présence et votre écoute.

À **Alex et Agathe**, pour ces gardes bien moins rudes en leur compagnie et ces confessions nocturnes.

À **Mon cœur, ma moitié**, mon mari, mon meilleur ami, le futur père de notre fils, pour tout. Tu es mon pilier dans ce monde. Merci de continuer à me supporter et me faire rire après tant d'années. Tu vas devenir un chef cuistot grâce à moi ...

Évidemment à mes deux amours, **Oreo et Caramel**, qui sont restés assis à me regarder durant les longues après-midi de travail.

À **mon petit cœur**, tu n'es pas encore complètement dans ce monde mais tu prends déjà tant de place dans ma vie.

À **Grand-Papa**, pour ta rigueur, ta loyauté et ta passion pour ton travail. Tu m'as appris à garder les pieds sur terre et à être là pour les gens.

À **Grand-Maman**, mon ange gardien, mon étoile, pour avoir été toi. Tu as rejoint le ciel depuis tant d'années et pourtant tu resteras à jamais le guide de ma vie.

« Il y a encore une foule de préjugés sur la vie des eaux. On est assez disposé à croire que c'est une série d'amusements perpétuels, un carnaval d'été, où l'on mène l'existence à grands guides : c'est tout le contraire. À part les viveurs excentriques, qui n'ont jamais assez de fenêtres par où jeter leur argent, et les joueurs obstinés, qui se ruinent toujours, les baigneuses et les buveurs d'eau sont généralement des gens simples et paisibles qui se préoccupent avant tout de leur santé. »

Charles Brainne, Baigneuses et buveurs d'eau, Paris, 1861

PLAN

Introduction	3
1 Le Lâcher-prise et la fluidité de conscience	5
1.1 Définition du lâcher-prise	5
1.2 Une approche phénoménologique de la conscience	6
1.3 Échelle de fluidité de conscience : rapport entre « lâcher-prise » et fluidité de conscience	7
2 Le thermalisme	9
2.1 Une brève histoire du thermalisme	9
2.2 Le thermalisme en France aujourd’hui.....	12
2.3 Enjeux économiques pour la société.....	13
2.3.1 Les enjeux économiques pour les stations.....	13
2.3.2 Les enjeux économiques pour l’Assurance Maladie	14
2.4 La cure thermique	14
2.4.1 Prescription et prise en charge d’une cure thermique.....	14
2.4.2 Les différentes indications prises en charge par l’assurance maladie pour une cure thermique	18
2.4.3 La prise en charge des affections psychosomatiques	22
2.5 Le service médical rendu : Faits et preuves d’une cure thermique sur les pathologies psychosomatiques	25
2.5.1 Efficacité du thermalisme sur les pathologies à orientation psychosomatique.....	25
2.5.2 Utilité du thermalisme	27
2.5.3 Risques des cures thermales	27
2.5.4 Service médical rendu (SMR)	28
3 Lien avec la médecine générale	29
3.1 Prise en charge par les médecins généralistes des pathologies à orientation psychosomatique	29
3.1.1 Les traitements habituels.....	29
3.1.2 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	33
3.2 Prescription des cures thermales par le médecin généraliste	33
4 LetgoTherm : Étude préliminaire	35
4.1 Objectifs principal et secondaires	35
4.2 Matériel et méthode	36
4.2.1 Population d’étude.....	36
4.2.2 Déroulement de l’étude.....	37
4.2.3 Les échelles de recueil de données (cf. Annexes)	38
4.2.4 Analyses statistiques	41
4.3 Résultats	41
4.3.1 Description de la population	41
4.3.2 Évolution des variables entre J1 et J18 (cf. Tableau 2).....	43

4.3.3	Statistiques de l'évolution des résultats pour chacun des tests	46
4.3.4	Corrélations entre les différentes échelles	47
4.3.5	Analyses détaillées concernant les différentes dimensions de l'échelle EQFC.....	51
4.3.6	La mini-échelle de Saujon	62
4.4	Discussion	63
5	Conclusion.....	68
6	Bibliographie.....	69
7	Annexes	73
8	Abréviations.....	89

INTRODUCTION :

Les cures thermales sont utilisées depuis l'antiquité pour soigner différents maux. Cependant, durant de nombreuses années, le thermalisme fut énormément critiqué car les études visant à prouver leurs bienfaits n'étaient pas assez bien menées sur le plan scientifique et comportaient de nombreux biais.

Actuellement, les évaluations cliniques ont fortement évolué et depuis la création de l'AFRETH (association française pour la recherche thermique) (1), de nombreuses études permettant de valider la cure thermique comme thérapeutique pertinente, ont vu le jour. C'est dans cette nouvelle démarche dynamique consistant à moderniser et à valider scientifiquement la cure thermique dans les pathologies psychosomatiques, que ce travail autour de la notion de lâcher-prise et de la fluidité de conscience a été proposé. Cette étude a pour but d'évaluer l'amélioration symptomatique et psychique des patients atteints de pathologies psychosomatiques en utilisant des questionnaires validés depuis plusieurs années comme l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression social) ou encore l'échelle ISI (Insomnia Severity Index) mais aussi des échelles nouvelles encore jamais testées sur de grands groupes de sujets.

Nous avons notamment, utilisé un nouveau questionnaire dit « échelle psychosomatique de Saujon » (construite par O.DUBOIS, G.Kany, J.A Micoulaud et J.Vion-Dury) pour évaluer la relaxation psychique et les conséquences de celle-ci lors d'une cure thermique. Nous avons aussi utilisé l'échelle de fluidité de conscience EQFC (2), validée récemment, et qui élargit le champ de l'étude au lâcher-prise mais aussi à trois autres dimensions. L'étude de ces autres dimensions permet l'évaluation globale du flux de la conscience d'un point de vue phénoménologique. Notons que la tradition phénoménologique a, dans ces débuts, eu pour caractéristique principale l'étude de la conscience, de sa structure et de ses contenus. Nous allons utiliser ces nouveaux outils, pour tenter de mettre en évidence l'intérêt thérapeutique des cures thermales à orientation psychosomatique.

Tout d'abord, nous présenterons le contexte de cette étude et les notions de lâcher-prise et de fluidité de conscience d'un point de vu phénoménologique. Nous développerons ensuite successivement la définition du thermalisme, son histoire, son utilisation actuelle et son service

médical rendu. Nous étudierons ensuite le lien entre la médecine générale, les pathologies psychosomatiques et la prescription de cure thermale.

Enfin, nous présenterons l'étude LetGoTherm. Cette étude vise à évaluer l'impact des cures thermales sur le lâcher-prise clinique et la fluidité de conscience. Il est à noter que l'étude présentée ici est préliminaire vis-à-vis de l'objectif initial et se devra d'être confirmée dans le futur.

1 LE LACHER-PRISE ET LA FLUIDITE DE CONSCIENCE

1.1 DEFINITION DU LACHER-PRISE

La notion de lâcher-prise s'est actuellement développée comme une expression populaire. C'est devenu un mot « valise » dans lequel on peut rassembler de nombreux concepts en relation avec le développement personnel, la gestion humaine ou encore la méditation (3).

Mais cette notion de lâcher-prise a une origine bien plus ancienne. Elle est apparue, en effet, au milieu du XIX^{ème} siècle dans la communauté américaine protestante. A cette époque, aux États-Unis, une fraction du protestantisme souhaitait être à l'origine d'un renouveau appelé « le grand réveil » où les fidèles mettaient en avant le phénomène de « Letting Go » correspondant à une confiance envers la Providence et Dieu.

Cette notion de « Letting Go » a été reprise par le philosophe, médecin, psychologue américain William James à la fin du XIX^{ème} siècle. Il est le premier à en avoir analysé le concept dans son livre « Les formes multiples de l'expérience religieuse » (4). William James aborde le lâcher-prise sur un plan psychologique en écrivant « Let your emotions come or let them go or let's go your on », ce qui revient à dire « laissez-vous aller, laissez-vous prendre ».

Dans les années 1940, le japonais Suzuki, souhaitant ancrer le bouddhisme dans la pensée européenne, donne un renouveau à l'expression de lâcher-prise. C'est ainsi, que cette notion entrera dans la psychologie populaire.

Lors du développement du courant hippie et du mouvement « New Age » en Occident, dans les années 1965-1968, on voit réapparaître la notion « Letting Go » comme symbole emblématique de cette époque.

On retrouve également ce terme de « Letting go » dans les écrits du psychiatre Carl G. Jung qui utilise cette notion à propos de la dynamique de l'inconscient par opposition à celle du conscient qui relève du « garder prise ». Carl Jung contribue ainsi fortement au développement de la popularité du lâcher-prise, notamment en psychologie.

Le monde actuel impose de plus en plus de développer « maîtrise, performance et organisation ». La notion de « lâcher-prise » devient alors une méthode qui permet de faire face aux traumatismes

que cela peut générer. Pour Tadan-Masquelier (5), le lâcher-prise signifie s'abandonner, « se déposer ». Il pourrait s'agir d'une attitude globale consistant à mettre ses processus de défense psychique au repos lorsque ces derniers prennent le dessus sur les modes de réaction habituellement adaptés. Cela reviendrait à dire que sous une forme de stress, par protection, notre conscience serait alors comme « bloquée ».

Ce concept nous amène vers une approche phénoménologique de la conscience. Nous allons ainsi expliquer notre démarche et notre intérêt à utiliser un questionnaire phénoménologique pour étudier l'impact des cures thermales sur le lâcher-prise et son lien avec la conscience.

1.2 UNE APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE DE LA CONSCIENCE

La conscience demeure un mystère. Elle constitue, cependant, une caractéristique fondamentale de l'humain. C'est la conscience qui donne la possibilité à l'être humain de s'interroger sur ce que la conscience est ou n'est pas, et sur la manière dont elle survient et agit (6).

Si pendant des siècles les philosophes se sont interrogés sur l'esprit, c'est avec la phénoménologie, un courant philosophique occidental majeur fondé par Edmund Husserl que la problématique de la conscience, sa structure, ses contenus, est posée de manière la plus précise. Plus encore, E. Husserl, initialement mathématicien et philosophe des mathématiques, aborde la conscience parce qu'il la voit comme le fondement de toute possibilité de connaissance, en particulier scientifique (7).

La tradition phénoménologique ne conçoit plus la conscience comme un état fixe, mais plutôt comme une expérience consciente évolutive. L'expérience consciente est pensée comme un flux, continu ou discontinu. Bergson de son côté, à la même approche de la fluence de la conscience (8). Ce flux, que l'on peut métaphoriser comme les courants d'un fleuve, varie en fonction de sa forme, sa qualité ou sa quantité et des obstacles qui lui sont opposés (2). On peut alors parler d'une fluidité de conscience, sous-entendant une forme complexe en perpétuelle métamorphose du vécu conscient.

Cependant, cette fluidité de conscience n'est pas forcément constante chez un même individu. De même, elle n'est pas similaire d'un individu à l'autre. Les obsessions, les compulsions, les préoccupations de la vie quotidienne, les agressions ainsi que les traumatismes psychiques ou physiques peuvent venir limiter la flexibilité de la conscience, figer les pensées, générer des persévérations mentales qui font perdre à la conscience sa fluence.

A l'inverse, lors du traitement d'un traumatisme psychologique en hypnothérapie ou grâce à l'EMDR (Eye Movement Desentitization and Reprocessing) ainsi qu'à d'autres psychothérapies, on peut agir sur « la souplesse de l'esprit » afin de modifier la fluidité de nos vécus conscients et en quelque sorte lever les obstacles qui en limitent la fluence.

C'est en référence à cette possibilité d'amélioration de « la souplesse d'esprit », qu'un questionnaire mettant en évidence l'augmentation de la fluidité des flux conscients a vu le jour au sein de l'Atelier de Phénoménologie Expérientielle (APHEX, Marseille).

1.3 ÉCHELLE DE FLUIDITE DE CONSCIENCE : RAPPORT ENTRE « LACHER-PRISE » ET FLUIDITE DE CONSCIENCE

Pour étudier la fluidité de conscience, un questionnaire d'évaluation qualitative de la fluidité de conscience (EQFC) (2) a été élaboré. Cette échelle a été en premier lieu créée dans le cadre précis d'une évaluation des effets de l'hypnose dans les douleurs chroniques (9), l'EMDR et la phénoménologie expérientielle.

Cette échelle présente un coefficient de Cronbach relativement élevé et une distribution normale des réponses ce qui en permet la validation interne. L'étude de S.Turcq a permis la validation de l'idée initiale, c'est-à-dire de mettre en évidence par cette échelle, la possibilité de voir se modifier la flexibilité de la conscience à la suite de thérapies par l'hypnose (9).

Par ailleurs, les auteurs, en utilisant les corrélations de certains items entre eux, ont pu mettre en évidence quatre dimensions dans l'augmentation de la fluidité de conscience nommées :

- La disponibilité à soi et à son environnement
- Le lâcher-prise (en tant que tel)

- La relative passivité face au monde
- L'acceptation du changement

La caractéristique de cette échelle est d'avoir été construite à partir de la question phénoménologique « qu'est-ce que cela vous fait de lâcher-prise ? » en utilisant des Entretiens Phénoménologiques Expérientiels (EPE) (10). C'est à l'issue de ces EPE que l'on sait rendu compte que le sujet abordé était celui de la fluidité de conscience.

L'EQFC se différencie des échelles de méditation comme l'échelle de Frewen (3) ou l'échelle des niveaux de conscience émotionnelle LEAS (11) parce qu'elle a été pensée en dehors de toute référence à des pathologies ou à une pratique spécifique. Elle se démarque également de ces échelles par sa compacité et une approche positive des sensations de flottement et de disponibilité. Elle s'intéresse donc plus à la fluidité de l'expérience consciente qu'au lâcher-prise, qui n'en est qu'une composante parmi d'autres. Ce questionnaire tente de capter les capacités de métamorphose du flux de la vie consciente dans son ensemble et ne se restreint pas au lâcher-prise des individus.

Dans le travail de S.Turcq (9), l'EQFC a permis de mettre en évidence une corrélation entre l'augmentation de son score et l'amélioration clinique des patients, soit une diminution de la douleur. Devant ces résultats, il semble donc pertinent de vérifier la corrélation de ce questionnaire avec d'autres questionnaires déjà validés sur des thérapies différentes qui pourraient avoir aussi un impact sur cette fluidité de conscience.

C'est à la suite de ces réflexions que l'étude présentée dans cette thèse a vu le jour. En effet, les cures thermales comme thérapie à visée psychosomatique sont en pleine expansion, mais encore mal connues de la médecine générale, et donc peu prescrites. Multiplier les études dans ce sens, permettrait de pallier le manque d'informations des médecins généralistes.

2 LE THERMALISME

2.1 UNE BREVE HISTOIRE DU THERMALISME

L'utilisation des eaux pour des soins corporels est connue depuis toujours.

Déjà, dans les années 400 avant JC, Hippocrate utilisait les bains de manière thérapeutique supposant que les maladies résidaient dans un déséquilibre des fluides corporels (12). Nous pouvons alors imaginer que le terme « thermalisme » vient du monde grec, d'autant plus que le mot « thermes » descend de l'adjectif *thermos* qui signifie chaud en grec et de l'expression *therma* désignant toutes les sources chaudes (13). Pourtant ce sont bien les romains qui ont utilisé le mot « thermes » pour désigner les bains publics au XIX^{ème} siècle avant JC (14). Ils construisirent même leurs propres thermes, souvent établis lors de la présence militaire pour la récupération des soldats blessés mais aussi pour le repos et le loisir des soldats en bonne santé.

Ainsi, encore aujourd'hui, environ 50 % des stations thermales conservent des vestiges de thermes romains. En effet, les légions romaines construisaient leurs bains de sources minérales et thermales sur les terres conquises partout en Europe.

Comme les grecs, les romains utilisaient déjà les thermes dans un but thérapeutique pour soigner les maladies rhumatismales et uro-génitales. L'hydrothérapie et les cures de boissons furent introduites comme traitement par Asclépiade, médecin grec exerçant à Rome. Galien, lui, préconisait l'utilisation de l'eau froide dans l'apaisement de certaines maladies. La culture balnéaire romaine eut une telle renommée qu'un romain seul consommait 1400 litres d'eau par jour pour se baigner. Le but thérapeutique des thermes a alors rapidement été détourné. L'aspect médical s'est transformé en aspect récréatif et ces lieux sont devenus des repaires de plaisir. Ce n'est qu'à la fin de l'empire romain, vers 476, lors de la montée du christianisme, que les baignades furent officiellement interdites et certains thermes transformés en églises.

Au XIII^{ème} siècle, les bains publics sont réapparus dans le sud de l'Europe et leur accès était libre. La population se baignait alors durant des heures voire des jours entiers, ce qui entraîna la propagation de différentes maladies contagieuses notamment la peste et la lèpre. Tout cela entacha la réputation des bains publics et l'accès aux bains fut rendu payant. Par

conséquent, la population, très appauvrie par les différentes guerres n'eut plus les moyens financiers d'accéder aux thermes.

Petit à petit, les bains reprirent une fonction plus médicale grâce à la parution de différents ouvrages écrits par des médecins italiens tels que Bacci en 1571. Celui-ci publia « *De thermis* », ouvrage dans lequel il décrit l'art des bains de Galien et des Aristotéliens. Une nouvelle culture balnéaire plus élitiste vit alors le jour au XVII^{ème} siècle et s'étendit dans l'Europe et principalement en France.

Les médecins créèrent des centres de traitement avec l'application de programmes et de suivis très rigoureux, bien loin de l'usage récréatif d'antan. Une séparation hommes/femmes fut même de vigueur. En France, on vit alors apparaître différents thermes tels que ceux de Luxeuil en 1762, Plombières en 1771, Aix-en-Provence en 1780, Bagnères-de-Bigorre en 1782, Aix-les-Bains en 1783...

L'Académie d'architecture décida même de consacrer un grand prix à un programme complet de construction de thermes.

Vers les années 1800, la culture des bains thérapeutiques s'élargit. Les médecins se consacrèrent à l'analyse chimique des eaux pensant que pour chaque maladie existait un mélange d'eaux minérales comme remède. Les principes de la balnéothérapie et de l'hydrothérapie furent approfondis par Priessnitz et Kneipp. C'est d'ailleurs Kneipp qui permit aux hommes de classe sociale plus modeste de se rediriger vers les stations thermales. En 1845, le mot « thermalisme » fut utilisé pour la première fois pour désigner l'usage médical des eaux minérales.

Grâce à l'impulsion donnée par Napoléon III, dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, le thermalisme se développa de façon exponentielle avec l'agrandissement d'anciennes stations et la construction de nouvelles. Les premières cures thermales virent alors le jour et avec elles le tourisme et les commerces adjacents. Les promoteurs immobiliers y trouvèrent des intérêts commerciaux et exploitèrent les centres balnéaires. Ces stations furent des lieux de rencontre. Certaines devinrent même des lieux de villégiature incontournables où il fallait être vu. Les soins médicaux furent alors relégués au second plan et chaque station se mit à développer des activités annexes comme le théâtre ou le casino. Les curistes furent en demande d'activités

diverses et les promenades aménagées dans les parcs thermaux devinrent indispensables au bon déroulement d'une cure.

Tout fut ainsi fait pour attirer une clientèle qui se diversifia et s'élargit tout au long du XIX^{ème} siècle. Un grand nombre d'étrangers vinrent admirer ces lieux de soin et de plaisir. Le tourisme connut une grande expansion ce qui permit la construction d'hôtels somptueux attirant toujours plus de personnes de la haute société.

Après la première guerre mondiale, une expansion du thermalisme en France eut lieu. L'industrie nationale tentant d'effectuer un maximum de bénéfices économiques, une loi fut établie en 1919 permettant aux villes d'obtenir le statut particulier de station thermale, climatique ou touristique. Ce statut leur permettait de bénéficier d'avantages financiers tels qu'une taxe d'entrée ou encore une taxe sur les jeux.

L'enseignement de l'hydrologie se développa dans les facultés de médecine de France à la demande des politiciens qui désiraient faire évoluer les pratiques très rapidement. De nombreux articles très élaborés sur l'hydrologie furent rédigés, et les médecins travaillant dans ce domaine furent considérés comme l'élite médicale.

En 1945, après la libération, la sécurité sociale fut légalisée et étendue à tous les salariés. Comme une suite logique de l'après-guerre, les cures thermales furent presque immédiatement (14 août 1947) prises en charge par celle-ci. La reconnaissance du thermalisme par la sécurité sociale comme un traitement fut une bénédiction pour l'industrie thermale. Mais cela ne dura pas, l'état finançant quasiment l'entièreté des soins des cures thermales, il fut rapidement submergé et en 1958, le remboursement des cures fut réduit drastiquement.

En 1999, les modalités de remboursement des cures thermales par la sécurité sociale évoluèrent pour ne concerner que des indications de traitement très précises pour lesquelles l'efficacité des eaux était officiellement reconnue (15).

2.2 LE THERMALISME EN FRANCE AUJOURD'HUI

De nos jours, la France compte 90 stations thermales et 110 établissements thermaux (16). Les 5 régions ayant la plus importante activité thermique sont l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon, le Rhône-Alpes, Les Midi-Pyrénées et l'Auvergne. La majorité des cures se déroulent dans le Sud-ouest de la France (14).

Les thermes en France attirent plus de 60 000 curistes chaque année et délivrent plus de 10 millions de journées de soins. Avec ces 770 sources d'eau minérale naturelle, la France abrite 20 % du capital thermal européen et est donc le premier patrimoine hydrominéral européen.

Le Conseil National des Établissements Thermaux (CNETh) a été créé en 2002, pour une meilleure reconnaissance de la médecine thermique. Le CNETh assure 3 missions :

- Diffuser une information pédagogique au grand public et à la communauté médicale.
- Défendre les intérêts des établissements thermaux auprès des différentes instances de l'état et de l'assurance maladie.
- Participer à l'évolution scientifique du Service médical rendu des cures thermales en association depuis 2004 avec l'AFRETh (association française pour la recherche thermique) (1).

Cette association permet de promouvoir les recherches scientifiques et cliniques appliquées à l'activité thermique, lesquelles constituent la priorité de ses travaux. L'AFRETh a déjà permis le financement de plus de 60 études scientifiques depuis sa création.

Pour continuer à développer les recherches scientifiques, il est important de comprendre l'impact économique de ces cures thermales.

2.3 ENJEUX ECONOMIQUES POUR LA SOCIETE

2.3.1 LES ENJEUX ECONOMIQUES POUR LES STATIONS

Dans toute la France, les stations thermales connaissent une fréquentation très variable.

Le poids économique du thermalisme est très différent d'une commune à une autre. 90% des établissements thermaux sont situés dans des communes de moins de 10 000 habitants. La station thermale est donc, le plus souvent, la première source d'emplois et de tourisme de la commune (16). Par exemple, dans les Landes, plus de 50% du chiffre d'affaires d'un commerçant sur cinq dépendent de l'établissement thermal (17).

Le thermalisme, permet en France le développement de 100 000 emplois :

- 9442 emplois directs à 70% saisonniers, majoritairement de longue durée
- 40 300 emplois indirects et dépendants
- 55 930 emplois induits.

Ces emplois, n'ont pas le même impact en fonction des communes. Les stations implantées dans des communes importantes avec un environnement économique diversifié, comme Dax ou encore Vichy, ne dépendent pas du thermalisme. Mais celui-ci, permet au contraire, le maintien de l'emploi des petites et moyennes stations comme Ussat, Neyrac ou encore Saint-Laurent-les-bains. Dans ces communes, le thermalisme représente plus de 20% des emplois directs et entre 40 à 50% des emplois indirects.

Pour mesurer l'impact global économique du thermalisme dans ces communes, il ne suffit pas de prendre en compte le nombre d'emplois créés mais aussi de considérer la contribution des curistes et de leurs accompagnants. Il s'agit alors, chaque année, d'environ 690 millions d'euros dépensés par les curistes dans les stations dont 47% pour les hébergements. De plus, 34% des curistes s'y rendent avec au moins un accompagnant. Le tourisme de ces communes mais surtout le secteur de l'hôtellerie est donc fortement impacté positivement par l'installation des cures thermales dans des petites et moyennes communes.

Mais sachant qu'une grande partie des cures thermales est prise en charge par l'Assurance Maladie, le bénéfice est-il en faveur de la société ?

2.3.2 LES ENJEUX ECONOMIQUES POUR L'ASSURANCE MALADIE

Comme mentionné plus haut, la prise en charge des premières cures thermales par l'Assurance Maladie date du 14 août 1947. Cette prise en charge a été remise en cause de nombreuses fois en raison de l'insuffisance d'études démontrant un effet du thermalisme. Elle a été soumise à de multiples modifications. Depuis 2003, un équilibre satisfaisant entre prise en charge et contribution du curiste est estimé par les pouvoirs publics (17).

Actuellement, la part du thermalisme ne représente que 0,15% du total des prestations de remboursements effectués par l'Assurance Maladie (16). Toutes les études réalisées à ce jour pour démontrer l'intérêt économique des cures thermales pour la société présentent de nombreuses faiblesses méthodologiques. Cependant, malgré leurs limites, ces études mettent quand même en avant un impact économique positif des cures thermales en termes de réduction de dépenses de santé des curistes dans les mois qui suivent le traitement. Par exemple, l'étude ECOTHERM (18) met en évidence la réduction des dépenses hospitalières induite par la cure thermique. L'étude JALMA (19), permet de penser par ces résultats que l'assurance maladie pourrait réaliser un gain de près de 5 millions d'euros, et au final une économie de 1.5 millions d'euros sur un horizon de 4 ans par le sevrage en benzodiazépines effectué lors de cures thermales.

Depuis 2015, le thermalisme a le soutien des pouvoirs publics. Pour maintenir ce soutien, le thermalisme devait démontrer un service médical rendu plus sûr. Grâce à la création de l'AFRETh, et donc, au financement de nombreuses nouvelles études, que nous évoquerons plus bas, le service médical rendu a pu être mis en évidence pour une majorité de pathologies (20).

2.4 LA CURE THERMALE

2.4.1 PRESCRIPTION ET PRISE EN CHARGE D'UNE CURE THERMALE

La cure thermique est un traitement médical (21) consistant à l'application de divers soins thermaux pour une durée de trois semaines. Il s'agit du temps nécessaire au complet développement de l'action thérapeutique, soit le délai requis pour le rétablissement de l'équilibre neuro-végétatif. Pour que la cure soit prise en charge par l'assurance maladie, elle doit durer trois semaines. Bien

entendu, des accès aux soins thermaux en dehors d'une cure sont possibles mais entièrement à la charge de la personne.

Il est important de comprendre qu'une cure thermale n'est pas seulement un ensemble de soins mais une réelle prise en charge globale du curiste. Celle-ci comprend l'aspect médical géré par un médecin thermal qui programme les soins et assure la surveillance du patient tout au long de son séjour mais aussi un aspect environnemental. Le curiste change de logement, d'environnement pour trois semaines ce qui permet une coupure dans sa routine quotidienne. Il doit donc préparer son séjour en amont, doit prévoir le transport et choisir l'établissement thermal adapté à sa pathologie.

2.4.1.1 Prescription d'une cure thermale

Depuis la convention de 1997 (22), l'accord préalable à la Caisse d'Assurance Maladie n'est plus obligatoire pour les cures classiques. Cet accord reste cependant obligatoire pour trois types de cure :

- Cures avec hospitalisation
- Cures à l'étranger
- Cures liées à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Concernant les cures classiques, une prescription médicale, le plus souvent établie par le médecin traitant, demeure obligatoire mais l'imprimé d'entente préalable est remplacé par un questionnaire de prise en charge (cf. annexes). Ce questionnaire comporte une partie à remplir par le patient et une partie médicale remplie par le médecin traitant. On y précise la station thermale choisie ainsi que l'orientation thérapeutique demandée (deux demandes au maximum). À ce questionnaire est jointe la déclaration de ressources.

À la réception de cette demande de cure, les services administratifs de la Caisse d'Assurance Maladie doivent immédiatement prendre en charge la cure thermale sans attendre l'avis du service médical (qui peut vérifier les dossiers de demande à tout moment).

Par la suite, le futur curiste reçoit alors un document intitulé « Prise en charge administrative de cure thermale et facturation » (cf. Annexes).

Ce document est constitué de 3 volets :

- « Honoraires médicaux » à remettre au médecin thermal
- « Forfait thermal » à remettre à l'établissement thermal
- « Frais de transport et d'hébergement » qui sera à adresser à la Caisse au retour de la cure si le patient remplit les conditions de ressources.

Cette prise en charge est valable pour une même indication, pour une seule cure durant une année civile.

2.4.1.2 Prise en charge par l'Assurance Maladie

On différencie quatre catégories dans la prise en charge d'une cure thermale par l'Assurance maladie (23) :

- a) Les cures réservées aux patients bénéficiant d'une exonération pour Affection Longue Durée (ALD) entrant dans les indications de la cure thermale,
- b) Les cures liées à un accident de travail ou une maladie professionnelle,
- c) Les cures avec hospitalisation
- d) Les cures classiques.

Pour les curistes bénéficiant d'une ALD, les frais médicaux sont pris en charge à 100%, il en est de même pour les cures suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle. Les frais médicaux des cures avec hospitalisation sont pris en charge à 80%. Enfin, la prise en charge des autres cures est définie selon différents forfaits :

- Le forfait de surveillance médicale et les pratiques médicales complémentaires sont pris en charge à 70%
- Le forfait thermal est pris en charge à 65%

Les frais de transport et d'hébergement sont pris en charge à 100% pour les patients bénéficiant d'une ALD ou en accident de travail ou maladie professionnelle. Ils sont pris en charge à 65% pour les patients hospitalisés ou en cure classique. Pour les cures classiques, ces frais ne sont pris en charge que pour les patients ayant des ressources annuelles inférieures à 14 664,38 euros. De plus, les frais de transport sont calculés sur la base d'un billet SNCF de seconde classe aller /retour avec justificatif. Les frais d'hébergement sont forfaitisés à 150,01 euros soit une prise en charge de 97,50 euros.

Ci-joint un tableau résumant cette prise en charge.

	Curistes classiques	ALD	AT/MP	Hospitalisation
Forfait de surveillance médicale	70%	100%	100%	80%
Pratiques médicales complémentaires	70%	100%	100%	80%
Forfait thermal	65%	100%	100%	80%
Frais de transport et d'hébergement	65%	100%	100%	65% pour frais de transport seulement

Tableau 1 : Taux de prise en charge d'une cure thermale par l'Assurance Maladie

Nombre de curistes	Plafond des conditions de ressources annuelles
Une seule personne	14 664,38 euros
Un couple	21 996,57 euros
Un couple et un ayant droit à charge	29 328,76 euros
Un couple et 2 ayants droits à charge	36 660,95 euros

Tableau 2 : Plafond autorisant la prise en charge des frais de transport et d'hébergement

2.4.2 LES DIFFERENTES INDICATIONS PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE POUR UNE CURE THERMALE

Nous allons rapidement évoquer les indications remboursées par l'assurance maladie.

Douze affections sont reconnues comme étant améliorées par les cures thermales (24):

a) Les affections rhumatologiques :

Elles représentent la première cause de prescription de cure thermale. Les pathologies principalement retrouvées sont la coxarthrose, la gonarthrose et les atteintes du rachis. On retrouve aussi une prise en charge des séquelles post-traumatiques telles que le retard de consolidation d'une fracture, une algodystrophie, une ankylose ...

Les soins généralement proposés sont les bains chauds en piscine pour retrouver une souplesse articulaire, les douches et jets sous-marins pour un effet massant et relaxant, des applications de boue thermale au niveau des articulations douloureuses et des séances de kinésithérapie dans l'eau pour une meilleure mobilité des articulations.

b) Les affections des voies respiratoires

On retrouve les pathologies des voies respiratoires supérieures et inférieures chroniques, qu'elles soient allergiques ou infectieuses (majoritairement des rhinites ou otites chroniques). 30% des curistes venant pour cette indication sont des enfants. D'autres pathologies sont aussi indiqués

comme l'asthme, la BPCO, l'emphysème, les dilatations de bronches ou encore les atteintes vocales.

Les soins généraux sont nombreux mais on retrouve spécifiquement des drainages posturaux, permettant d'éliminer les sécrétions, le *vaporium* qui est une salle de bain de vapeur et des soins locaux tel que des gargarismes, des irrigations nasales, des douches pharyngiennes, des pulvérisations, des aérosols et des nébulisations.

c) Les affections gynécologiques

Les indications de la cure thermale sont, majoritairement, les douleurs pelviennes (telles que les dysménorrhée, les douleurs coïtales avec risque de vaginisme, les douleurs post-inflammatoire...), les troubles hormonaux (type ménopause ou endométriose) ou bien les stérilités (tubaires inflammatoires ou congestives, fonctionnelles avec ovulation rare...).

Les soins principaux sont des bains salés avec irrigations vaginales, des pulvérisations d'eau sur le col utérin, la columnisation qui est un tamponnement vaginal pour une action décongestionnante.

d) Les affections phlébologiques

L'indication principale est la séquelle de thrombose veineuse profonde nécessitant une cure au moins 2 mois après la phlébite, mais avant l'arrêt du traitement anticoagulant. La seconde indication concerne les varices et leurs complications telles que les crampes, les lymphœdèmes, la dilatation capillaire, la dermite ocre, atrophie blanche ou encore l'hypodermite inflammatoire.

Le but des soins va être de favoriser le retour veineux par la stimulation de la voûte plantaire, des massages circulatoires, des jets d'eau lors de marche dans des couloirs d'eau profonde.

e) Les affections neurologiques

Dans ces affections, les soins thermaux ne sont qu'un complément visant à une amélioration des symptômes. On peut les utiliser dans la maladie de Parkinson, pour les séquelles d'hémiplégie ou de paraplégie, dans la sclérose en plaques ou encore dans les myopathies. On recherche, dans ces affections neurologiques, une amélioration de la qualité de vie des patients et non pas une réponse thérapeutique de la pathologie. Cette nuance est importante à expliquer au patient avant de débiter une cure.

Les soins généraux pratiqués sont les bains avec ou sans douche sous-marine, des douches au jet. Les soins locaux sont majoritairement des pulvérisations ou application de boue simple ou de péloïdes (boue naturelle formée d'un mélange d'eau minérale avec des matières organiques ou inorganiques). On retrouve aussi des soins spécifiques tels que des massages, des séances de sophrologie ou de relaxation.

f) Les affections cardio-vasculaires

Les cures thermales ont une double efficacité dans ces affections. Tout d'abord, elles diminuent les facteurs de risque cardio-vasculaire. Ensuite, elles ont un rôle curatif sur la pathologie artérielle par le maintien fonctionnel des artères et artérioles et le développement de circuit collatéral en cas de lésion artérielle sévère.

Les soins pratiqués ont pour but la création d'une vasodilatation par la chaleur et l'application de gaz thermaux.

g) Les affections urinaires et maladies métaboliques

La cure thermale est utilisée dans cette indication pour lutter contre les calculs rénaux, les infections urinaires chroniques ou les insuffisances rénales légères (d'origine glomérulaire ou interstitielle). Le but principal du traitement sera d'augmenter la consommation journalière d'eau du patient (jusqu'à 3 litres par jour) pour augmenter son volume urinaire. En utilisant une eau riche en magnésium et calcium, on diminue de façon significative les récurrences lithiasiques. Évidemment, le choix de la station se fera en fonction du type de lithiase (on évitera les eaux riches en calcium pour les lithiases calciques et préférera les eaux alcalines pour les lithiases uriques).

Les soins proposés sont surtout des douches en position inversée, des bains pour calmer la douleur et des tables vibrantes.

h) Les affections digestives et métaboliques

La prise en charge de ces affections concerne principalement la colopathie fonctionnelle. Ce trouble n'ayant pas de cause organique retrouvée, son traitement doit être global. De plus, la prise en charge du surpoids et des maladies métaboliques (diabète, hyperlipidémie) est de plus en plus répandue dans la population. Le traitement de base de ces affections digestives sera une cure de boisson associée à des bains et des douches. Plus spécifiquement on pourra proposer des douches

péri-anales, des douches rénales, des séances d'illutation (application de boue sur le corps) ou encore des lavements entérocytes.

i) Les affections dermatologiques

Les eaux thermales ont une efficacité bien prouvée sur les affections dermatologiques par leurs actions apaisantes et cicatrisantes. Elles sont utilisées principalement pour l'eczéma, le psoriasis mais aussi chez les grands brûlés ou les personnes ayant des séquelles cicatricielles. Pour les affections dermatologiques la cure thermique se déroule selon 4 soins quotidiens.

On retrouve des soins généraux tels que des bains d'eau courante, des aéro-bains avec douches sous-marines, des massages sous pluie d'eau thermique chaude ou encore des soins d'hydrothérapie (exposition périodique au soleil avec brumisation de la peau d'eau thermique) et des soins locaux avec application de compresses et pulvérisations localisées.

j) Les affections des muqueuses bucco-linguales

Les eaux thermales ont des vertus anti-inflammatoires et décongestionnantes qui permettent une amélioration de certaines affections bucco-dentaires comme les parodontopathies, l'aphtose, les glossites ou encore les déficiences salivaires (maladie des glandes salivaires souvent induites par la prise de neuropsychotropes).

Les soins généraux utilisent principalement des cures de boisson mais ils sont complétés par des soins locaux tels que des douches gingivales, des bains de bouche d'eau thermique, des humage-nébulisation.

k) Les troubles du développement chez l'enfant

Le principal motif de cure pour les enfants est l'énurésie. Mais la prise en charge des troubles pédiatriques concerne jusqu'à 35 000 enfants chaque année. Leurs journées sont rythmées par 3 soins proposés en matinée. Les soins généraux sont des cures de boissons d'eau chaude chlorurée sodique, des bains et des douches au jet avec mouvements de mobilisation articulaire en piscine. Puis des soins plus spécifiques tels que la rééducation mictionnelle accompagnée par un psychologue.

l) les affections psychosomatiques.

Étant les indications nous intéressant pour notre étude, nous allons les détailler dans un chapitre consacré à celles-ci.

2.4.3 LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES

2.4.3.1 Les indications psychosomatiques prises en charge

Les cures thermales sont une bonne alternative au traitement médicamenteux dans les affections à orientation psychosomatique.

Par de nombreuses études (24), elles ont fait la preuve de leur efficacité pour différentes indications:

- Les états anxieux chroniques (TAG, trouble panique, phobie...)
- Les états dépressifs réactionnels ou névrotiques et troubles de l'humeur
- Les états de stress post-traumatique
- Les troubles du sommeil
- Le *burnout* ou syndrome d'épuisement professionnel
- Les douleurs d'origine psychosomatique dans des pathologies telles que la fibromyalgie
- Aide au sevrage des psychotropes

La cure thermique psychosomatique va certes avoir un effet biologique par les eaux minérales et les différents soins utilisés mais aussi un effet psychothérapeutique intéressant.

2.4.3.2 Les stations thermales dédiées à cette indication

On retrouve 5 stations thermales qui prennent en charge ce type d'affections:

- Bagnères-de-Bigorre (65)
- Divonne-les-Bains (01)
- Néris-les-Bains (03)
- Ussat-les-Bains (09)
- Et Saujon (17) qui est la station avec laquelle nous avons collaboré pour cette étude.

Cette station a ouvert ses portes il y a plus de 160 ans sous la direction du Dr Louis DUBOIS et c'est aujourd'hui l'une des stations thermales de référence dans les pathologies à orientation psychosomatique (25).

2.4.3.3 Le mode d'action de la cure dans ces pathologies psychosomatiques

a. Effets biologiques

La cure thermique à orientation psychosomatique nécessite la réalisation de 72 soins pendant 18 jours (20).

4 soins essentiels ont été identifiés par un consensus d'experts :

- Les bains bouillonnants en immersion complète. Ces soins sont pratiqués à une pression élevée, à 38 degrés durant 10 à 20 minutes pour une relaxation optimale.
- Les douches thermales sont orientées sur les régions abdominale, plexus solaire et cervico dorsal. Normalement, le jet doit être à une pression de 3 à 4 bars mais peut être diminué pour les patients plus sensibles.
- Les bains en piscine collective d'une durée de 10 minutes. Ces soins favorisent la communication.

- Et les massages réalisés par un masseur-kinésithérapeutes diplômé d'état d'une durée de 10 à 20 minutes sous affusion d'eau minérales chaude à faible pression.

Chaque soin est évidemment adapté à chaque patient en fonction de son vécu et de son ressenti. Pour ces pathologies, on utilisera essentiellement des eaux pauci métalliques, calciques, magnésiennes pour leur effet relaxant et de décontraction musculaire.

b. Dimension psychothérapeutique

Par la cure thermale, on cherche à offrir aux patients atteints de pathologies à orientation psychosomatique une dimension psychothérapeutique en plus de la dimension biologique (21). Tout d'abord, les soins thermaux sont accompagnés d'un suivi psychothérapeutique de soutien avec une écoute compréhensive, rassurante et anxiolytique.

De plus, on retrouve un effet de ces soins thermaux sur d'autres plans. Sur le plan psychanalytique, l'eau renvoie les patients à la vie intra-utérine et à son effet rassurant. Les soins thermaux permettent un retour à l'état antérieur infantile. Sur le plan comportemental, les soins thermaux permettent une coupure dans des boucles négatives que ressent le patient. Les patients présentant des anxiétés somatiques, des manifestations neuro-végétatives ou encore des patients fibromyalgiques ont des douleurs chroniques qui peuvent devenir obsédantes. La cure thermale vient réduire ces douleurs parfois seulement de manière partielle, mais c'est ce qui permet au patient de se rendre compte de sa capacité de guérison. L'acceptation de cette possible guérison permet de faire durer l'effet antalgique des soins après la cure. Sur le plan institutionnalisation, la cure thermale permet un effet de protection. On fait sortir le patient d'un quotidien stressant pour l'amener dans un milieu structuré et structurant, rythmé autour de soins, de changement de lieu et de modulation du temps vécu. On y trouve aussi une action socio-thérapeutique qui permet une facilitation des rapports humains entre curistes et personnels.

Tous ces facteurs apportent un bien-être au patient qui vient s'ajouter aux soins thermaux pour avoir des effets plus durables dans le temps.

Il est donc nécessaire de vérifier les bénéfices de ces cures thermales, comme pour tout autre traitement, par son service médical rendu.

2.5 LE SERVICE MEDICAL RENDU : FAITS ET PREUVES D'UNE CURE THERMALE SUR LES PATHOLOGIES PSYCHOSOMATIQUES

Le thermalisme étant considéré comme un traitement médical, il doit faire la preuve des bénéfices cliniques apportés aux patients (26). Cependant, les essais cliniques effectués avec des thérapeutiques non médicamenteuses présentent toujours des difficultés méthodologiques car aucun placebo ne peut les simuler (21).

2.5.1 EFFICACITE DU THERMALISME SUR LES PATHOLOGIES A ORIENTATION PSYCHOSOMATIQUE

Cela fait plus de deux cents ans que l'Académie Nationale de Médecine se prononce quant à l'intérêt des cures thermales en tant que traitement.

Une évaluation des bénéfices apportés par les différents essais thérapeutiques publiés est faite régulièrement par la commission « Thermalisme et eaux minérales ». Cette commission a pour mission d'établir des critères scientifiques que les études cliniques doivent respecter.

L'Association française pour la recherche thermique (AFRETh) mène des études permettant d'évaluer les bénéfices de la médecine thermique (son service médical rendu). Le conseil scientifique de l'AFRETh est constitué de douze professeurs de médecine indépendants et sans lien d'intérêt avec les établissements thermaux.

Nous ne nous intéressons ici qu'aux études prouvant l'efficacité des cures thermales sur les pathologies à orientation psychosomatique. Nous pouvons alors citer une étude de 1997 (27) ayant été menée dans la cure de Divonne-les-Bains. Cette étude a permis de mettre en évidence une diminution significative de consommation de médicaments pour les patients atteints d'un syndrome dépressif caractérisé ayant bénéficié d'une cure thermique en comparaison avec des patients en attente de cure.

Plus récemment, nous pouvons citer l'étude STOP-TAG(28) qui a démontré le service médical rendu de la cure thermique dans les troubles anxieux généralisés. Cette étude a établi une comparaison entre des patients atteints de trouble anxieux généralisé bénéficiant de soins en cure thermique à des patients atteints de TAG traités avec de la Paroxétine (Deroxat). Il en ressort une

amélioration significative de l'état des patients en cure thermale par rapport aux patients sous Paroxétine. L'étude prouve aussi l'efficacité durable de la cure avec une amélioration clinique de ces patients six mois après la cure. L'efficacité de la cure est significativement plus marquée si l'anxiété est sévère et si elle est associée à une réaction dépressive. Cette étude a aussi pu révéler que les patients ayant un état dépressif modéré présentaient une amélioration significative à 8 semaines de cure thermale par comparaison aux patients sous traitement médicamenteux.

Ces constatations ont conduit à mettre à profit la cure thermale pour délivrer aux patients, désireux de se sevrer des benzodiazépines, une intervention éducative destinée à arrêter ou réduire significativement la consommation de ce type de médicaments, particulièrement développée en France.

Ainsi, l'étude SPECTh (29) a été réalisée en cherchant à allier cure thermale et thérapie cognitivo-comportementale.

Cette étude a permis de mettre en évidence qu'au 3^{ème} comme au 6^{ème} mois, 43% des patients avaient cessé toute consommation de benzodiazépines. Au 6^{ème} mois, 80% des patients avaient complètement cessé ou réduit au moins de moitié leur consommation ; chez seulement 17% des patients aucun effet ne fut observé.

Une étude en Autriche en 2010 (30), moins significative, a cherché à démontrer l'efficacité des cures thermales dans les syndromes d'épuisement professionnel. Il est observé une amélioration significative des symptômes de fatigue générale, détresse psychique, motivation au travail et qualité du sommeil en fin de cure, à 1 mois et à 3 mois de la cure thermale.

Pour prouver l'efficacité des cures thermales dans les pathologies psychosomatiques, de nombreuses études sur des patients atteints de fibromyalgies ont été effectuées. Par exemple, une méta-analyse (31) orientée sur la douleur ressentie dans la fibromyalgie et sur la dépression associée, montre une amélioration des paramètres considérés avec un effet rémanent d'une durée de 16 à 24 semaines.

2.5.2 UTILITE DU THERMALISME

L'utilité d'un traitement médical s'évalue aussi en appréciant son apport en efficacité, c'est-à-dire l'apport en puissance d'action comparativement aux autres stratégies dans les mêmes indications déjà présentes sur le marché.

L'utilité d'un traitement concerne aussi l'apport économique de ce dernier ainsi que le bénéfice évalué sur la qualité de vie des patients.

Pour évaluer cet apport en qualité de vie, une enquête d'opinion des patients a été menée sur quelques thérapeutiques courantes en rhumatologie. Il en ressort une préférence thérapeutique pour le thermalisme comparativement aux autres traitements médicaux dans 80% des cas (32).

2.5.3 RISQUES DES CURES THERMALES

Aucun risque n'a réellement été imputé aux cures thermales dans les différentes études réalisées. Cependant, les cures thermales sont majoritairement fréquentées par une population âgée (plus de 65 ans) et le plus souvent par des curistes seuls. Il n'est donc pas rare de retrouver chez les curistes des pathologies « liées au voyage » comme une augmentation du nombre de traumatismes, du nombre d'épisodes infectieux ou encore des troubles vasculaires.

De plus, il a été recensé dans une étude réalisée à Aix-les-Bains, des effets indésirables relatifs au domaine neuro-végétatif (33). Chez 5,74% des patients, il a été observé des troubles appartenant à ce qu'il est convenu d'appeler une « crise thermique ». Les patients pouvaient ressentir des symptômes bénins tels que de l'angoisse, des céphalées, de la nervosité... Certains pouvaient même ressentir une réactivation de leur pathologie initiale.

Ces troubles sont le plus souvent retrouvés en début de cure ou bien à la fin de la deuxième semaine de traitement.

2.5.4 SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)

Grâce à l'étude STOP-TAG, qui est une étude clinique de bon niveau méthodologique, une preuve solide de l'efficacité du thermalisme sur les TAG a pu être apportée (20).

Les autres études apportent des présomptions d'efficacité dans la dépression et la fibromyalgie.

Pour le syndrome d'épuisement professionnel ou encore les troubles du sommeil, l'efficacité des cures thermales est moins étayée avec des études moins robustes mais justifiant, tout de même, un intérêt nouveau.

Le thermalisme devient donc une ressource pertinente pour des patients présentant des affections psychosomatiques. Cela permet la prescription de cure thermale en première intention dans le traitement de ces pathologies ou encore comme alternative ou complément thérapeutique en cas d'insuffisance ou d'échec des traitements pharmacologiques et ou psychothérapeutiques.

Dès lors que le SMR est démontré, il est pertinent de chercher à identifier chez des patients faisant une cure thermale de 3 semaines, les mécanismes mis en jeu dans l'amélioration de leurs symptômes. De même, il paraît intéressant de chercher un lien entre une augmentation de la fluidité de conscience d'un point de vu phénoménologique et un lâcher-prise avec amélioration des symptômes psychosomatiques.

Avant d'aborder notre étude préliminaire, il nous a paru important de connaître les pratiques actuelles en médecine générale dans le cadre des pathologies psychosomatiques et ainsi rechercher si la cure thermale fait partie des thérapies envisagées dans le traitement de ce type de pathologies.

3 LIEN AVEC LA MEDECINE GENERALE

3.1 PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES PATHOLOGIES A ORIENTATION PSYCHOSOMATIQUE

3.1.1 LES TRAITEMENTS HABITUELS

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge, dans les cabinets de médecine générale, des pathologies à orientation psychosomatique décrites dans notre étude.

a. Le trouble anxieux généralisé (TAG)

D'après l'HAS (34), les recommandations de prise en charge des TAG sont, en première intention, les thérapies non médicamenteuses.

Parmi ces thérapies, nous retrouvons les psychothérapies structurées telle que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la psychothérapie d'inspiration analytique ou psychanalyse ainsi que la gestion de l'anxiété par soi-même et par bibliothérapie.

Dans un deuxième temps, et si échec des thérapies non médicamenteuses, les traitements médicamenteux sont recommandés. La Paroxétine, l'Escitalopram, la Venlafaxine, la Buspirone, la Prégabaline, sont des antidépresseurs qui ont obtenu l'AMM dans l'indication de TAG. Les traitements anxiolytiques type Benzodiazépine ne doivent pas être prescrits pour de longues durées mais peuvent être une alternative en phase aiguë.

Cependant, d'après une thèse de 2017 portant sur la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois (35), il apparaît que 37,3% des médecins prescrivent des benzodiazépines en première intention et 26,6% d'entre eux prescrivent d'autres anxiolytiques. Les antidépresseurs n'arrivent qu'en troisième position avec 22,6% des prescriptions.

b. Le syndrome dépressif caractérisé (SDC)

Les recommandations de traitement d'un syndrome dépressif caractérisé par l'HAS sont, en première intention, les psychothérapies mais aussi les antidépresseurs (37).

Le traitement dépendra du patient, de l'intensité de la dépression ainsi que d'autres critères. Une relation médecin-patient est primordiale pour une bonne prise en charge. Celle-ci doit être maintenue par des consultations régulières et rapprochées.

Les différentes psychothérapies utilisées sont :

- la psychothérapie de soutien
- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique
- les thérapies systémiques.

Concernant les antidépresseurs, il n'y a pas de différence de recommandation entre les cinq classes. Cela dépendra de la tolérance du patient au traitement.

Comme pour le TAG, les anxiolytiques type benzodiazépines ne sont pas à prendre au long cours mais peuvent être utilisés à court terme en début de traitement en attendant les effets de l'antidépresseur (6 à 12 semaines).

De plus, d'après les dernières études (38),(39) réalisées sur le suivi du SDC par les médecins généralistes, la prescription des antidépresseurs est bien utilisée selon les recommandations. Demeure en revanche un manque d'informations concernant les prises en charge psychothérapeutiques.

Cependant, d'après une revue de la littérature de 2012 (36), sur les différentes études comparant l'efficacité des antidépresseurs face à un placebo seul, il n'a pas été retrouvé de différence significative chez les patients atteints de syndrome dépressif léger à modéré. Les antidépresseurs n'ont, peut-être donc, pas de place dans le traitement de fond des syndromes dépressifs caractérisés mineurs en première intention.

c. Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out*

Le syndrome d'épuisement professionnel (40) n'est pas une maladie caractérisée. Il peut se manifester de diverses manières et sur différents plans :

- Émotionnel : par de l'anxiété ou une atteinte de l'humeur de la personne
- Cognitif : avec des troubles de la mémoire ou de l'attention
- Comportemental : par un repli sur soi, un isolement ou au contraire des comportements agressifs, violents
- Physiques : mais de façon non spécifique (asthénie, troubles du sommeil...)

Le traitement dépendra donc des symptômes du patient et la prise en charge primordiale sera une relation de confiance médecin-patient. La première recommandation de l'HAS est l'arrêt de travail pour engendrer une coupure et avoir le temps de mettre en place les aides nécessaires. La prise en charge peut donc comporter un traitement non médicamenteux comme des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles, ainsi que des traitements médicamenteux comme des antidépresseurs si une anxiété ou des troubles de l'humeur sont retrouvés.

Cependant, d'après une thèse de 2016 recherchant les limites de la prise en charge en médecine générale des souffrances psychiques professionnelles (41), les médecins généralistes emploient facilement le terme *burn-out* comme « fourre-tout » de toutes les revendications professionnelles. Il ressort de cette étude, un manque de formation des médecins sur le sujet. En effet, il s'agit d'une pathologie nouvelle pour laquelle de réelles recommandations n'ont pas encore été proposées.

L'arrêt de travail est bien appliqué par les médecins généralistes. Cependant, ces derniers ne semblent pas convaincus par la pérennité de cette solution qui n'a souvent pas de finalité et qui augmente le risque de désinsertion professionnelle.

d. Les troubles du sommeil

Les recommandations (42) concernant la prise en charge des troubles du sommeil et en particulier de l'insomnie, mettent en avant les règles d'hygiène de vie. L'HAS préconise de limiter au maximum l'utilisation de somnifères aux « troubles sévères du sommeil dans les insomnies occasionnelles ou transitoires ».

Pour rappel, l'AMM d'un somnifère a une durée de prescription maximum de 4 semaines.

D'après une thèse de 2017 (43) sur les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'insomnie chronique, il apparaît que la majorité des médecins généralistes utilisent les règles hygiéno-diététiques en première intention ainsi que la phytothérapie. Les somnifères ne sont prescrits qu'en seconde intention. Cependant, les médecins avouent prescrire plus facilement des hypnotiques si la plainte du patient intervient en fin de consultation ou si la consultation est dédiée à l'insomnie.

e. Les douleurs d'origine psychosomatique (type fibromyalgie)

Le syndrome fibromyalgique est un ensemble de symptômes dont le principal est une douleur chronique (44). Il n'y a pas de cause connue à ce syndrome ce qui a pour conséquence un retard de diagnostic et donc de prise en charge.

A ce jour, il n'existe pas de recommandations ni de traitement spécifique pour ce type de pathologie. Le traitement est purement symptomatique. Le rôle du médecin traitant est donc primordial pour évaluer les souffrances psychiques et physiques de ses patients régulièrement.

Une thèse de 2017 (45) soutenue à Bordeaux, a tenté de démontrer si une uniformisation des pratiques de prise en charge de la fibromyalgie par les médecins généralistes était possible. Elle met en évidence la nécessité du médecin à s'appuyer sur ses propres connaissances et donc à poursuivre un développement professionnel continu (recherches internet, recherches documentaires...).

D'après cette étude, les axes principaux des prises en charge étaient l'écoute, la reconnaissance de la pathologie et la bonne relation médecin-patient ainsi qu'une stratégie multidisciplinaire comprenant des médecines dites complémentaires (kinésithérapie en majorité).

3.1.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Après avoir analysé les différentes recommandations de l'HAS des pathologies psychosomatiques et anxio-dépressive et les prises en charge réelles des médecins généralistes, il en ressort que les médecins sont en grande difficulté face à ces affections. Les traitements non médicamenteux sont majoritairement les premières recommandations de l'HAS et pourtant souvent difficilement applicables en cabinet de médecine de ville.

Les patients manifestent, à ce sujet, une forte demande et il est difficile de conclure une consultation sans prescription médicamenteuse quand ceux-ci se sentent en grande souffrance. De plus, toutes ces affections ne bénéficient pas de recommandations très rigoureuses et les médecins se retrouvent alors souvent sans aide face à des patients en détresse. Les consultations se multiplient et les médicaments se surajoutent facilement sans réévaluation régulière.

Parmi les différentes thèses de médecine analysées pour ce travail, aucune ne présente la cure thermale dans les traitements envisageables et les médecins interviewés n'y font pas non plus allusion.

Nous nous sommes donc intéressés aux connaissances des médecins généralistes sur la prescription et les indications des cures thermales.

3.2 PRESCRIPTION DES CURES THERMALES PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Les syndicats de médecins thermaux pensent que les médecins généralistes sont majoritairement indifférents à la médecine thermale (80%), en raison d'une absence de formation sur le thermalisme au cours des études médicales (17).

Cependant, le médecin généraliste est quand même le principal prescripteur de cure thermale, devant les médecins spécialistes (80% vs 20%).

D'après une étude de 2017 (46), évaluant les attentes et représentations des médecins généralistes sur les bénéfices attendus d'une cure thermale et une étude de 2018 (47), interrogeant les médecins généralistes en région Midi-Pyrénées sur leurs pratiques de prescription

des cures thermales, les attentes et les représentations ainsi que les prescriptions seraient corrélées à l'enseignement reçu au cours des études de médecine.

Les principales prescriptions de cures thermales sont majoritairement faites pour les indications rhumatismales et les pathologies des voies respiratoires. Dans la plupart des cas, ces prescriptions découlent de la demande du patient.

Les médecins ayant étudié le thermalisme dans des facultés ou au cours d'une formation dédiée, comme à Clermont-Ferrand, Grenoble, Montpellier ou Toulouse, sont plus enclins à prescrire des cures thermales.

De plus, les médecins généralistes pensent, à tort comme nous l'avons vu plus haut, que le coût du thermalisme représente entre 4 et 6 % des dépenses de santé et sont alors plus réticents à en faire la prescription.

Cependant, d'après ces mêmes recherches, le principal frein à la prescription par les médecins serait le manque d'accès aux études. Les médecins généralistes émettant l'idée qu'il y a une faible validité des études scientifiques, alors qu'il existe, comme nous l'avons exposé, de nombreuses études prouvant l'efficacité de ces cures.

Il y a donc un manque de formation et une mauvaise diffusion de l'information au sujet des cures thermales. Depuis la création de l'AFRETh, de nombreuses études sont réalisées permettant une augmentation de l'information sur les cures thermales.

Notre étude est réalisée dans ce but, comprendre les mécanismes mis en place dans l'amélioration clinique des patients atteints de pathologies psychosomatiques mais aussi développer les informations sur les bienfaits des cures thermales pour permettre l'augmentation de leur prescription en cabinets de ville.

4 LETGOTHERM : ÉTUDE PRELIMINAIRE

L'étude LetgoTherm cherche à évaluer l'effet d'une cure thermale sur la corrélation entre le lâcher-prise et l'amélioration constatée cliniquement, chez des patients présentant une ou plusieurs affections psychosomatiques à l'inclusion en début de cure thermale. En effet, l'une des hypothèses fortes de l'effet de la cure thermale dans ces pathologies est que le lâcher-prise est à la fois le témoin et la cause de l'amélioration symptomatique. Nous avons pu faire le lien entre le lâcher-prise et la fluidité de conscience, et c'est le questionnaire EQFC qui servira de référence pour évaluer cette modification psychique.

Cette étude devait initialement évaluer l'effet de la cure à l'issue de celle-ci puis à 2 mois et à 4 mois chez 170 patients présentant une ou plusieurs affections psychosomatiques. Cependant, en raison de la crise sanitaire actuelle, le nombre de patients initialement prévu n'a pu être obtenu et le suivi à 2 mois et à 4 mois n'a pu être effectué.

Puisque seulement 65 patients ont pu être inclus à ce jour dans l'étude, nous l'utiliserons donc comme étude préliminaire pour valider notre protocole de recherche.

4.1 OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES

L'objectif principal de cette partie préliminaire de l'étude LetGoTherm est d'évaluer sur une période de 3 semaines de cure (entre J1 et J18) l'apparition d'un lâcher-prise en lien avec l'augmentation de la fluidité de conscience évaluée par un questionnaire validé.

Le critère de jugement principal est le score à l'auto-questionnaire d'évaluation de la fluidité de conscience (EQFC).

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Évaluer si les résultats mesurés sur la fluidité de conscience par le questionnaire EQFC sont corrélés avec les résultats des autres échelles utilisées.

- Examiner la pertinence d'une échelle psychosomatique (dite échelle psychosomatique de Saujon) mise au point dans le cadre du protocole.
- Évaluer si les résultats de chacune des dimensions mesurées par le questionnaire EQFC sont corrélés aux résultats des différentes échelles utilisées.

Les critères de jugement utilisés comme facteurs prédictifs sont:

- Échelle psychosomatique de Saujon
- Échelle HAD (anxiété et dépression)
- Échelle ISI pour l'insomnie
- La mini-échelle de lâcher-prise clinique de Saujon. Cette mini-échelle est employée au sein de l'établissement thermal de manière quotidienne pour le suivi de la cure.

4.2 MATERIEL ET METHODE

4.2.1 POPULATION D'ETUDE

L'étude LetGoTherm est une étude exploratoire prospective, se déroulant sur 8 mois. Elle sera proposée à tous les patients séjournant en cure thermale à Saujon avec un suivi à 4 mois postcure. L'inclusion des patients sera arrêtée lorsque les données de 170 patients seront obtenues permettant une puissance statistique suffisante. Cette étude a été validée par le comité de protection des personnes, numéro CPP 21.02.08. L'établissement des Thermes de Saujon en est le promoteur. C'est une étude de type RIPH3.

L'étude préliminaire actuelle que nous présentons s'est déroulée sur 18 jours et a été proposée à tous les patients séjournant en cure thermale à Saujon à partir du 18 octobre 2021. Elle comprend 65 patients, sans données sur les effets à 2 mois et 4 mois.

Chaque patient devant effectuer une cure thermale à Saujon durant la période de l'étude a reçu une lettre informative sur l'existence de l'étude en amont comportant une note d'information patient, le questionnaire HAD et le questionnaire ISI.

Critères d'inclusion :

Pour être inclus dans cette étude, le (la) patient(e) doit :

- Être âgé(e) de plus de 18 ans
- Être capable d'utiliser un téléphone
- Présenter des symptômes cliniques signifiant un état de souffrance à au moins l'une des échelles remplies au moment de l'inclusion :
 - o HAD \geq 8
 - o ISI \geq 8
- Être affilié(e) ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale

Critères de non inclusion :

Le (la) patient(e) n'a pas été inclus(e) dans l'étude s'il (si elle) :

- A réalisé une cure thermale les 6 derniers mois
- A eu la mise en place d'un nouveau traitement anxiolytique ou neuroleptique dans les 3 dernières semaines
- Présente un trouble psychiatrique actuel sévère (trouble de l'humeur, trouble anxieux, psychose, dépendance interférant avec le sommeil nocturne) au jugement des enquêteurs
- Présente des troubles neurologiques actuels sévères (maladie neurodégénératives, accident vasculaire cérébral, épilepsie) au jugement des enquêteurs
- Présente des maladies cardiovasculaires ou respiratoires instables
- Est une femme enceinte (3^{ème} trimestre) ou allaitante
- Refuse de participer à l'étude
- Est sous mesure de protection juridique ou de sauvegarde de justice

4.2.2 DEROULEMENT DE L'ETUDE

Durant leur séjour, les curistes inclus dans l'étude préliminaire ont été amenés à remplir les 5 auto-questionnaires (EQFC, échelle psychosomatique de Saujon, HAD, ISI et Mini échelle de Saujon) du protocole à :

- J1 soit au début de la cure
- J18 (+/- 1 jour) soit à la fin de la cure

Ils ont été également amenés à remplir le questionnaire EQFC à J5 (fin de la première semaine) et à J12 (fin de la 2^{ème} semaine) mais pour cette étude préliminaire nous n'interpréterons pas ces résultats.

De plus, les patient(e)s ont rempli la Mini-échelle de Saujon tous les matins à l'issue de chacun des soins de balnéothérapie pendant les 18 jours. Ces données sont du soin courant et sont non spécifiques à notre recherche.

Lors de la première consultation avec un médecin investigateur (J1 de la cure thermale), celui-ci a présenté l'étude au patient et s'est assuré de son consentement oral et écrit éclairé. Cette non-opposition du patient a été notifiée par le médecin investigateur dans son dossier médical.

Le médecin thermal a également recueilli l'indication psychosomatique du patient (trouble anxieux généralisé, trouble dépressif caractérisé, sevrage des benzodiazépines, état de burnout, troubles du sommeil, fibromyalgie ou autres), ses principales comorbidités et ses traitements psychotropes.

Le remplissage des auto-questionnaires à J1 et à J18 a été réalisé en présence d'un professionnel de l'école thermale du stress de Saujon, permettant de répondre aux questions du (de la) patient(e) concernant les différents items.

Pour cette étude, il n'y a pas de population témoin dans la mesure où les patients sont leurs propres témoins.

4.2.3 LES ECHELLES DE RECUEIL DE DONNEES (CF. ANNEXES)

Le questionnaire d'évaluation qualitative de la fluidité de conscience (EQFC):

Ce questionnaire a été construit pour évaluer la fluidité de conscience. C'est un auto-questionnaire constitué de 17 items (2).

L'échelle EQFC explore 4 dimensions

- La disponibilité à soi et à son environnement (items 6, 7, 9 et 17)

- Le lâcher-prise (items 2, 3, 8 et 10)
- La relative passivité face au monde (items 1, 5, 15, 16)
- L'acceptation du changement (items 4, 11, 12, 13, 14)

Le score total s'obtient en additionnant le score de chaque item sur une échelle de Likert. Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse « vrai » est cotée 5, plutôt vrai = 4, pas de changement = 3, plutôt faux = 2 et faux = 1. Pour les lignes indiquées par 0 (fluidité faible), la réponse « vrai » est cotée 1, plutôt vrai = 2, pas de changement = 3, plutôt faux = 4 et faux = 5.

Ce questionnaire permet d'identifier avec le patient sa fluidité de conscience. Cette échelle est validée en français.

Échelle psychosomatique de Saujon :

Cette échelle a été construite pour évaluer les signes fonctionnels dont le patient atteint de pathologie psychosomatique souffre et l'intégration de ces symptômes dans sa vie quotidienne. C'est un auto-questionnaire constitué de 30 items. Chaque item est évalué par le patient sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10. Le score total s'obtient en additionnant les scores de tous les items.

L'échelle psychosomatique de Saujon n'a pas été validée. Elle a été créée spécifiquement pour cette étude et pour les aspects cliniques sur lesquels cette cure thermique est censée agir. Ce questionnaire est dérivé du questionnaire utilisé par le Docteur Lo Re dans une précédente étude (5).

Échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression social) :

L'échelle d'anxiété et de dépression a été construite pour dépister les troubles anxieux et dépressifs (48). Il s'agit d'un outil de dépistage psychiatrique utile en thermalisme. Cette échelle est un auto-questionnaire constitué de 14 items. Chaque item est évalué par le patient de 0 à 3.

Pour dépister des troubles anxio-dépressifs, l'interprétation suivante peut être proposée :

- Score total < 8 : absence de symptomatologie
- Score total entre 8 et 10 : symptomatologie sub-clinique (légère)
- Score total > 10 : symptomatologie cliniquement significative devant conduire à une évaluation diagnostique psychiatrique.

Cette échelle est validée en français.

Échelle ISI (Insomnia Severity Index) :

L'échelle de sévérité de l'insomnie a été construite pour évaluer la sévérité des plaintes d'insomnie et de leurs répercussions diurnes sur les activités de la vie quotidienne (49). Cette échelle est un auto-questionnaire constitué de 7 items. Il s'agit de la mesure la plus utilisée de l'insomnie. Chaque item est évalué par le patient sur une échelle de Likert de 0 à 4.

Le score total s'obtient en additionnant les scores de chaque item :

- Un score total entre 0 et 7 indique une absence de plainte d'insomnie cliniquement significative
- Un score total entre 8 et 14 indique des plaintes d'insomnie sub-clinique (légère)
- Un score total entre 15 et 21 indique des plaintes d'insomnie cliniquement significative (modérée)
- Un score total entre 22 et 28 indique des plaintes d'insomnie sévère.

L'échelle ISI est validée en français.

La mini échelle de lâcher-prise de Saujon :

Cette échelle a été construite pour évaluer le degré de détente et de lâcher-prise quotidiens des patients au cours d'une cure thermale (5). C'est un auto-questionnaire de 4 items. Le score total est compris entre 1 et 4. La note de 3 a été fixée comme seuil à partir duquel le patient est considéré en état de lâcher-prise. Cette échelle permet d'identifier avec le patient son niveau de détente.

La mini échelle de Saujon a été validée en français.

4.2.4 ANALYSES STATISTIQUES

Les données rendues anonymes et transmises par les thermes de Saujon sous forme de dossier papier ont été saisies sur Excel. L'analyse statistique a été réalisée uniquement sur les passations J1 (entrée dans la cure) et J18 (sortie de cure).

Pour chaque échelle, les moyennes de chaque variable entre J1 et J18 ont été comparées à l'aide d'un test de Student apparié et bilatéral. Les médianes et quartiles ont été calculés afin d'effectuer des boîtes de Tukey comparant chaque échelle à J1 et J18. Les coefficients de corrélations ont été calculés entre les résultats des échelles à J1 et à J18 et la significativité statistique obtenue à partir de la table du coefficient de corrélation (cf. Annexes) au regard des degrés de liberté (n-1) pour une probabilité alpha inférieure à 0,01.

De plus, nous avons réalisé un test Chi2 pour chercher la significativité de la différence des réponses de la Mini-échelle de Saujon.

4.3 RESULTATS

4.3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 56,9 ans avec un écart-type de 9,7. La médiane est de 57,5 ans avec comme valeur minimale 31 ans et valeur maximale 76 ans (cf. figure 1).

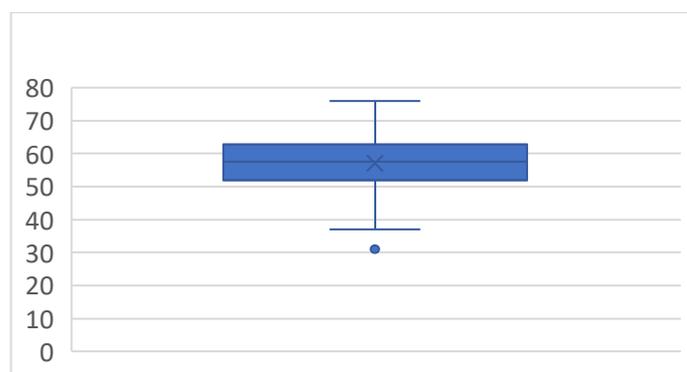


Figure 1: Boîte de Tukey de l'âge de la population
(abscisse : population, ordonnée : âge)

Caractéristiques	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Homme	8	12,31
Femme	57	87,69
Age		
> ou = 65ans	12	20
< 65ans	48	80
Pathologies primaires		
TAG	21	32,31
Trouble bipolaire	5	7,69
Trouble anxio-dépressif	27	41,54
Trouble du sommeil	3	4,62
Burn-out	3	4,62
Trouble dépressif sévère	5	7,69
Fibromyalgie	1	1,54

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

4.3.2 ÉVOLUTION DES VARIABLES ENTRE J1 ET J18 (CF. TABLEAU 2)

Questionnaire EQFC :

La moyenne du score de l'EQFC à J1 est de 50,08 avec un écart-type à 10,45 et à J18 une moyenne de 60,66 et un écart-type de 15,24.

La différence évaluée au test de Student est significative avec un $p \leq 1,17 * 10^7$.

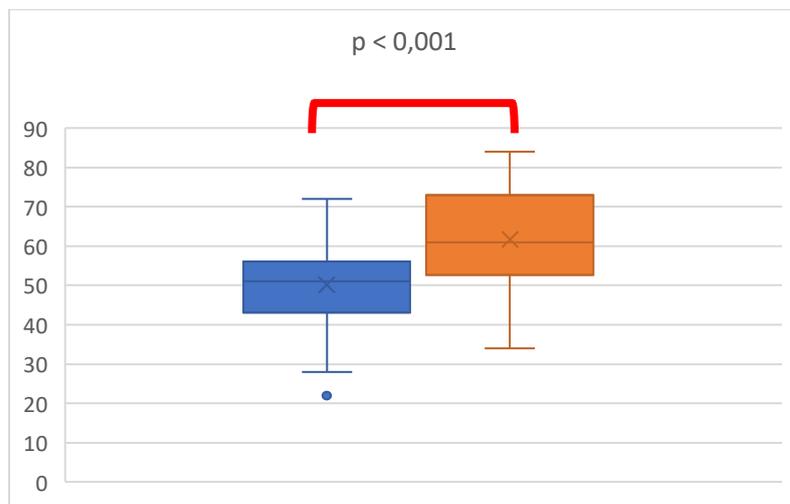


Figure 2 : Boîtes de Tukey comparant les résultats du questionnaire EQFC à J1 et à J18 (abscisse : population en bleu à J1 et en orange à J18, ordonnée : Score EQFC)

L'échelle psychosomatique de Saujon :

La moyenne du score de l'échelle psychosomatique de Saujon à J1 est de 150,46 avec un écart-type à 42,86 et à J18 une moyenne de 179,51 et un écart-type de 44,20.

La différence évaluée au test de Student est significative avec un $p \leq 1,009 * 10^7$.

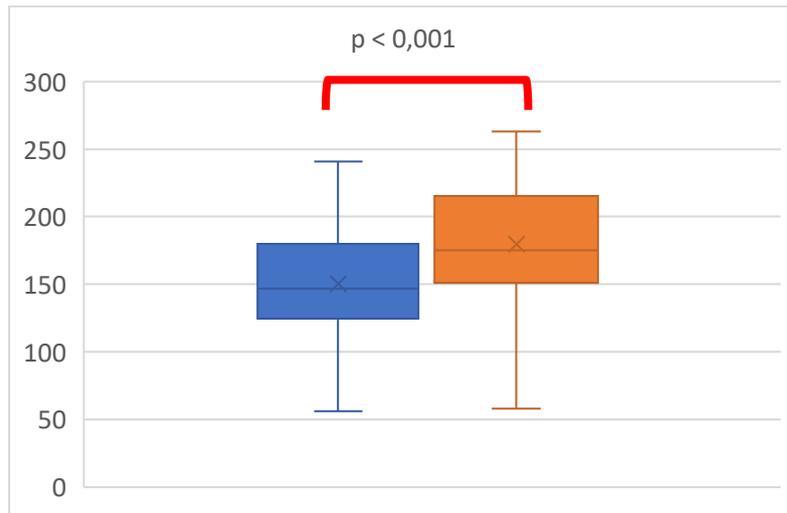


Figure 3 : Boîtes de Tukey comparant les résultats de l'échelle psychosomatique de Saujon à J1 et à J18 (abscisse : population en bleu à J1 et en orange à J18, ordonnée : score échelle psychosomatique de Saujon)

L'échelle HAD :

La moyenne du score de l'échelle HAD à J1 est de 20,89 avec un écart-type à 7,14 et à J18 une moyenne de 14,8 et un écart-type de 7,34.

La différence évaluée au test de Student est significative avec un $p \leq 1,03 * 10^{-10}$.

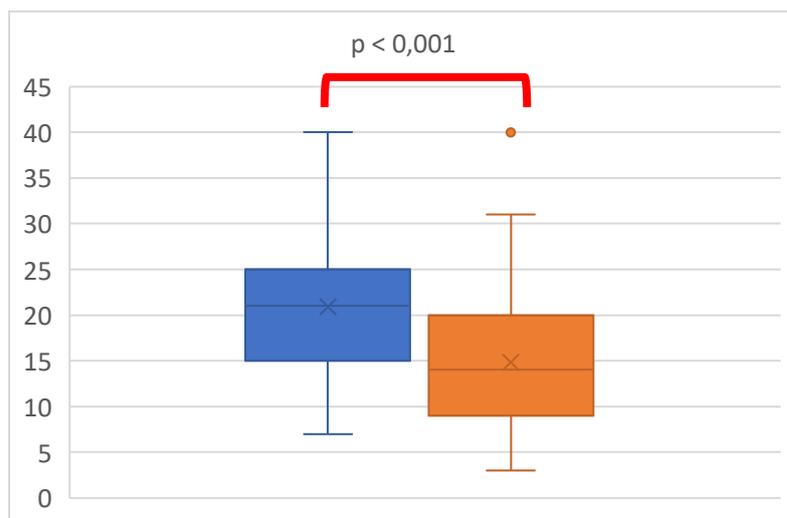


Figure 4 : Boîtes de Tukey comparant les résultats de l'échelle HAD à J1 et à J18 (abscisse : population en bleu à J1 et en orange à J18, ordonnée : score HAD)

L'échelle ISI :

La moyenne du score de l'échelle ISI à J1 est de 16,19 avec un écart-type à 6,8 et à J18 une moyenne de 13,65 et un écart-type de 7,22.

La différence évaluée au test de Student est significative avec un $p \leq 0,000236$.

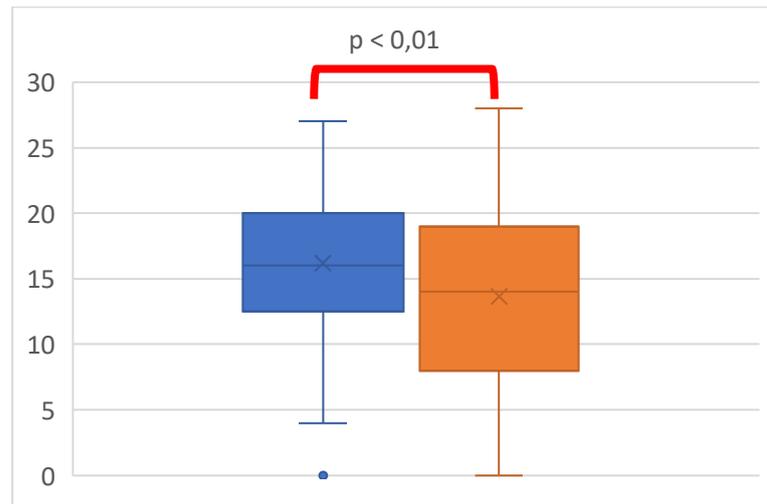


Figure 5 : Boîtes de Tukey comparant les résultats de l'échelle ISI à J1 et à J18 (abscisse : population en bleu à J1 et en orange à J18, ordonnée : score ISI)

Échelles	EQFC		Saujon		HAD		ISI	
	J1	J18	J1	J18	J1	J18	J1	J18
Moyenne	50,08	60,66	150,46	179,51	20,89	14,8	16,19	13,65
Pourcentage de variation des moyennes	+ 23,03%		+ 19,3 %		-29,17%		-15,68%	
Écart-type	10,45	15,24	42,86	44,21	7,14	7,36	6,8	7,22
Significativité statistique (Test Student bilatéral, apparié) $p < 0,01$	Significatif $p= 1,17*10^7$		Significatif $p=1,009*10^7$		Significatif $p=1,03*10^{10}$		Significatif $p=0,000236$	

Tableau 2 : variables comparatives de chaque échelle entre J1 et J18

On remarque que c'est l'échelle HAD qui présente la meilleure amélioration de ses valeurs avec un taux de variation de presque 30%.

4.3.3 STATISTIQUES DE L'ÉVOLUTION DES RESULTATS POUR CHACUN DES TESTS

Compte tenu des différences significatives trouvées pour chacun des tests, nous avons voulu rechercher si la population présentait des réponses homogènes ou hétérogènes aux tests et donc si on trouvait des sous populations de réponses pour chacun des tests.

Pour cela nous avons analysé l'évolution de la différence des scores de chacun des tests chez chaque patient entre J1 et J18 (cf. Tableau 3).

Différence J18-J1 Variables	EQFC	Échelle de Saujon	HAD	ISI
Moyenne	+ 11,63	+ 29,05	-6,09	-2,54
Médiane	+ 10,5	+ 25	-5	-1

Tableau 3 : Caractéristiques de l'évolution de chaque test

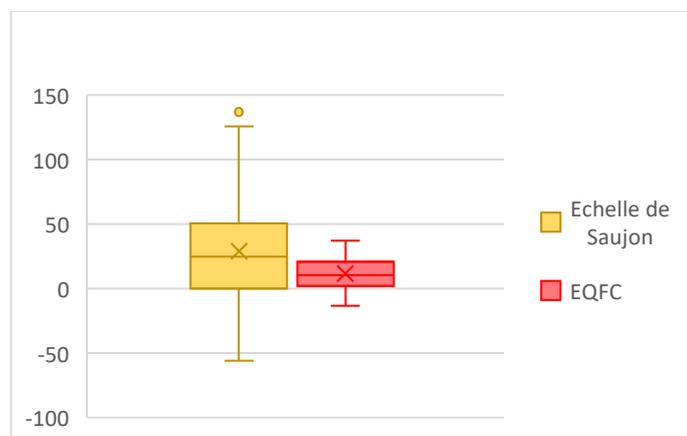


Figure 6 : Boîtes de Tukey de l'évolution moyenne des patients pour l'échelle EQFC et l'échelle psychosomatique de Saujon (abscisse : population, ordonnée : différence entre J1 et J18)

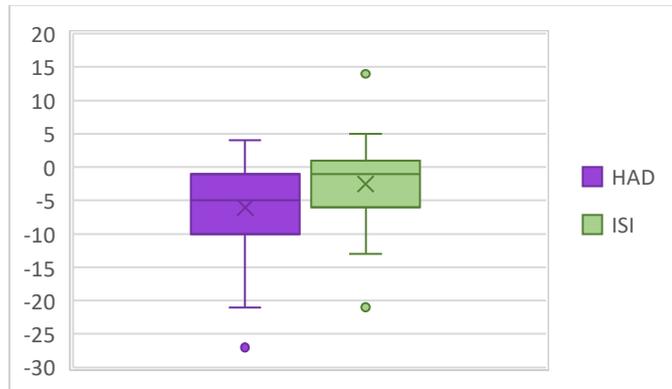


Figure 7 : Boîtes de Tukey de l'évolution moyenne des patients pour l'échelle HAD et l'échelle ISI (abscisse : population, ordonnée : différence entre J1 et J18)

La population générale a donc une évolution homogène dans chacun des tests pour les échelles de Saujon, EQFC et HAD. En revanche, il y a une petite asymétrie pour l'échelle ISI suggérant la présence d'une sous-population de non répondeurs.

4.3.4 CORRELATIONS ENTRE LES DIFFERENTES ECHELLES

Le questionnaire EQFC :

Les valeurs du questionnaire EQFC sont significativement corrélées avec les valeurs de chacune des échelles, que ce soit à J1 ou à J18.

Le coefficient de corrélation est de 0,58 à J1 avec l'échelle psychosomatique de Saujon et de 0,66 à J18 (cf. Figure 8).

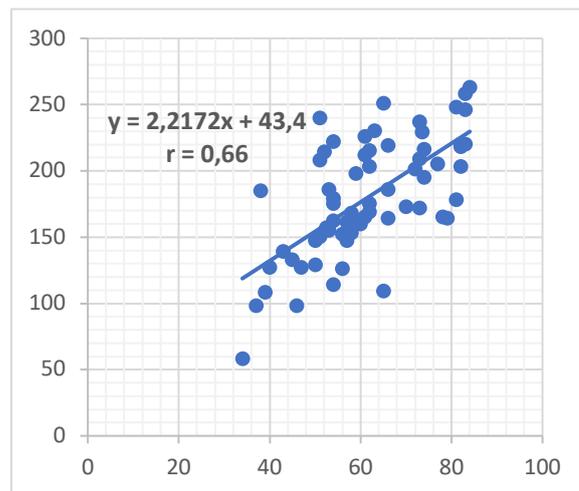
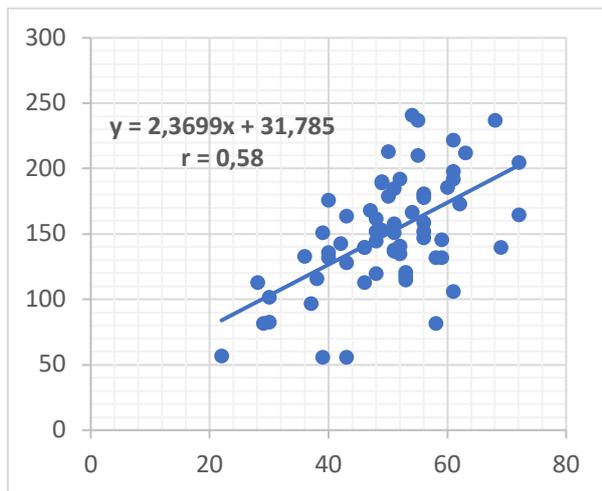


Figure 8 : Corrélation entre le questionnaire EQFC et l'échelle psychosomatique de Saujon à J1 et à J18 (abscisse : score EQFC, ordonnée : score échelle psychosomatique de Saujon)

Entre le questionnaire EQFC et l'échelle HAD, le coefficient de corrélation est de 0,62 à J1 et 0,71 à J18 (cf. Figure 9).

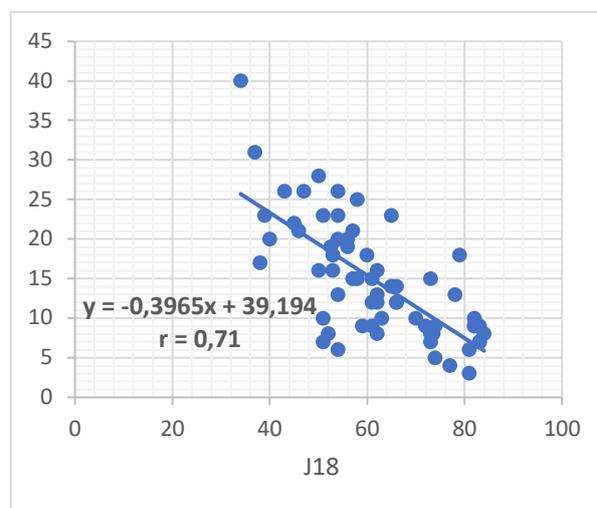
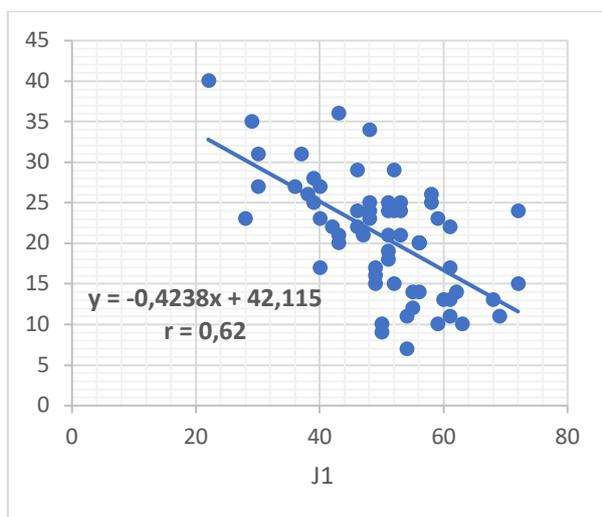


Figure 9 : Corrélation entre le questionnaire EQFC et l'échelle HAD à J1 et à J18 (abscisse : score EQFC, ordonnée : score HAD)

Enfin, le coefficient de corrélation avec l'échelle ISI est de 0,37 à J1 et 0,48 à J18 (cf. Figure 10).

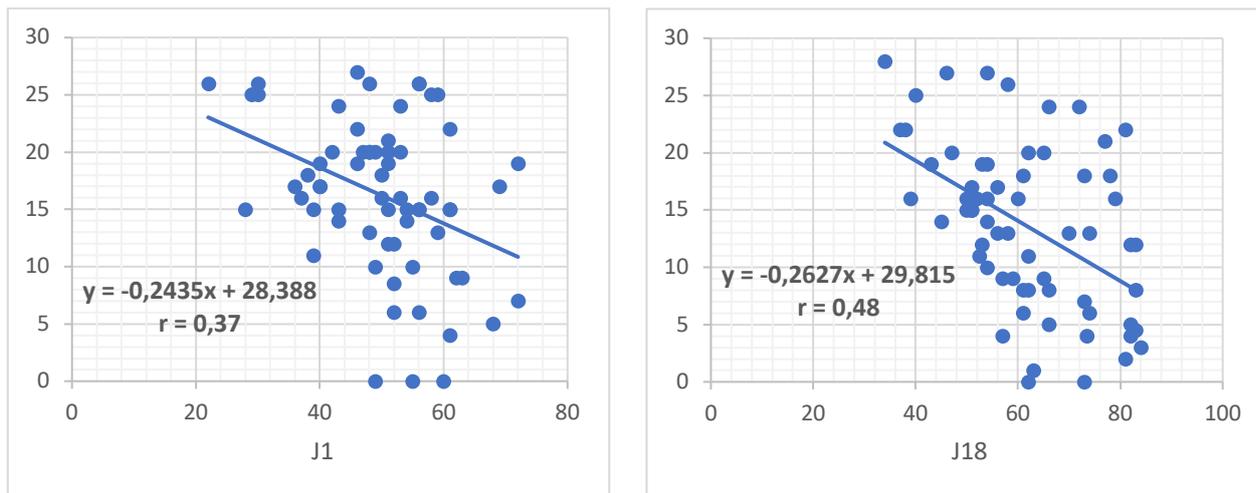


Figure 10 : Corrélation entre le questionnaire EQFC et l'échelle ISI à J1 et à J18
(abscisse : score EQFC, ordonnée : score ISI)

On note que les coefficients de corrélation entre les valeurs des différentes échelles versus les valeurs du questionnaire EQFC sont plus élevés à J18 suggérant une dispersion plus faible des valeurs à J18.

L'échelle psychosomatique de Saujon :

Pour étayer nos résultats, nous avons aussi cherché une corrélation des échelles HAD et ISI avec l'échelle psychosomatique de Saujon. Les corrélations sont statistiquement significatives.

Le coefficient de corrélation pour cette échelle avec l'échelle HAD est de 0,83 à J1 et à J18 (cf. Figure 11).

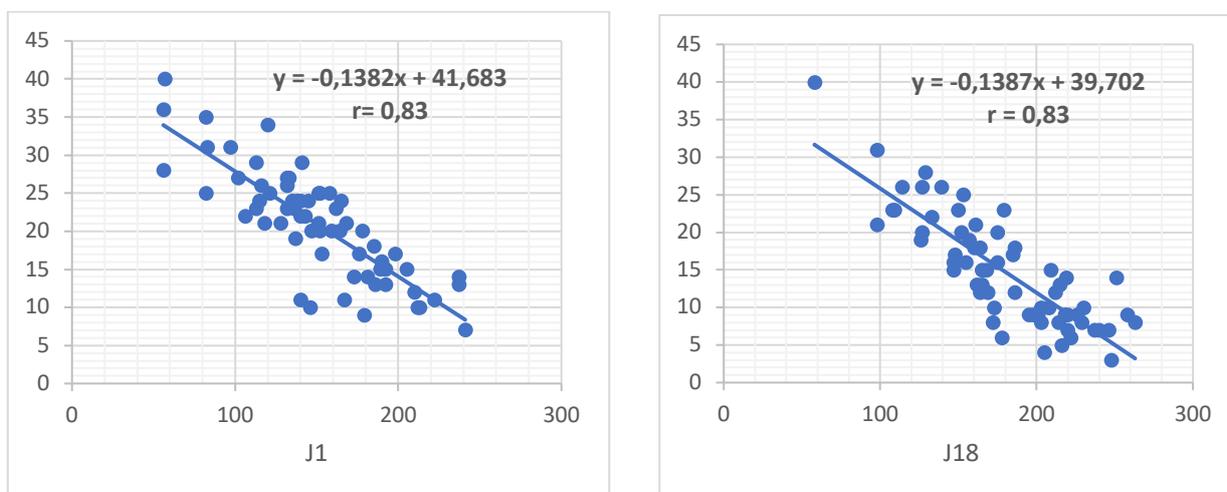


Figure 11 : Corrélation entre l'échelle psychosomatique de Saujon et l'échelle HAD à J1 et à J18
(abscisse : score échelle psychosomatique de Saujon, ordonnée : score HAD)

Entre l'échelle psychosomatique de Saujon et l'échelle ISI, le coefficient de corrélation est de 0,53 à J1 et de 0,63 à J18 (cf. Figure 12).

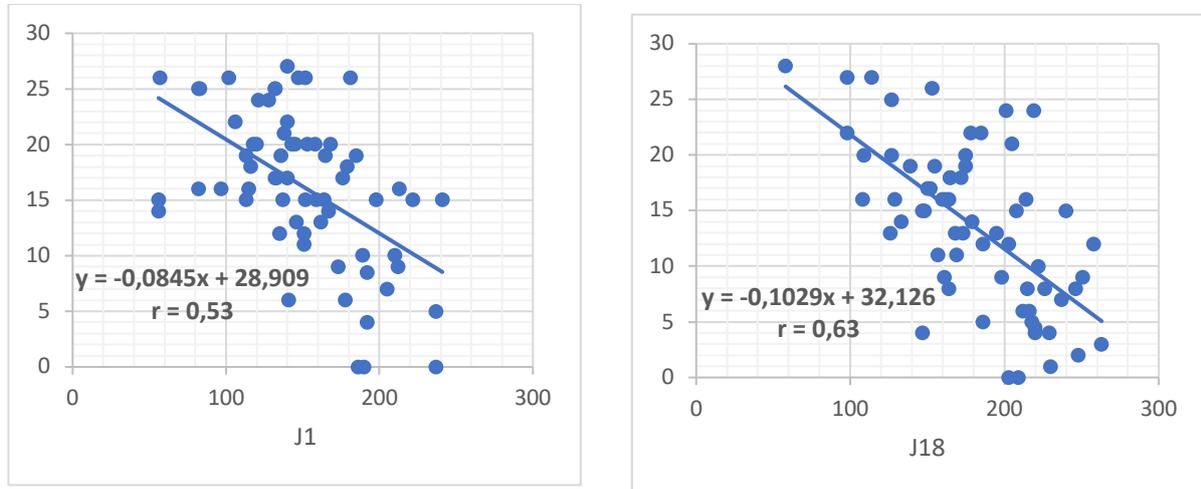


Figure 12 : corrélation entre l'échelle psychosomatique de Saujon et l'échelle ISI à J1 et à J18 (abscisse : score échelle psychosomatique de Saujon, ordonnée : score ISI)

		EQFC			Échelle d Saujon		
Échelles		Échelle de Saujon	HAD	ISI	HAD	ISI	
Variables	Coefficient de corrélation (r)	J1	0,58	0,62	0,37	0,83	0,53
	J18	0,62	0,71	0,48	0,83	0,63	
Pente	J1	2,37	-0,42	-0,24	-0,14	-0,08	
	J18	2,22	-0,39	-0,26	-0,14	-0,1	

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des corrélations des échelles EQFC et Saujon avec l'échelle HAD et l'échelle ISI.

4.3.5 ANALYSES DÉTAILLÉES CONCERNANT LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'ÉCHELLE EQFC

Pour répondre à nos objectifs secondaires, nous avons calculé les moyennes et écart-types de chacune des dimensions du questionnaire EQFC à J1 et à J18.

Cette analyse nous a permis de rechercher de façon plus spécifique une amélioration de la fluidité de conscience (cf. Tableau 5).

Puis nous avons cherché à connaître la corrélation de chacune de ces dimensions avec l'échelle psychosomatique de Saujon, l'échelle HAD et l'échelle ISI (cf. Tableau 6).

Dimension "Disponibilité à soi et à l'environnement" (D1):

La moyenne du score pour cette dimension à J1 est de 11,57 avec écart-type à 3,11. À J18, on retrouve une moyenne de 14,42 et un écart-type de 4,04.

La différence évaluée au test de Student est alors significative avec un $p \leq 2,66 * 10^9$ (cf. Figure 13).

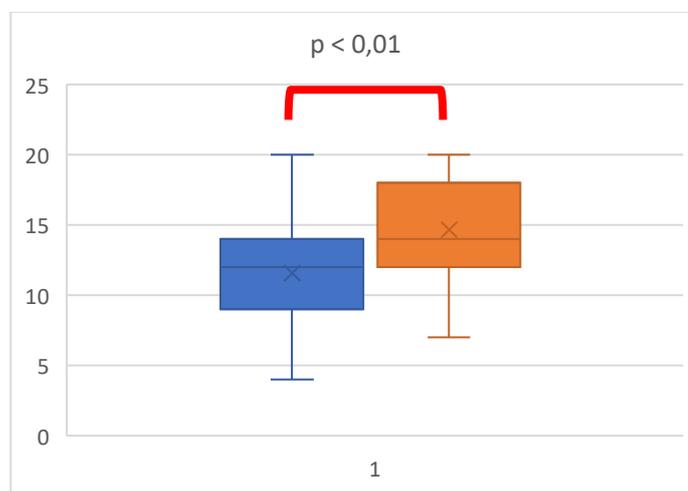


Figure 13 : Boîtes de Tukey comparant l'évolution de la dimension « Disponibilité à soi et à son environnement » à J1 et à J18
(abscisse : population, ordonnée : score D1)

Les valeurs de la disponibilité à soi et à son environnement sont significativement corrélées avec celles des différentes échelles à J1 comme à J18.

Le coefficient de corrélation est de 0,52 à J1 et de 0,62 à J18 avec l'échelle psychosomatique de Saujon (cf. Figure 14).

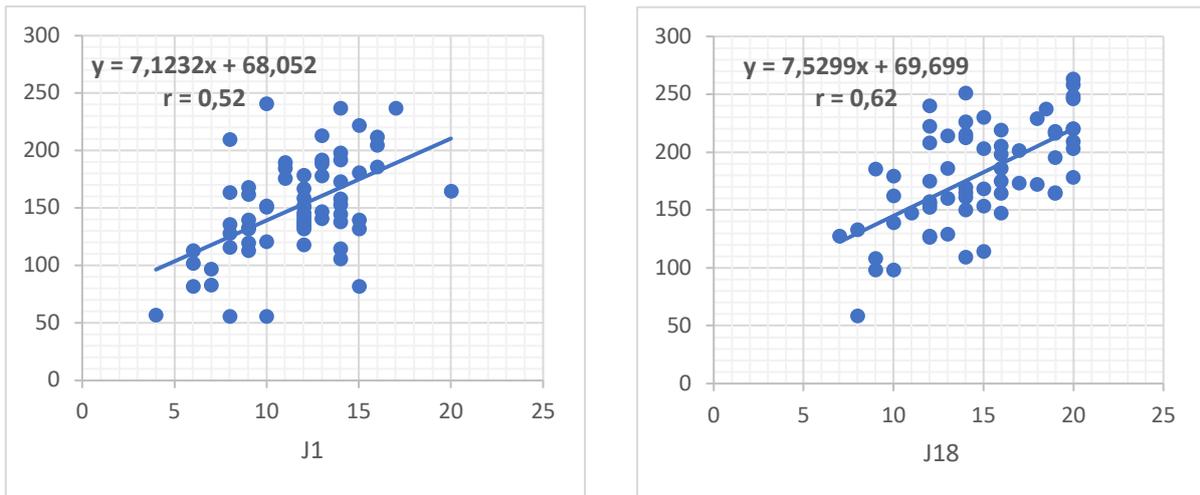


Figure 14 : Corrélation de la disponibilité à soi et à son environnement avec l'échelle psychosomatique de Saujon à J1 et à J18
(abscisse : score D1, ordonnée : score échelle psychosomatique de Saujon)

Avec l'échelle HAD, le coefficient de corrélation à J1 est à 0,52 et à J18 à 0,65 (cf. Figure 15).

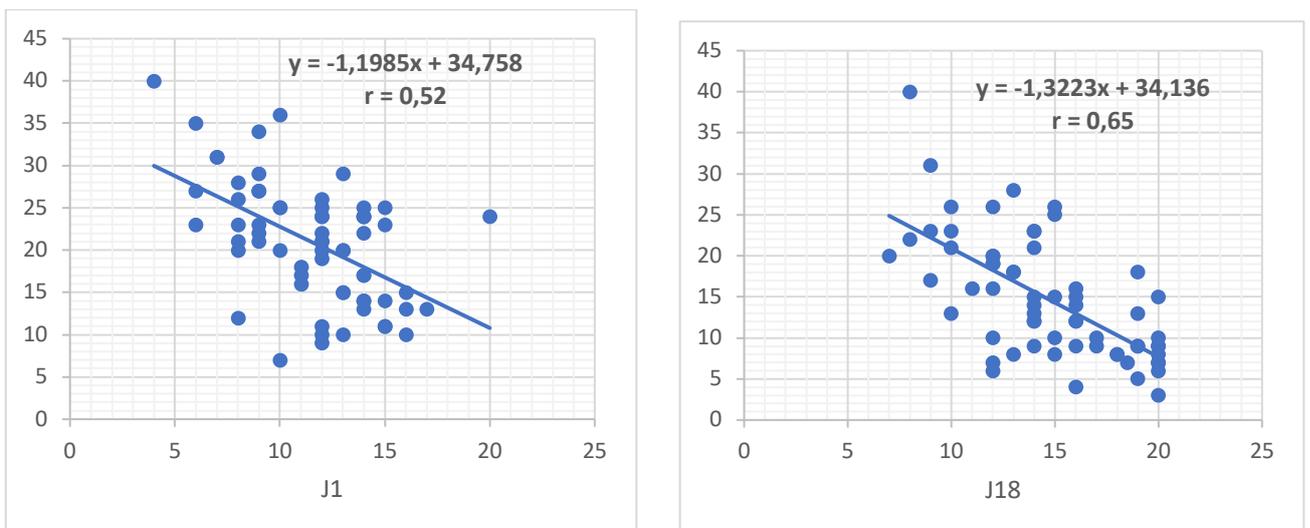


Figure 15 : Corrélation de la disponibilité à soi et à son environnement avec l'échelle HAD à J1 et à J18
(abscisse : score D1, ordonnée : score HAD)

Enfin, on trouve aussi un coefficient de corrélation significatif avec l'échelle ISI à J1 de 0,33 et à J18 de 0,48 (cf. Figure 16).

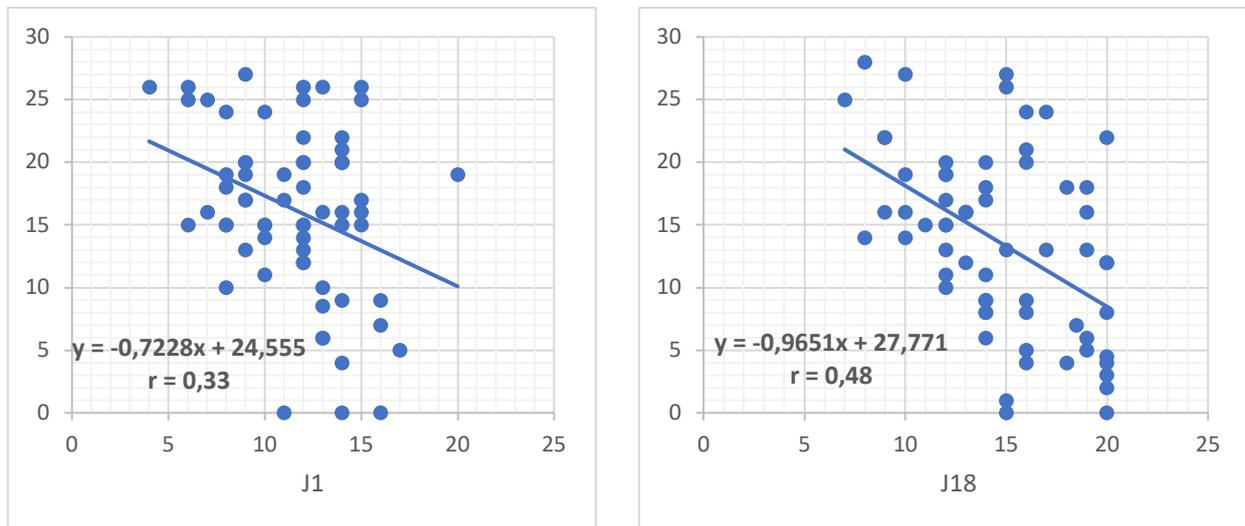


Figure 16 : Corrélation de la disponibilité à soi et à son environnement avec l'échelle ISI à J1 et à J18 (abscisse : score D1, ordonnée : score ISI)

Dimension "Lâcher-prise" (D2):

Pour cette dimension, on retrouve une moyenne des résultats à J1 à 11,48 avec un écart-type de 2,8 et à J18 à 13,91 avec un écart-type de 3,64.

La différence évaluée au test de Student est alors significative avec un $p \leq 1,08 * 10^9$ (cf. Figure 17).

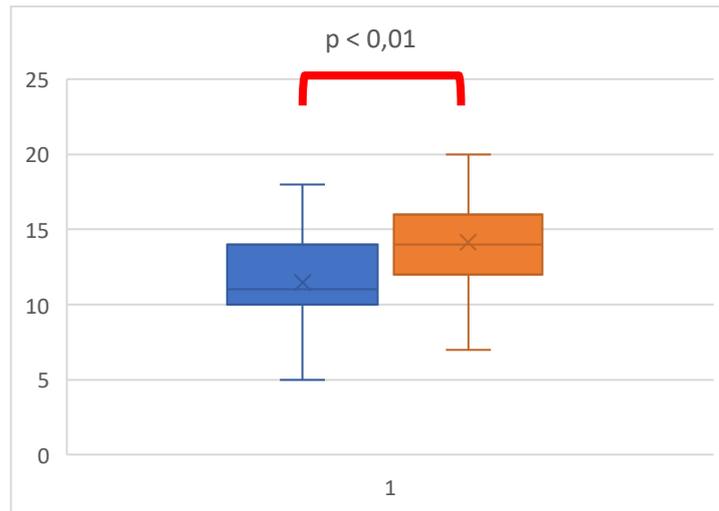


Figure 17: Boîtes de Tukey montrant l'évolution de la dimension « Lâcher-prise » à J1 et à J18 (abscisse : population, ordonnée : score D2)

Les valeurs du lâcher-prise sont significativement corrélées à J1 avec l'échelle psychosomatique de Saujon et l'HAD mais non significativement avec l'échelle ISI. Cependant, le coefficient de corrélation est significatif avec toutes les échelles à J18.

Le coefficient de corrélation est de 0,41 à J1 avec l'échelle psychosomatique de Saujon et de 0,54 à J18 (cf. Figure 18).

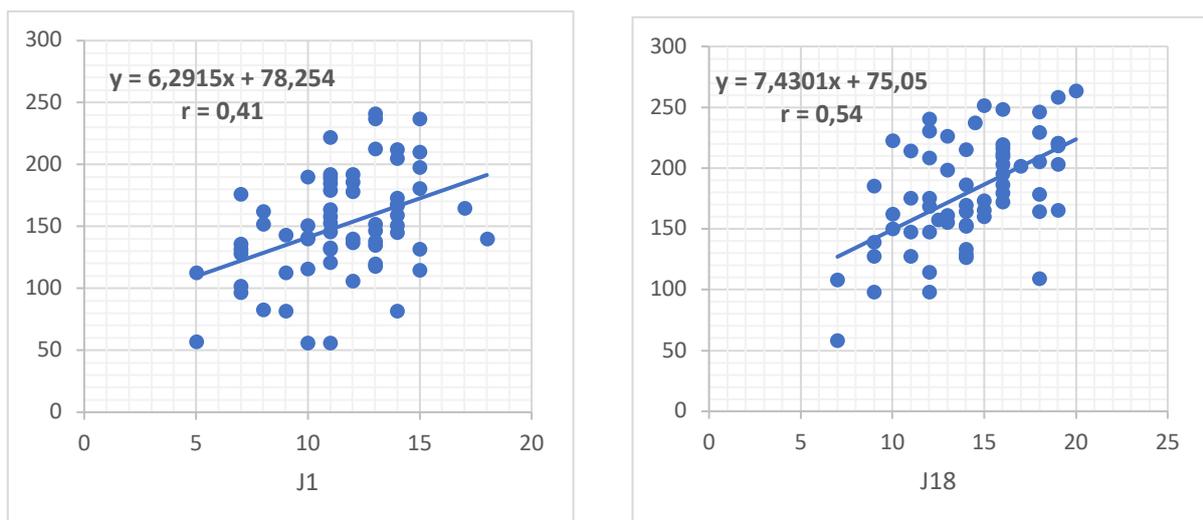


Figure 18: Corrélation du lâcher-prise avec l'échelle psychosomatique de Saujon à J1 et à J18 (abscisse : score D2, ordonnée : score échelle psychosomatique de Saujon)

Avec l'échelle HAD, le coefficient de corrélation est de 0,45 à J1 et de 0,55 à J18. (cf. Figure 19)

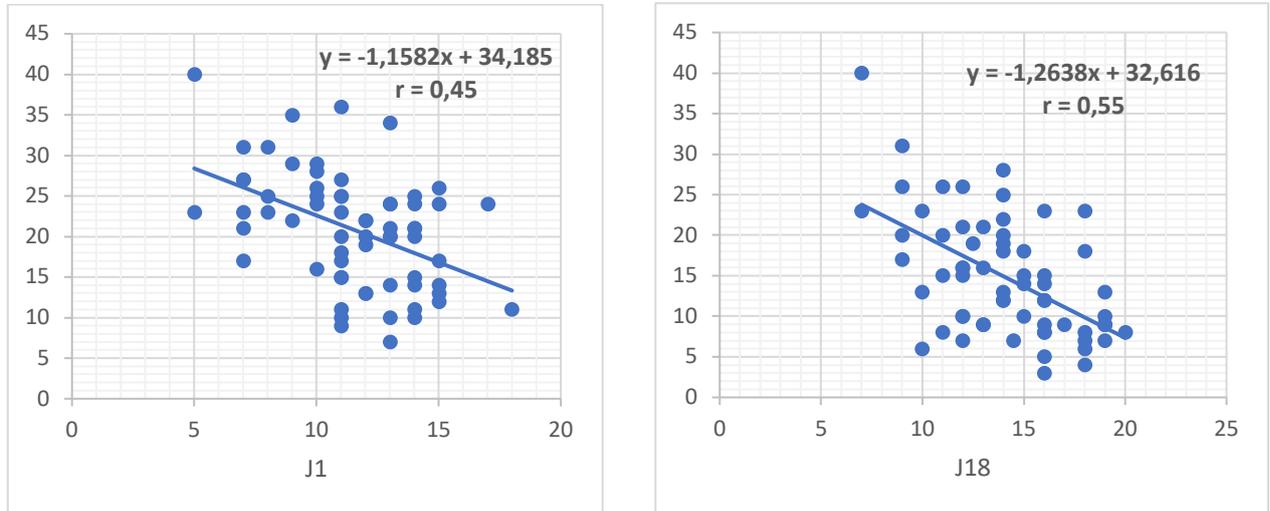


Figure 19 : Corrélation du lâcher-prise avec l'échelle HAD à J1 et à J18
(abscisse : score D2, ordonnée : score HAD)

Enfin, avec l'échelle ISI, le coefficient de corrélation est de 0,22 (soit < 0,31 donc non significatif) à J1, mais à J18 le coefficient de corrélation est significative à 0,38 (cf. Figure 20).

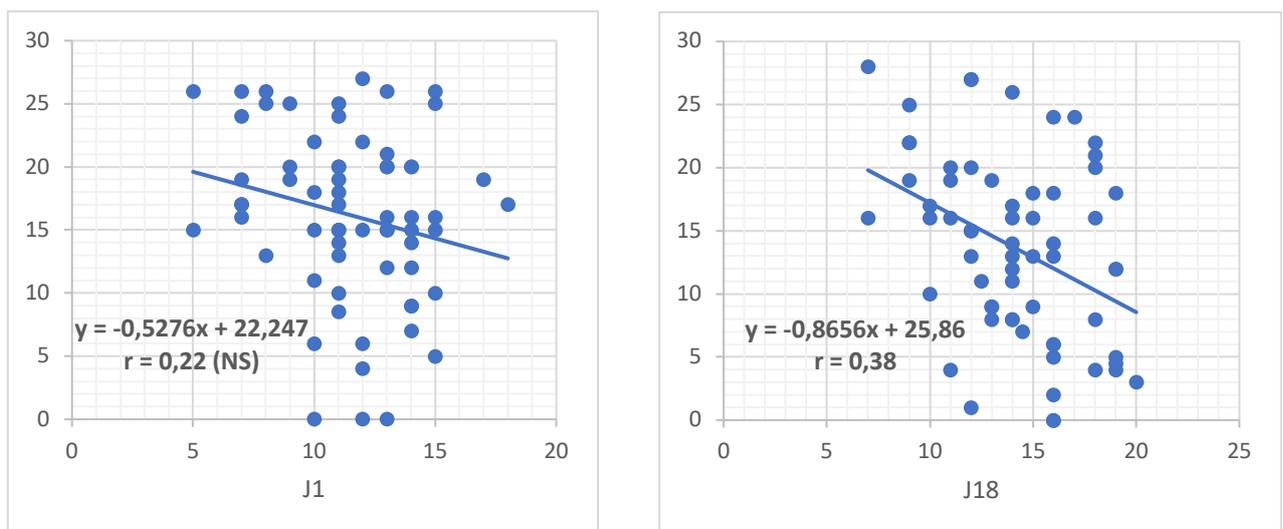


Figure 20 : Corrélation du lâcher-prise avec l'échelle ISI à J1 et à J18
(abscisse : score D2, ordonnée : score ISI)

Dimension "Relative passivité face au monde" (D3):

La moyenne à J1 pour la relative passivité face au monde est de 11,32 et l'écart-type de 3,18 et à J18, la moyenne est de 14,18 et l'écart-type de 4,13.

La différence évaluée au test de Student est alors significative avec un $p \leq 7,5 * 10^{10}$ (cf. Figure 21).

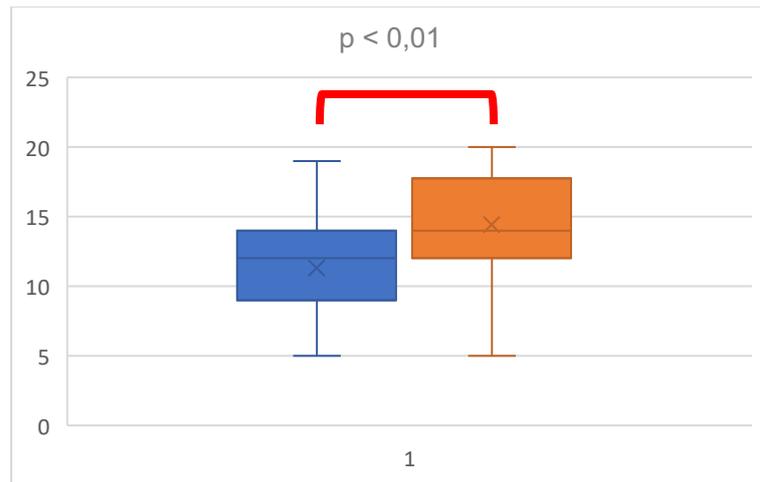


Figure 21 : Boîtes de Tukey comparant les résultats de la dimension « Relative passivité face au monde » à J1 et à J18
(abscisse : population, ordonnée : score D3)

La relative passivité face au monde est corrélée significativement avec les différentes échelles à J1 comme à J18.

Le coefficient de corrélation est de 0,56 à J1 avec l'échelle psychosomatique de Saujon et de 0,71 à J18 (cf. Figure 22).

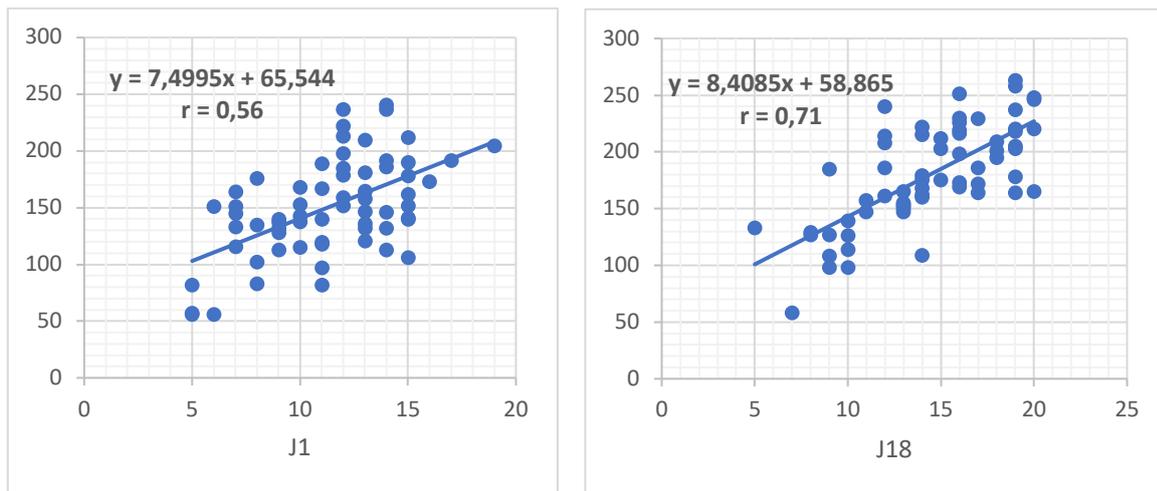


Figure 22 : Corrélation de la relative passivité face au monde avec l'échelle psychosomatique de Sajuon à J1 et à J18
 (abscisse : score D3, ordonnée : score échelle psychosomatique de Sajuon)

Ce coefficient est de 0,54 à J1 et de 0,75 à J18 avec l'échelle HAD (cf. Figure 23). Il est donc significatif.

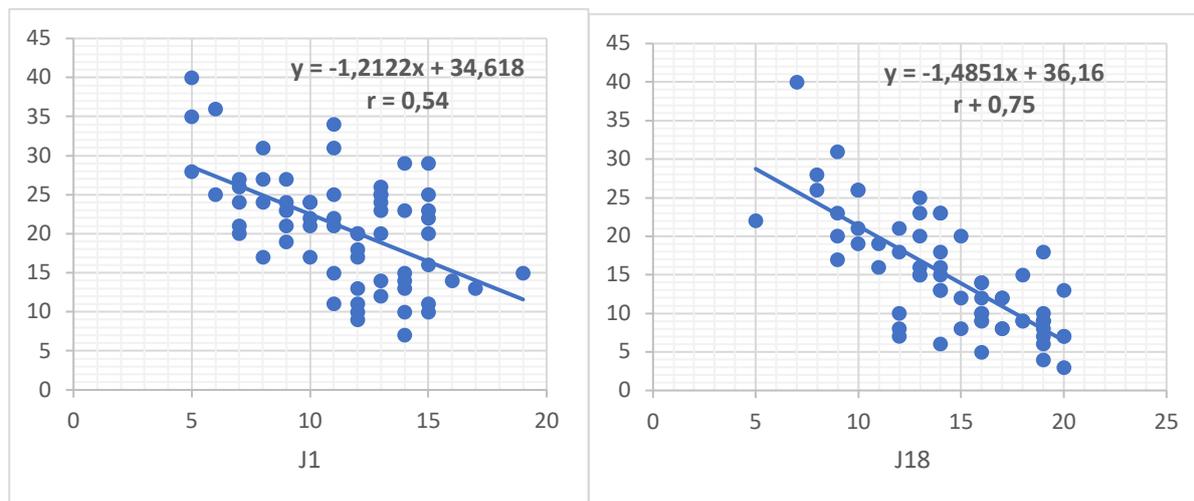


Figure 23 : Corrélation de la relative passivité face au monde avec l'échelle HAD à J1 et à J18
 (abscisse : score D3, ordonnée : score HAD)

Avec l'échelle ISI, le coefficient de corrélation est de 0,37 à J1 et de 0,48 à J18 (cf. Figure 24). Il est, là encore, significatif.

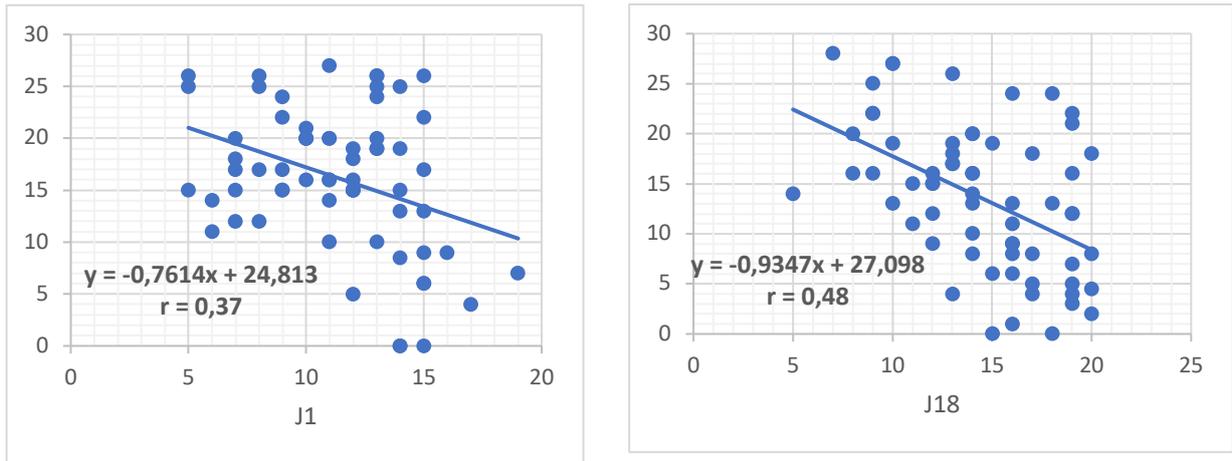


Figure 24 : Corrélation de la relative passivité face au monde avec l'échelle ISI à J1 et à J18 (abscisse : score D3, ordonnée : score ISI)

Dimension "Acceptation du changement" (D4):

Pour cette dimension, on retrouve à J1 une moyenne de 15,71 et un écart-type de 3,83.

À J18, la moyenne est de 18,15 avec un écart-type de 4,38.

La différence évaluée au test de Student est alors significative avec un $p \leq 3,24 \cdot 10^{-7}$ (cf. Figure 25).

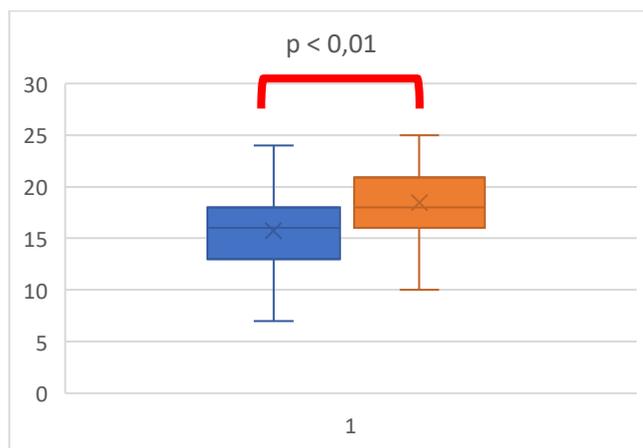


Figure 25 : Boîtes de Tukey comparant l'évolution de la dimension « Acceptation du changement » à J1 et à J18 (abscisse : population, ordonnée : score D4)

Comme pour le lâcher-prise, l'acceptation du changement n'est pas significativement corrélée avec l'échelle ISI à J1.

Cependant, le coefficient de corrélation est significatif avec les autres échelles à J1 et avec toutes les échelles, même l'échelle ISI, à J18.

Le coefficient de corrélation est de 0,39 à J1 et de 0,58 à J18 avec l'échelle psychosomatique de Saujon (cf. Figure 26).

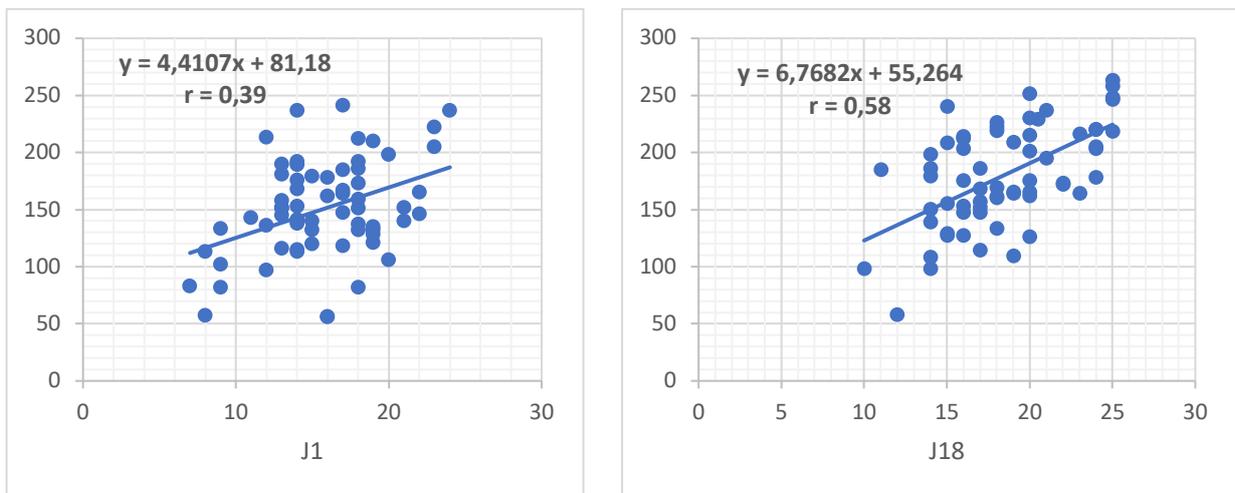


Figure 26: Corrélation de l'acceptation du changement avec l'échelle psychosomatique de Saujon à J1 et à J18 (abscisse : score D4, ordonnée : score échelle psychosomatique de Saujon)

Le coefficient de corrélation à J1 est de 0,49 avec l'échelle HAD et de 0,66 à J18 (cf. Figure 27).

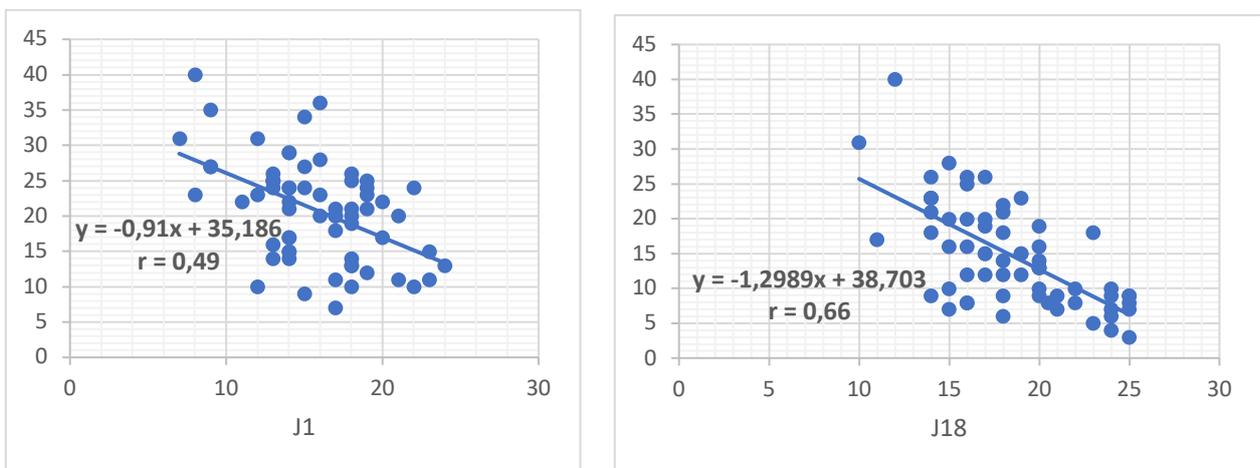


Figure 27 : Corrélation de l'acceptation du changement avec l'échelle HAD à J1 et à J18 (abscisse : score D4, ordonnée : score HAD)

Enfin, avec l'échelle ISI, le coefficient de corrélation est non significatif à J1 avec une valeur de 0,29 mais il est significatif à J18 avec une valeur de 0,42 (cf. Figure 28).

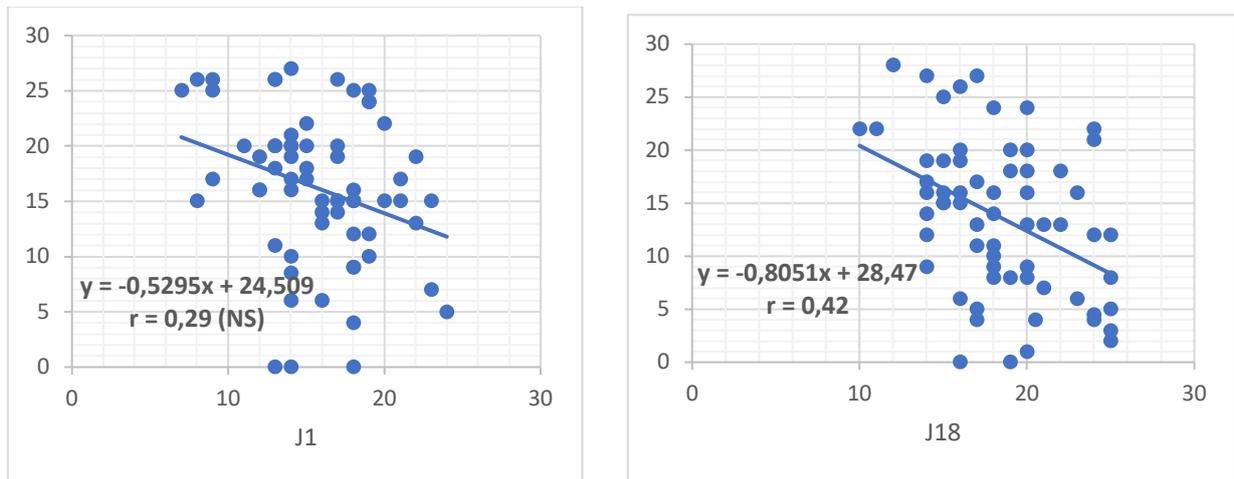


Figure 28 : Corrélation de l'acceptation du changement avec l'échelle ISI à J1 et à J18 (abscisse : score D4, ordonnée : score ISI)

On remarque alors que les valeurs des coefficients de corrélation pour les corrélations entre chacune des dimensions du questionnaire EQFC et les scores des différentes échelles sont une fois encore plus élevées à J18 suggérant, une nouvelle fois, une dispersion plus faible des valeurs à J18.

Dimensions de l'EQFC	Disponibilité à soi et à son environnement		Lâcher-prise		Relative passivité face au monde		Acceptation du changement	
	J1	J18	J1	J18	J1	J18	J1	J18
Moyenne	11,57	14,42	11,48	13,91	11,32	14,18	15,71	18,15
Taux de variation des moyennes	24,7%		21,2 %		25,3%		15,5%	
Écart-type	3,11	4,04	2,8	3,65	3,18	4,13	3,83	4,38
Significativité statistique (Test Student bilatéral, apparié) p < 0,01	Significatif p= 2,66*10 ⁹		Significatif p=1,08*10 ⁹		Significatif p=7,5*10 ¹⁰		Significatif p=3,24*10 ⁷	

Tableau 5 : tableau récapitulatif des statistiques descriptives et comparatives concernant l'échelle EQFC à J1 et à J18

Dimensions Variables		D1			D2			D3			D4		
		Disponibilité à soi et à son environnement			Lâcher-prise			Relative passivité face au monde			Acceptation du changement		
		ES	HAD	ISI	ES	HAD	ISI	ES	HAD	ISI	ES	HAD	ISI
Coefficient de corrélation (r)	J1	0,52	0,52	0,33	0,41	0,45	<i>0,22 (NS)</i>	0,56	0,54	0,36	0,39	0,49	<i>0,29 (NS)</i>
	J18	0,62	0,65	0,48	0,54	0,55	0,38	0,71	0,75	0,48	0,56	0,66	0,42
Pente	J1	7,12	-1,2	-0,72	6,29	-1,16	-0,53	7,5	-1,21	-0,76	4,41	-0,91	-0,53
	J18	7,5	-1,3	-0,97	7,43	-1,26	-0,87	8,41	-1,49	-0,93	6,77	-1,3	-0,81

Tableau 6 : tableau récapitulatif des corrélations entre chacune des dimensions du questionnaire EQFC et les autres échelles.

En gras, les coefficients de corrélations significatifs et en italique, les coefficients de corrélations non significatifs.

4.3.6 LA MINI-ECHELLE DE SAUJON

La mini-échelle de Saujon étant une échelle différente des autres questionnaires présentés et permettant une évaluation quotidienne des patients, nous avons préféré l'analyser isolément.

La moyenne de cette échelle étant de 2,18 avec un écart-type de 0,67 à J1 et une moyenne de 2,83 avec un écart-type de 0,72 à J18, nous avons alors reporté le nombre de fois où chacun des items était coché par chaque patient.

On met en évidence une majorité de 2 (53,85 %) à J1 et une majorité de 3 (58,6 %) à J18.

	Nombre de réponses à la mini-échelle de Saujon (%)				Moyenne	Écart-type
	1	2	3	4		
J1	9 (13,85)	35(53,85)	19(29,23)	0(0)	2,18	0,67
J18	4 (6,15)	9(13,85)	38 (58,46)	7 (10,77)	2,83	0,72

Tableau 7 : nombre de réponses pour chaque item de la mini-échelle de Saujon

Cette différence est significative au test du Chi2 (chi2 = 30,466, p< 0.001).

4.4 DISCUSSION

Cette étude préliminaire effectuée sur 65 patients, nous a permis de mettre en évidence une modification significative du score de chacun des auto-questionnaires entre J1 et J18.

Par rapport à l'objectif initial de l'étude, nous observons que les scores de l'EQFC sont augmentés significativement de 23 %. Cette augmentation est homogène (cf. Figure 6).

De la même manière, l'échelle de Saujon, qui analyse la symptomatologie psychosomatique, connaît également une augmentation de 19,3%, ce qui est proche de l'augmentation des scores de l'EQFC.

La population de l'étude regroupe des patients atteints majoritairement de troubles anxieux, de TAG ou de SDC (81,54% de la population). L'échelle présentant la plus grande progression en termes de score est l'échelle HAD spécifique à ces troubles anxio-dépressifs : nous observons un taux de variation de 30%. Ce résultat est en bonne concordance avec les résultats précédemment obtenus dans l'étude STOP-TAG (28) qui a permis de démontrer le service médical rendu des cures thermales dans les pathologies anxieuses.

Enfin, si nous étudions les scores obtenus dans la Mini-échelle de Saujon, nous notons une majorité de réponses dont le score est supérieur à 3, ce qui démontre que les patients ont présenté un lâcher-prise entre J1 et J18. Nous n'avons pas analysé les évolutions au jour le jour par manque de temps. Mais ce résultat reste en adéquation avec les résultats des autres échelles analysées.

Il convient de noter que, pour chaque questionnaire, la population analysée présente une distribution homogène dans ses réponses (cf. Boîtes de Tukey). Seule l'échelle ISI affiche une légère asymétrie, ce qui pourrait suggérer la présence d'une sous-population de moins bons réponders. Cette échelle mériterait une analyse prenant en compte une population plus importante. Il serait aussi intéressant d'effectuer une analyse des patients se rendant en cure thermale selon deux groupes distincts : les patients dont la pathologie primaire est en lien avec les troubles du sommeil et les patients avec une pathologie primaire sans lien avec le sommeil. Cette analyse permettrait de vérifier l'effet réel de la cure thermale sur les troubles du sommeil.

Un autre résultat significatif que nous avons pu mettre en évidence, est l'existence d'une corrélation entre chacune des échelles. La corrélation la plus significative est observée entre l'échelle HAD et l'échelle évaluant la fluidité de conscience. Cela conforte notre intérêt à étudier la fluidité de conscience chez des patients atteints de pathologies psychosomatiques. Nous notons également la bonne corrélation entre l'EQFC et l'échelle de Saujon, ce qui valide cette dernière. Très probablement, la présence de critères plus cliniques et la variété des questions posées augmentent la dispersion des réponses.

D'une manière générale, nous observons également que les coefficients de corrélation de l'EQFC avec les autres échelles tendent à augmenter entre J1 et J18 (cf. Tableau 4) traduisant une homogénéisation de la population sous l'effet de la cure thermale. Ceci n'est observé que pour la corrélation entre l'échelle de Saujon et de l'ISI, mais pas pour celle de l'échelle de Saujon et HAD.

Enfin, l'étude plus détaillée des 4 dimensions de l'EQFC ne met pas en évidence de différence majeure dans l'évolution et les diverses corrélations de chaque dimension. Il convient cependant de noter que la dimension D3 de passivité face au monde est la dimension qui varie le plus entre J1 et J18 (+ 25,2%) et qui présente la meilleure corrélation avec l'échelle de Saujon et l'échelle HAD.

Grâce à cette étude et au vu des résultats obtenus, nous pouvons déjà affirmer qu'après 18 jours de cure thermale, les patients atteints de pathologies psychosomatiques présentent une augmentation significative de leur fluidité de conscience associée à une amélioration de leur état psychosomatique (échelle de Saujon), une diminution de leur dépression anxieuse et un meilleur sommeil. En d'autres termes, l'effet de la cure thermale concerne la totalité des processus testés. Les corrélations observées sont en faveur d'une action globale de la cure, tous les processus semblant être emmêlés pour générer un mieux-être du patient.

Cette étude préliminaire, présente cependant certaines limites.

Tout d'abord, la population sélectionnée n'est pas appariée en termes de sexe. Nous retrouvons une grande majorité de patientes. Cependant, comme les femmes sont beaucoup plus nombreuses à bénéficier de ce type de soins, une étude de plus grande ampleur présenterait certainement la même limite. Il demeure difficile d'évaluer qui des femmes ou des hommes

répondraient le mieux aux soins thermaux proposés en cure. Il pourrait alors être pertinent d'effectuer une étude avec une population présentant autant de femmes que d'hommes.

De plus, nous n'avons pas réalisé d'analyse fine des différentes pathologies des patients. La population étudiée étant inférieure à la population attendue, celle-ci a montré peu de diversité de pathologies primaires avec une majorité de patients atteints de TAG. Nous ne pouvons donc pas conclure qu'il existe une corrélation entre une des échelles et une pathologie psychosomatique particulière. L'analyse de cette corrélation nécessiterait d'avoir plus de patients atteints de syndrome d'épuisement professionnel ou de fibromyalgie afin d'obtenir des résultats concrets. Cette analyse pourra, sans doute, être réalisée dans l'étude complète.

Enfin, il faudra, dans l'étude complète faire des analyses plus complètes afin de mettre en évidence le(s) facteur(s) le(s) plus central(aux).

La cure thermale trouve ainsi une justification dans la prise en charge de ces pathologies.

Plusieurs hypothèses peuvent alors être envisagées.

La première est l'action de l'eau en elle-même ainsi que sa composition. Grâce au thermalisme, nous connaissons bien l'action chimique de l'eau. Par ses minéraux, halogènes et oligo-éléments qui passent la barrière cutanée, elle renforce les défenses naturelles des organismes malades. On lui retrouve aussi une action mécanique par les différentes techniques de soins utilisées. Ces soins vont agir en profondeur sur le corps humain lui permettant un lâcher-prise et une amélioration symptomatique (50).

La prise en charge des patients atteints de troubles psychosomatiques par le mélange de TCC, de psychothérapie et de soins thermaux, permet d'imaginer l'utilisation de l'eau dans son état primaire, par son effet indirect de retour vers l'âge fœtal, comme mentionné plus haut. Un lien étroit entre les fonctions de l'organisme et le système nerveux a été mis en évidence au fil des années. Ainsi, on retrouve des mécanismes qui relient notre peau (qui est parcourue de terminaisons nerveuses) à nos émotions ou encore à notre état immunitaire. L'eau contenant des éléments chargés, dits « ioniques », pourrait influencer la transmission nerveuse et modifier la réactivité des terminaisons cutanées (51). On comprend alors l'intérêt de cet effet de l'eau dans le soin des pathologies psychosomatiques. Par ses multiples actions, l'eau permet le relâchement

physique mais aussi psychique du patient soit un lâcher prise associé à une amélioration clinique et une amélioration de sa fluidité de conscience.

Chaque cure thermale possède une eau avec des propriétés spécifiques. La cure thermale de Saujon a une eau de composition oligo-métallique froide, bicarbonatée calcique, chlorurée sodique et magnésienne. Cette eau présente une action tonique par sa composition en chlorure de sodium mais aussi une action sédative très efficace dans le traitement des troubles anxieux par sa composition riche en calcium et en magnésium (51).

Cependant, les soins thermaux seuls ne suffisent certainement pas au traitement de ce type de troubles. Il est aussi nécessaire de modifier l'environnement du patient afin de lui faire découvrir la possibilité d'éprouver des ressentis différents et ainsi appréhender une nouvelle approche de son corps. Cela va lui permettre d'envisager une vision holistique de lui-même qui va l'empêcher de rester focalisé sur les obstacles qui bloquent son flux de conscience.

C'est, concernant le lâcher-prise, l'hypothèse que nous retenons. D'une certaine manière, le changement complet des habitudes, de la temporalité, de l'environnement relationnel et architectural pourrait mettre les patients dans une sorte d'état de confusion proche d'une hypnose légère et de nature à générer un lâcher-prise et une plus grande flexibilité. De plus, les patients devant utiliser de l'énergie psychique pour faire de nouvelles rencontres humaines (de personnes présentant les mêmes pathologies) ainsi que pour s'adapter à un milieu nouveau, celle-ci est moins disponible pour les macérations. C'est en fait tout leur être-dans-le-monde qui est en quelques heures bouleversé dans une ambiance accueillante et bienveillante, bien différente de celle de l'hôpital psychiatrique.

Il serait intéressant, dans un second temps, de tester l'échelle de fluidité de conscience auprès de patients pour lesquels nous avons seulement modifié l'environnement, sans associer de soins thermaux. Cela nous permettrait d'analyser si la corrélation obtenue entre les échelles se renforce ou non par l'association de l'eau et du changement d'environnement. Cette analyse permettrait de mieux comprendre les mécanismes mis en jeu dans l'amélioration de la fluidité de conscience.

Les résultats obtenus dans cette étude sont donc largement positifs. Cela nous a permis de valider le choix des échelles utilisées.

Notre étude préliminaire permet donc de valider le protocole de recherche pour la réalisation de l'étude LetGoTherm. Il sera cependant nécessaire de rajouter dans les analyses, les données à J12, à 2 mois et à 4 mois afin de vérifier si les effets de cette amélioration du lâcher prise et des symptômes physiques avec l'augmentation de la fluidité de conscience persistent sur le long terme et quelle est leur dynamique.

Cette information sur la durabilité de l'effet est indispensable pour mettre en avant la cure thermale comme thérapie des pathologies psychosomatiques et appuyer son service médical rendu dans cette indication de prise en charge.

Nous espérons que le fait de multiplier les études mettant en évidence les bienfaits cliniques des cures thermales sur les patients atteints de pathologies psychosomatiques permettra une diffusion plus large de cette information afin que tous les médecins généralistes, de toutes les régions, puissent proposer et prescrire ces soins à leurs patients.

5 CONCLUSION

Le thermalisme est connu comme thérapeutique depuis l'Antiquité. Il n'en reste pas moins une technique moderne, qui dans sa forme actuelle est innovante et utile dans de très nombreuses indications.

Grâce aux études menées par l'AFRETh, les cures thermales ont une place de plus en plus importante dans le traitement des pathologies psychosomatiques, par l'effet bénéfique de ces soins thermaux mais aussi par toutes les thérapies mises en place autour de ces soins et par le changement d'environnement du patient.

Cette étude préliminaire, nous a permis de mettre en évidence une amélioration des symptômes psychosomatiques du patient mais aussi d'une amélioration de sa fluidité de conscience après 18 jours de cure thermale.

La corrélation que nous avons pu mettre en évidence entre les différentes échelles choisies pour évaluer les atteintes psychosomatiques des patients, nous permet de valider notre protocole pour l'étude LetGoTherm.

Ce travail initial, nous a donc permis de démontrer l'effet positif d'une cure thermale de 18 jours sur des patients atteints de troubles psychosomatiques mais aussi la corrélation entre l'échelle de fluidité de conscience et l'échelle psychosomatique de Saujon permettant de mieux comprendre les mécanismes de défense mis en place par la conscience suite à des traumatismes et donc les mécanismes mis en place dans les pathologies psychosomatiques.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. AFRETh – Association Française pour la Recherche Thermale [Internet]. Disponible sur: <http://www.afreth.org/>
2. Vion-Dury J, Mougin G, Chen C-Y, Turcq S, Begnis M. « Lâcher prise » et fluidité de la conscience. Mise au point d'un questionnaire d'évaluation, d'inspiration phénoménologique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2020;S000344872030072X.
3. Tanguay F. Le lâcher-prise : une approche historique. :177.
4. William James. Les formes multiples de l'expérience religieuse. *Essais de psychologie descriptive*.
5. Lo re F., Ledrans M., Dubois O., Impact du lâcher prise sur les effets d'une cure thermale à orientation psychosomatique en fin de cure et 4 mois plus tard, auprès de 27 curistes des Thermes de Saujon en septembre 2016, *Presse Thermale et Climatique Thermalisme. hydrothérapie et Psychiatrie*. 2018;(155):29-44.
6. VION-DURY J., MOUGIN G. Modalisation du champ conscientiel : une approche phénoménologique et morphodynamique. *PSN*. 2016;14(1).
7. E.HUSSERL. L'idée de la phénoménologie - Cinq leçons. Puf. 1970. (Épiméthée).
8. Bergson. *La pensée et le Mouvant*. (Flammarion).
9. S.Turcq. Mise au point d'un questionnaire d'évaluation de la flexibilité des flux de conscience : étude pilote sur les effets de l'hypnose à visée analgésique. [Marseille]: Aix-Marseille; 2018.
10. VION-DURY J., MOUGIN G. L'exploration de l'expérience consciente : archéologie d'une démarche de recherche. Vers l'entretien phénoménologique expérientiel (EPE). *Chronique phénoménologiques*. 2018;(11):22-42.
11. MD P Sarah, Corcos M, Paterniti S, Guilbaud O, Jeamment P, Consoli S. Validation de la version française de l'échelle des niveaux de conscience émotionnelle. / French validation study of the Levels of Emotional Awareness Scale. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. 1 janv 1970;28:310-20.
12. Tubergen A van, Linden S van der. A brief history of spa therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 mars 2002;61(3):273-5.
13. Samama É. Sources chaudes et eau médicale : un « thermalisme » grec ? In: Boisseuil D, Coste J, Nicoud M, Scheid J, éditeurs. *Le thermalisme : Approches historiques et archéologiques d'un phénomène culturel et médical*. Paris: CNRS Éditions; 2019. p. 13-30. (Histoire).
14. Jazé-Charvolin M-R. Les stations thermales : de l'abandon à la renaissance. Une brève histoire du thermalisme en France depuis l'Antiquité. In *Situ Revue des patrimoines* [Internet]. 9 juill 2014;(24). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/insitu/11123>
15. George Weisz. Le thermalisme en France au XXe siècle. *Med Sci (Paris)*. janv 2002;18(1):101-8.

16. Le thermalisme en chiffres | Médecine thermale [Internet]. Cneth. Disponible sur: <https://www.medecinethermale.fr/curistes/la-medecine-thermale-aujourd'hui/le-thermalisme-en-chiffres.html>
17. N° 3811 - Rapport d'information de M. Dominique Dord et Mme Jeanine Dubié déposé en application de l'article 146-3 du règlement, par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation du soutien public au thermalisme - XIVe législature - Assemblée nationale [Internet]. Disponible sur: [https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i3811/\(index\)/rapports-information](https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i3811/(index)/rapports-information)
18. Cohen JM, Daviaud I, Guthmuller S, Delavier J, Pla O, Samarco A, et al. The Impact of Spa Therapy on Ambulatory Health Care Expenses of osteoarthritic Patients: The Preliminary Results of Ecotherm Study. *Value in Health*. 1 nov 2015;18(7):A649.
19. Evaluation médico-économique. Programmes de prévention contre le syndrome métabolique et la consommation de benzodiazépines. *JALMA*. 2012;30 p.
20. P. QUENEAU, C. ROQUES. La médecine thermale Données scientifiques. 2018. (John Libbey).
21. P.QUENEAU. Médecine thermale Faits et preuves. Masson. Paris; 2000. (Abrégés).
22. Cure thermale : prise en charge par l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F751>
23. Ameli. Effectuer une cure thermale: formalités et prise en charge [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/cure-thermale/cure-thermale>
24. Frullani Y. Les douze orientations de la médecine thermale. *Actualités Pharmaceutiques*. févr 2012;51(513):18-29.
25. Thermes de Saujon [Internet]. Disponible sur: <https://thermes-saujon.fr/>
26. Thermalisme et recherche : médecine thermale [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/medecine-thermale/thermalisme-recherche.html>
27. Constant J., Boit G., Geindre D. Étude de l'efficacité de la cure thermale à Divonne-les-Bains dans l'indication de dépression. *Press Therm Clim*. 1997;134(3):181-5.
28. OLIE J., SALAMON R., DUBOIS O. Étude STOP-TAG: Suivi du Thermalisme à Orientation Psychosomatique dans le Trouble Anxieux Généralisé. :1.
29. Dr.DUBOIS Oliver. Étude SPECTh - Sevrage de psychotropes par éducation psychothérapique en cure thermale. *AFRETh*. sept 2013;
30. Blasche G., Leibetseder V, Marktl W. Association of spa therapy with improvement of psychological symptoms of occupational burnout: a pilot study. *Forsch Komplementmed*. 2010;(17):132-6.
31. Fraioli A, Graasi M, Mennuni G et al. Clinical researches on the efficacy of spa therapy in fibromyalgia. A systematic review. *Ann Ist Super Sanita*. 2013;49:2019-29.
32. Graber-Duvernay B, Emin JF, Blattier F, Duplan B. Opinion de patients sur quelques thérapeutiques courantes en rhumatologie. *Rhumatologie*. 1996;48(2):43-7.

33. Graber-Duvernay B, Forestier R. Enquête prospective sur les effets indésirables et les pathologies de rencontre observés dans un échantillon de 6000 curistes à Aix-les-Bains. *Press Therm Clim*. 1 janv 1994;131:215-21.
34. Haute autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves. 2007.
35. Eric STERN. Étude de la prise en charge des troubles anxieux de l'adulte par les médecins généralistes du Saint-Quentinois. [Amien]: Université de Picardie Jules Verne UFR de Médecine d'Amiens; 2017.
36. Keller P-H, Giroux-Gonon A, Gonon F. Effet placebo et antidépresseurs : une revue de la littérature éclairée par la psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 avr 2013;78(2):327-40.
37. Sladana P. Haute Autorité de santé; Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. oct 2017;45.
38. Pierce D. Problem solving therapy - use and effectiveness in general practice. 2012.
39. Lotié ASSIH. PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DEPRESSIF : Évaluation de pratiques de médecins généralistes remplaçants en Haute-Garonne. [Toulouse]: Toulouse III; 2014.
40. Haute autorité de santé. Fiche mémo Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017.
41. Bastiani D. Souffrance psychique professionnelle, ressentis et limites de la prise en charge en médecine générale. :112.
42. Haute autorité de santé. Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1500930/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees
43. Blanchier H. Représentations et pratiques déclarées des médecins généralistes dans la prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie chronique de l'adulte: mise en perspective avec les recommandations de la HAS de 2006. 2017;98.
44. Syndrome fibromyalgique de l'adulte : des orientations pour la prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_994191/fr/syndrome-fibromyalgique-de-l-adulte-des-orientations-pour-la-prise-en-charge
45. Ho-Ting-Fat L. Enquête sur la prise en charge de la fibromyalgie par les médecins généralistes: une uniformisation des pratiques est-elle possible? 2017;106.
46. Cardinali J. Évaluation des attentes et représentations des médecins généralistes par rapport aux bénéfices attendus d'une cure thermale: étude par focus groups auprès de dix-huit médecins généralistes mosellans. :144.
47. Marine LE GALLAIS. Évaluation des pratiques de prescription des cures thermales chez les médecins spécialistes en soins primaires libéraux installés en Midi-Pyrénées. [Toulouse]: Toulouse III; 2018.

48. Zigmond A.S, Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;(67):361-70.
49. Bastien C.H, Vallières A., Morin C.M. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine.* 2001;(2):297-307.
50. ValVital - Qu'est-ce que l'eau thermale ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.valvital.fr/Les-eaux-thermales>
51. Dubois O, Salamon R, Poirier M-F, Olié J-P. Le thermalisme psychiatrique dans les troubles anxieux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 1 mars 2008;166(2):109-14.

7 ANNEXES

Questionnaire de prise en charge d'une cure thermale :



11139*03

Cure thermale

Questionnaire de prise en charge

à adresser à votre
organisme d'affiliation

l'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermale

● l'assuré(e)

n° d'immatriculation date de naissance

nom-prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
adresse

code postal commune

s'agit-il d'un accident causé par un tiers ? oui non

● le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)

nom
prénom Date de naissance

le prescripteur

je, soussigné (e), certifie que
est atteint(e) d'une affection justifiant une cure thermale dans l'orientation thérapeutique indiquée

l'état de santé du patient nécessite un traitement thermal annexe (seconde orientation) oui non

ORIENTATIONS THERAPEUTIQUES

Rhumatologie	RH	Phlébologie	PHL
Voies respiratoires	VR	Affections psychosomatiques	PSY
Affections digestives et maladies métaboliques	AD	Troubles du développement chez l'enfant	TDE
Gynécologie	GYN	Neurologie	NEU
Dermatologie	DER	Maladies cardio-artérielles	MCA
Affections des muqueuses bucco-linguales	AMB	Affections urinaires et maladies métaboliques	AU

1ere orientation 2eme orientation

Station prescrite

Etablissement

Année de réalisation de la cure

● Mentions spéciales - La cure est-elle prescrite :

- Dans le cadre d'une hospitalisation ? oui non
- D'un placement en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS)? oui non
- Dans le cadre d'une Affection Longue Durée exonérante? oui non
- En rapport avec un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ? oui non
si oui, numéro de l'AT/MP et/ou date de l'AT
- En rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ? oui non

j'atteste l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du malade connue à ce jour

signature de l'assuré(e)

signature du médecin

date
cachet du médecin

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. *Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr*. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

S3185c



50270#03

Cure thermale

questionnaire de prise en charge

notice

le choix de la station thermale

Assurez-vous auprès de votre organisme d'assurance maladie que la station thermale choisie est conventionnée pour la ou les orientation(s) thérapeutique(s) correspondant à l'affection à traiter.
N'effectuez pas votre cure dans une station autre que celle désignée sur la prise en charge, vous ne seriez pas remboursé.

la demande de prise en charge

- A qui l'envoyer ?
A votre organisme d'assurance maladie.
- Quand ?
Dès qu'elle aura été remplie par votre médecin traitant et complétée par vos soins.

la réponse de l'organisme d'assurance maladie

Votre prise en charge de cure thermale qui vous précisera la nature des prestations accordées, vous sera adressée dans les délais les plus brefs. Si vous le souhaitez, vous pouvez demander à ce qu'elle vous soit, dans la mesure du possible, remise sur place lors du dépôt de votre demande.

En cas de refus, une notification vous précisera le motif et les possibilités de recours qui vous sont offertes.

S3185c

Prise en charge administrative de cure thermale et facturation :

N° de facture

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE ET FACTURATION

VOLET 1

HONORAIRES MEDICAUX

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)			
N° d'immatriculation Ce modèle est communiqué à titre d'information.			
Nom-Prénom Pour votre démarche, l'organisme d'assurance			
Nom d'usage maladie vous adressera un document			
Adresse pré-identifié.			
Régime	Code organisme affiliation	Code organisme du lieu de cure	
CURISTE			
Nom		Prénom	
Qualité	Date de naissance et rang	Nature assurance	Code exonération
CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE			
Année civile 1re orientation thérapeutique station de traitement thermal annexé dans la 2e orientation thérapeutique			droits jusqu'au
avec exonération <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Soins particuliers exonérés <input type="checkbox"/> FSV <input type="checkbox"/> divers sans exonération <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement		<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport	
1re orientation		2e orientation	
Base légale %	Base compl. %	Base légale %	Base compl. %
Total		(Réservé MSA)	
		Forfait de surveillance médicale	
		Pratiques médicales complémentaires	
		Forfait thermal	
L'hospitalisation est justifiée Oui Non			
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
ATMP	Date	N° dossier	
RCT	Date	N° dossier	
N° prescripteur	spécialité		
Date de prescription			
Fait à , le 2 janvier 2003, Le Directeur		L'Agent Comptable	Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

CACHET D'IDENTIFICATION DU MEDECIN THERMAL (comportant le n° d'identification)			
Surveillance de la première orientation		Surveillance de la seconde orientation	
FORFAIT DE SURVEILLANCE MEDICALE			
DATES DE LA SURVEILLANCE		Montants (en euros) des honoraires payés au praticien	Signature attestant la surveillance et le paiement
Du	Au	Indiquer, s'il y a lieu : DP - DE	
TOTAL		Euros	
PRATIQUES MEDICALES COMPLEMENTAIRES (ne pouvant être effectuées que dans les stations et pour les orientations thérapeutiques désignées limitativement dans la nomenclature des actes professionnels)			
Date des actes	Coefficient des actes	Montant (en euros) des honoraires payés au praticien indiqués, s'il y a lieu DE - DP	Orientations thérapeutiques 1re 2e
			Signature attestant la prestation des actes et le paiement
TOTAL		Euros	

S 3328 d

N° de facture

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE ET FACTURATION

VOLET 2

A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)			
N° d'immatriculation Ce modèle est communiqué à titre d'information.			
Nom-Prénom Pour votre démarche, l'organisme d'assurance			
Nom d'usage maladie vous adressera un document			
Adresse pré-identifié.			
Régime	Code organisme affiliation	Code organisme du lieu de cure	
CURISTE			
Nom		Prénom	
Qualité	Date de naissance et rang	Nature assurance	Code exonération
CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE			
Année civile 1re orientation thérapeutique station de traitement thermal annexé dans la 2e orientation thérapeutique			droits jusqu'au
avec exonération <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Soins particuliers exonérés <input type="checkbox"/> FSV <input type="checkbox"/> divers sans exonération <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement		<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport	
1re orientation		2e orientation	
Base légale %	Base compl. %	Base légale %	Base compl. %
Total		(Réservé MSA)	
		Forfait de surveillance médicale	
		Pratiques médicales complémentaires	
		Forfait thermal	
L'hospitalisation est justifiée Oui Non			
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
ATMP	Date	N° dossier	
RCT	Date	N° dossier	
N° prescripteur	spécialité		
Date de prescription			
Fait à , le 2 janvier 2003, Le Directeur		L'Agent Comptable	Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

CACHET D'IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT comportant le n° FINESS		JOINDRE LA (OU LES) PRESCRIPTION(S) cure suivie du _____ au _____	
TRAITEMENT CONVENTIONNEL EXECUTE			
1RE ORIENTATION			
FORFAIT N°1			Euros
FORFAIT N°2			Euros
FORFAIT N°3			Euros
KINESITHERAPIE ind.			Euros
9 séances col.			Euros
18 séances ind.			Euros
col.			Euros
Détail du traitement exécuté (y compris kinésithérapie)			
codif.	nombre de séances	codif.	nombre de séances
2E ORIENTATION			
FORFAIT			Euros
Détail du traitement exécuté			
codif.	nombre de séances	codif.	nombre de séances
Fait le _____ à _____			
SIGNATURE du Directeur de l'établissement, certifiant l'exactitude des renseignements ci-dessus			

S 3328 d



N° 11140*04

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE

VOLET 3

FRAIS DE DEPLACEMENT ET D'HEBERGEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)			
N° d'immatriculation	Ce modèle est communiqué à titre d'information. Pour votre désarche, l'organisme d'assurance maladie vous adressera un document pré-identifié.		
Nom - Prénom			
Nom d'usage			
Adresse			
Régime	Code organisme affiliation	Code organisme du lieu de cure	
CURISTE			
Nom	Prénom		
Qualité	Date de naissance et rang	Nature assurance	Code exonération
CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE			
Année civile	droits jusqu'au		
1re orientation thérapeutique	station de		
traitement thermal annexé dans la 2e orientation thérapeutique			
avec exonération	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> Soins particuliers exonérés	<input type="checkbox"/> FSV <input type="checkbox"/> divers
sans exonération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement		<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport	
1re orientation		2e orientation	
Base légale %	Base compl. %	(Réserve MSA)	
		Base légale %	Base compl. %
		Forfait de surveillance médicale	
		Pratiques médicales complémentaires	
		Forfait thermal	
L'hospitalisation est justifiée			
Oui		Non	
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
ATMP	Date	N° dossier	
RCT	Date	N° dossier	
N° prescripteur	spécialité		
Date de prescription			
Fait à, le 2 janvier 2003,		Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge	
Le Directeur		L'Agent Comptable	

FRAIS DE DEPLACEMENT				A compléter par le curiste ou la personne l'accompagnant		
DATES ALLER/RETOUR	DEPART HEURE/LIEU	ARRIVEE HEURE/LIEU	MOYEN DE TRANSPORT ET DISTANCE (si voit particulière pour CV et les)	Taux DE REDUCTION	DEPENSE CURISTE (euros)	DEPENSE PERSONNE ACCOMP. (euros)

FRAIS D'HEBERGEMENT (ne concerne pas les curistes hospitalisés)		A compléter par le curiste ou la personne l'accompagnant	
Le curiste, ou la personne l'accompagnant, certifie qu'il a été hébergé pendant la période du [] au []			
et qu'à ce titre, il a engagé la somme de [] euros			
S P E C I M E N			
Le curiste ou la personne l'accompagnant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce volet et en particulier que le curiste n'était pas en droit (pour les frais de déplacement) de bénéficier de réductions supérieures à celles mentionnées dans la colonne « taux de réduction » et demande le remboursement des dépenses engagées dans la limite des plafonds en vigueur.			

CERTIFIE EXACT PAR : Nom

Prénom

Fait le à

Signature

S 3328 d

Questionnaire de l'étude LetGoTherm :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : MM/AAAA

Nom du Médecin Thermal :

Visite :



- J1** Date : / / 20..
- J5** Date : / / 20..
- J12** Date : / / 20..
- J18** Date : / / 20..
- J60** Date : / / 20..
- J120** Date : / / 20..

Questionnaires LetgoTherm

Les questionnaires que vous allez remplir sont destinés à mieux comprendre vos symptômes dans le cadre de la prise en charge en cure thermale.

Ces données nous permettront également de mieux comprendre les facteurs associés à l'efficacité de lacure thermale. Ces données contribueront à un travail de recherche, réalisé par l'Unité SANPSY-CNRS. Ces données resteront confidentielles et anonymisées.

Nous nous tenons à votre entière disposition pour répondre à vos questions et pour vous communiquer les résultats de l'étude lorsqu'elle sera terminée.

Vous pouvez refuser que vos données soient utilisées dans ce but en cochant la case ci dessous :

- Je refuse que mes données anonymisées soient utilisées à des fins de recherche.

Olivier DUBOIS, Médecin Thermal, Saujon

Échelle Psychosomatique de Saujon :

Cette échelle permet d'évaluer différents symptômes que vous pourriez présenter. Elle permet de mesurer la gêne que vous ressentez pour chaque symptôme.

Vous devez évaluer chacun des symptômes sur une échelle de 0 à 10 en fonction de l'état dans lequel vous vous sentez **maintenant** par rapport aux extrêmes de vos sensations déjà ressenties. S'il y a autre chose que nous n'avons pas évoqué qui vous dérange précisez-le dans les rubriques « autres symptômes » et indiquer l'intensité correspondante.

Coter de 0 à 10 votre sentiment.

1- Je me sens globalement bien

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

2*- Je ressens de la fatigue

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

3* -Je ressens de la tension intérieure

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

4* – Je suis mal à l'aise dans mon environnement professionnel ou social

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

5 - Je mémorise facilement

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

6* – J'ai de la difficulté à me concentrer

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

7 – Je suis libre de mes pensées

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

8 - J'ai une activité physique et sportive normale (en tenant compte d'une éventuelle pathologie organique)

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

9*-Je me sens déprimé(e)

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

10* - Les pensées viennent m'envahir

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

11 - Je me sens bien accepté dans mon environnement amical

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

12* - Je suis mal à l'aise dans mon environnement familial

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

13* – J'ai de la tachycardie et/ ou des palpitations

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

14* – Je respire mal, je me sens oppressé

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

15 *-Je digère mal, j'ai souvent mal au ventre, ou j'ai souvent envie de vomir

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

16* – J'ai des bouffées de chaleur

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

17 - L'organisation horaire de ma vie est bien équilibrée

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

18* – Je ressens une douleur ; son intensité est de :

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

19 – Je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

20 – J'ai l'impression d'avoir une vie harmonieuse.

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

21 – Je me sens capable d'aller vers les autres

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

22 – J'ai l'impression d'avoir de l'élan, du dynamisme

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

23 – J'ai un bon équilibre alimentaire

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

24 - J'ai l'impression d'avoir ma vie bien en main

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

25 - Combien de comprimés par jour prenez-vous ?

26 – Êtes-vous satisfait(e) de l'évolution de votre consommation ?

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

27* – Je prends des comprimés quotidiennement et cela me gêne

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

28 – Je me sens en cohérence avec moi-même

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

29* - Je me sens prisonnier(ère) d'une addiction (tabac, alcool, objets connectés, pornographie, jeux ...)

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

30 – J'apprécie ma vie actuelle

(non) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. (oui)

Merci de vos réponses

Questionnaire EQFC « état » (après vs avant) :

En ce moment même(là, maintenant)	Faux	Plutôt faux	Pas de changement	Plutôt Vrai	Vrai		note
Je me sens préoccupé(e).						0	
J'ai besoin de contrôler la situation.						0	
Je me sens capable de prendre du temps						1	
J'ai peur que des choses changent						0	
Cela ne me dérange pas de m'ennuyer						1	
Cela ne me dérange pas de rester sans rien faire.						1	
Je suis à l'écoute de mes sensations corporelles						1	
Je suis à l'écoute de mes émotions.						1	
Je suis confiant(e)						1	
Je me sens capable de me sentir flotter						1	
Je me sens capable d'accueillir mes intuitions.						1	
Je me sens capable de rêvasser plus facilement.						1	
Je me sens capable d'accepter les imprévus						1	
Je me sens capable de changer d'avis.						1	
Je me sens capable de mieux m'accepter tel(le) que je suis.						1	

Je me sens capable de mieux accepter ce qui m'arrive.						1	
Je me sens capable de me détendre facilement						1	

Cotation.

Pour les lignes indiquées par 1 (fluidité élevée), la réponse «vrai» est cotée 4, plutôt vrai = 3, plutôt faux = 2, faux = 1.

Pour les lignes indiquées par 0 (fluidité faible), la réponse «vrai» est cotée 1, plutôt vrai = 2, plutôt faux = 3, faux = 4.

Il convient d'inverser la cotation des questions avec un 0.

Mini-échelle de Saujon :

1	Je n'ai pas du tout ressenti de détente	
2	J'ai ressenti une certaine détente mais je suis resté(e) tendu(e) et préoccupé(e) par mes pensées tout au long du soin	
3	Je me suis senti(e) très détendu(e) mais pas au point de m'endormir au cours des soins	
4	J'ai ressenti une détente globale au point de pouvoir m'endormir au cours des soins	

Cocher la case correspondante.

On considère qu'un patient est en état de lâcher-prise thérapeutique durant toute la première moitié de la cure et/ou durant toute la 2^e moitié de la cure à 2 conditions :

Qu'il réponde au niveau 3 ou 4 points

A au moins 7 jours sur 9

S'il répond à ces 2 conditions lors des 2 phases de la cure, il est considéré comme ayant lâcher-prise durant l'ensemble de la cure.

Échelle HAD :

- 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)**
- La plupart du temps 3
 - Souvent 2
 - De temps en temps 1
 - Jamais 0
- 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois**
- Oui, tout autant 0
 - Pas autant 1
 - Un peu seulement 2
 - Presque plus 3
- 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver**
- Oui, très nettement 3
 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
 - Pas du tout 0
- 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses**
- Autant que par le passé 0
 - Plus autant qu'avant 1
 - Vraiment moins qu'avant 2
 - Plus du tout 3
- 5. Je me fais du souci**
- Très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Occasionnellement 1
 - Très occasionnellement 0
- 6. Je suis de bonne humeur**
- Jamais 3
 - Rarement 2
 - Assez souvent 1
 - La plupart du temps 0
- 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)**
- Oui, quoi qu'il arrive 0
 - Oui, en général 1
 - Rarement 2
 - Jamais 3
- 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti**
- Presque toujours 3
 - Très souvent 2
 - Parfois 1
 - Jamais 0
- 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué**
- Jamais 0
 - Parfois 1
 - Assez souvent 2
 - Très souvent 3
- 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence**
- Plus du tout 3
 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
- 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place**
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
 - Un peu 2
 - Pas tellement 1
 - Pas du tout 0
- 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses**
- Autant qu'avant 0
 - Un peu moins qu'avant 1
 - Bien moins qu'avant 2
 - Presque jamais 3
- 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique**
- Vraiment très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Pas très souvent 1
 - Jamais 0
- 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision**
- Souvent 0
 - Parfois 1
 - Rarement 2
 - Très rarement 3

Index de severité de sommeil (ISI) :

Merci de répondre à toutes les questions

Veillez estimer la SEVERITE actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

b. Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

c. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

Jusqu'à quel point êtes-vous SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E) de votre sommeil actuel ?

Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
0	1	2	3	4

Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil PERTURBENT votre fonctionnement quotidien (p.ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont REMARQUEES par les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

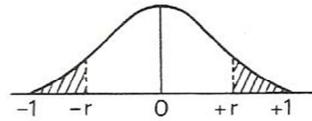
Jusqu'à quel point êtes-vous INQUIET(E)/ préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement



Annexe : Table du coefficient de corrélation

La table indique la probabilité α pour que le coefficient de corrélation égale ou dépasse, en valeur absolue, une valeur donnée r , c'est-à-dire la probabilité extérieure à l'intervalle $(-r, +r)$, en fonction du nombre de degrés de liberté (d.d.l.).



d.d.l. \ α	0,10	0,05	0,02	0,01
1	0,9877	0,9969	0,9995	0,9999
2	0,9000	0,9500	0,9800	0,9900
3	0,8054	0,8783	0,9343	0,9587
4	0,7293	0,8114	0,8822	0,9172
5	0,6694	0,7545	0,8329	0,8745
6	0,6215	0,7067	0,7887	0,8343
7	0,5822	0,6664	0,7498	0,7977
8	0,5494	0,6319	0,7155	0,7646
9	0,5214	0,6021	0,6851	0,7348
10	0,4973	0,5760	0,6581	0,7079
11	0,4762	0,5529	0,6339	0,6835
12	0,4575	0,5324	0,6120	0,6614
13	0,4409	0,5139	0,5923	0,6411
14	0,4259	0,4973	0,5742	0,6226
15	0,4124	0,4821	0,5577	0,6055
16	0,4000	0,4683	0,5425	0,5897
17	0,3887	0,4555	0,5285	0,5751
18	0,3783	0,4438	0,5155	0,5614
19	0,3687	0,4329	0,5034	0,5487
20	0,3598	0,4227	0,4921	0,5368
25	0,3233	0,3809	0,4451	0,4869
30	0,2960	0,3494	0,4093	0,4487
35	0,2746	0,3246	0,3810	0,4182
40	0,2573	0,3044	0,3578	0,3932
45	0,2428	0,2875	0,3384	0,3721
50	0,2306	0,2732	0,3218	0,3541
60	0,2108	0,2500	0,2948	0,3248
70	0,1954	0,2319	0,2737	0,3017
80	0,1829	0,2172	0,2565	0,2830
90	0,1726	0,2050	0,2422	0,2673
100	0,1638	0,1946	0,2301	0,2540

Exemple : avec d.d.l. = 30, pour $r = 0,3494$ la probabilité est $\alpha = 0,05$.

Pour d.d.l. > 100, on utilise la table de l'écart-réduit (table 1) avec :

$$\varepsilon = \frac{r}{\sqrt{1 - r^2}} \sqrt{n - 2}.$$

* D'après Fisher et Yates, Statistical tables for biological, agricultural and medical research (Oliver and Boyd, Edinburgh), avec l'aimable autorisation des auteurs et des éditeurs.

(Schwartz, Lazar et Papoz, 1995 ; p. 125)

8 ABREVIATIONS

AFRETh : Association Française pour la Recherche Thermale

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BPCO : Bronchopathie Chronique Obstructive

CPP : Comité de Protection des Personnes

CNETh : Conseil National des Établissements Thermaux

EMDR : Eye Movement Desentitization and Reprocessing

EPE : Entretiens Phénoménologiques Expérientiels

EQFC : Questionnaire d'Évaluation de la Fluidité de Conscience

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

ISI : Index de Sévérité de l'Insomnie

JC : Jésus Christ

LEAS : Levels of Emotionnal Awareness Scale

RIPH : Recherche non Interventionnelles impliquant la Personne Humaine

SDC : Syndrome Dépressif Caractérisé

SMR : Service Médical Rendu

SPECTh : Sevrage de Psychotropes par Éducation psychothérapeutique en Cure Thermale

TAG : Trouble anxieux généralisé

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

Serment d'Hippocrate :

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Résumé :

Le thermalisme est une pratique très ancienne répandue depuis l'antiquité. C'est aussi une approche qui reste moderne et innovante dans sa forme du soin et qui se développe ces dernières années.

Depuis la création de l'AFRETh en 2004, des études de plus en plus élaborées permettent d'en estimer les bienfaits et d'en démontrer le service médical rendu dans les pathologies psychosomatiques notamment.

L'étude préliminaire, présentée ici sur 65 patients, a pour objectif principal d'évaluer sur une période de 3 semaines de cure (entre J1 et J18), l'apparition d'un lâcher-prise en lien avec l'augmentation de la fluidité de conscience évaluée par un questionnaire validé chez des patients atteints de troubles psychosomatiques. Le critère de jugement principal est le score obtenu à l'auto-questionnaire d'évaluation de la fluidité de conscience (EQFC). Cette échelle est basée sur un concept phénoménologique, qui élargit le champ de l'étude au-delà du lâcher prise clinique, en y introduisant quatre dimensions, la disponibilité à soi et à son environnement, le lâcher prise, la relative passivité face au monde et l'acceptation du changement. Les résultats de l'EQFC sont comparés et corrélés à une échelle psychosomatique (échelle de Saujon) construite pour cette étude, à une échelle de dépression (échelle HAD) et à une échelle de qualité de sommeil (ISI).

Les résultats de ce travail sont concluants, établissant une corrélation de cette échelle de fluidité de conscience avec les autres échelles utilisées dont l'échelle psychosomatique de Saujon. On constate donc une amélioration de la fluidité de conscience, une amélioration de l'état psychosomatique, une diminution de l'anxio-dépression et une amélioration du sommeil après 18 jours de cure thermale. Cette amélioration est certainement due à l'association des soins thermaux par l'effet de l'eau et le changement d'environnement des patients.

Cette étude devra être consolidée et diffusée, pour mieux informer les médecins généralistes qui souhaitent prescrire les cures thermales dans le cadre de maladies psychosomatiques.

Mots-Clés:

Thermalisme - Pathologies psychosomatiques – Lâcher-prise - Conscience – Flux de conscience – Dépression – Anxiété – Troubles du sommeil