
COMMANDES DU CNETH

Lettre de mission du Président du Cneth

AFRETH
Professeur Christian-F. ROQUES
Président du Conseil Scientifique
1, rue Cels
75014 PARIS

Paris, le 19 juillet 2012

Le Cneth a créé une commission ayant pour but de déterminer les champs de nouvelles études permettant de réorienter les missions qui seraient confiées à l'Afreth.

À la faveur de ces réflexions, nous vous proposons de réaliser 3 études de faisabilité dont les conclusions devraient nous être transmises pour le 25 septembre prochain afin qu'elles soient présentées au Conseil d'administration de notre syndicat dans les jours suivants. Les thèmes retenus sont :

- construire, maintenir et exploiter une cohorte nationale de curistes,
- mettre en place une démarche nationale de veille épidémiologique,
- définir la place des cures thermales dans le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques.

Claude-Eugène Bouvier et moi-même restons à votre écoute pour vous fournir tout renseignement complémentaire dont vous pourriez avoir besoin.

Dans l'attente de vos propositions, je vous prie d'agréer l'expression de mes meilleures salutations.

Thierry Dubois



Avis du Conseil scientifique du 6 septembre 2012

Après cet échange, le Président propose d'examiner précisément les trois demandes formulées par le courrier reçu du Président du Cneth et, après discussions, le conseil adopte l'avis qui sera communiqué en réponse, dans les termes suivants :

Conseil Scientifique de l'Afreth

Le Président

À Monsieur Thierry DUBOIS
Président
Cneth
1 rue Cels, Paris, 75014

Monsieur le Président,

Vous m'avez transmis la demande du Conseil d'administration (CA) du Cneth, dans votre courrier du 19 juillet. L'opportunité de l'examen des points soulevés m'a été confirmée par Mme le Docteur Mancret, Président du CA de l'Afreth, sollicitée par un courrier du même jour.

Le Conseil scientifique, réuni à Paris, sous ma présidence, le 6 septembre 2012, a procédé à l'examen des divers points soulevés par votre correspondance.

Cette réunion a, par ailleurs, donné lieu à un échange de vues élargi sur la recherche en médecine thermale développée sous l'égide de l'Afreth. Il me paraît utile de vous présenter préalablement ces données.

Observations préliminaires

Le Conseil a ainsi rappelé que l'image de l'Afreth était une image forte qui a permis de sortir la recherche en médecine thermale du seul monde des "thermalistes" et l'a faite connaître aussi bien auprès des structures académiques que des chercheurs ; la composition même du Conseil scientifique est une garantie incontestable de la crédibilité de cette démarche de recherche.

Par ailleurs le Conseil a acté que si la poursuite d'études basées sur le modèle de référence (essai contrôlé randomisé) pouvait, dans certains cas être envisagée, il fallait également s'engager dans une approche différente aussi bien sur le plan de la méthodologie que des objectifs, ces derniers ne pouvant plus se limiter quasi exclusivement à la démonstration conventionnelle du Service médical rendu (SMR).

Les nouveaux champs de compétence constitueront le domaine d'élection de cette recherche renouvelée mais d'autres éléments devront être pris en considération.

En effet, l'approche du rôle de la minéralité devra être vraisemblablement abordée compte tenu des incessants questionnements auquel ce problème donne lieu de la part de tous nos interlocuteurs. Cette approche peut au demeurant se concevoir de diverses façons.

La dimension pré-clinique (étude des mécanismes d'action) est indispensable à la construction d'un corpus scientifique renouvelé de la médecine thermale ; cette approche

avait été jusque là tenue à l'écart des divers appels à projets de l'Afreth.

La journée de méthodologie organisée en octobre permettra d'apporter des éléments de réponse au volet méthodologique ; on devrait également envisager d'organiser une journée de réflexion sur les domaines de recherche concernant vieillissement, incapacité, handicap, addictions qui figurent parmi les problèmes de Santé publique d'aujourd'hui et de demain et auxquels la médecine thermale est susceptible d'apporter des éléments de réponse pertinents.

Réponses sur les questions posées au Conseil Scientifique de l'Afreth

Sur le problème de la constitution d'une cohorte de curistes

Le Conseil juge cette approche, déjà inscrite dans le livre blanc, comme judicieuse et utile pour la profession dans la mesure où elle produira des données utiles à la médecine thermale comme à la Santé Publique.

Elle contribuera à illustrer la place que la médecine thermale est susceptible d'occuper dans le système de santé et à améliorer ainsi sa visibilité.

La construction d'une telle cohorte devra identifier des objectifs clairs, des pathologies ciblées, des sites identifiés. Sa durée devrait être finie : cinq années, susceptibles d'être prorogées si utile et possible.

La cohorte permettra d'aboutir à la constitution d'une véritable plate-forme de recherche susceptible, en outre, de produire des éléments intervenant dans l'approche du point 3 de votre courrier (parcours de santé) après une mise en charge progressive.

Le budget annuel de fonctionnement d'une telle structure devrait se situer dans une fourchette de 300 000 à 500 000 €.

La mise en place nécessite une programmation préalable avec réalisation d'un cahier des charges. Cette tâche préliminaire essentielle nécessite un budget d'étude de l'ordre de 80 000 à 100 000 €. L'Ispe de Bordeaux accepterait de se charger de cette étude qui permettrait ensuite de recruter l'équipe qui acceptera de gérer la cohorte.

Veille sanitaire en médecine thermale

Le Conseil estime que la médecine thermale ne peut s'exonérer d'une procédure d'observation structurée et finalisée de la survenue d'événements indésirables pendant le déroulement de la cure.

Il y a là un élément de sécurité pour les patients et de crédibilité de la médecine thermale. Mais il y a aussi un bénéfice pratique car l'observation des événements indésirables est susceptible d'aboutir à une amélioration et à une sécurisation des pratiques.

Une telle veille sanitaire ne peut néanmoins être effective et efficiente sans une contribution médicale significative aussi bien au niveau du signalement que de la centralisation-transmission des données.

L'exploitation des données produites devra faire l'objet d'une analyse adéquate préalablement définie par les diverses parties concernées.

La création d'un Centre national de référence peut se construire sur la base d'une adaptation à la médecine thermale du modèle de la pharmacovigilance.

Le budget annuel de fonctionnement d'une telle structure devrait se situer dans une fourchette de 100 000 à 150 000 € pendant une durée destinée à la mise en place et à la validation de la procédure.

Là aussi une phase de définition préalable du cahier des charges doit être envisagée avec un budget de conception similaire à l'étude précédente. Le Centre de pharmacovigilance du CHU de Toulouse pourrait se charger de cette étude préalable.

Parcours de soins du patient et médecine thermale

Le parcours de soins du patient en médecine thermale peut, en effet, faire l'objet d'une approche scientifique. Cette dernière doit procéder de la définition préalable des domaines à investiguer en priorité (orientations).

Il faut ici s'inscrire dans une démarche d'établissement d'un consensus multi-professionnel dans la mesure où la méthodologie des recommandations en santé est difficilement applicable en médecine thermale.

Un partenariat avec les sociétés savantes est ici indispensable : Société française de médecine thermale, Société de médecine générale, Sociétés de médecine spécialisée (en fonction des orientations), ...

Le Conseil scientifique est à disposition pour assurer la mise en œuvre et le suivi de ces procédures. Elles ne relèvent pas de la mise en évidence du Service médical rendu et peuvent donc faire l'objet d'une commande directe du Cneth.

Espérant avoir apporté des réponses utiles à votre Conseil, et me tenant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire souhaité, je vous prie de bien vouloir accepter, Monsieur le Président, l'expression de ma plus cordiale considération.

Le 22 septembre 2012

Professeur C-F. Roques-Latrille

Président du Conseil scientifique de l'Afreth

Thermovigilance

Synthèse de l'étude de faisabilité sur la création d'un observatoire national de vigilance thermique (Onvth)

Présentation par le Pr Monstatruc en séance du Conseil scientifique du 3 octobre 2013

Les cures thermales concernent chaque année plus de 500 000 patients. Les données disponibles relatives à leurs effets indésirables (EI) sont très peu détaillées et en petit nombre. Comme pour les médicaments, l'étude des risques associés aux cures thermales devient un élément indispensable à leur évaluation. La pharmacovigilance peut servir de modèle et jouer un rôle de soutien dans la mise en place d'une surveillance structurée des EI associés aux cures thermales. Une étude de faisabilité sur la création d'un Observatoire national de vigilance thermique (Onvth) a été réalisée durant le premier semestre 2013.

Cette étude a été conduite sur 2 stations thermales (Luchon et Bagnères-de-Bigorre). Les EI ont été recueillis sur 2 périodes de 3 semaines (mars/avril 2013 et mai 2013). L'objectif principal de ce travail était de définir les modalités de mise en place d'un recueil prospectif des EI, en l'occurrence :

- définir un circuit de déclaration et d'information des EI adapté au fonctionnement propre des deux établissements thermaux désignés pour l'étude,
- analyser les EI recueillis pour affiner la connaissance sur les EI à déclarer.

Un chef de projet (CP) et un assistant de recherche clinique (ARC) ont été chargés de la réalisation de cette étude. Après l'élaboration des documents de travail (fiche de recueil, communiqués, affichettes, base de données, plan d'analyse des données), une part importante de la charge de travail a consisté à sensibiliser et stimuler les déclarations des professionnels de santé et du personnel des établissements thermaux (courriers, téléphones, fréquents déplacements sur site de l'ARC accompagné du CP jusqu'à la fin du 1^{er} recueil puis relais par l'ARC).

Le pourcentage de déclarations d'EI a été estimé à 2,4 % (n=73 questionnaires, 1 questionnaire pouvant contenir plusieurs EI), le dénominateur étant la population exposée à la cure thermique durant la période d'étude (n=3090 curistes). Comme pour les EI médicamenteux, la notification spontanée ne correspond pas à une évaluation exhaustive des EI. Il faut tenir compte du taux important de sous-notification liée à cette méthode de recueil. Parmi ces EI, 9 % (n=9) étaient considérés comme "graves" dont 4 ont conduit à une hospitalisation.

Les résultats de cette étude montrent l'importance et la nécessité de communication avec le personnel et les professionnels de santé des établissements thermaux pour adapter le processus de déclaration d'EI au fonctionnement de chaque station, pour informer, former et stimuler les déclarants. Ces différents contacts ont constitué une part importante de la charge de travail du responsable de projet et de l'Assistant de recherche clinique (ARC). Par ailleurs, l'inclusion de déclarants autres que les médecins a montré

un intérêt particulier avec une complémentarité dans les déclarations d'EI. Enfin, l'incidence et la nature des EI observés durant cette période de surveillance sont en accord avec les données de la littérature.

Malgré les limites de cette étude [inclusion de 2 stations thermales, périodes de recueil courtes, faible fréquentation des thermes (puisque l'étude a été faite en basse saison) et sous-notification], ces résultats préliminaires confirment la faisabilité et l'intérêt d'un réseau de vigilance thermale, indispensable pour une évaluation rigoureuse du rapport bénéfice-risque des cures thermales. Grâce à ces données et à l'expérience acquise dans la surveillance des EI médicamenteux du Centre Midi-Pyrénées de pharmacovigilance, il est possible de décrire les missions de l'Onvth, et de proposer des moyens fonctionnels à mettre en œuvre pour la mise en place de cet observatoire.

Bien évidemment, comme pour le médicament et la pharmacovigilance, le bon fonctionnement de l'Onvth reposera sur la collaboration active des professionnels de santé du thermalisme (médecins thermaux, pharmaciens, infirmiers(ères), personnel des thermes...). Ce sont eux qui devront notifier par les moyens mis en place les EI. Sans ce principe de la notification spontanée, nous ne pourrons réussir. L'ARC, sous la responsabilité d'un responsable clinique et scientifique, aura comme missions le soutien et la sensibilisation de ces professionnels à la déclaration.

Ils envisagent une expérience de recueil sur une dizaine d'établissements volontaires pour un coût annuel de variant de 394 000 à 308 000 € soit 1 010 000 € sur 3 ans durée minimale.

Validation AG du Cneth du 11 juin 2014

Vigilance thermale (2013) : pour mémoire, le travail préliminaire confié à l'équipe du Pr Montastruc a permis de valider une forme de recueil de ces événements ainsi que l'imputabilité sur la base de la grille de l'OMS, et d'évaluer l'importance épidémiologique des divers événements indésirables. La suite de ce projet sera déterminée par les résultats d'une enquête terrain menée par le Cneth auprès des établissements thermaux qui réalise un état des lieux de la veille des événements indésirables et recueille les besoins et attentes des professionnels dans ce domaine.

Cohortes

Étude de l'intérêt et de la faisabilité de la mise en place d'une cohorte de patients ayant recours au thermalisme

Présentation par le Pr Salamon en séance du Conseil scientifique
du 3 octobre 2013

L'Afreth a sollicité l'Isped (Bordeaux 2) pour une étude de faisabilité de mise en place d'une cohorte dans le champ du thermalisme. Le travail a consisté en :

- une recherche bibliographique,
- une consultation d'experts : médecins thermaux, utilisateurs de bases de données existantes, responsables de cohortes, spécialistes en économie, épidémiologie, pharmacologie,
- deux enquêtes de terrain, par voie postale auprès de médecins thermaux et de directeurs d'établissements thermaux.

Conclusion

Il ressort de cette étude que trois modalités de cohorte peuvent être envisagées :

1) Une cohorte pouvant apporter rapidement et aisément des réponses à propos de l'intérêt économique des cures thermales. Une telle cohorte sera un élargissement du projet Ecotherm cofinancée par l'Afreth et la Mutuelle des fonctionnaires. Une telle cohorte devrait être mise en place pour une durée de 4 à 5 ans. On peut prévoir un coût annuel de 50 à 60 000 euros.

2) Une cohorte pouvant apporter des réponses à propos de l'évolution de l'état de santé des curistes. Il serait alors intéressant (et indispensable) de s'associer à la cohorte *Constance* qui se met en place actuellement (200 000 inclusions prévues). Une telle perspective ne peut se mettre en place que progressivement (au rythme de la mise en place de la cohorte *Constance*) et pourrait s'attacher soit aux seuls curistes (au total autour de 2000), soit à toutes les personnes porteuses de pathologies en rapport avec le thermalisme et qui devront être définies par un comité de pilotage. Notons qu'une telle cohorte aurait de nombreux avantages car *Constance* permet un recueil approfondi ; mais elle ne s'inscrit pas dans le très court terme et ne concernerait qu'un nombre restreint de curistes. Une telle perspective ne semble pas devoir être négligée. On peut prévoir pour une telle cohorte un coût voisin de 150 000 euros par an.

3) Une cohorte de curistes permettant de suivre leur satisfaction, leur évolution. Cette cohorte exclusivement propriété du thermalisme offre plusieurs avantages :

- permettre une participation diversifiée sur le plan territorial (les enquêtes réalisées ont montré un fort intérêt assez général),
- de recruter un nombre important de personnes,
- d'offrir l'utilisation (sous condition) de cette cohorte à différents laboratoires de recherche, valorisant ainsi le rôle du thermalisme. En contrepartie, les données recueillies devront certainement être limitées à des questionnaires périodiques même s'il

est permis d'imaginer des études ad-hoc sur des échantillons particuliers. Cette cohorte pourrait inclure d'emblée plusieurs milliers de curistes échantillonnés et devrait être prévue pour un minimum de 5 ans avec possibilité de la poursuivre au-delà. Le coût d'une telle cohorte devra être précisé mais on peut raisonnablement penser qu'il se situera entre 300 000 et 450 000 euros par an.

Il est clair que si le choix se porte sur la réalisation de plusieurs des cohortes envisageables, des coûts (de personnel en particulier) pourraient être mutualisés permettant un coût global inférieur à la somme des coûts unitaires de chaque cohorte

Avis du CA du Cneth validé en AG du Cneth du 11 juin 2014

Cohorte thermale (2013) : trois solutions étaient proposées par le Professeur Salamon dans le même objectif de recueillir des données en santé publique et d'évaluer les consommations en biens et services de santé des curistes (suivi de la cohorte Écotherm, rattachement à la cohorte Constances pilotée par l'Inserm et la Cnamts, création d'une cohorte *ex-nihilo*).

Une participation institutionnelle à la cohorte Constances (200 000 participants à terme) est à l'étude et sera conditionnée par le montant de la cotisation ouvrant droit à l'accès à la cohorte.

Parcours de santé du curiste en médecine thermique

**Synthèse présentée en Conseil scientifique du 3 octobre 2013
par le Pr Roques**

Démarche de réflexion du parcours de santé en médecine thermique élaborée en partenariat avec la Société française de médecine thermique (rencontre du 19/09/12 avec CF Roques, CE Bouvier, P Carpentier, O Dubois, P Jeambrun)

Deux ordres d'éléments sont à envisager :

a) **l'approche médico-scientifique** : indications, non indications, contre-indications de la cure thermique.

Facteurs à prendre en compte :

- a. la production scientifique en balnéothérapie (cf état des lieux des 20 dernières années),
- b. les ressources humaines : limitées au niveau du monde thermal sur le plan scientifique et le peu d'intérêt des spécialistes notamment universitaires,
- c. les divers domaines seraient abordés avec des méthodologies qui seront définies au fur et à mesure de l'avancement des travaux,
- d. la thématique des affections ostéo-articulaires comme premier domaine abordé est validée :

- avec l'organisation d'une conférence d'experts durant les journées d'Enghien (Novembre 2013)

- la possibilité de présenter les recommandations musculo-squelettiques au congrès de l'Espr (Marseille 26 au 31 mai 2014) (mais aussi recommandations méthodologiques).

- la nécessité de parvenir à la composition d'un Groupe de travail : président un universitaire rhumatologue ou MPR (C. Hérisson), des spécialistes de ville et d'hôpital, des médecins généralistes, des médecins thermaux généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes et infirmiers.

e. l'abord des autres thématiques fera l'objet d'une approche ultérieure à l'issue de ce premier volet.

b) **les éléments de construction d'un parcours de santé du curiste** en amont, pendant et en aval de la cure avec les divers professionnels concernés.

a. à ce stade pas de méthodologie concevable car nécessité de débattre sur le contenu, les acteurs concernés.

b. une réunion générale préalable des acteurs est nécessaire destinée à fixer le contour des éléments à travailler : organisation de la filière des soins thermaux, positionnement et matérialisation de la médecine thermique dans le parcours de santé.

c. le groupe de travail initial pourrait rassembler les catégories d'acteurs suivants : médecins thermaux (Société savante, Syndicat) (généralistes, spécialistes, de 4 à 6), médecins

prescripteurs (généralistes, spécialistes – rhumato-dermato, médecins du travail, médecin conseil) (4 à 8), exploitants, patients (curistes et patients)

d. la date retenue à priori est le samedi 25 janvier 2014, la réunion aura lieu au Méditel.

e. l'animateur sera Mr Alain Coulomb

Compte rendu de la Réunion du 25 janvier au Méditel

Le parcours de santé du curiste

Participants

M. Rachid Ainouche ; Dr Corinne Amar ; Mme Roberte Aubert ; Mme Ghyslaine Baron ; Dr Patrick Bergugat ; Dr Mohamed Boughlali ; Dr Elisabeth Caillaud ; Pr Patrick Carpentier ; Dr Michel Colson ; M. Alain Danglade ; Pr Pierre-Louis Druais ; Dr Olivier Dubois ; M. Thierry Dubois ; Dr Philippe Ducamp ; Dr Danielle Faure-Imbert ; Dr Romain Forestier ; Dr Monique Fourot-Bauzon ; Dr Alain Francon ; Dr Bernard Freche ; M. Ernest Froideval ; Dr Claude Gaborit ; Dr André Galinowski ; Dr Alain Garcia ; Pr Laurent Grange ; M. Jean-Pierre Grouzard ; Mlle Adeline Guerard ; Dr Jean Imbert ; Dr Pascale Jeambrun ; Mme Anne-Sophie Joly ; Dr Eric Jouret ; Dr Georges Lance ; M. Didier Le Lostec ; Mme Marie-Ange Martincic ; Dr Michel Palmer ; Dr Josiane Percodani ; Mme Nathalie Raffort ; Mme Nadine Randon ; M. Gérard Raymond ; Mme Carole Robert ; M. Serge Robert ; Dr Patrick Sichere ; Dr Jean-Gabriel Suffran ; Mme Martine Vaillant.

M. Alain Coulomb ; M. Claude-Eugène Bouvier ; Pr Christian Roques.

Présentations introductives

A. Coulomb

L'organisation du système de soins est aujourd'hui insatisfaisante dans le sens où l'on est passé d'une prise en charge des soins aigus à celle de pathologies chroniques.

La gouvernance territoriale reste à définir avec une répartition des tâches entre le ministère, les ARS et les conseils généraux.

Les modes de financement qui privilégient le paiement à l'acte sont inadaptés au développement du parcours de santé.

Des terminologies différentes (parcours de santé, de soins, de vie) mais au final toujours un parcours du combattant et des facteurs communs qui sont la fragilité des transitions dans les prises en charge entre les différents acteurs (ville-hôpital, etc.).

Le parcours de santé est une exigence accrue à la lumière du poids croissant des dépenses consacrées à la prise en charge de la maladie chronique. Néanmoins celui-ci peine à s'imposer. Comment la médecine thermique peut-elle y participer ?

C-E. Bouvier – Données économiques

Le codex organisant le fonctionnement des établissements thermaux est peu consistant ; ils ont été déclarés par l'Igas comme quasi inconnus du Code de la Santé Publique, dont seulement une quinzaine d'articles, désuets pour certains d'entre eux, concernent la médecine thermique. Ils sont essentiellement consacrés à l'autorisation d'exploiter une eau minérale naturelle, un établissement, à la sécurité sanitaire. Les articles du code de la Sécurité sociale régissent le remboursement. La médecine thermique reste dans le volet Nomenclature générale des actes professionnels. Au final, l'essentiel des textes est concentré dans la convention.

Impact sur le financement de l'assurance maladie. Il faut distinguer les dépenses totales de santé (DTS - référence internationale), les dépenses courantes de santé (DCS), la consommation de soins et de biens médicaux (Csbm) ; l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est un élément essentiel. La cure thermale représente 0.12% des DCS, 0.13 % des DTS, 0.17 % de la Csbm et 0.18 % de l'Ondam. Ce qui représente 1/10^{ème} d'une épidémie peu sévère de grippe. Entre 2008 et 2012, les honoraires médicaux ont progressé (+15 %), ainsi que les forfaits de soins (+16 %), mais moins que les dépenses de transport et d'hébergement (+20 %). La contribution financière du patient, selon son taux de prise en charge, varie de 650 € à 1 150 €, représentant 42 % à 73 % de la dépense totale. Après une baisse décennale et une inflexion en 2009, on observe une remontée pour atteindre 540 000 curistes en 2013. La médecine thermale "surfe" sur la vague des "papy-boomers".

On note 451 000 prescriptions en rhumatologie, 72 000 en voies respiratoires, 68 500 en phlébologie, 27 500 en métabolisme digestif. Le terme de psycho-somatique est devenu inapproprié ; il faut considérer les troubles fonctionnels somatiques d'origine indéterminée. Les cures pour enfants sont en forte baisse (9 500 en 2013). Sont concernées des classes moyennes avec un niveau de revenus modéré : 15 % en dessous du plafond de ressources, 3 % pour la Couverture médicale universelle-c et l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, 20 % en Affections de longue durée.

C-F. Roques – Enquête TNS Sofres Healthcare – 112 419 curistes – 2006

Méthodologie

Après réalisation d'une étude pilote, 400 000 questionnaires ont été distribués dans 91 stations thermales entre mai et octobre 2006. 112 419 questionnaires complets ont été recueillis en provenance de 78 stations représentant 95 % de l'activité globale. L'échantillon a été redressé afin de se rapprocher des caractéristiques de la population-mère.

Résultats

Les patients sont âgés en moyenne de 63 ans ; 68 % ont 60 ans ou plus ; 65 % sont des femmes ; 17 % sont des primo-curistes.

Les principales pathologies traitées sont les rhumatismes (83 %), les pathologies ORL ou respiratoires (17 %), les problèmes veineux (13 %) ; 36 % des patients étaient traités pour deux pathologies. La cure a été préconisée à l'initiative du médecin dans 68 % des cas. Les patients plus jeunes sont essentiellement traités pour des troubles respiratoires ou ORL, dermatologiques, gynécologiques ou du développement.

Les patients ont déclaré que le traitement thermal avait eu un effet bénéfique sur la réduction de la douleur physique (71 %), la réduction de la consommation médicamenteuse (50 %), leur relaxation (44 %) et la qualité du sommeil (19 %). 97 % des patients ont constaté que leur précédente cure avait un effet durable de plus de 6 mois : douleurs réduites (74 %), moindre consommation de médicaments (57 %), meilleure qualité de vie (52 %).

Les patients considèrent que la cure thermale est un traitement naturel (63 %) ; agissant comme une médecine complémentaire (55 %), efficace dans le soulagement de la

douleur (46 %), avec peu d'effets indésirables (39 %) ; 46 % la jugent plus efficace et 49 % au moins aussi efficace qu'un traitement médicamenteux.

73 % des patients estiment que la durée conventionnelle du traitement de 18 jours devrait être adaptée à chaque curiste. La rencontre d'autres patients partageant les mêmes problèmes est appréciée (34 %) ainsi que la réception d'une information/éducation sur des thèmes relatifs à la santé (64 %). Parmi ceux-ci, les principaux domaines plébiscités sont le mal de dos (60 %), l'activité physique (49 %), la nutrition (38 %), les maladies cardio-vasculaires (35 %), la mémoire (34 %), le risque de chute (14 %) et les problèmes dermatologiques (13 %).

90 % estiment que le remboursement des cures thermales est justifié et 88 % sont prêts à se mobiliser pour le maintien de ce remboursement.

Conclusion

Les curistes français considèrent que la cure thermale est efficace et naturelle et que son remboursement par l'Assurance maladie doit être préservé ; la durée de la cure pourrait être adaptée en fonction du profil du curiste. Le traitement hydrothérapeutique doit s'enrichir d'actions liées à l'éducation à la santé ou à la pratique d'activités physiques.

C-E. Bouvier - Étude Harris - 2013

Cette enquête a été commanditée par le Cneth aux fins de mieux connaître la perception de la cure thermale par les médecins généralistes (MG). 500 médecins généralistes (MG) dont les coordonnées ont été extraites d'un "access panel" (base d'individus, caractérisés par leurs courriels et ayant accepté d'être recontactés pour des études) ont participé à une enquête online. 87 % d'entre eux estiment que les effets curatifs de la médecine thermale sont médicalement reconnus et le même pourcentage considère qu'elle évolue dans le bon sens, mais peu présente à l'esprit des MG et un niveau de connaissance relativement faible (47 %) ; 54 % des MG estiment que la prescription est à l'initiative conjointe du patient et du médecin ; 16 % uniquement le médecin, 30 % uniquement le patient. Il y a une bonne acceptabilité par le patient comme par le médecin (peu de refus de cure de l'un ou de l'autre). Leurs patients curistes sont satisfaits à en juger par le % estimé de ceux qui souhaitent la renouveler (84 %). Les médecins identifient bien le caractère efficace et durable des effets. Le MG s'interroge sur l'importance de la dimension minérale (18 % pensent qu'il serait possible d'obtenir les mêmes résultats avec une eau non minérale). Le niveau de connaissance des études est insuffisant (73 % ignorent leur existence) mais ils sont intéressés à les connaître (de 76 % à 80 %). Les conditions matérielles de la prescription sont bien dominées tout en souhaitant une meilleure information sur les éléments pratiques et scientifiques.

Au final, cette étude révèle un paradoxe : si les médecins généralistes ont une bonne perception de la médecine thermale et lui reconnaissent des effets curatifs et durables, ils admettent néanmoins ne pas avoir une connaissance scientifique du sujet. Il s'ensuit que leur attitude face à la prescription repose sur une initiative partagée avec le patient.

C-E. Bouvier – Enquête de l'Alliance nationale contre l'arthrose – 2013

L'Alliance contre l'arthrose, créée à l'initiative de l'Association française de lutte anti-rhumatismale réunit les parties prenantes impliquées dans la prise en charge de l'arthrose

dont le coût, croissant, de la prise en charge est aujourd'hui estimé à 3 milliards d'euros. L'enquête a recueilli 2 914 réponses exploitables (3/4 de femmes, 70 % entre 50 et 69 ans, 40 % en activité professionnelle). 492 personnes de cet échantillon avaient déjà fait au moins une cure qu'elles jugeaient efficace contre l'arthrose dans 82 % des cas. L'opinion exprimée à cet égard, en y agrégeant ceux qui n'ont pas effectué de cure, reste largement favorable (78 %). Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'il sont issus d'une enquête menée par une organisation tierce indépendante de la profession.

Table ronde les patients et les prescripteurs

Les médecins prescripteurs

Pour le *Dr P. Sichère*, l'image du thermalisme est insuffisante ; le thermalisme doit se faire connaître des médecins ; la médecine thermale peut s'intégrer dans des réseaux existants ; manque d'intérêt des médecins thermaux pour les éléments novateurs.

Le *Pr L. Grange* : le patient doit être au centre du dispositif de la cure comme de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ; nécessité de formation des acteurs thermaux à l'ETP ; importance de faire passer les mêmes messages ; peu d'intérêt des médecins thermaux.

Le *Pr B. Frèche* : décalage par rapport aux prescripteurs ; nouvelle génération de prescripteurs, mieux formés, pas de correspondance universitaire cliniquement visible. La médecine thermale doit apparaître dans la formation des médecins. Les patients et les médecins souhaitent sortir du médicament, et adoptent une vision plus globale ("holistique") du patient. La médecine thermale est absente de la formation initiale et continue.

Le *Dr A. Garcia* s'interroge sur la mission du médecin thermal qui doit intégrer de nouveaux éléments et ne pas se réduire au seul soin. Le parcours de santé est lié à la notion de territoire de santé. L'essentiel doit se faire en proximité. Il y a des contraintes ; la prise en charge n'est pas uniquement liée aux soins dans beaucoup de cas ; l'organisation des soins ne permet pas de bien mettre en œuvre la prévention ; les besoins, les intervenants, l'évaluation des résultats doivent être définis. Insuffisance rénale, radiothérapie, personne âgée dépendante, ce sont les parcours priorités pour l'année 2014. Le thermalisme n'a de place que s'il répond à un besoin identifié. Il faut aussi qu'il apporte la preuve de l'utilité de son action. Il semble qu'il y ait des financements possibles dans l'avenir pour la coordination et l'éducation. La notion de patient expert doit être prise en compte.

Le *Dr G. Lance* : mauvaise définition des indications médicales.

Le *Pr P-L. Druais* : nécessité d'avoir un référentiel métier et derrière un référentiel formation ; ce qui permet de communiquer vers les autorités, les autres médecins, les patients. Beaucoup de médecins peuvent avoir des représentations mentales erronées sur la médecine thermale. C'est un point important sur lequel il faut travailler. Importance de bien centrer l'action sur le patient. Les liens entre les médecins thermaux et les établissements thermaux doivent être travaillés.

Le *Dr A. Galinovski* s'interroge sur la difficulté pour le médecin traitant de bien identifier le rôle du médecin thermal.

Le Dr M. Fourot-Bauzon : l'ETP lui paraît importante mais constate que la demande des curistes est loin d'être systématique. Par ailleurs, les médecins prescripteurs ont du mal à envoyer les enfants en cure thermique du fait de la disparition des maisons d'enfants.

Le Dr R. Forestier : constat d'une collaboration entre les médecins thermaux et les établissements thermaux pour définir ce que la cure thermique peut apporter aux patients. Les médecins thermaux sont désireux de s'impliquer mais il est nécessaire de tenir compte de leur agenda.

Le Dr O. Dubois se félicite de la dynamique qui s'est installée entre les médecins thermaux et les établissements thermaux et des nouvelles perspectives de l'enseignement de l'hydrologie en faculté.

Les associations représentatives des patients et des curistes

Mme A-S Joly (Collectif sur l'obésité) : le patient doit être au cœur de la problématique avec un descriptif de sa prise en charge et l'identification de sa place et de ce que l'on attend de lui. Nécessité de coordination, de capacité de travailler ensemble.

M. J-P Grouzard (Fédération française des curistes médicalisés (Ffcm) : le patient change ; il est de plus en plus informé et de moins en moins en situation de "vénération" vis-à-vis du médecin ; il veut être considéré comme un adulte et nouer un vrai dialogue avec son médecin.

Mme C. Robert (Fibromyalgie France) : la douleur chronique dont souffre 25 % de la population est insuffisamment prise en compte ; le parcours de santé doit allier diagnostic précoce et prise en charge en réseau, le centre thermal venant en relais du réseau ou du centre de rééducation fonctionnelle. Intérêt du DMP.

Mme Aubert (Association des psoriasiques) : pas de problème pour la prescription de cure pour l'orientation rhumatologie, difficulté pour l'orientation dermatologie. L'ETP en milieu hospitalier est peu adaptée à la plupart des patients, en particulier des actifs. La cure est un moment privilégié pour la mise en œuvre de l'ETP.

M. E. Froideval (Ffcm) : un nombre significatif de curistes signale des difficultés à faire accepter par le médecin traitant l'idée de la prescription d'une cure.

M. G. Raymond (FFD) : le patient doit être au centre du dispositif mais surtout il doit être acteur et au niveau des autres acteurs. Il doit être informé de l'offre de soins. La réflexion sur l'offre de santé doit se construire entre les acteurs. La coordination et encore plus la coopération des acteurs est importante ; il faut faire en sorte que le patient soit un véritable acteur. Les patients savent aussi ce qui est bien pour eux.

M. A. Coulomb, en synthèse, restitue que la médecine thermique répond à une demande d'approche globale ; le patient doit être acteur ; c'est un levier fondamental de changement. Les relations entre les médecins thermaux et les prescripteurs, les médecins thermaux et les établissements thermaux doivent être travaillées.

Table ronde : avant, pendant, après la cure

Dossier du curiste

Élément de continuité ; existence de dossier au niveau de l'établissement qui contient dans certains cas des données médicales. Des initiatives locales sont en voie

d'expérimentation (logiciel "mesurethermales" à Dax – Dr Ducamp). La question du Dossier médical personnel du curiste est posée par A. Coulomb : les associations de patients sont favorables à l'existence d'un dossier qui soit un lien entre les acteurs ; la difficulté est la multiplicité des opérateurs de dossiers. Le détenteur du dossier doit être identifié : curiste, autre élément, ... Le curiste paraît un destinataire naturel du dossier sinon son détenteur unique ; le dossier informatisé ne fera pas disparaître le dossier papier. Les expériences de dossiers existants dans certains réseaux sont des expériences utiles, susceptibles de fournir des références. D'une manière générale, le médecin traitant n'est pas en situation de répondre à la demande du patient en termes d'information. Elle peut justifier une consultation spécifique, dédiée. Ce qui est important, c'est d'identifier les informations utiles. Les systèmes d'échange d'information sont essentiels. Les questionnaires remplis en ligne sur Ameli sont une expérience intéressante, transférable à la prescription de la cure avec échange d'information. Il existe d'ores et déjà un dossier du patient à l'assurance maladie. Le système doit s'inscrire dans une démarche où tout le monde doit être gagnant (patient, médecin, assurance maladie) : un dossier simple et robuste, ne visant pas à l'exhaustivité mais aux données pertinentes essentielles.

La cure

Surveillance médicale

Contrat de qualité ; nécessité de faire trois consultations ; la consultation intermédiaire peut être destinée à un acte de dépistage (surdité chez l'enfant, pré-diabète, ostéoporose, fragilité, etc.) ; troisième consultation document thermal de liaison qui doit décrire la cure et faire des propositions. Le questionnaire pré-cure testé à La Léchère n'a pas eu véritablement de suites. Mais la disponibilité du médecin traitant est limitée. (Dr M. Palmer – Syndicat des médecins thermaux).

Place de l'établissement thermal

Demande de modernisation de la thérapeutique, de l'organisation des soins (M. R. Aïnouche), justification de la prescription, évolution des orientations vers des indications plus ciblées.

Importance de la mise en place des groupes de parole.

Mlle A. Guérard souligne la difficulté du partage d'information avec le médecin traitant. M. R. Aïnouche insiste sur la nécessité de construire un parcours de soins en partenariat avec le médecin traitant, sans parasiter son rôle.

L'aval

Le problème est la poursuite de la démarche thérapeutique, notamment éducative, après la cure, pour optimiser ce qui a été effectué pendant la cure.

Le recueil d'information à distance sur les résultats du traitement thermal est fondamental. Mais nécessité d'avoir une organisation appropriée pour maintenir un contact avec le curiste (gestion d'appels et d'e-mails sortants). Cependant tous les curistes ne sont peut-être pas intéressés par le maintien du lien.

Le recueil d'informations est utile pour mesurer l'efficacité de la prise en charge thermique et éducative et permettre l'évolution des pratiques.

Les médecins traitants sont intéressés par cette organisation des soins thermaux qui contribue à les aider à structurer et sécuriser le parcours de santé.

Les associations peuvent jouer un rôle important dans le maintien de ce lien entre les acteurs. Les patients experts en particulier ont un rôle crucial et notamment dans l'éducation thérapeutique.

À l'issue du séjour, l'établissement peut proposer des coordonnées d'associations de patients.

Le rôle du médecin traitant est fondamental. Le patient et lui sont les personnes sur lesquelles doit se centrer le dispositif.

Le but de ces liens maintenus est de renforcer l'observance, évaluer l'efficacité, enrichir l'information du patient, améliorer les pratiques de prise en charge, et fidéliser les patients.

L'évaluation

Elle est destinée à améliorer le service rendu au patient et le fonctionnement des établissements. L'évaluation doit être médicale : il y a d'abord l'information produite par l'évaluation du patient durant la présence du curiste en station ; mais il y a également l'évaluation des résultats de la cure sur la santé des patients. L'auto-évaluation est particulièrement pertinente en utilisant des outils valides et ce d'autant plus que l'impact de la médecine thermale se fait surtout dans le cadre de l'amélioration de la douleur, des capacités fonctionnelles, de la qualité de vie.

M. Thierry Dubois souligne à quel point l'évaluation financée par le Cneth et l'Association des communes thermales et menée par l'Afreth a été déterminante dans le maintien du taux de prise en charge des cures thermales.

En fait, l'évaluation médicale peut être le support d'études planifiées mais elle est également le support du suivi simple du fonctionnement de la structure (audit interne). Dans les deux cas les mêmes outils peuvent être utilisés selon les modalités appropriées à chaque situation. Dans l'évaluation du fonctionnement de la structure et plus généralement du parcours de santé, la méthode du patient-traceur (cf. recommandations HAS 2013) s'avère particulièrement appropriée.

L'élément fondamental est d'utiliser des outils validés lorsqu'ils existent (et c'est le cas pour la plupart des situations) où à créer selon les règles méthodologiques de la construction d'outils d'évaluation (c'est rarement nécessaire et, à la limite contre-productif. Le risque est de se voir reprocher l'utilisation d'outils "qui vous arrangent").

L'évaluation doit être médico-économique. On peut utiliser des données existantes. L'accès est difficile ; le traitement complexe. On peut aussi construire son propre système de production de données. Mais il doit utiliser des outils valides. L'assurance maladie semble disposée à aider dans l'approche médico-économique.

Des éléments de consensus

- Le fondement médical de la prescription d'une cure thermale n'est pas discuté.
- L'information des médecins et des patients n'est pas suffisante.
- La réflexion sur la place de la cure dans la prise en charge du patient doit aboutir à un corpus scientifique médical et à sa transmission aux médecins dans le cadre de la formation initiale et continue des médecins avec élaboration de référentiels (métier et éducatif).

- Le thermalisme doit être visible et intégré dans l'offre de santé.
- Le patient qui est en demande d'une approche à la fois globale et personnalisée doit être un acteur et un partenaire à part entière ; tout doit être centré sur le patient.
- La cohésion et la cohérence des acteurs du monde thermal ne sont pas suffisantes et doivent être travaillées.
- Un suivi matérialisé est nécessaire ; le dossier du curiste doit être un dossier partagé ; il doit se limiter aux informations pertinentes. Le patient doit en être détenteur, assister et participer à la confection du dossier. Tout le monde est gagnant : le patient, les acteurs de santé, l'Assurance maladie.
- Le recueil d'informations sur l'état du patient (questionnaire pré-cure) est a priori pertinent. Il doit s'inscrire dans un acte médical spécifique dédié à la prescription de la cure thermale.
- Le contact doit être maintenu avec le curiste après la cure de manière organisée.
- L'évaluation médicale est fondamentale. L'auto-évaluation est particulièrement pertinente en utilisant des outils valides.
- L'évaluation médico-économique est tout aussi fondamentale ; mais l'accès aux données de l'assurance maladie sera toujours une limite.
- Au total : 1) importance de l'articulation avec l'amont ; il faut bien utiliser les outils existants : dossier simplifié, référentiels, informatique, retours réciproques ; 2) l'organisation avec l'aval doit tisser les fils de maintien des liens pour les patients qui le souhaitent, gérer les échecs ; 3) l'évaluation doit être scientifique, médicale et médico-économique. L'évaluation d'entreprise est légitime et nécessaire. Elle vise à recueillir l'opinion du patient ; elle doit utiliser des outils valides adéquats.

Indications des cures thermales

Synthèse des échanges des 8, 24 et 25 janvier ;13 février ;
4, 20 et 26 mars, 4 avril 2014

CF Roques (Pdt Conseil scientifique Afreth), CE Bouvier (Chargé de Mission Afreth), P Carpentier (Pdt Société française de médecine thermale-SFMT), O Dubois (Pdt élu SFMT), P Jeambrun (rédactrice *Presse thermale et climatique*), A Françon (SFMT), C Hérisson (Université de Montpellier).

Dans un premier temps il est décidé d'aborder le problème de la rhumatologie, en raison du nombre de curistes comme du nombre d'études contrôlées et méta-analyses existantes. L'état de l'art a été présenté par un groupe d'experts internationaux à Engghien le 5 novembre 2013.

Le groupe de travail a élaboré des modalités opératives dont les principes et les résultats sont présentés ci-après dans la synthèse de la réunion de Montpellier.

Compte rendu de la réunion de synthèse du 25 avril 2014 à Montpellier

Ce compte rendu sert de minute pour l'élaboration du texte de synthèse des données de la bibliographie et des débats en séance ; cette synthèse a été présentée à Marseille le 28 mai (Congrès de l'European society of physical and rehabilitation medicine) ; l'article scientifique est en cours d'écriture.

Participants

- Comité d'organisation : Pr Herisson (Pdt), Pr Roques (Afreth), Dr Françon (SFMT), CE Bouvier (Afreth)
- Rapporteurs : Dr I. Tavares, Dr E. Thomas (CHU de Montpellier)
- Experts : Dr R. Forestier, Dr A. Françon
- Jury : Drs L. Grange, H. Desfour, M. Tessier, M. Wisniewski, R. Miquel Taboada, JP Cambière, C. Vaugeois, F. Dubouis, JP Cano, A Garcia ; Mrs A. Minard, J. Burille, JM Cousin, J Roussillon

Le questionnement auquel il s'agit de répondre est le suivant :

* *La médecine thermale rend-elle un service médical aux patients ?* Il s'agit d'identifier les éléments améliorés (douleur, fonction, qualité de vie, signes objectifs,...) et déterminer si la cure est mieux indiquée dans certaines formes cliniques ou à certains stades de la maladie (indications, non indications, contre-indications, *quels effets secondaires* sont identifiés ?) ? Quel est le *niveau de preuves* ?

* *Quels programmes de soins thermaux sont ainsi évalués* (nature des produits, modalités d'administration, durée des soins et du traitement) ? Quelles qualifications et compétences pour le personnel soignant destiné à mettre en œuvre ces programmes de soins ? Quel rôle joue l'*élément minéral* ? *Quelle place pour les techniques éducatives* et de promotion de la santé

Les réponses à ce questionnement seront déclinées par groupe de pathologies

- pathologie mécanique du rachis

- pathologie mécanique des membres
- fibromyalgie
- rhumatismes inflammatoires

Méthodes d'analyse de la littérature

L'analyse de la littérature utilisée a porté sur la base *Medline* avec les mots clefs : “balneotherapy, spa therapy, crenobalneotheapy, muds, ...” et ceux des différentes pathologies considérées.

La qualité des articles a été réalisée à l'aide de la grille de I. Boutron et Ph. Ravaud portant sur la méthodologie (qualités d'un essai bien mené). Le biais de publication n'a pas été considéré pour toutes les pathologies

Lombalgie chronique

10 essais cliniques contrôlés concernent la lombalgie chronique (douleur lombaire pouvant irradier à la face postérieure des cuisses sans dépasser le genou et évoluant depuis trois mois au moins). Leur niveau méthodologique est moyen pour trois d'entre eux, faible pour les autres. 1117 patients ont été enrôlés dans ces essais ; 480 patients ont été enrôlés dans les essais de niveau méthodologique le meilleur.

On peut donc, quatorze années après, valider les conclusions de l'HAS de “Le thermalisme peut être proposé dans la prise en charge du lombalgique chronique, car il a un effet antalgique et contribue à restaurer la fonction” (grade B de recommandation : présomption scientifique) et confirme l'existence d'un Service médical rendu (SMR) par la cure thermale.

La consommation d'analgésiques et/ou d'AINS est habituellement réduit après la cure thermale (niveau C).

Les actions de promotion de la santé, en particulier le réentraînement à l'effort, l'activité physique adaptée, la diététique, l'éducation du patient sont à recommander durant le séjour thermal qui offre des conditions particulièrement intéressantes pour leur mise en œuvre (niveau C). La cure thermale offre un moment privilégié pour la mise en œuvre d'actions éducatives ; les messages éducatifs doivent être construits et véhiculés de manière cordonnée et homogène par les divers acteurs de la station (consensus professionnel).

Sur la base d'un consensus professionnel, on peut retenir comme indications pertinentes et utiles les suites opératoires de chirurgie rachidiennes, les radiculalgies chroniques, les pathologies liées au travail (accident du travail ou maladies professionnelles), les troubles statiques du rachis douloureux de manière chronique, les rachialgies chroniques survenant après lésions ostéoporotiques. Dans ces diverses situations cliniques, les programmes de soins doivent être particulièrement adaptés aux besoins spécifiques des patients.

Cervicalgies

Deux essais cliniques ont été publiés, l'un porte sur 51 patients (Forestier et al., 2007) porteurs de cervicalgies chroniques, l'autre sur 125 patients porteurs de cervicalgie aiguë (Brockow, 2008).

Les études ne permettent pas de conclusions formelles mais les participants relèvent l'utilité, dans leur expérience, de la cure thermale, avec des techniques thermales bien adaptées au patient (consensus professionnel) chez des patients porteurs de cervicalgies chroniques symptomatiques, voire de cervico-radiculalgies, et un intérêt réel dans les pathologies post-traumatiques.

Gonarthrose

17 essais cliniques contrôlés concernent la gonarthrose. Leur niveau méthodologique est croissant. Se détachent sur le plan méthodologique l'essai Thermarthrose, l'étude de Franke. 2047 patients ont été enrôlés dans ces essais ; 728 patients ont été enrôlés dans les trois essais de niveau méthodologique le meilleur.

*On peut donc retenir un SMR par la cure thermale dans la gonarthrose symptomatique principalement tri-compartmentale ou fémoro-tibiale, aux divers stades de la maladie, car la cure a un effet antalgique, contribue à restaurer la fonction (grade **B**) et à améliorer la raideur articulaire et la qualité de vie (grade **B**) et plus particulièrement dans les formes particulières dites de polyarthrose (Recommandations Oarsi 2014).*

Sur la base d'un consensus professionnel, on peut retenir comme indications pertinentes et utiles les suites opératoires douloureuses de chirurgie du genou, à distance suffisante de l'intervention.

L'insuffisance veineuse associée doit être prise en compte dans la prescription des soins thermaux ; le risque d'érésipèle serait ici en effet plus élevé.

Les autres événements indésirables à considérer sont le risque de brûlure à l'occasion des applications locales de boues, les recrudescences douloureuses ; dans ce dernier cas les soins devront être adaptés momentanément à la situation particulière.

Les actions de promotion de la santé, en particulier l'hygiène orthopédique, les exercices musculaires pour le genou, l'activité physique adaptée, la diététique pour corriger l'excès pondéral, la contention si nécessaire en cas d'insuffisance veineuse associée sont à recommander durant le séjour thermal qui offre des conditions particulièrement intéressantes pour leur mise en œuvre.

Arthrose de hanche

*Une seule étude portant sur 25 patients ne permet pas de dépasser le consensus professionnel. Les observations effectuées sur la gonarthrose peuvent s'appliquer à la coxarthrose au stade pré-chirurgical avec la force du consensus professionnel. Le rôle du masseur-kinésithérapeute est ici particulièrement important.(niveau **C**)*

Arthrose digitale

*Quatre études regroupant 187 patients permettent de retenir une action sur la douleur et la fonction manuelles en cas d'arthrose des doigts symptomatiques en terme de douleur et de gêne fonctionnelle chroniques (niveau **B-**). Les soins sont ici des bains et/ou douches locaux, applications locales de boues, de vapeurs, de gaz thermaux (durée de 10 mn, température de l'ordre de 40 à 43°C). Consensus professionnel sur l'intérêt d'exercices de mobilisation.*

Fibromyalgie

Sept essais cliniques contrôlés concernent le traitement de la fibromyalgie en cure thermale regroupant 372 patients. Leur niveau méthodologique est moyen, seules deux études se détachent elles ont enrôlé 164 patients .

*On peut donc retenir un SMR par la cure thermale dans la fibromyalgie avérée en association avec les autres mesures thérapeutiques car la cure a un effet antalgique, contribue à restaurer la fonction et à améliorer la qualité de vie (grade **B**).*

Sur la base d'un consensus professionnel, la cure thermale est à préférer à l'hydrothérapie proche du domicile.

Les actions de promotion de la santé, en particulier les programmes d'ETP avec ateliers d'éducation à la gestion des médicaments, du stress, du sommeil, activité physique adaptée, diététique sont à recommander durant le séjour thermal qui offre des conditions particulièrement intéressantes pour leur mise en œuvre.

Il faut recommander d'organiser des programmes dédiés et délivrés dans des périodes identifiées.

Spondylarthrite

Cinq études de qualité inégale enrôlant au total 293 patients sont retrouvés dans la littérature.

*On peut donc retenir un SMR par la cure thermale dans la spondylarthrite, avec ou sans lésions radiologiques, en équilibre inflammatoire satisfaisant mais où les patients rapportent des douleurs et une gêne fonctionnelle manifestes et en absence de pathologie exposant à un risque infectieux notamment respiratoire en association avec les autres mesures thérapeutiques (éventuellement biothérapie) car la cure a un effet antalgique, contribue à restaurer la fonction, à améliorer la qualité de vie (grade **B**).*

Sur la base d'un consensus professionnel, les actions de promotion de la santé, en particulier les programmes éducatifs avec ateliers d'éducation à la gestion des médicaments, exercices de mobilisation et de posturation, activité physique adaptée, diététique sont à recommander durant le séjour thermal qui offre des conditions particulièrement intéressantes pour leur mise en œuvre.

Les formes périphériques ou enthésopathiques ne constituent pas une contre-indication ou une non-indication. Les formes axiales de rhumatisme psoriasique peuvent bénéficier de soins thermaux articulaires comparables et dans certains établissements de bénéficier si, utile, de soins thermaux cutanés.

Arthrite rhumatoïde

Six études de qualité inégale enrôlant au total 410 patients sont retrouvés dans la littérature, deux études ont une bonne qualité méthodologique.

*On peut donc retenir un SMR par la cure thermale dans l'arthrite rhumatoïde, avec ou sans lésions radiologiques, en équilibre inflammatoire satisfaisant mais rapportant des douleurs et une gêne fonctionnelle manifestes et en absence de pathologie exposant à un risque infectieux notamment respiratoire en association avec les autres mesures thérapeutiques (éventuellement biothérapie) car la cure a un effet antalgique, contribue à restaurer la fonction, à améliorer la qualité de vie (grade **C**).*

Sur la base d'un consensus professionnel, les actions de promotion de la santé, en particulier les programmes éducatifs avec ateliers d'éducation à la gestion des médicaments, posturation et économie articulaire, adaptation de l'environnement, activité physique adaptée, diététique sont à recommander durant le séjour thermal qui offre des conditions particulièrement intéressantes pour leur mise en œuvre ; mais leur mise en œuvre est à mettre en balance avec les données épidémiologiques concernant la fréquentation de tels patients dans les établissements thermaux.

On peut retenir comme indications pertinentes et utiles les suites opératoires douloureuses de chirurgie articulaire, à distance suffisante de l'intervention. Les formes péri-phériques de rhumatisme psoriasique peuvent bénéficier de soins thermaux articulaires comparables et dans certains établissements de bénéficier si, utile, de soins thermaux cutanés.

Affections péri-articulaires

Un essai de faible niveau de preuve (46 patients) montre l'intérêt de la médecine thermale pour améliorer douleur, fonction, qualité de vie chez des patients porteurs de tendinopathie chronique de l'épaule .

Validation AG Cneth 14 Juin 2014

Parcours de santé (2013) Après la réunion d'échanges et de réflexion du 25 janvier 2014 animée par Alain Coulomb, il a été décidé de poursuivre le travail avec un chantier qui sera initialement consacré au dossier du curiste. La définition et l'optimisation du parcours de santé supposent aussi l'identification des indications, non-indications et contre-indications à la cure thermale. Un premier travail a été mené dans le domaine de l'indication dominante que sont les troubles musculo-squelettiques. Une réunion de consensus d'experts, de médecins, de professionnels de santé et d'exploitants, a été organisée à la Faculté de Médecine de Montpellier le 25 avril sous l'autorité du Pr Hérisson. Ses conclusions ont été présentées le 28 mai 2014 dans le cadre du Congrès européen de médecine physique et réadaptation qui s'est tenu à Marseille.

Fractionnement des cures thermales

Il s'agit, dans le cadre de la nouvelle convention, d'une demande de l'Uncam qui propose d'évaluer le fractionnement des cures ORL et dermato destinées aux enfants. Un avis méthodologique a été recueilli auprès de l'un des membres du Conseil scientifique, sollicité en raison de sa compétence dans l'évaluation des interventions complexes. Il a fait remarquer la très grande complexité méthodologique de ce type d'évaluation compte-tenu du très grand nombre de variables liées à la diversité nosologique comme à la multiplicité des modalités de fractionnement.

AG du Cneth du 14 juin 2014

Fractionnement des cures (2014) : ce questionnaire a été soulevé dans le cadre de la négociation de la convention nationale thermale entre le Cneth et l'Uncam. Cette étude doit porter sur le thermalisme infantile dans les orientations *voies respiratoires et dermatologie*. Une proposition d'approche méthodologique est en cours d'examen par les services de la Cnamts. L'étude devrait débiter au 1^{er} trimestre 2015.

Préconisations du Conseil Scientifique de l'Afreth sur les principes de communication des données et résultats des études scientifiques

Principe général

La communication écrite - des données et des résultats - d'une étude Afreth est subordonnée à la publication dans une revue scientifique (élément final de validation d'une étude).

Le journal scientifique à comité de lecture retenu doit être répertorié, et, de préférence, édité en langue anglaise et détenteur d'un *Facteur d'impact*.

Ces journaux ont l'exigence d'une originalité et nouveauté absolues des travaux. Toute divulgation préalable risque ainsi de réduire les perspectives de publication dans une bonne revue. Aucune divulgation, même partielle, des résultats d'une étude Afreth dans les médias ne doit être faite avant la publication princeps dans une revue scientifique.

L'acceptation définitive, écrite de publication ou l'e-publication valent pour publication.

Les investigateurs

Les investigateurs peuvent publier ou présenter les résultats des travaux, une fois la publication princeps originale acceptée, selon leurs objectifs scientifiques personnels. À charge pour eux de communiquer à l'Afreth les références des communications et publications avec copie des justificatifs de publication (programme et abstracts des congrès, copie électronique, ou à défaut papier, des textes,...). Cette information doit se faire idéalement dès l'amont de l'action concernée.

La communication sur la méthodologie de l'étude (protocole scientifique, de soins,...) est régie par les mêmes règles ; en effet une fois validé par le Conseil scientifique dans sa forme définitive, le protocole ne doit plus faire l'objet d'aucune modification.

Des communications scientifiques dans des congrès internationaux pourront être le cas échéant envisagées, en commun accord avec l'Afreth, dans la mesure où elles seraient à même de favoriser la publication écrite.

Le soutien apporté par l'Afreth, et/ou les autres promoteurs éventuels, à l'étude doit être clairement et nommément mentionné par les investigateurs dans tous documents écrits ou audio-visuels, interventions orales à caractère scientifique ou pédagogique, interviews journalistiques, ... qui les amèneraient à exposer des données et résultats de l'étude.

L'Afreth

L'Afreth et les parties prenantes de l'Afreth (Cneth et établissements adhérents, Anmct, Ftcf) à partir de la publication scientifique des données et résultats d'une étude peuvent les utiliser dans leur communication institutionnelle. L'Afreth peut également en faire état auprès des sociétés savantes, médias (médicales et grand public), autorités (en particulier Ministère de la santé, membres des assemblées parlementaires, organismes d'assurance, Académie nationale de médecine, Haute autorité de santé et autres agences ou autorités publiques concernées.), ... qui auraient à en connaître.

Toute utilisation devra faire mention du nom des investigateurs et des références de la publication.