

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2012/2013

THÈSE N°

**LE THERMALISME PSYCHIATRIQUE DANS LES TROUBLES ANXIEUX –
EXEMPLE DE SAUJON**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2012

par

Guillaume AUGRIS

Né le 7 mai 1986, à Limoges (87)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Christian MOESCH Président
M. Francis COMBY, maître de conférences Juge
M. Olivier DUBOIS, psychiatre Juge
M. Jean CATHALIFAUD, pharmacien..... Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2012/2013

THÈSE N°

**LE THERMALISME PSYCHIATRIQUE DANS LES TROUBLES ANXIEUX –
EXEMPLE DE SAUJON**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2012

par

Guillaume AUGRIS

Né le 7 mai 1986, à Limoges (87)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Christian MOESCH Président

M. Francis COMBY, maître de conférences Juge

M. Olivier DUBOIS, psychiatre Juge

M. Jean CATHALIFAUD, pharmacien..... Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE PHARMACIE

<u>DOYEN DE LA FACULTE :</u>	Monsieur le Professeur Jean-Luc DUROUX
<u>1^{er} VICE-DOYEN :</u>	Madame Catherine FAGNERE , Maître de Conférences
<u>2^{ème} VICE-DOYEN :</u>	Monsieur Serge BATTU , Maître de Conférences

PROFESSEURS :

BENEYTOUT Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BOTINEAU Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
LENGO MAMBU Angèle	PHARMACOGNOSIE
CHULIA Dominique (jusqu'au 28/02/2013)	PHARMACOTECHNIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DREYFUSS Gilles	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
UDART Nicole (surnombre à compter du 19/12/2011)	PHARMACOLOGIE
ROUSSEAU Annick	BIostatistique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
----------------------------	-----------------------------------

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
SIMON Alain	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
TROUILLAS Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEUR CERTIFIÉ :

ROUMIEUX Gwenhaël	ANGLAIS
--------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

IMBERT Laurent	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
-----------------------	-----------------------------------

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Christian MOESCH de m'avoir fait l'honneur de diriger et présider ma thèse d'exercice. Je vous remercie pour votre soutien, vos corrections et votre disponibilité malgré un emploi du temps chargé. Votre sympathie, vos conseils et votre rigueur m'ont permis d'avancer, je vous en remercie également.

Je tiens à remercier Monsieur le Docteur Olivier DUBOIS de m'avoir accueilli dans la station thermale de SAUJON. Merci pour vos conseils, vos réponses. Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de cette thèse, vous, directeur de cette station thermale et investigateur coordinateur de l'étude STOP-TAG, je vous en remercie.

Je remercie Monsieur le Docteur Francis COMBY d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. À travers vous, je tiens à remercier tout le corps enseignant de la faculté de pharmacie de LIMOGES car c'est grâce à vous que j'ai pu acquérir toute la connaissance pharmaceutique.

Je tiens à remercier Monsieur le Docteur Jean CATHALIFAUD pour toutes ces années où vous m'avez permis d'allier la théorique à la pratique. Je vous remercie pour tout votre soutien, votre confiance, votre sympathie. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Je remercie Madame Marie-Claude VERNOIS de m'avoir accueilli dans la station thermale, de sa sympathie, de ses réponses et ses conseils.

Je remercie Monsieur le Docteur Gérald BEYLOT qui m'a apporté beaucoup sur la connaissance pharmaceutique. Merci Gérald pour ton aide et ton soutien.

Je remercie toute l'équipe de la pharmacie CATHALIFAUD d'Oradour-sur-Glane pour toutes ces années passées. Grâce à vous, j'ai pu m'améliorer dans la dispensation et dans les conseils apportés aux patients. Merci Michel, Liliane, Marilyne, Raphaël, Annie, Marie-Jeanne, Laetitia, Marie-Hélène.

Je tiens à remercier toute ma famille :

- merci maman, merci papa, pour votre soutien, votre aide durant toutes ces années. Sans vous, je n'y serai pas arrivé, je vous aime ;
- merci Nono, merci Juju, merci Isa, merci Aaron, merci d'être là, je vous aime ;
- merci mamie, merci René pour votre soutien, je vous aime ;
- merci cousins, merci cousines, merci tontons, merci tatas, je vous aime.

Je remercie également tous mes amis :

- merci Julie alias Bébue, ma petite sœur dans le cœur ;
- merci Yann, merci Sarah, de votre sympathie et soutien ;
- merci Clément, merci Malika, pour toutes ces années, belle rencontre ;
- merci Johann, merci Sophie, d'avoir toujours été là, de ces soirées passées ;
- merci Pierre-André alias PA, pour les sorties pêche, champignons et soirées discussions, merci à Mathilde aussi ;
- merci Pierrot, pour ton humour, toujours là pour rigoler ;
- merci Christelle, pour les soirées, ta bonne humeur et sympathie ;
- merci Marine, merci Jérémy, pour votre sympathie ;
- merci Aline, merci Aurélie, merci Christine, merci Anne ;
- merci Thibaut, merci Johanna, pour les soirées, les discussions ;
- merci Marie C, pour toutes ces années ;
- merci à tous les autres, ...

Je dédie cette thèse à mon parrain et frère Sylvain, trop vite parti, ...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : LES TROUBLES ANXIEUX

1^{ERE} PARTIE : LES PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX⁽¹⁾

A. Définition

B. Bases physiopathologiques de l'anxiété

C. Classification

D. Description

1. Les attaques de panique (crise d'angoisse aiguë)
2. Le trouble panique
3. Les phobies
4. Le TOC
5. Le TAG
6. Anxiété dans les suites d'un psychotraumatisme

E. Conclusion

2^{EME} PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX

A. La prise en charge proprement dite^(7, 13)

1. Bilan initial
2. Prise en charge du trouble anxieux généralisé
3. Prise en charge du trouble panique avec ou sans agoraphobie
4. Prise en charge de la phobie sociale
5. Prise en charge du trouble obsessionnel compulsif (TOC)
6. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique ou ESPT

B. Traitement des comorbidités⁽¹³⁾

C. Les différentes classes pharmacologiques⁽⁹⁾

1. Les benzodiazépines
2. Les antidépresseurs
3. La buspirone⁽¹²⁾
4. Les traitements adjuvants⁽⁷⁾
5. Conclusion

D. Conclusion

CHAPITRE 2 : LE THERMALISME PSYCHIATRIQUE DANS LES TROUBLES ANXIEUX : EXEMPLE DE SAUJON

1ERE PARTIE : DESCRIPTION DES THERMES DE SAUJON⁽²⁰⁾

A. L'eau

1. Description
2. Analyse physico-chimique

B. Les indications thérapeutiques

1. Les affections traitées
2. Les résultats attendus
3. La cure conventionnée

2EME PARTIE : PRINCIPES DE LA CURE THERMALE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX

A. Principes de la cure thermique et ses techniques hydrothérapeutiques

1. Principes généraux de la cure thermique⁽²¹⁾

2. Techniques hydrothérapeutiques⁽²²⁾

B. Prise en charge des troubles anxieux

1. Approches psychothérapeutiques du thermalisme⁽²³⁾

2. Prise en charge⁽²⁴⁾

3. Résultats thérapeutiques⁽²⁵⁾

C. Conclusion

CHAPITRE 3 : ETUDE DE SERVICE MEDICAL RENDU PAR LE THERMALISME DANS LE TAG

1ERE PARTIE : L'ETUDE STOP-TAG^(26, 27)

A. Méthode

B. Coordination de l'étude⁽²⁶⁾

C. Les critères d'inclusion⁽²⁷⁾

D. Le traitement

E. Déroulement de l'essai

F. Critères de jugement principal

2EME PARTIE : LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

A. Résultats à S₈

B. Evolution à l'échelle de Hamilton HAM-A entre S₈ et S₂₄

C. Evénements indésirables

D. Discussion

E. Conclusion

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

LEXIQUE

SERMENT DE GALIEN

INTRODUCTION

Les troubles anxieux constituent un ensemble de troubles psychologiques et neurologiques représentant plusieurs formes de peur et d'anxiété anormales ou pathologiques. Le critère diagnostique psychiatrique actuel reconnaît une large variété de troubles anxieux. Plusieurs médecins expliquent que les troubles anxieux sont classifiés en deux groupes : symptômes continus et symptômes épisodiques. Le thermalisme, thérapeutique appliquée dans les stations thermales, permet le traitement de ces troubles anxieux. C'est une polythérapie qui associe à l'action de l'eau thermale celle des techniques, du climat, et de divers facteurs comme le dépaysement, la détente, les informations et conseils recueillis sur la maladie et les rencontres d'autres patients, occasions d'échanges et de bonnes résolutions. Certaines stations complètent les actions proprement thermales par diverses interventions comme des programmes de rééducation, de diététique, de relaxation, ou d'éducation sanitaire dans les pathologies prises en charge par la station. Le thermalisme moderne a souffert d'un manque de preuves scientifiques, dans un contexte méthodologique rendu toutefois difficile par l'impossibilité d'obtenir le double aveugle et les difficultés de la randomisation. Or, aujourd'hui existent plusieurs études contrôlées randomisées publiées dans des revues internationales indexées établissant de manière univoque l'efficacité et plus encore l'utilité des cures thermales. Il existe notamment l'étude STOP-TAG comparant cure thermale et paroxétine dans le trouble anxieux généralisé. La station thermale de Saujon est spécialisée dans le traitement des troubles psychologiques et des troubles de l'anxiété. Le premier chapitre de cette thèse décrira différents troubles anxieux et leur prise en charge. Le second chapitre s'intéressera, quant à lui, au thermalisme psychiatrique dans les troubles anxieux avec comme exemple la station thermale de Saujon et l'étude STOP-TAG sera abordée dans la dernière partie de ce mémoire.

CHAPITRE 1 : LES TROUBLES ANXIEUX

1^{ERE} PARTIE : LES PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX⁽¹⁾

A. Définition

L'anxiété peut être définie comme un état émotionnel qui se traduit par une sensation déplaisante d'appréhension vis-à-vis de nombreuses situations qui sont ressenties comme des dangers et ceci en dehors de toute menace objective.

Elle est une composante normale de la psychologie humaine : elle devient pathologique quand elle entraîne une désorganisation du fonctionnement intellectuel.

Aux manifestations psychiques peuvent être associées des manifestations somatiques : cardio-vasculaires (tachycardie, palpitation, ...), digestives (barre épigastrique, spasmes pharyngés), neurologiques et sensorielles (asthénie, anorexie, insomnies, céphalées, baisse de libido, ...).

B. Bases physiopathologiques de l'anxiété

A l'heure actuelle, on a deux neuromédiateurs impliqués :

- l'acide γ -aminobutyrique ou GABA au niveau du récepteur GABA-A. C'est le neuromédiateur inhibiteur le plus important du système nerveux central contrebalancé par l'effet excitateur du glutamate. Il a un effet neuroprotecteur et va contrôler l'état de contraction des muscles striés, de vigilance, de sommeil, de mémoire et de l'anxiété. Il y a donc une diminution de la transmission GABAergique lors d'un trouble anxieux.

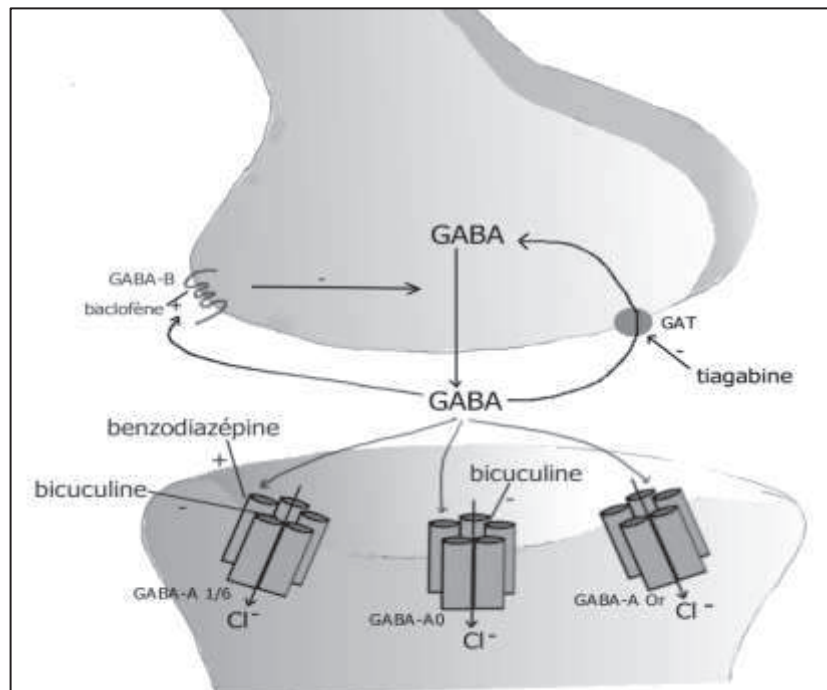


Figure 1 : synapse GABAergique⁽³⁾

- La sérotonine ou 5-hydroxytryptamine (5-HT). Elle joue un rôle fondamental dans le système veille-sommeil mais également dans la régulation des états affectifs et des états sensoriels. Lors d'un état anxieux, il y aura donc une augmentation de la transmission sérotoninergique.

Les traitements médicamenteux viseront donc à exciter la transmission du GABA ou à inhiber la transmission de la sérotonine.

C. Classification

Les diagnostics des divers problèmes anxieux ont permis une classification internationale réalisée par les nord-américains sur les troubles mentaux (DSM-IV)⁽²⁾. Elle existe depuis les années 1980 et distingue notamment :

- les attaques de panique ;
- le trouble panique ;
- l'agoraphobie ;
- la phobie spécifique ;
- la phobie sociale ;
- les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) ;
- le trouble anxieux généralisé (TAG) ;
- l'état de stress post-traumatique.

D. Description

1. Les attaques de panique (crise d'angoisse aiguë)

C'est un malaise qui se manifeste en moins de 10 minutes et qui comprend au moins 4 symptômes parmi lesquels : crainte de mourir, crainte de devenir fou, tachycardie, transpiration, tremblements, sensation d'étouffement, sensation d'étranglement, sensation de vertige, douleur thoracique, paresthésies, frissons ou bouffées de chaleur, déréalisation ou dépersonnalisation.

La crise dure entre 10 et 30 minutes, s'en suit une cession des symptômes mais ces patients vivent dans la crainte d'une récurrence.

2. Le trouble panique

Le trouble panique correspond à la répétition, plus ou moins fréquente, d'attaques de panique. Ces troubles apparaissent généralement entre 20 et 30 ans et touchent environ 2 à 3 % de la population avec majoritairement le sexe féminin.

Ces deux problèmes anxieux peuvent être associés à un syndrome dépressif, une agoraphobie ou des troubles addictifs.

3. Les phobies

C'est le trouble le plus fréquent (10% des hommes et 20% des femmes à un moment de la vie). Il y a trois grands types de phobies : les phobies spécifiques, l'agoraphobie et la phobie sociale. Les phobies sont caractérisées par une peur intense sans danger réel. Ainsi, face au danger, ces personnes peuvent avoir une attaque de panique avec fuite ou sidération.

a. Les phobies spécifiques

Les phobies spécifiques correspondent à l'appréhension d'un type d'objet précis ou d'une situation simple :

- animaux ;
- hauteur, avion ;
- vue du sang ;
- obscurité ;
- eau ;
- hôpitaux.

b. L'agoraphobie

Elle est définie comme étant une peur de situations ou lieux dont on ne peut pas sortir rapidement et où on ne peut pas être assisté rapidement en cas de malaise.

Quelques exemples :

- faire des courses dans un grand magasin ;
- prendre des transports en commun ;
- se retrouver dans les embouteillages ;
- traverser une place ;
- se trouver dans un ascenseur ;
- nager dans une piscine profonde ;
- s'éloigner de chez soi ;
- elle est souvent associée au trouble panique.

c. La phobie sociale

La phobie sociale est une crainte excessive du jugement d'autrui, la peur d'une évaluation négative qui conduit à l'évitement systématique ou à la fuite si le sujet est brutalement confronté à la situation ou personne redoutée. L'anticipation anxieuse est prédominante et renforce la stratégie d'évitement⁽⁴⁾.

Il s'agit soit de situations sociales spécifiques, soit de la plupart des situations. La fréquence des interactions sociales dans une vie laisse à penser que les personnes atteintes de tels troubles peuvent avoir un handicap conséquent ce qui peut altérer les capacités adaptatives de ces individus.

La prévalence de la phobie sociale se trouve entre 3 et 7 % dans la population générale (trouble présent au moins une fois durant la vie). Elle commence pendant l'enfance ou l'adolescence pour ensuite devenir chronique. La consultation des gens atteints de phobie

sociale révèle le plus souvent ses complications (dépression, alcoolisme, ...). Dépression et alcoolisme sont également des comorbidités de la phobie sociale et sont présents dans 70 à 80 % des cas. Le risque suicidaire est très important chez ce type de patients.

Quelques situations qui peuvent déranger ces patients :

- prendre la parole en public ;
- intervenir dans une réunion ;
- participer à une soirée ;
- être en tête à tête avec une personne du sexe opposé ;
- s'adresser à un inconnu ;
- manger en public ;
- ressentir la peur de rougir, trembler.

En situation vécue ou anticipée, le sujet reste concentré sur son anxiété et pense que l'on va s'apercevoir de ses maladresses et de son incapacité. Les patients préfèrent donc éviter ces situations et se retrouvent donc la plupart du temps en échec soit scolaire, soit professionnel, soit sentimental.

Il ne faut pas confondre cette phobie avec le trac ou la timidité :

- le trac est une anxiété de performance qui se dissipe rapidement et n'induit pas d'évitement (artistes) ;
- la timidité est transitoire, non handicapante et ne désorganise pas la vie du patient.

La différence entre l'agoraphobie et la phobie sociale est souvent difficile, d'autant plus que les deux affections peuvent être concomitantes. La différence tient au motif de l'évitement : le patient agoraphobe voit dans la file à la caisse d'un supermarché un obstacle à sa sortie éventuelle en cas d'attaque de panique alors que le patient phobique social redoute d'être le centre d'attention dans cette même file s'attente⁽¹⁾.

4. Le TOC

On le retrouve chez environ 2 % de la population.

Il débute à l'adolescence, ne guérit pas spontanément mais ne répond qu'en partie aux traitements⁽⁵⁾.

L'obsession est une pensée s'imposant au patient malgré lui. On peut distinguer 5 types d'obsession :

- souillure : obsession de contamination ;
- désordre/erreur : peur de provoquer une catastrophe par son insouciance. Exemple : peur de ne pas avoir fermé la porte ;
- agression : peur d'agresser, de tuer des gens ;
- superstition/malheur : rituel pour oublier ce malheur ;
- obsessions sexuelles : peur de violer, d'avoir un acte pédophile.

Ce sont les rituels qui calment provisoirement cette anxiété (lavage, rangement, vérification ...). Le TOC fait souvent perdre plus d'une heure par jour au patient et induit la plupart du temps une souffrance ce qui implique une prise en charge de celui-ci notamment sur le plan thérapeutique.

Il est souvent associé aux autres troubles décrits ci-dessus mais également à toute sorte de toxicomanie.

5. Le TAG

Le trouble anxieux généralisé est une inquiétude quasi permanente, incontrôlable, durable, prenant pour motifs divers soucis de la vie quotidienne et générant hypervigilance et tension motrice excessive. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un trouble chronique, apparaissant au début de l'âge adulte, évoluant sur de nombreuses années, avec des périodes de rémission possibles sur plusieurs mois ou plusieurs années. Environ neuf fois sur dix, l'anxiété généralisée coexiste avec d'autres troubles psychopathologiques. Elle est souvent associée à une consommation médicamenteuse chronique, notamment de benzodiazépines, qui n'ont alors qu'un effet symptomatique et risquent d'engendrer une dépendance qui peut être difficile à gérer.

On estime sa prévalence dans le monde à 3% des hommes et 6 % des femmes et plus chez les patients consultant en médecine générale.

Les éléments qui doivent faire évoquer la possibilité d'un TAG sont la persistance des symptômes sur une durée longue (6 mois), leur résistance aux traitements habituels et la négativité des examens étiologiques différentiels. Il est essentiel de distinguer un TAG d'une inquiétude normale. Cette dernière est une anxiété non excessive, contrôlable, transitoire, à thème unique. Elle ne retentit pas sur le fonctionnement social ou professionnel. Il faut aussi dissocier le TAG de l'état de stress aigu et de l'état de stress post-traumatique. Des symptômes d'anxiété sont très souvent présents dans le contexte d'un état dépressif. Mais il existe alors d'autres symptômes, plus spécifiques de la dépression : tristesse, perte d'intérêt et de plaisir, ralentissement psychomoteur, pensées suicidaires, perte d'appétit, etc...⁽¹⁾

Parmi les symptômes principaux du TAG, il existe principalement :

- une tendance à l'anxiété, à se faire du souci de manière excessive ;
- un sentiment de fatigue dans la journée ;
- des tensions ou des douleurs musculaires ou articulaires sans cause médicale claire ;
- une tendance à l'irritabilité ou aux troubles du caractère ;
- des difficultés à se concentrer ou des trous de mémoire ;
- des perturbations dans le sommeil.

6. Anxiété dans les suites d'un psychotraumatisme

C'est une anxiété qui survient souvent dans les quatre semaines suivant le traumatisme (accident de voiture par exemple). Elle est généralement très intense avec une souffrance continue. Proche du TAG, on le distingue par un « syndrome de reviviscence » qui représente des images, des pensées, des cauchemars qui rappellent sans arrêt l'évènement traumatique. On parle ici d'état de « stress aigu ».

Quand ces troubles perdurent au-delà de quatre semaines, on parle d'état de « stress post-traumatique » (ESPT). Cette catégorie représente des évènements traumatiques durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien durant lesquels leur intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. Face à cet évènement, le sujet avait eu soit une peur intense, soit un sentiment d'horreur ou d'impuissance.

Le syndrome de répétition est pathognomonique⁽⁶⁾ :

- cauchemar de répétition dans lequel le patient revit, de façon quasi hallucinatoire, la scène traumatisante inaugurale ;
- associé à anxiété massive, sueurs, palpitations et ruminations mentales.

Il apparaît également des symptômes non spécifiques :

- anxiété, asthénie, impuissance sexuelle ;
- phobies, rituels obsessionnels ;
- troubles psychosomatiques ;
- troubles de la concentration, irritabilité, insomnie, hypervigilance.

On a donc ici une évolution possible vers la chronicité. Le pronostic vital peut être engagé au long cours par l'installation lente d'un état dépressif qui donne un risque suicidaire.

E. Conclusion

Le diagnostic du trouble anxieux devra être rigoureux et systématique, fondé sur une bonne connaissance de la classification et des définitions. Le praticien devra faire prendre conscience au patient du caractère pathologique de l'anxiété. Il devra également discerner les comorbidités souvent fréquentes ainsi que le handicap d'un trouble anxieux chronique, plus délabrant. L'utilisation d'échelles de psychométrie standardisées et validées peut se révéler utile. Le praticien s'aidera du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et pourra confirmer son diagnostic par le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Face à une pathologie complexe, une orientation vers des thérapies spécifiques est recommandée.

2^{EME} PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX

A. La prise en charge proprement dite^(7, 13)

La prise en charge des troubles anxieux est globale. Elle associe souvent une psychothérapie de type comportemental et cognitif à un traitement médicamenteux lorsque ce dernier s'avère indispensable.

Lorsque l'accès aux thérapies cognitivo-comportementales s'avère difficile voire impossible, la psychothérapie de soutien doit s'accompagner de conseils précis sur la gestion de l'anxiété qui peuvent être relayés par la consultation d'ouvrages spécialisés, de sites internet validés par le clinicien ou d'association de patients.

1. Bilan initial

a. Objectifs généraux

Tout d'abord, il faut faire le diagnostic du trouble anxieux : TAG, TOC, ESPT, trouble panique et en évaluer la gravité.

Il faut ensuite identifier les comorbidités, en particulier un syndrome dépressif associé, et les dépendances ou les abus (alcool, benzodiazépines). Il faut également déterminer les comorbidités somatiques.

En outre, il faudra évaluer la nécessité d'une consultation psychiatrique et informer le patient sur la nature, l'évolution et le traitement du trouble anxieux et le rassurer.

Enfin, il faudra établir avec le patient un programme clair de prise en charge et donner les premiers conseils au patient.

b. Professionnels impliqués

La prise en charge des troubles anxieux est du domaine du médecin traitant et si nécessaire du psychiatre ; dans ce cas, la coopération avec le médecin traitant est indispensable. La collaboration entre le médecin traitant et le psychiatre est primordiale tout au long de la prise en charge.

Le psychiatre intervient notamment lorsque qu'il y a :

- difficulté thérapeutique ;
- échec des traitements ;
- comorbidité difficile à traiter ;
- psychothérapie structurée.

D'autres professionnels peuvent avoir leur importance :

- le psychologue ;
- l'infirmier(ère) ;
- le médecin du travail ou le médecin scolaire ;
- les services sociaux, médico-sociaux, éducatifs ;
- les pharmaciens ;
- etc...

c. Information du patient et adaptation du mode de vie

Le patient doit être informé dès le diagnostic posé.

i. Contenu de l'information

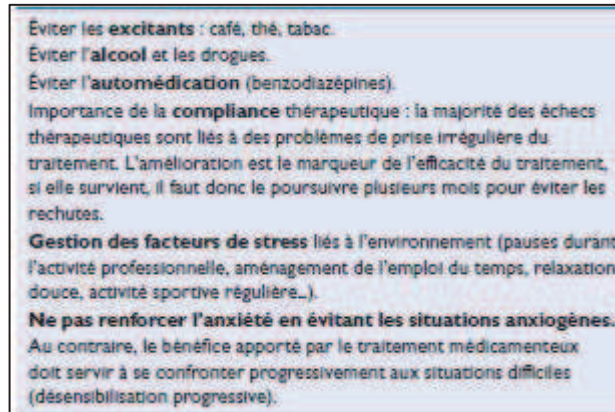
Différents aspects sont à faire connaître au patient :

- nature du trouble anxieux, ses manifestations, sa fréquence, ses causes et les difficultés de diagnostic ;
- les différents traitements avec les avantages et les inconvénients ;
- pour les médicaments : le délai d'action, la nécessité d'adapter la dose efficace sous contrôle médical, de respecter la régularité des prises, d'éviter l'escalade des doses, les effets indésirables, le risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal, les signes de sevrage et les signes de rebond de l'anxiété éventuels ;
- une bibliographie (ouvrages, documents) adaptée au trouble anxieux du patient ;
- la sensibilisation du patient, de sa famille et de ses aidants sur l'existence d'associations de patients et de familles, et sur l'intérêt de les contacter.

L'entourage du patient peut recevoir ces informations si besoin en accord avec le patient et en sa présence.

ii. Mode de vie

Quelques mesures hygiéno-diététiques doivent être respectées pour le bon équilibre du patient.



Éviter les **excitants** : café, thé, tabac.
Éviter l'**alcool** et les drogues.
Éviter l'**automédication** (benzodiazépines).
Importance de la **compliance** thérapeutique : la majorité des échecs thérapeutiques sont liés à des problèmes de prise irrégulière du traitement. L'amélioration est le marqueur de l'efficacité du traitement, si elle survient, il faut donc le poursuivre plusieurs mois pour éviter les rechutes.
Gestion des facteurs de stress liés à l'environnement (pauses durant l'activité professionnelle, aménagement de l'emploi du temps, relaxation douce, activité sportive régulière...).
Ne pas renforcer l'anxiété en évitant les situations anxiogènes.
Au contraire, le bénéfice apporté par le traitement médicamenteux doit servir à se confronter progressivement aux situations difficiles (désensibilisation progressive).

Figure 2 : règles hygiéno-diététiques et recommandations générales pour les patients anxieux traités.

2. Prise en charge du trouble anxieux généralisé

a. Moyens thérapeutiques

i. Thérapies indiquées

Tout d'abord, il peut y avoir une gestion de l'anxiété par soi-même avec une bibliothérapie.

Ensuite, des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent être utilisées.

Ces deux thérapies ont un effet significatif qui se maintient à six mois jusqu'à deux ans de suivi ; elles sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux.

Enfin, la psychothérapie analytique peut être utilisée après avis spécialisé notamment en cas de trouble de la personnalité et en fonction de la demande spécifique du patient.

ii. Traitements médicamenteux

Il y a principalement cinq molécules qui sont utilisées : la paroxétine (DEROXAT®), l'escitalopram (SEROPLEX®), la venlafaxine (EFFEXOR®), la buspirone et la prégabaline (LYRICA®).

Les benzodiazépines et l'hydroxyzine (ATARAX®) seront utilisées qu'en cas d'exacerbation de l'anxiété sur de courtes périodes.

Les traitements de première intention sont les antidépresseurs.

b. Stratégie thérapeutique

L'évolution du TAG est chronique avec des manifestations chroniques.

i. Traitement au long cours

Le projet thérapeutique est individualisé en fonction de plusieurs critères :

- historique du patient et de sa maladie incluant comorbidités et traitements utilisés ;
- sévérité du trouble et durée ;
- existence de troubles de la personnalité ;
- retentissement fonctionnel des symptômes ;
- attentes de la thérapie et préférences du patient ;
- support familial et entourage.

L'intervention la plus longue en durée d'action sera la psychothérapie, suivie par les traitements antidépresseurs et la plus courte sera l'autogestion du patient :

- la psychothérapie repose sur 12 à 25 séances de 45 minutes ;
- les traitements sont efficaces dès 6 semaines voire 12, sinon un changement de traitement s'impose ;
- l'autogestion est quant à elle efficace immédiatement grâce à des exercices physiques et à l'utilisation du manuel *self help* ou auto-assistance basé sur la thérapie cognitivo-comportementale.

ii. Traitement des manifestations aiguës

Le choix sera fonction du tableau clinique, des préférences du patient et la disponibilité du thérapeute.

Les traitements médicamenteux reposent sur les benzodiazépines et l'hydroxyzine.

Les benzodiazépines devront être prescrites avec prudence en cas de trouble addictif associé ou syndrome de sevrage antérieur.

c. Suivi

i. Durée du traitement

La durée est de 6 mois minimum voire plus dans les formes chroniques et récidivantes.

Les traitements devront être arrêtés progressivement pour éviter le syndrome de sevrage.

ii. Rythme des consultations

La surveillance se fait généralement toutes les 2 semaines au début du traitement puis toutes les 4 à 6 semaines au bout de 12 semaines de traitement.

iii. Durée du suivi

Le suivi continue même après l'arrêt du traitement jusqu'à ce que le patient n'ait plus aucun symptôme pendant 2 ans.

iv. Outils de surveillance

Différentes échelles pourront être utilisées dont l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété ([annexe 3](#)). Il existe également des échelles plus spécifiques d'évaluation du TAG qui seront utilisées par les spécialistes.

3. Prise en charge du trouble panique avec ou sans agoraphobie

Le traitement du trouble panique doit être précoce avec d'éviter l'agoraphobie secondaire et autres problèmes (phobies multiples, etc...).

a. Objectifs

Il faut tout d'abord éviter la survenue des crises.

Ensuite, il faudra supprimer l'anxiété anticipatoire.

Enfin, les conduites d'évitement devront être supprimées.

b. Moyens thérapeutiques

i. Psychothérapies structurées

Les thérapies cognitivo-comportementales sont les méthodes de choix. L'hospitalisation peut être nécessaire si le trouble paralyse le patient.

ii. Traitements médicamenteux

Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine ou ISRS (paroxétine, escitalopram et citalopram) et les antidépresseurs tricycliques ou ADT (clomipramine) seront les principaux utilisés.

L'attaque de panique sera traitée par une prise de benzodiazépines.

iii. Autres interventions

Il y a tout d'abord la régulation ventilatoire avec contrôle du rythme et de l'amplitude ventilatoire pour réguler l'hyperventilation.

Ensuite, le patient pourra continuer sa thérapie en utilisant des méthodes de relaxation.

En outre, il pourra se gérer lui-même.

Enfin, les exercices physiques sont recommandés pour accélérer la guérison.

iv. Information du patient et de l'entourage

Le patient doit recevoir des informations sur le trouble panique. Il faudra le renseigner sur l'absence de risque somatique et sur l'inutilité d'examen complémentaires. Il doit également recevoir des informations sur l'utilisation non contrôlée de benzodiazépines et de la consommation abusive d'alcool. Avec l'accord du patient et en sa présence, l'entourage de celui-ci pourra être informé.

c. Stratégie thérapeutique

Le choix du médicament dépend de l'âge du patient, de la réponse aux traitements antérieurs, du risque de surdosage volontaire ou accidentel, de la tolérance, du coût à efficacité égale et des préférences du patient.

i. Traitement de la phase aiguë (12 premières semaines)

Les thérapies cognitivo-comportementales et les médicaments ont montré une efficacité équivalente.

Les séances de psychothérapies seront de 45 minutes à raison de 12 à 25 fois.

Les traitements seront les mêmes que pour le TAG et il n'est pas conseillé d'associer la psychothérapie et les traitements.

ii. Traitement à long terme

La fin des 12 semaines permet de prendre la décision de continuer ou de modifier la stratégie thérapeutique.

En cas d'échec thérapeutique, il pourra être conseillé d'associer les traitements médicamenteux aux TCC, d'ajouter la buspirone ou des benzodiazépines de façon ponctuelle.

d. Suivi

i. Rythme des consultations

Tout d'abord, le traitement médicamenteux sera surveillé au bout de 2 semaines pour observer l'efficacité et les effets indésirables puis au bout de 4, 6, 12 semaines.

Ensuite, la gestion par soi-même sera évaluée toutes les 4 à 6 semaines pour en observer l'efficacité et proposer des interventions alternatives éventuelles.

Enfin, des outils de surveillance pourront être utilisés comme l'inventaire de Beck ([annexe 4](#)), l'agenda des attaques de panique et le questionnaire des peurs de Marks et Matthews ([annexe 5](#)).

ii. Durée de suivi

Le suivi doit se poursuivre après la fin du traitement en raison du risque de rechute ou de récurrence, au rythme d'une consultation tous les 6 mois pendant 2 ans en l'absence d'attaque de panique.

4. Prise en charge de la phobie sociale

Pour commencer, il est important de bien prendre en compte les comorbidités souvent associés à ce trouble (dépression, abus d'alcool, dépendance, etc...).

a. Prise en charge thérapeutique

i. Traitements disponibles

Premièrement, il y a la TCC qu'elle soit individuelle ou de groupe à laquelle on peut ajouter en complément la relaxation. La thérapie de groupe est peu utilisée car non remboursée par la sécurité sociale.

Deuxièmement, il existe différents traitements médicamenteux. En première intention, on utilisera les ISRS (paroxétine et escitalopram) notamment pour les formes sévères où le handicap est ressenti dans la vie professionnelle ou personnelle. Le propranolol pourra être utilisé de façon ponctuelle lors de situations anxiogènes telles qu'un entretien d'embauche. En seconde intention, des médicaments pourront être utilisés hors AMM comme la gabapentine (NEURONTIN®), le moclobémide (MOCLAMINE®) ou l'iproniazide (MARSILID®). Les benzodiazépines seront utilisées en association avec les traitements de fond sur des durées courtes.

Troisièmement, il existe une chirurgie des éreutophobies (peur de rougir) par sympathectomie mais cette technique n'a pas révélé une grande efficacité.

ii. Stratégie thérapeutique

Le choix se fait entre la thérapie cognitivo-comportementale et le traitement médicamenteux au choix du patient car les deux ont démontré la même efficacité. Le principe est le même que pour les troubles précédents : administration de médicaments pendant 12 semaines puis évaluation de l'efficacité ou 12 à 25 séances de 45 minutes de TCC.

Il ne faut pas oublier d'évaluer et de traiter les comorbidités.

L'association des médicaments et de la TCC n'est pas recommandée en première intention et l'information du patient sur son trouble et sa thérapie est primordiale.

b. Suivi

Le traitement peut être poursuivi pendant 12 mois s'il est efficace. L'association de TCC et médicaments ne se fera qu'en cas d'échec des autres traitements.

L'évaluation de la phobie sociale repose sur l'échelle de Liebowitz ([annexe 6](#)) et l'échelle des peurs FSS III ([annexe 7](#)).

5. Prise en charge du trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Dans ce type de trouble, il est essentiel que psychiatre et médecin généraliste collaborent compte tenu du caractère envahissant, handicapant et de la fréquente résistance au traitement.

a. Objectifs

Il y en a quatre :

- diminuer les symptômes ;
- diminuer la perte de temps ;

- améliorer la qualité de vie ;
- limiter les effets indésirables des traitements.

b. Traitement du TOC

Le traitement sera choisi en fonction de l'âge du patient, de ses capacités d'adhésion, de la durée d'évolution et de la sévérité du trouble.

i. Psychothérapies structurées

Les TCC sont ici le traitement de choix et reposent sur 12 à 25 séances de 45 minutes.

Quand le trouble est très important, la thérapie peut être réalisée à domicile.

ii. Traitements médicamenteux

Les molécules les plus utilisées sont les ISRS avec la fluoxétine (PROZAC®), la fluvoxamine (FLOXYFRAL®), la paroxétine (DEROXAT®) et la sertraline (ZOLOFT®). La clomipramine (ANAFRANIL®) antidépresseur tricyclique est aussi efficace que les ISRS. Il faut surveiller au début de traitement le risque de comportement suicidaire ou d'autoagressivité des patients déprimés. La dose sera augmentée progressivement.

Si la réponse du médicament est insuffisante au bout de 4 à 6 semaines, la dose sera augmentée progressivement dans le respect de l'AMM.

En cas d'échec, il faudra changer de molécule.

L'association avec d'autres molécules hors AMM telles que la buspirone, le lithium ou un antipsychotique atypique pourra se faire en cas d'échec total des précédents essais.

iii. Association ISRS et TCC

Elle sera faite d'emblée dans les formes sévères et en cas d'échec de la monothérapie (au moins 12 semaines) ou d'échec de la TCC (12 à 25 séances de 45 minutes).

En cas d'échec, un avis spécialisé multidisciplinaire est nécessaire.

iv. Hospitalisation

Elle est nécessaire en cas de :

- risque vital ;
- autonégligence sévère ;
- détresse extrême ;
- absence de réponse aux traitements médicamenteux associés à la psychothérapie sur de longues périodes ;
- comorbidités telles que dépression, anorexie mentale, schizophrénie, trouble bipolaire ;
- compulsions telles que les activités de la vie quotidienne sont impossibles à mener.

Il est de toute façon primordial d'aider et d'informer le patient dans sa démarche de soins et de prévenir son entourage après accord préalable avec celui-ci.

c. Suivi

i. Durée du traitement

Quand il est efficace, le traitement est maintenu 1 an après la disparition des troubles. La dose devra être diminuée progressivement à raison d'environ 20 % tous les 6 mois. Si le trouble réapparaît, la dose initiale sera directement réadministrée.

ii. Rythme des consultations

Les consultations auront lieu toutes les 2 à 4 semaines au début du traitement puis toutes les 8 à 12 semaines lors du traitement d'entretien.

iii. Outil de surveillance

L'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown peut être utilisée par les patients mais celle-ci leur est souvent difficile à remplir ([annexe 8](#)).

6. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique ou ESPT

Seul l'ESPT de plus d'1 an est dans le champ de l'ALD (Affection de Longue Durée).

a. Objectifs

Il y a 4 objectifs :

- diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités après un événement traumatique ;
- réduire le niveau de détresse et prévenir les récives à long terme ;
- améliorer le fonctionnement et la qualité de vie ;
- obtenir le minimum d'effets indésirables du traitement.

b. Traitement de l'ESPT

Il concerne l'ESPT et les comorbidités associées (dépression par exemple).

Le soutien psychosocial des patients est primordial lors de traumatismes (catastrophe naturelle, viol, accident, ...). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle, et peut être facilitée par le soutien d'associations de patients ou d'aide aux victimes (assistances juridiques, psychothérapies, etc.).

i. Psychothérapies structurées

Le traitement de choix est la TCC centrée sur le traumatisme ou sur la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing). L'EMDR est contre-indiquée en cas de pathologie psychotique.



Figure 3 : Eye Movement Desensitization and Reprocessing⁽¹⁹⁾

L'hypnose peut être utilisée pour combattre certains symptômes comme l'anxiété, les douleurs et les cauchemars.

Un traitement psychothérapeutique est toujours proposé quel que soit le délai écoulé après le traumatisme.

Il y a entre 15 et 20 séances de TCC à raison de 1 ou 2 par semaine.

Après toutes ces techniques, s'il n'y a aucune amélioration ou que l'amélioration est trop légère, le diagnostic sera réévalué et l'association avec un traitement médicamenteux peut être réalisée.

ii. Traitement médicamenteux

Il est indiqué quand les symptômes de l'ESPT durent depuis plus de 1 an.

L'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) n'a été donnée que pour la paroxétine dans cette indication. En cas d'inefficacité, les molécules utilisées seront les autres ISRS (fluoxétine, sertraline, etc...) ou les ADT (amitryptiline ou imipramine) hors AMM.

L'association de la TCC et du traitement médicamenteux peut s'avérer plus efficace que chacun des deux réalisé isolément.

Le traitement initial doit durer 12 semaines au minimum.

En cas de problème d'endormissement, un hypnotique pourra être proposé pour une courte durée.

Si la réponse au traitement est négative, la consultation d'un psychiatre est recommandée.

c. Suivi

i. Durée du traitement

S'il est efficace, il sera poursuivi pendant 1 an avant qu'un arrêt progressif soit envisagé.

Au bout de 2 ans de traitement, la poursuite de celui-ci ne pourra se faire qu'après l'avis d'un spécialiste.

ii. Rythme des consultations

Les patients présentant un risque suicidaire devront être revus 1 semaine après le début du traitement puis régulièrement.

Pour les autres patients, la deuxième consultation sera réalisée 2 semaines après la première puis toutes les 2 à 4 semaines pendant 3 mois et les intervalles pourront être augmentés au-delà de cette durée.

iii. Outil de surveillance

L'efficacité du traitement sera mesurée grâce à différentes échelles comme Impact of Event Scale (IES-R), Symptom Scale Interview (PSS-I) et Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PTSD).

B. Traitement des comorbidités⁽¹³⁾

Les comorbidités doivent être traitées systématiquement :

- association de plusieurs troubles anxieux ;
- dépression : les antidépresseurs ayant des propriétés anxiolytiques sont les traitements de choix en première intention : ISRS et venlafaxine ;
- consommation d'alcool ou de drogue : le sevrage sera proposé en première intention ; les benzodiazépines prescrites pour l'anxiété peuvent être utilisées abusivement par les patients dépendants (alcool et médicaments), et doivent être délivrés avec la plus grande prudence ;
- en cas de comorbidité somatique associée, une surveillance est indispensable, en particulier sur les plans cardiaque, endocrinien et neurologique.

C. Les différentes classes pharmacologiques⁽⁹⁾

Ces classes pharmacologiques ont montré leur efficacité dans le traitement de divers troubles anxieux. Cependant, il est important de bien connaître leurs caractéristiques psychopharmacologiques ainsi que leurs effets indésirables afin de bien les prescrire et bien les dispenser⁽⁷⁾.

1. Les benzodiazépines

Elles ont commencé à être synthétisées en 1950 par Sternbach, leurs propriétés ont été mises en évidence par Randall en 1957.



Figure 4 : photographie Leo Sternbach⁽⁸⁾

a. Pharmacodynamie

Les benzodiazépines possèdent toutes six propriétés qui seront plus ou moins marquées selon les molécules :

- myorelaxante ;
- anxiolytique ;
- sédative ;
- hypnotique ;
- anticonvulsivante ;
- amnésiante.

Elles se fixent entre les sous-unités α et γ du récepteur GABA-A et potentialisent la transmission GABAergique (centrale, médullaire, périphérique) proportionnellement à la concentration en GABA présent dans la synapse. C'est une modulation « allostérique ». Elles n'agissent pas directement sur les récepteurs GABA mais le sensibilisent à l'action du GABA ; elles augmentent la fréquence d'ouverture du canal chlore sans déclencher elles-mêmes l'ouverture de ce canal (*figure 1*).

b. Indications

iv. Psychiatrie

Dans ce domaine, on les utilise pour la crise anxieuse, le fond anxieux et le syndrome de sevrage aux drogues toxicomanogènes.

v. Neurologie

Elles sont utilisées dans l'épilepsie et les états spastiques comme les contractures musculaires par exemple.

vi. Anesthésiologie

On recherche ici un effet anxiolytique de courte durée lors de la prémédication.

vii. Médecine générale

Les benzodiazépines serviront pour toute anxiété liée à un problème d'adaptation professionnelle ou de désordre émotionnel, pour les insomnies occasionnelles et les maladies dites « psychosomatiques ».

Princeps	Molécule	Indication principale
LEXOMIL®	bromazépam (DCI)	Anxiété
RIVOTRIL®	clonazépam (DCI)	Epilepsie
MYOLASTAN®	tétrazépam (DCI)	Contracture musculaire
HAVLANE®	loprazolam (DCI)	Insomnie

Tableau 1 : quelques exemples de médicaments avec leur indication principale

c. Effets indésirables

i. Somnolence et sédation

Elles s'estompent en quelques semaines après diminution progressive de la posologie.

ii. Dépendance et syndrome de sevrage

L'arrêt du traitement doit toujours être réalisé de façon progressive afin d'éviter la dépendance qui survient de manière plus importante si la posologie est élevée et si la durée du traitement est longue. Elle se traduit par un phénomène de rebond avec crise de panique et insomnie.

iii. Hypotonie musculaire et difficultés respiratoires

Ces médicaments ne sont pas inducteurs enzymatiques mais ne peuvent pas être associés à l'alcool car ils le potentialisent.

iv. Effets psychiques

Il a pu être observé avec ce genre de produits des troubles de la mémoire, surtout chez les personnes âgées.

Il peut apparaître avec les benzodiazépines à demi-vie courte une amnésie antérograde (car la mémoire à court terme persiste mais pas celle à long terme).

Comme la mémoire à court terme fonctionne, le sujet peut réagir aux ordres, s'adapter à une situation mais n'aura aucun souvenir de cette activité (soumission chimique). Cette triade automatisme-désinhibition-amnésie est déclenchée le plus souvent lors d'un réveil imprévu peu de temps après la prise d'une benzodiazépine hypnotique.

v. Liés à la voie d'administration

Les formes injectables risquent provoquer des douleurs au point d'injection, de l'apnée en cas d'injection intraveineuse rapide et une possibilité de phlébite.

d. Contre-indications

Elles sont au nombre de cinq :

- la myasthénie ;
- l'hypersensibilité au principe actif ;
- l'insuffisance respiratoire sévère ;
- l'insuffisance hépatique sévère ;
- le syndrome d'apnée du sommeil.

e. Règles de prescription et de dispensation

Ce sont des produits appartenant la liste I des substances vénéneuses. Leur durée de prescription et de dispensation est limitée à douze semaines, sauf les hypnotiques qui ne doivent être prescrits et dispensés que pour une durée de quatre semaines.

2. Les antidépresseurs

a. Les antidépresseurs tricycliques

C'est l'étude de Donald F. Klein de 1964 qui a permis de montrer l'efficacité de l'imipramine (TOFRANIL®) et de la clomipramine (ANAFRANIL®) par la suite dans le traitement du trouble panique et du trouble obsessionnel compulsif.



Figure 5 : photographie de Donald F. Klein⁽¹⁰⁾

i. Pharmacodynamie

Ce sont des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la monoamine. Les effets biochimiques, vraisemblablement à l'origine de l'effet thérapeutique, reposent sur une diminution de la recapture présynaptique de la noradrénaline et de la sérotonine donc la transmission synaptique est facilitée.

L'effet sédatif, lorsqu'il se manifeste, est en rapport avec la composante histaminergique de la molécule.

Par ailleurs, celle-ci exerce un effet anticholinergique central et périphérique, à l'origine d'effets indésirables.

La propriété principale est antidépressive et se manifeste par :

- une amélioration de l'humeur allant jusqu'à une inversion avec une euphorie maniaque et une excitation motrice (longue de dix jours à trois semaines) ;

- une levée de l'inhibition : reprise de l'activité intellectuelle avec une baisse de l'agitation et une augmentation de l'activité générale sur le plan moteur. Cette hausse survient plus précocement que l'amélioration de l'humeur d'où le risque suicidaire ;
- une action sédatrice ou psychomotrice selon les molécules.

ii. Indications

On en distingue six en fonction du dosage et de la posologie :

- énurésie nocturne de l'enfant dans les cas où toute pathologie organique a été exclue ;
- épisodes dépressifs majeurs ;
- troubles obsessionnels compulsifs ;
- prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie ;
- certains états dépressifs apparaissant lors des schizophrénies, en association avec un traitement neuroleptique ;
- douleurs neuropathiques de l'adulte.

Princeps	DCI	Dosage	Indications
ANAFRANIL®	clomipramine	10 mg	Enurésie
		10, 25, 75 mg	Dépression
			TOC
			Prévention attaques de panique
			Douleurs neuropathiques

Tableau 2 : exemple de la clomipramine avec ses indications principales en fonction du dosage

iii. Effets indésirables

Dans cette catégorie seront cités uniquement les effets indésirables apparaissant comme « très fréquents » c'est-à-dire dans plus de 10 % des cas.

Les effets seront classés dans différentes catégories :

- manifestations générales : asthénie ;
- effets psychiatriques : somnolence ;
- effets neurologiques et musculaires : vertiges, tremblements et myoclonie ;
- effets anticholinergiques : sécheresse de la bouche, constipation, vision floue, trouble de l'accommodation et trouble de la miction ;
- troubles cardiovasculaires : hypotension orthostatique ;
- troubles gastro-intestinaux : nausées.

Il est également possible d'observer une réaction de sevrage avec nausées, vomissements, douleurs abdominales, insomnie, céphalées, nervosité, anxiété qui survient fréquemment à l'arrêt brutal du traitement ou lors d'une réduction de posologie.

iv. Contre-indications

Elles sont au nombre de quatre :

- hypersensibilité au principe actif ;
- risque connu de glaucome par fermeture de l'angle (dû à l'effet anticholinergique) ;
- risque de rétention urinaire lié à des troubles urétrorostatiques ;
- infarctus du myocarde récent.

Quelques associations avec d'autres molécules sont contre-indiquées. Le syndrome sérotoninergique peut apparaître en cas d'association avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase non sélectifs (IMAO). Il se manifeste principalement par une agitation, des myoclonies, variation de la tension artérielle, diarrhée, etc. L'association avec le sultopride est également contre-indiquée car elle risque d'augmenter l'apparition de trouble du rythme ventriculaire, notamment des torsades de pointe.

b. Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine : exemple de la fluoxétine

i. Pharmacodynamie

La fluoxétine est un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, et c'est probablement ce qui explique son mécanisme d'action.

La fluoxétine n'a quasiment pas d'affinité pour les autres récepteurs tels que les récepteurs adrénergiques, dopaminergiques, histaminiques, muscariniques et les récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique.

Elle possède quelques avantages :

- non anticholinergique donc pas d'effets indésirables de type atropinique ;
- non toxique en surdosage ;
- non toxique cardiaque.

ii. Indications

La fluoxétine possède trois indications :

- traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) chez l'adulte ou chez l'enfant ;
- traitement des troubles obsessionnels compulsifs ;
- traitement de la boulimie : en complément d'une psychothérapie, indiqué dans la diminution de la fréquence des crises de boulimie et des vomissements ou prise de laxatifs.

iii. Effets indésirables

Du point de vue digestif : elle peut provoquer des nausées, des vomissements, des dyspepsies, des dysphagies, etc.

La fluoxétine a également des effets néfastes au niveau du système nerveux à type de céphalées, troubles du sommeil, convulsions, etc...

Il y a également un risque de suicide, ceci est dû au fait que le traitement est long à se mettre en place dans le corps humain. En effet, il faut plusieurs semaines pour que la fluoxétine commence à devenir efficace.

Les effets indésirables majeurs qui peuvent survenir sont le syndrome sérotoninergique, il survient surtout lors de l'association avec d'autres médicaments sérotoninergiques. Il provoque donc hyperthermie, rigidité, myoclonie, dysfonctionnement du système nerveux autonome, etc...

iv. Contre-indications

- Hypersensibilité à la fluoxétine ou à l'un des excipients ;
- inhibiteurs de la monoamine oxydase : risque de syndrome sérotoninergique. Le relai entre ces deux traitements est d'environ deux semaines et le risque est plus important avec les IMAO non sélectifs ;
- millepertuis ou *Hypericum perforatum* car c'est un puissant inducteur enzymatique et il risque diminuer les doses de fluoxétine jusqu'à provoquer un syndrome sérotoninergique en inhibant la recapture de la sérotonine.

c. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : exemple de la venlafaxine⁽¹²⁾

i. Pharmacodynamie

Le mécanisme de l'action antidépressive de la venlafaxine chez l'homme semble être associé à la potentialisation de l'activité des neurotransmetteurs au niveau du système nerveux central. Les études précliniques ont montré que la venlafaxine et son principal métabolite, la O-déméthylvenlafaxine (ODV), sont des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. La venlafaxine est également un inhibiteur faible de la recapture de la dopamine. La venlafaxine et son métabolite actif réduisent la sensibilité β -adrénergique après administration aiguë (dose unique) et chronique. En ce qui concerne l'action globale sur la recapture de neurotransmetteurs et la liaison aux récepteurs, la venlafaxine et l'ODV sont très similaires.

In vitro, la venlafaxine n'a virtuellement aucune affinité pour les récepteurs cérébraux muscariniques, cholinergiques, histaminergiques H1 ou alpha1-adrénergiques du rat. L'activité pharmacologique au niveau de ces récepteurs peut être liée aux divers effets indésirables, tels que les effets anticholinergiques, sédatifs et cardiovasculaires, observés avec d'autres antidépresseurs.

ii. Indications

La venlafaxine possède cinq indications :

- traitement des épisodes dépressifs majeurs ;
- prévention des récives des épisodes dépressifs majeurs ;
- traitement du trouble anxieux généralisé ;
- traitement de la phobie sociale ;

- traitement du trouble panique, avec ou sans agoraphobie.

iii. Effets indésirables

Partie du corps humain concernée	Effets fréquents* et très fréquents**
Système métabolique et nutritionnel	Hausse de la cholestérolémie, perte de poids*
Système nerveux	Sécheresse buccale et céphalées** Rêves anormaux, baisse de libido, insomnie, nervosité, etc...*
Système sensoriel	Troubles de l'accommodation, mydriase et troubles visuels*
Système cardiovasculaire	Hypertension, vasodilatation et palpitations*
Système respiratoire	Bâillements*
Système digestif	Nausées** Perte d'appétit, constipation et vomissements*
Système cutané	Hypersudation** Eruption et alopecie*
Système urogénital	Troubles de l'éjaculation, de l'orgasme, anorgasmie, troubles érectiles, troubles urinaires, troubles menstruels et pollakiurie*
Organisme dans son ensemble	Asthénie et frissons*

Tableau 3 : effets indésirables majeurs de la venlafaxine ou EFFEXOR®

*fréquent : fréquence supérieure ou égale à une personne sur cent

**très fréquent : fréquence supérieure ou égale à une personne sur dix

iv. Contre-indications

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ;
- l'association à un traitement par inhibiteurs irréversibles de la monoamine-oxydase (IMAO) est contre-indiquée en raison du risque de survenue d'un syndrome sérotoninergique, se manifestant notamment par une agitation, des tremblements et une hyperthermie. La venlafaxine ne doit pas être débutée dans les 14 jours suivant l'arrêt d'un traitement par un IMAO irréversible. La venlafaxine doit être arrêtée au moins 7 jours avant le début d'un traitement par un IMAO irréversible.

3. La buspirone⁽¹²⁾

a. Pharmacodynamie

La buspirone présente une activité anxiolytique dénuée :

- d'effet sédatif ;
- d'effet myorelaxant ;
- d'activité anticonvulsivante.

Le mécanisme d'action de la buspirone n'est pas complètement élucidé. Dans l'état actuel des connaissances, il semble que son activité relève essentiellement de ses effets sur les récepteurs de la sérotonine. Elle agit principalement en tant qu'agoniste des récepteurs 5 HT1A présynaptiques et agoniste partiel des récepteurs 5 HT1A post-synaptiques. Elle possède également une activité antagoniste des récepteurs dopaminergiques D2 essentiellement présynaptiques, aux doses préconisées dans les troubles anxieux. Elle n'interfère pas avec les récepteurs aux benzodiazépines et GABAergiques.

b. Indications

La buspirone possède quatre indications :

- anxiété réactionnelle, notamment les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et anxiété post-traumatique ;
- traitement d'appoint de l'anxiété au cours des névroses ;
- anxiété associée à une affection somatique sévère ou douloureuse ;
- anxiété généralisée.

c. Effets indésirables

La majorité des effets sont des sensations vertigineuses ou ébrieuses, céphalées, nausées, nervosités, moiteurs ou sueurs, gastralgies.

Ces effets secondaires sont généralement observés en début de traitement et habituellement diminuent ou disparaissent avec la poursuite du traitement et/ou la diminution de la posologie.

d. Contre-indications

- Hypersensibilité connue à l'un des composants du médicament ;
- insuffisance rénale et/ou hépatique sévère.

4. Les traitements adjuvants⁽⁷⁾

a. L'hydroxyzine

C'est une molécule synthétisée depuis 1936 qui est utilisée comme antihistaminique et comme sédatif notamment depuis les années 1950. Cette molécule est largement utilisée comme sédatif mais il faut faire attention chez le sujet âgé car elle possède un potentiel anticholinergique.

Il y a donc un risque de rétention urinaire par troubles uréthro-prostatiques, de sécheresse buccale, tachycardie, constipation, de glaucome aigu par fermeture de l'angle, etc...

Pour les effets indésirables et contre-indications de la molécule, se rendre à l'[annexe 1](#).

b. Les bêta-bloquants non sélectifs

Un tel traitement va permettre de limiter les phénomènes somatiques désagréables liés à l'anxiété sociale.

Le propranolol ou AVLOCARDYL® sera utilisé pour diminuer les tachycardies, les tremblements, les sueurs, etc...

Pour les effets indésirables et contre-indications de la molécule, se rendre à l'[annexe 2](#).

5. Conclusion

Il y a uniquement quatre familles qui sont utilisées dans le traitement des troubles anxieux et celles-ci ne seront pas employées de la même façon vis-à-vis de chaque problème anxieux.

Trouble anxieux	Traitement ponctuel en phase « aiguë »	Traitement de fond
Trouble panique avec ou sans agoraphobie	Benzodiazépines*** (Ex : Xanax® 0,5 mg : 1 comprimé à renouveler si besoin une fois)	Paroxétine, citalopram, clomipramine*
Phobie sociale généralisée	Benzodiazépines*** (Ex : Xanax® 0,25 mg : 3 comprimés par jour)	Paroxétine
Phobie sociale circonscrite	Propranolol (Ex : Alvocardyl® 40 mg : 1 comprimé 45 minutes avant la situation anxiogène)	
Trouble anxieux généralisé	Benzodiazépines*** (Ex : Lysanxia® 10 mg : 2 comprimés le soir durant 10 jours) Hydroxyzine (Ex : Atarax® 25 mg : 3 comprimés par jour)	Venlafaxine**, paroxétine, buspirone
Trouble obsessionnel-compulsif		Fluoxétine, paroxétine, citalopram, sertraline, clomipramine*

Tableau 4 : indications thérapeutiques dans les différents troubles anxieux en fonction du contexte : traitement ponctuel ou traitement de fond⁽⁷⁾

* Antidépresseur tricyclique avec des effets anticholinergiques fréquents : surveillance renforcée chez la personne âgée, contre-indications cardiovasculaires, glaucome à angle fermé et hypertrophie prostatique.

** Antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : surveillance de la pression artérielle chez les patients à risque.

*** Avant toute utilisation, rechercher l'existence d'un abus ou d'une dépendance aux benzodiazépines, fréquents chez les patients anxieux et nécessitant une prise en charge à part entière.

D. Conclusion

Il existe un arbre décisionnel pour la prise en charge des troubles ([annexe 8](#)).

Il y a donc ici plusieurs classes pharmacologiques qui peuvent être utilisées contre les troubles anxieux. Chaque classe possède une grande quantité d'effets indésirables. La prise en charge des troubles passe par un bon diagnostic, un bon traitement du trouble et des comorbidités associées. Après avoir vu la prise en charge globale des troubles anxieux avec les TCC et les différentes molécules, le prochain chapitre va décrire la prise en charge thermique des troubles anxieux avec les différents soins, les effets indésirables, etc... avec comme exemple la station thermale de Saujon.

CHAPITRE 2 : LE THERMALISME PSYCHIATRIQUE DANS LES TROUBLES ANXIEUX : EXEMPLE DE SAUJON

1ERE PARTIE : DESCRIPTION DES THERMES DE SAUJON⁽²⁰⁾

En 1860, le Docteur Louis DUBOIS aménagea un petit établissement constitué de deux salles de soins, une douche et un bain.

150 ans plus tard, la passion de servir et de contribuer au mieux-être des personnes fragilisées sur le plan nerveux et psychologique est toujours intacte, partagée par les descendants, les médecins et le personnel des thermes.

Dans cette partie, seule la cure conventionnée sera développée, il existe également des cures libres non prises en charge par l'Assurance Maladie.

A. L'eau

1. Description

L'eau thermale de Saujon est une eau millénaire. Lent distillat du passé, elle apporte la sagesse d'autres temps à des troubles d'une grande actualité : les dérèglements nerveux. Elle est utilisée par voie externe et interne.

Dès le siècle dernier, le Docteur Robert DUBOIS, Psychiatre renommé, pensait utiliser ces eaux riches en lithium, magnésium et autres oligo-éléments appropriés, pour équilibrer le système neurovégétatif. Saujon devenait ainsi une station thermale spécialisée dans les affections psychosomatiques.

La science moderne a bien mis en évidence le lien étroit entre les grandes fonctions de l'organisme et le système nerveux. La peau, reflet de notre intérieur, est parcourue de terminaisons nerveuses de toutes sortes. Ainsi des mécanismes relient la peau à nos émotions ou encore à notre état immunitaire. La diffusion d'éléments chargés, dits « ioniques », contenus dans l'eau peut influencer sur la transmission de l'influx nerveux qui est de nature électrique et modifier la réactivité des terminaisons cutanées.

Toutefois, avec le développement des cures, le débit de la source originelle devenait insuffisant. C'est grâce aux efforts conjugués du Professeur CANELLAS, Professeur d'Hydrologie Thérapeutique à la Faculté de Pharmacie de Bordeaux, et du Professeur POUCHAN, Professeur à l'Institut Géodynamique de la Faculté des Sciences de Bordeaux, que fut réalisé en 1987 le forage de la Source des Chalets. Grâce à ses composantes physicochimiques intéressantes, et après l'avis favorable de l'Académie de Médecine, le Ministère de la Santé donna son agrément le 3 Février 1993 pour que cette source puisse être utilisée dans le traitement des affections psychosomatiques ; **il s'agit d'une eau oligo-métallique froide, bicarbonatée calcique, chlorurée sodique et magnésienne.**



Figure 6 : source de l'eau thermique de Saujon

L'eau jaillissante de cette source est pompée dans le cénomanien inférieur à une profondeur de 200 mètres. Le tubage intérieur de ce forage est en inox ce qui permet de protéger cette nappe des infiltrations provenant des aquifères supérieurs. Un forage de secours Louis Dubois a d'ailleurs été réalisé en 2007 dans le même aquifère et se trouve en cours d'agrément.

La ressource en eau thermique à Saujon est bien maîtrisée mais elle est également bien surveillée sur le plan bactériologique. En effet, c'est au printemps 1993, que fut créé, sur le site de l'Établissement Thermal, un laboratoire d'autocontrôle de l'eau thermique. **Toutes les semaines, la moitié des points d'usage, la buvette et le forage sont analysés afin d'effectuer immédiatement un traitement chimique ou thermique (en dehors des horaires de soins) s'il en était besoin.**



Figure 7 : laboratoire d'autocontrôle de l'eau thermique de Saujon

Tous les mois, des contrôles officiels sont réalisés par le Laboratoire Régional d'Hydrologie attaché à la Faculté de Pharmacie de Bordeaux. Grâce à cette surveillance régulière, le taux de conformité des analyses est proche de 100 %. En amont de ces contrôles, des protocoles et des procédures ont été mis en application afin d'entretenir les réseaux d'eau thermale avec une rigueur extrême. D'autres protocoles et procédures servent au nettoyage et à la désinfection quotidienne des locaux et des salles de soins.

Après la mise en place des autocontrôles de la qualité de l'eau thermale, des procédures et protocoles de nettoyage et de désinfection, l'Etablissement Thermal de Saujon s'est engagé dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité, en intégrant trois axes principaux :

- la place du curiste ;
- la gestion des risques *a priori* et *a posteriori* ;
- la maintenance préventive et curative.

Un comité de pilotage de cette démarche qualité, composé de professionnels de tous les secteurs, s'applique à développer ce programme.

2. Analyse physico-chimique

Analyse physico-chimique de l'eau thermale de Saujon					
pH			6,85		
Extrait sec à 180°C			410,41 mg/L		
Cations		Anions		Oligo-éléments	
Elément	Concentration (mg/L)	Elément	Concentration (mg/L)	Elément	Concentration (mg/L)
Sodium	48,50	Carbonate	0	Zinc	0,032
Potassium	8,75	Bicarbonate	286,70	Strontium	0,450
Calcium	75,50	Chlorure	69,23	Bromure	< 0,060
Magnésium	15,10	Sulfate	38,50	Lithium	0,017
Ammonium	0,15	Nitrite	0	Fluorure	0,210
Fer	1,28	Nitrate	0,40		
		Phosphate	0		
		Silice	12		

Tableau 5 : analyse physico-chimique de l'eau thermale de Saujon

Par son chlorure de sodium elle a une action tonique alors que la présence de calcium et de magnésium lui assure des effets sédatifs particulièrement efficaces dans les manifestations de la spasmophilie, les affections psychosomatiques, et les problèmes de stress et d'anxiété (comme par exemple les Troubles Anxieux Généralisés).

B. Les indications thérapeutiques

Les thermes de Saujon sont spécialisés dans le traitement des troubles psychologiques, des troubles de l'anxiété, et des affections psychosomatiques.

1. Les affections traitées

Il y a huit grands types de pathologies traitées par les médecins de la station thermale de Saujon :

- anxiété, surmenage, insomnie ;
- troubles anxieux généralisés ;
- tout état de stress, en particulier secondaire à des situations conflictuelles prolongées (professionnel, familial, ...) : surmenage, « burnout » ou syndrome d'épuisement professionnel, etc... ;
- état anxieux de l'adulte et de l'adolescent ;
- état de fatigue prolongé ;
- colopathie, fibromyalgie, états douloureux chroniques ;
- états dépressifs légers et modérés, réactionnels ;
- prise prolongée d'anxiolytiques et d'hypnotiques (sevrage médicamenteux).

2. Les résultats attendus

a. Effets physiologiques

Il y a neuf effets physiologiques attendus lors d'une cure dans la station thermale de Saujon :

- la sédation ;
- l'anxiolyse ;
- les effets antalgiques ;
- les effets antispasmodiques ;
- la vasodilatation périphérique ;
- la normalisation du sommeil ;
- la normalisation du stress ;
- la réduction de l'anxiété ;
- la diminution des douleurs fonctionnelles.

b. Facteurs environnementaux spécifiques

Il y a six facteurs permettant au curiste d'avoir un bon résultat de son traitement thermal :

- un soutien psychologique ;
- un milieu compréhensif et rassurant ;
- de nombreux professionnels formés à l'écoute ;

- un éloignement des facteurs de stress ;
- un groupe de patients vivant des situations comparables ;
- un rythme de vie plus adapté.

c. Effets biologiques

Trois grands effets sont décrits :

- l'effet neuroendocrinien avec une réduction du stress ;
- l'effet nerveux central avec une antalgie efficace ;
- l'effet immunitaire.

3. La cure conventionnée

a. Description

C'est une cure avec une prise en charge par une caisse d'assurance maladie. La durée doit être de 21 jours, soit 18 jours de soins car la station est fermée le dimanche.

La cure consiste principalement à réaliser une hydrothérapie médicale. Les médecins thermaux vont choisir trois à quatre soins par jour parmi la liste ci-dessous :

- le bain avec douche en immersion ;
- le bain avec douche ventrale ;
- le bain en piscine ;
- la douche sous immersion en piscine ;
- le bain avec douche sous-marine ;
- la douche au jet ;
- la douche générale (douche colonne).

Ils peuvent également ne prévoir que deux ou trois soins parmi ceux définis ci-dessus mais, dans ce cas-là, ils prescriront soit 18 massages de 10 minutes, soit 9 massages de 20 minutes. Les médecins accordent une préférence à la réalisation de massages de 20 minutes quand ceci est possible car en 10 minutes, le patient ne perçoit pas l'efficacité de ce soin de façon optimale.

L'établissement thermal applique le tiers payant uniquement pour les soins thermaux relevant du régime général de la sécurité sociale, de la mutualité agricole et de certaines autres caisses. Les curistes concernés ne doivent donc acquitter que le ticket modérateur. Pour les honoraires médicaux, il appartient au curiste de faire l'avance des frais. En échange du règlement, il lui est remis le dossier lui permettant de se faire rembourser par sa caisse d'assurance maladie. En tout état de cause, la part mutuelle est à régler lors de la remise du planning à l'arrivée.

b. Les soins thermaux

i. La douche au jet

Elle est dispensée par un hydrothérapeute sous une eau thermale à 37° C environ. Ses effets varient en fonction de la température et de la pression de l'eau :

- les effets sont sédatifs lorsque la température approche 37° C et que la pression est faible ;
- ils sont toniques lorsque la pression est plus forte.

La durée du soin est de trois minutes.



Figure 8 : douche au jet

ii. La douche générale

Elle est réalisée sous une eau thermale à 37° C environ.

Ses nombreux jets réalisent une aspersion douce et en continu de la totalité du corps et installent une sensation de bien-être.

La durée du soin est de trois minutes.



Figure 9 : douche générale

iii. Le massage sous l'eau

Il est dispensé par un kinésithérapeute diplômé d'état.

Il est réalisé sous une eau thermale à 37° C. Les curistes sont étendus sur un matelas afin de recevoir la pluie fine d'une rampe de douche sous faible pression située au-dessus d'eux.

Cette technique renforce les effets sédatifs du massage. Ces massages effectués en atmosphère thermale ont des propriétés plus sédatives que les massages courants : ils sont particulièrement préconisés pour les troubles d'insomnie.

La durée du soin est de dix ou vingt minutes.

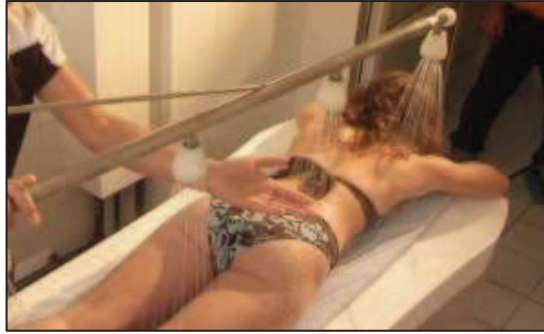


Figure 10 : massage sous l'eau

iv. Le bain avec douche en immersion

Il est réalisé sous le contrôle d'hydrothérapeutes dans une eau thermale à 37°C.

Le curiste immergé dans la baignoire reçoit sur la quasi-totalité du corps, des jets d'eau thermale diffusée par des tubulures situées aux quatre parois de la baignoire. Cette projection s'effectue par cycles, réalisant ainsi plusieurs massages du corps, généraux et complets, favorisant la détente.

La durée d'immersion est de dix minutes.



Figure 11 : bain avec douche en immersion

v. Le bain avec douche sous-marine

Il est réalisé sous le contrôle d'hydrothérapeutes avec une immersion dans baignoire d'eau thermale à 37° C.

Le curiste plongé dans un bain reçoit sur la région abdominale, le jet d'une douche de faible calibre qui mobilise l'eau du bain et réalise ainsi un massage de cette région dont les effets sont très sédatifs.

La durée d'immersion est de dix minutes.

vi. Le bain avec douche ventrale

Il est réalisé sous le contrôle d'hydrothérapeutes dans une eau thermale à 37° C.

Le curiste immergé dans la baignoire bénéficie d'un massage ventral réalisé par une pomme de douche fixée à un embout du milieu de la baignoire. Le support mobile permet de localiser manuellement le jet sur la région particulièrement sensible. Spécialement indiquée chez les sujets dont l'état s'accompagne de déséquilibre du transit intestinal.

La durée d'immersion est de dix minutes.

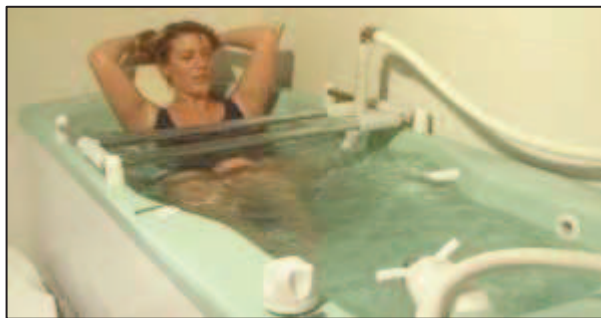


Figure 12 : bain avec douche ventrale

vii. Le bain avec douche en immersion en piscine

Il est réalisé sous le contrôle d'hydrothérapeutes dans une eau thermale à 32° C.

Le curiste se tient debout dans la piscine (profondeur 1,20 m) devant un jet réglable par lui-même en hauteur, et reçoit une douche dorsale et ventrale pendant une durée de 5 minutes environ. À ce soin est toujours associé un bain simple en piscine.

La durée d'immersion est de dix minutes.



Figure 13 : bain avec douche en immersion en piscine

viii. Le bain simple en piscine

Il est réalisé sous le contrôle d'hydrothérapeutes dans une eau thermale à 32° C.

Le curiste immergé dans la piscine se détend pendant une dizaine de minutes grâce aux effets de l'eau thermale.

La durée d'immersion est de cinq à dix minutes.

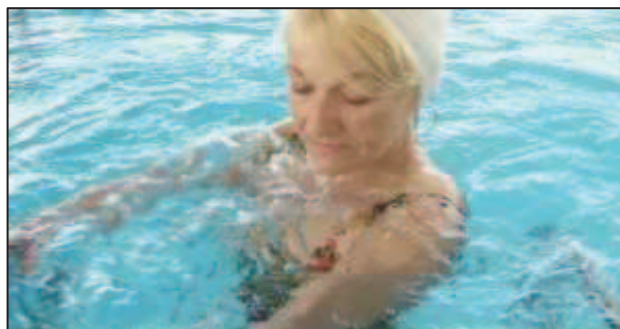


Figure 14 : bain simple en piscine

c. Les différents forfaits

Forfaits	Soins	Tarifs sécurité sociale
PSY 1 : 54 soins parmi	Douche au jet	424,16 €
	Bain avec douche en immersion	
	Bain avec douche sous-marine	
	Bain avec douche ventrale	
	Douche médicale	
	Douche générale	
	Bain en piscine	
	Douche sous immersion en piscine	
PSY 2	36 soins parmi ceux de PSY 1	347,71 €
	18 massages de 10 mn ou 9 de 20 mn	199,47 €
PSY 3	45 soins parmi ceux de PSY 1	434,65 €
	9 massages de 10 mn	99,66 €
PSY 4	54 soins parmi ceux de PSY 1	424,16 €
	18 massages de 10 mn ou 9 de 20 mn	199,47 €
Honoraires médicaux	Forfait surveillance médicale	74,03 €
	Honoraire sur douche, par séance	2,88 €

Tableau 6 : forfaits cure selon la convention passée entre l'établissement et les organismes de sécurité sociale.

Le forfait le plus utilisé, quand cela est possible, est le forfait PSY 4 parce qu'il est le plus complet.

d. Les différents médecins thermaux

Il y a neuf médecins qui peuvent recevoir les curistes dans l'établissement thermal :

- Docteur Olivier DUBOIS (psychiatre et directeur de la station) ;
- Docteur Denis GUIOT (psychiatre) ;
- Docteur Dominique LAIR (psychiatre) ;
- Docteur Jean-Pierre LARROUSSE (psychiatre) ;
- Docteur Christophe SPURIUS (psychiatre) ;
- Docteur Kay BOROWSKY (psychiatre - médecin thermal) ;
- Docteur Céline DUDZIAK (psychiatre - médecin thermal) ;
- Docteur Bernard-Philippe BULIDON (généraliste - médecin thermal saisonnier) ;
- Docteur Catherine CHOPELIN (généraliste - médecin thermal saisonnier).

2EME PARTIE : PRINCIPES DE LA CURE THERMALE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX

A. Principes de la cure thermale et ses techniques hydrothérapeutiques

1. Principes généraux de la cure thermale⁽²¹⁾

Le thermalisme représente une variété à la fois diversifiée et complémentaire de soins dont chacun apporte sa pierre, de manière synergique, à l'effet thérapeutique souhaité. Le thermalisme présente un ensemble structuré de modes thérapeutiques dont chaque élément vise à réduire les troubles que présente le patient.

a. Modalités de fonctionnement

i. Durée de la cure

Il existe deux modes de cure :

- la cure libre qui dure de une à trois semaines et qui laisse le patient totalement indépendant dans sa prise en charge puisque celle-ci n'est pas soumise à une entente préalable auprès de l'assurance maladie. Il n'y a donc pas de remboursement des soins dans ce type de cure ;
- la **cure thermale traditionnelle** qui se distingue par sa durée de trois semaines obligatoire et son rythme au maximum annuel.

La cure dure de manière **obligatoire** 21 jours consécutifs et doit comporter 18 jours de soins (hors dimanche) pour que le patient en obtienne le **remboursement**. L'assuré perd tout droit aux prestations si sa cure est interrompue avant les 18 jours de soins sauf raison médicale justifiée. Pour ce faire, le médecin traitant ou psychiatre du patient doit remplir un questionnaire de prise en charge qu'il transmettra à l'Assurance Maladie ([annexe 10](#)).

Il semble intéressant dans des cas exceptionnels de prolonger la cure sans dépasser 4 à 6 semaines consécutives. D'une manière générale, la durée de 3 semaines apparaît bien adaptée à la prise en charge psychiatrique. Une cure d'une durée inférieure à 3 semaines semble apporter des bénéfices thérapeutiques plus limités.

ii. Discipline de soins

La prise en charge débute par un entretien psychiatrique qui consiste à fixer les objectifs thérapeutiques, les moyens d'y parvenir et rappelle les règles hygiéno-diététiques souvent abandonnées par le patient. Le médecin insiste sur le respect des horaires de soins, la reprise de rythmes diurnes et nocturnes mieux équilibrés, d'une hygiène alimentaire mieux maîtrisée, d'un mode de vie plus ralenti, à l'activité plus limitée.

A l'issue de l'entretien, le médecin prescrit l'ensemble des soins que sera amené à suivre le patient. Les soins sont quotidiens et ont lieu le matin. Ils sont espacés de vingt à trente minutes afin de laisser un temps de repos intermédiaire.

b. Modalités des facteurs thérapeutiques

Il existe plusieurs pratiques thérapeutiques qui viennent se compléter afin de permettre une action physiothérapeutique optimale.

i. Hydrothérapie

Effets de l'eau.

L'eau est le facteur spécifique du thermalisme. Elle est utilisée essentiellement par voie externe sous forme de douches, de bains bouillonnants et de massages sous l'eau. L'eau peut également être utilisée par voie interne, elle est alors prescrite en cure de boisson. Les eaux thermales ont des spécificités physico-chimiques qui peuvent se révéler thérapeutiques dans certaines affections organiques. Les soins ont trois polarités d'action :

- une action somatique à la fois spécifique sur la tonicité musculaire et plus globale avec une sensation générale de bien-être éprouvé ;
- une action psychologique liée à la situation régressive rencontrée et aux contacts soignant soigné ;
- une action symbolique liée à l'eau et aux objets traditionnels.

Le thérapeute doit évaluer régulièrement les soins prescrits aux patients et peut varier leur nombre, leur durée, leur rythmicité en fonction des critères d'efficacité et de tolérance. On divise les stations de cure en deux grands groupes :

- le premier utilise les eaux naturellement chaudes et radioactives ;
- le second se sert d'eaux pauci-minéralisées froides mais artificiellement réchauffées à 36-37 °C ou d'eaux mésothermales.

Effets de la thermorégulation.

La thermorégulation qui intervient au niveau hypothalamique joue un rôle essentiel dans les mécanismes de circulation et de régulation sanguine. Quelques règles :

- plus la température cutanée est basse, plus la peau est sensible au froid. A l'inverse, plus la température cutanée est élevée, plus la peau est sensible au chaud ;

- il existe un antagonisme entre la régulation de la peau et celle du muscle. Ainsi, plus une température cutanée est élevée, plus la performance musculaire sera limitée ;
- plus un point est périphérique, plus il est sensible à la température ;
- plus la température de l'eau est extrême, qu'elle soit basse ou élevée, plus l'application doit être courte et limitée à une petite surface ;
- les bains à température trop élevée peuvent entraîner des vasoconstrictions primaires ;
- plus le différentiel entre la température cutanée et celle de l'eau est grand, plus les effets physiologiques du traitement (vasodilatation, vasoconstriction) sont importants.

La thermorégulation suit une évolution circadienne cyclique. A partir de 3 heures du matin, il existe une thermogénèse avec augmentation de la sensibilité au froid, augmentation de la température périphérique et limitation de la régulation des extrémités imposant souvent des soins à température plus élevée. A l'inverse, à partir de 15 heures, une thermogénèse progressive se réalise justifiant la pratique des soins à température plus basse.

Effets des soins thermaux.

Il existe essentiellement trois modalités particulières de soins :

- la douche thermale ;
- les massages sous l'eau ;
- les bains bouillonnants.

La douche thermale est pratiquée tous les matins, d'une durée de trois minutes. Elle est réalisée soit par un hydrothérapeute, soit par le psychiatre traitant. Elle utilise soit la pomme d'arrosoir, soit un jet d'eau brisée qui porte alors le nom de douche de velours. Le thérapeute peut varier la distance, la percussion et la température de l'eau en fonction des effets thérapeutiques attendus.

Les massages sous l'eau sont d'une durée de dix à vingt minutes, sont prescrits en moyenne trois fois par semaine, se réalisent le matin à température généralement tiède. Ils sont réalisés par un kinésithérapeute agréé. Les massages sous l'eau présentent une double fonction :

- établissement avec le patient d'un contact individuel par une forme archaïque, immédiate et infra verbale ;
- obtention d'une action doublement sédative grâce à l'eau et au massage.

Les bains bouillonnants sont remarquables par leur effet sédatif. Leur prescription est matinale et d'une durée de dix minutes. Ils sont, dans la mesure du possible, complets c'est-à-dire qu'ils permettent une immersion totale du patient jusqu'à la région cervicale. Les bains bouillonnants sont le plus souvent couplés, réalisant des bains de vingt minutes et permettant d'obtenir une action sédative et antalgique plus marquée.

ii. Thérapeutiques adjuvantes

Celles-ci seront simplement citées.

Il en existe principalement huit :

- la relaxation qui s'accorde bien à la pratique thermale dans la mesure où le contexte anxiolytique de la cure est apte à favoriser une plus grande hypotonie neuromusculaire ;
- la sophrologie dont l'objectif est une modification plus ou moins profonde de l'état de conscience du sujet intéressant dans les insomnies et l'anxiété ;
- la psychomotricité ;
- l'hypnose ;
- la gymnastique douce ;
- les massages à sec qui permet l'apaisement pour induire une perte de vigilance en fin de séance ;
- l'enveloppement humide très utilisé dans les troubles schizophréniques ;
- la vibrothérapie et l'électrothérapie.

iii. Autres facteurs thérapeutiques

Il y a trois principaux facteurs :

- la climatologie qui joue un rôle fondamental à la recherche d'un climat sédatif et notamment la température relative qui est optimale pour :
 - o une température absolue autour de 18°C ;
 - o un degré d'hygrométrie autour de 80 % ;
 - o une ventilation modérée ;
- l'institution et la psychothérapie qui permettent la spécificité de la cure ;
- la diététique dans le but d'amener le patient à se concentrer sur son éducation hygiénique et le respect de ses rythmes biologiques et alimentaires pour lui permettre une maîtrise corporelle satisfaisante.

c. Evolution clinique

i. Durant la cure

Plusieurs travaux réalisés en stations psychiatriques montrent une évolution nette sur l'anxiété et ont permis l'établissement d'un modèle-type d'évolution clinique durant la cure :

- en début de cure, il y a souvent une asthénie avec hypersomnie diurne ;
- vers les 5^{ème}-8^{ème} jours, la sédation s'atténue avec réduction progressive des symptômes somatiques (douleurs neuromusculaires, spasmes digestifs, céphalées, sensations de lourdeur des membres, etc...) ;
- parallèlement, autour du 6^{ème} jour de cure, apparaît chez 10 à 30 % des patients ce que l'on peut appeler une « crise thermale » qui peut s'accompagner d'une recrudescence paradoxale des symptômes généraux initiaux (anxiété, anorexie, etc...). Elle reste tout de même passagère et ne dure généralement pas plus d'une semaine ;
- vers les 10^{ème}-14^{ème} jours, se réalise une levée de l'anxiété qui se poursuit jusqu'en fin de cure ;
- l'effet hypnotique se vérifie souvent en fin de cure ;
- la fin de cure peut engendrer parallèlement une réapparition de l'anxiété liée à la proximité du retour et à la perte des bénéfices institutionnels. Cependant, le plus souvent, les résultats obtenus durant la cure semblent assurer le maintien de bénéfices thérapeutiques significatifs dans les mois qui suivent le retour au domicile ;

- pour conclure, l'amélioration symptomatique ne débute que rarement avant le dixième jour de traitement, et ce n'est qu'au cours de la troisième semaine que les bénéfices les plus notables apparaissent et que les effets secondaires, notamment asthéniques, s'estompent. Il est rare qu'une première cure d'une durée inférieure à trois semaines apporte des bénéfices.

ii. Suites de la cure

Les suites de cure sont encore mal explorées. D'après plusieurs études de fréquentation réalisées en station, il semble que 50 à 60 % des curistes reviennent la deuxième année, et surtout, que parmi ceux-ci, 70 % reviennent la troisième année. Cela semble confirmer l'idée qu'il existe des patients répondeurs spécifiques. La première cure représenterait une sorte de sélection thérapeutique. Par la suite, les patients tireraient un bénéfice régulier de la cure thermale.

Il semble, par ailleurs, que le bénéfice obtenu à l'issue de la cure soit stable pendant les premiers mois qui suivent celles-ci. Les patients décrivent ensuite une reprise progressive de leurs symptômes quatre à six mois après la fin de cure.

Si le patient est jugé répondeur lors de la première cure et que sa symptomatologie persiste ou se réactive, la reprise de la cure est alors préconisée. Généralement, un cycle de trois à quatre cures est souhaitable. Une étude, réalisée entre 1983 et 1986 par la CNAM, a montré l'intérêt de renouveler la cure à trois reprises consécutives. Cependant, il n'existe pas de règle stricte sur ce point. En fait, le nombre souhaitable d'années de renouvellement de la cure thermale varie suivant de nombreux critères :

- gravité de la pathologie causale ;
- réponse symptomatique obtenue lors des précédentes cures ;
- bénéfices obtenus sur la réduction ou non des traitements psychotropes, l'évolution de la situation sociale, des arrêts de travail, des journées annuelles d'hospitalisation, etc... ;
- motivation du patient à participer à la cure ;
- refus éventuel d'autres modes de prise en charge thérapeutiques malgré la persistance de sa pathologie.

Ainsi, certains patients répondeurs présentant un trouble psychiatrique chronicisé et de caractère peu évolutif pourront bénéficier d'un nombre de cures important (six à dix cures par exemple). Un patient présentant un trouble anxiodépressif de courte durée, même s'il est répondeur à la cure, ne justifiera la prescription que de deux ou trois cures consécutives, au maximum.

En ce qui concerne les sujets non répondeurs, certains auteurs ont considéré la nécessité de réaliser trois cures thermales consécutives pour conclure à une absence d'efficacité de celles-ci. Certes, un patient non répondeur à une première cure pourra éventuellement la renouveler. Mais une nouvelle expérience thérapeutique négative ne semble pas justifier la poursuite d'une telle prise en charge.

d. Conclusion

La cure thermale repose sur plusieurs activités thérapeutiques diversifiées dont les effets physiologiques s'associent :

- les soins hydrothérapeutiques ;
- les thérapeutiques adjuvantes ;
- l'accompagnement psychothérapeutique ;
- l'institution qui permet de réaliser une régression respectant une triple unité de lieu et d'espace, de temps et de rythme, d'actions et de soins.

Chacune de ces actions thérapeutiques vise à favoriser l'activité anxiolytique et sédative d'autant plus naturellement que tous les soins proposés le sont de manière externe et passive. L'ensemble de ces soins va chercher à créer une régulation de la vie affective du patient et une réduction de sa symptomatologie.

Les psychiatres, dans leur ensemble, considèrent qu'un grand nombre de troubles psychiatriques doivent bénéficier d'une prise en charge globale et utilisent comme concept thérapeutique le modèle « biopsychosocial ». La cure thermale répond bien à cette triple exigence thérapeutique, agissant sur le biologique par l'hydrothérapie, sur le psychologique par les entretiens psychiatriques et sur le social par la prise en charge institutionnelle.

2. Techniques hydrothérapeutiques⁽²²⁾

a. Bains composés

Il faut entendre sous ce terme des bains dont la composition chimique ou physique a été modifiée par un procédé artificiel.

Lorsque la modification est chimique, elle consiste en l'adjonction à l'eau du bain de produits qui cherchent à accroître les effets sédatifs du bain.

Les moyens chimiques sont actuellement quasiment abandonnés au profit des procédés recherchant une action physique complémentaire de l'effet d'immersion.

La modification apportée aux bains consiste essentiellement en une mobilisation de l'eau qui ajoute à l'effet thermique de l'eau sur les corpuscules sensitifs contenus dans le derme un effet de massage cutané à visée sédative. De nombreux procédés sont ainsi utilisés :

- le bain *carbogazeux* consiste en l'émission, à travers l'eau du bain, de bulles de gaz carbonique qui, en mobilisant l'eau accroît son action cutanée. Cette émission de bulles s'obtient soit par la distribution dans l'eau de tablettes de bicarbonate ou de bisulfate de sodium soit, le plus habituellement, par l'envoi dans l'eau de gaz carbonique provenant d'un obus relié à un diffuseur placé dans le fond de la baignoire d'où le gaz s'échappe par des orifices aménagés à cet effet ;
- le bain *oxygazeux* dans lequel le gaz est libéré sous forme de bulles d'oxygène provenant comme dans le procédé précédent d'un obus d'oxygène relié à un diffuseur ou de tablettes de borate de magnésium ou de permanganate de potassium d'où s'échappe par catalyse de l'oxygène naissant ;
- dans le bain *bouillonnant*, l'effet recherché est obtenu par l'envoi d'air pulsé au moyen d'un appareil placé au fond de la baignoire, l'air s'échappe sous forme de grosses bulles qui mobilisent l'eau du bain produisant ainsi un effet plus marqué ;
- le *bain avec douche sous-marine* consiste en un bain dans lequel un jet d'eau est projeté à travers l'eau du bain à une température sensiblement supérieure, au

moyen d'un embout de forme conique situé à l'extrémité d'un tuyau flexible manié à volonté par l'opérateur sur la région épigastrique ;

- les *bains avec douche en immersion* constituent un massage hydrique étendu à l'ensemble du corps d'où son intérêt dans les troubles anxieux et somatoformes. La baignoire dans laquelle le sujet est immergé est percée de petits orifices dont les uns sont situés sur la ligne médiane de sa paroi inférieure, d'autres sur les parois latérales et d'autres enfin sur la paroi postérieure au niveau de la région cervicale du patient. De ces orifices jaillissent successivement des jets d'eau qui atteignent les zones corporelles correspondantes. Ces jets d'eau vont ainsi mobiliser successivement les régions cervicales, para-vertébrales, puis les membres inférieurs. Cet enchaînement de jets d'eau à l'intérieur du bain est l'objet d'une révolution totale par cycles d'une minute. Ainsi un bain de dix minutes comporte une série de dix cycles dont chacun constitue un massage de l'ensemble du corps qui ajoute ses effets sédatifs à ceux du bain ;
- les *bains avec douche ventrale* : au bain douche en immersion est annexé au niveau de la région abdominale un embout en forme de pomme d'arrosoir d'un diamètre de douze centimètres environ dont la face inférieure est perforée d'une demi-douzaine d'orifices par lesquels l'eau jaillit en jets sous modeste pression qui mobilisent l'eau du bain à ce niveau. Suivant sa volonté le sujet peut, manuellement, mobiliser l'embout de façon à diriger les jets soit vers les régions sus épigastrique ou sous épigastrique soit vers les régions latérales gauche ou droite de façon à centrer l'effet du massage sur les points les plus sensibles. Les indications de ce procédé balnéothérapique sont identiques à celles des bains avec douche sous-marine ; il est plus complet en raison du massage hydrique généralisé procuré par la douche en immersion.

Il présente, d'un côté, l'avantage d'une plus grande simplicité technique puisque ne nécessitant pas la présence d'un soignant mais l'inconvénient, en retour, de limiter la relation thérapeutique puisque ne débouchant pas sur une relation verbalisée entre curiste et soignant.

b. Bains en piscine

Les bains que je viens de décrire se donnent en baignoire individuelle. Ils constituent la balnéothérapie traditionnelle des stations de cure à orientation psychosomatique.

Cela n'exclut pas l'existence de bains collectifs en piscine. Ceux-ci sont habituellement réservés à des sujets atteints d'autres affections.

Cette modalité de balnéothérapie ne permet pas de réaliser des actions aussi diversifiées et localisées que la balnéothérapie individuelle ; en revanche elle favorise le développement de relations interpersonnelles et a ainsi une action sociothérapique ; en outre, elle permet une mobilisation plus aisée du corps ce qui peut avoir un effet bénéfique chez les sujets qui souffrent de troubles du schéma corporel.

c. Douches

Les douches pratiquées dans un établissement spécialisé et *a fortiori* en cure thermale ont des effets bien supérieurs à ceux des douches pratiquées à domicile. Cela tient à ce que la masse d'eau utilisée est infiniment plus importante, (cent cinquante litres par minutes), et

la pression plus élevée (quatre bars en moyenne). Cela génère une force de percussion incomparable à celle de la douche à domicile.

La douche en établissement thermal est, pour la plupart des sujets, la modalité la plus efficace du traitement hydrothérapique.

L'installation nécessaire est complexe. Il faut, en effet, qu'elle soit capable de débiter pour chaque cabine de douche cent cinquante litres d'eau par minute tout en procurant l'eau nécessaire pour les bains, qui représente plus de trois cents litres par baignoire.

Les douches sont diversifiées par leur mode et leur durée d'application, ainsi que par leur température et leur force de percussion.

i. Modes d'utilisation

Les douches pratiquées en établissement hydrothérapique sont, en règle générale, mobiles et variables suivant l'embout utilisé.

Le *jet* : embout de forme conique d'où l'eau sort par une petite extrémité sous forme d'un jet de faible diamètre projeté sur le corps. Ce jet est le plus souvent brisé soit par l'index de l'opérateur soit au moyen d'une lame recourbée placée devant l'orifice.

La *pomme d'arrosoir* : est l'embout le plus utilisé. Elle est comparable à celle utilisée dans les installations individuelles à domicile avec toutefois, un diamètre nettement plus grand de l'ordre de vingt centimètres. En outre, en raison de l'installation située en amont, la masse d'eau et la force de percussion sont beaucoup plus importantes. Pour que l'action obtenue soit la plus efficace possible il est souhaitable que la distance entre le pupitre de l'opérateur et le sujet qui reçoit la douche se situe autour de 2m50. Le jet est mobilisé de haut en bas, et de gauche à droite, pour que la totalité de la surface cutanée soit atteinte ; mobilisation qui se fait alternativement sur la face antérieure et sur la face postérieure du corps de telle sorte que la durée de l'application sur chacune soit pratiquement équivalente, cette percussion peut être localisée sur une partie de l'organisme plus sensible qu'une autre. Dans cette hypothèse, l'opérateur projette pendant vingt ou vingt-cinq secondes environ, le jet sur l'endroit choisi, tout en maintenant pendant le temps restant une projection du jet sur l'ensemble du corps.

Il est, chez tous les sujets, des régions où l'action de la douche est plus sensible que d'autres ; ces régions devront être le plus souvent l'objet d'une projection du jet, plus marqué que sur le reste du corps. Ces secteurs sont : les régions épigastriques, sous-hépatique, colique gauche, le rachis vertébral et plus particulièrement les régions lombaires et cervicales.

La *douche de velours* est appelée aussi *douche en lame de Saujon*. Dans cet embout, le jet d'eau émane d'un orifice circulaire de deux à trois centimètres de diamètre au-devant duquel se situe une lame verticale légèrement recourbée à son extrémité supérieure. L'eau s'élève le long de cette lame métallique d'où ayant atteint son extrémité supérieure, elle retombe en pluie fine sur les épaules du sujet situé au pied du pupitre de l'opérateur ; après avoir atteint les épaules et la nuque elle se répand avec faible percussion sur l'ensemble du corps.

La force de projection issue de cet embout est réduite au minimum. La masse d'eau qui atteint le corps est elle-même très diminuée de sorte que ce procédé hydrothérapique

est celui dont l'effet est le plus sédatif. Il est particulièrement indiqué chez les sujets âgés, ainsi que chez certains patients asthéniques ou hypocondriaques. L'installation du sujet à proximité du pupitre de l'opérateur permet à celui-ci de réaliser avec le patient, pendant la durée de l'application, un échange à visée psychothérapique dans le but de favoriser l'anxiolyse.

ii. Durée de l'application

Elle est un élément important pour l'efficacité de ces traitements. Trop courte, elle procure des effets insuffisants ; trop longue elle génère des réactions d'asthénie souvent mal supportées et parfois d'excitation et d'irritabilité. D'une façon générale, la durée qui convient pour le plus grand nombre de sujets se situe entre deux et trois minutes.

iii. Température de l'eau

Il faut distinguer les douches à température constante et celles à température variable :

- parmi les douches à température constante, les plus utilisées actuellement sont les douches légèrement chaudes (autour de 36 à 38 °C) ; elles ont un effet sédatif accompagné d'une certaine action tonique liée à l'action de percussion. Cet effet tonique réduit les réactions asthéniques souvent rencontrées au cours de la balnéothérapie prolongée. Cet effet atténue la sensibilité thermique, ce qui permet de pratiquer des applications légèrement plus chaudes ou froides que celles faites avec le bain. De plus, les effets sont d'autant plus importants que le nombre de corpuscules sensitifs, cutanés atteints par le jet est grand d'où la nécessité d'une mobilisation suffisante de la douche pour que la totalité du corps soit mise en contact avec l'eau ;
- les douches à température variable sont principalement utilisées pour associer à l'effet sédatif de l'eau tiède, l'action tonique et stimulante de l'eau froide. Trois modalités de douche à température variable sont les plus courantes :
 - la douche écossaise dans laquelle l'eau est administrée pendant la quasi-totalité de l'application tiède ou légèrement chaude avec un abaissement rapide de la température de façon à terminer le traitement par une aspersion d'eau froide répartie sur l'ensemble de la surface cutanée. L'effet tonique et stimulant est d'autant plus accusé que la variation thermique est plus importante et plus rapidement effectuée ;
 - la douche alternative consiste en la répétition à plusieurs reprises au cours de l'application d'une alternance de jet chaud et de jet froid dont la variation thermique est progressivement réalisée et non brusquement comme la douche écossaise. Les effets sont du même ordre mais de moindre intensité et donc plus supportables ;
 - la douche progressivement refroidie débute par un jet tiède ou légèrement chaud dont la température est maintenue pendant une minute environ, suivi pendant le reste de l'application d'une diminution régulière et lente de la température de façon à ce que le traitement se termine par un jet froid de 25 °C environ, de durée brève, mais projeté néanmoins sur l'ensemble du corps.

C'est la méthode la moins agressive pour assurer au cours du même traitement une double action sédatif et tonique. Cette méthode est, en outre, très souple, l'opérateur

pouvant doser le degré de la température finale, la durée de son application et la vitesse avec laquelle elle sera atteinte. Autant de facteurs qui interviennent dans le dosage de l'effet sédatif et de l'effet tonique qu'il convient de procurer au patient.

iv. Force de percussion

L'effet des douches peut être modifié en fonction de la force de percussion de jet. Elles sont le plus souvent effectuées à forte pression (quatre bars). Chez certains sujets, il est nécessaire d'utiliser pendant les 3 à 4 premiers jours, une pression moindre, puis de l'augmenter progressivement. Chez d'autres, une pression plus atténuée doit être maintenue pendant toute la durée de la cure. Il faut distinguer les douches à demi-pression et les douches à faible pression dont l'eau retombe, sans force de percussion, sur les épaules du malade situé à proximité du pupitre de l'opérateur. À cette modalité particulière de douche est donné le nom de « douche baveuse ». Lorsque l'installation comporte l'embout nécessaire, la douche de velours représente la modalité dont l'effet sédatif est le plus important.

L'opérateur doit toujours se souvenir que, quelle que soit la modalité de la douche qu'il pratique, celle-ci est d'autant plus tonique et stimulante que sa température s'écarte de la température cutanée, que la température varie au cours de l'opération, que cette variation comporte des différences plus accentuées, que la force de percussion est plus importante et que la surface cutanée atteinte est plus étendue.

d. Douches-massages ou massages sous l'eau

Le sujet, étendu sur une table de massage est soumis à un massage généralisé à visée sédatrice sous forme d'effleurage tandis qu'il reçoit, à travers les orifices d'une tubulure située à un mètre environ au-dessus de la table de massage des filets d'eau à faible pression. Les effets de ce procédé associent l'action sédatrice du massage et celle, également sédatrice, de l'eau tiède à faible pression. Ce traitement est particulièrement indiqué pour l'insomnie psychophysiologique notamment lorsqu'il est pratiqué en fin d'après-midi.

La durée de l'application est de 10 à 20 minutes. En effet, une action significative nécessite un temps suffisant car l'eau est projetée à faible pression. Cette technique de soin se rapproche davantage du massage que de la douche.

e. Conclusion

Les médecins ont toujours renforcé l'action de l'hydrothérapie par des mesures d'hygiène et des procédés physiothérapeutiques qui ont sur l'organisme des effets voisins et complémentaires.

C'est dans ce sens qu'interviennent efficacement, le repos, l'éloignement du milieu habituel, une bonne hygiène alimentaire, le séjour en des lieux où dominent les facteurs climatiques sédatifs, la relaxation et les exercices physiques modérés ainsi que la pratique de méthodes sociothérapeutiques destinées au développement des relations interpersonnelles.

Ces méthodes trouvent dans la cure thermale psychiatrique une application particulièrement heureuse qui justifie l'intérêt de cette thérapeutique dans de nombreux troubles psychiatriques.

B. Prise en charge des troubles anxieux

1. Approches psychothérapeutiques du thermalisme⁽²³⁾

La psychothérapie est un temps essentiel à la cure thermale. Elle assure une complémentarité et un renforcement de l'action thérapeutique rencontrée à l'occasion des soins thermaux. Ceux-ci, par la réduction physiologique des cénesthésies douloureuses corporelles, vont, de plus, favoriser la verbalisation des affects et permettre un meilleur étyage au moment de l'échange psychothérapeutique.

J. Delahousse et C. Mille (1995) ont divisé les différents modes de pratique psychothérapeutique en trois groupes :

- le premier est basé sur la suggestion, l'influence du thérapeute liée à son pouvoir médical reconnu et son désir de soulager et guérir (psychothérapie de soutien) ;
- le deuxième est basé sur la recherche étiologique par le travail sur l'inconscient des symptômes exprimés par le patient (psychanalyse) ;
- le troisième est à la recherche de techniques de réduction des symptômes isolés par les approches cognitives et comportementales sans recherche étiopathogénique (thérapie cognitive et comportementale).

Généralement, quatre modalités traditionnelles d'approche psychothérapeutique peuvent trouver place dans le cadre du suivi des patients en cure thermale :

- le modèle psychothérapeutique spécifique de la cure qui s'inspire des thérapies de soutien ;
- la psychanalyse ;
- le comportementalisme ;
- l'hypnose et les techniques de relaxation.

Chaque modèle psychothérapeutique est présenté ici en spécifiant pour chacun ses liens et sa complémentarité avec la prise en charge thermale.

L'utilisation de chacun de ces modes psychothérapeutiques durant la cure est limitée par la durée brève du séjour. Ces thérapeutiques à visée psychologique ne peuvent donc représenter qu'une ébauche de thérapie ou une initiation à celle-ci. Seul le modèle psychothérapeutique spécifique est évidemment établi pour répondre dans sa globalité à la prise en charge thermale.

a. Psychothérapie en cure thermale

i. Spécificité de la psychothérapie thermale

C'est dans le cadre des thérapies de soutien que le travail psychothérapeutique se réalise en cure thermale. La durée relativement courte (3 semaines) de la cure impose de limiter les entretiens psychothérapeutiques à la recherche d'une réassurance, d'un renforcement narcissique et d'un approfondissement modéré de l'insight et/ou d'un meilleur contrôle des défenses psychiques du patient.

Les entretiens sont au nombre de 3 à 4 sur l'ensemble de la cure, d'une durée de 15 à 20 minutes variant bien évidemment en fonction des attentes du patient qui peuvent aller d'un simple entretien évaluatif à l'espérance de fréquence d'une psychanalyse exhaustive.

Quelques situations d'urgence ou de dépendance entraîneront une augmentation de fréquence des entretiens, en particulier :

- troubles graves de la personnalité (état limite, personnalité dépendante, etc.) ;
- attaques de panique ;
- réaction dépressive brève ;
- troubles de l'adaptation.

Durant l'ensemble de la cure le psychiatre peut être amené à réévaluer la situation médicale.

Ce mode spécifique de psychothérapie s'apparente en partie à celui des psychothérapies brèves qui subissent un fort développement depuis une trentaine d'années. Ce nouvel essor des psychothérapies brèves a été stigmatisé par des nombreux auteurs. H.I. Howard (1986) a montré que les principaux progrès psychothérapeutiques se réalisent le plus souvent en début de prise en charge. H.H. Strupp (1984) considère que le tiers des patients qu'il traite est susceptible de réagir positivement à des psychothérapies de courte durée. Pour E. Gillieron (1997), la limitation temporelle de la psychothérapie accélère le processus thérapeutique en stimulant l'élaboration du transfert.

Ce développement des psychothérapies brèves semble répondre à une demande croissante des patients qui recherchent une meilleure lisibilité et une structuration de leur prise en charge. Ils attendent souvent des résultats plus spectaculaires et ciblés que ne leur proposent les psychothérapies à visée étiologique.

D. Malan (1975) a révélé quelques facteurs de bon pronostic de réponse thérapeutique à la psychothérapie :

- fort désir de changement par une meilleure connaissance de soi ;
- détermination d'une hypothèse étiologique simple de la pathologie ;
- possibilité de focaliser la cure, de recentrer le problème.

De nombreux auteurs ont affirmé quelques règles communes à ces thérapies brèves :

- nécessité d'une interaction dynamique du couple patient-thérapeute (Balint, 1960) ;
- détermination d'objectifs thérapeutiques limités avec intervention psychothérapeutique active pour sa résolution (Bellak et Small, 1968) ;
- attitude particulière portée aux conflits actuels et au degré de motivation du patient (Sifnéos, 1987) ;
- attitude empathique du thérapeute (Strupp et Binder, 1984) ;
- initiative thérapeutique laissée au patient qui fait la démarche de prise en charge et focalisation d'objectifs psychothérapeutiques précis (Gillieron, 1997).

Ces prises en charge de courte durée ne peuvent en échange apporter une efficacité satisfaisante que si le patient peut répondre à certains critères :

- confiance de base et motivation à la prise en charge ;
- délimitation d'objectifs symptomatiques ciblés ;
- niveau émotionnel du patient satisfaisant ;

- capacité de suivre une sorte d'alliance thérapeutique naturelle fixée en réponse d'objectifs.

La prise en charge psychothérapique thermale utilise ces principes dont elle s'est toujours réclamée. Elle vise d'une manière générale au respect de trois phases : l'évaluation, le conseil thérapeutique, l'orientation.

Ici, le temps de la psychothérapie est le présent. L'objectif de la cure est de créer un effet à propriété anxiolytique. Le modèle psychothérapique utilisé reprend en partie le principe de psychothérapie de rééducation défendu par Meyer (Sivadon, 1973) dont l'objectif est l'analyse psychologique du patient à la recherche des causes du trouble actuel et de ses mécanismes issus de ses modes de relations habituels et de ses comportements mal ajustés face à l'environnement. De cette analyse, pourra se dégager une synthèse constructive.

Le but poursuivi par la psychothérapie anxiolytique, telle qu'elle est pratiquée en cure thermale, est la réduction des symptômes par une relation de réassurance et de sécurisation. Suivant la définition qu'en a donné Portes, cette psychothérapie est caractérisée par « une confiance qui s'adresse à une conscience » et à une compétence. La grande majorité des curistes présentent une symptomatologie associant des désordres physiques et psychiques. Ils rattachent naturellement les somatisations qu'ils présentent à leur origine psychologique. Ils attendent essentiellement de la cure qu'elle réduise les symptômes dont ils souffrent grâce à son impact corporel. La psychothérapie vise à majorer l'action thérapeutique somatique de l'hydrothérapie grâce à cette anxiolyse.

ii. Principes généraux de la psychothérapie thermale

Cette psychothérapie de soutien se construit autour de plusieurs axes :

- *l'anamnèse* : elle est à la fois synthétique et complète à la recherche des antécédents personnels et familiaux, des éventuelles thérapeutiques déjà utilisées et des hospitalisations antérieures, des éléments de biographie et des événements de vie récents les plus importants. Elle permet d'étiqueter le trouble présenté et/ou de déterminer un trouble de la personnalité. Elle permet l'évaluation du niveau de handicap socioprofessionnel ;
- *l'examen clinique* : il est orienté à la recherche d'une contre-indication à la cure et il est fonction des antécédents médicaux et chirurgicaux. Sauf cas particuliers, il se limite à l'examen cardio-vasculaire et à l'examen dermatologique ;
- *l'écoute* : il s'agit d'un temps essentiel qui réclame « réceptivité et intériorité créatrice afin d'ouvrir le plus largement l'horizon du possible que la maladie a souvent obscurci » (Sansot, 1998). Cette phase d'accueil du patient est centrée sur la compréhension et la bienveillance à son égard ;
- *l'anamnèse sélective* : parallèlement à l'écoute, une recherche des éléments émotionnels liés à la maladie peut se réaliser. Deutsch et Murphy rappellent que « ce qui importe n'est pas seulement que le patient se plaigne d'éprouver tel ou tel trouble, mais aussi dans quelle phase de l'entretien et en liaison avec quoi il présente telle idée, telle plainte » ;
- la *réassurance* : le médecin doit être observateur autant qu'acteur. Partant de la situation du patient, favorisant chez celui-ci la verbalisation de ses troubles et affects, il a ensuite une attitude de conseil et de réassurance. Cette attitude s'impose

d'autant que les patients adressés en cure thermale viennent surtout y chercher une action somatique. L'attente du curiste est une action par médiation corporelle de type anxiolytique et antalgique. Le psychiatre participe à cette action par une attitude de compréhension, de sécurisation, de conseil dans l'organisation de sa vie, voire de directivité (sans créer de dépendance). Cette attitude de réassurance, d'encadrement, appréciée et recherchée, développe des mécanismes physiologiques transférentiels de plus en plus élaborés qui entraînent un enrichissement progressif de la relation médecin malade : elle ne crée pas de dépendance puisque le temps institutionnel l'en empêche, et que l'organisation transférentielle, peu élaborée, la limite ;

- les *conseils thérapeutiques* : ils sont d'ordres divers, thérapeutiques, psychologiques, d'orientation, mais aussi organisationnels. Le psychiatre insiste sur la reprise des rythmes de vie du patient (repos, horaires des activités, des repas, diététique, etc ...). Ils sont parfois d'ordre familial avec, quand cela est souhaité, l'intervention du psychiatre, soit dans le but de répondre aux interrogations de l'entourage, soit pour permettre un ajustement psychologique familial ou encore pour orienter vers une psychothérapie familiale.

iii. Description des entretiens

Premier entretien.

Il cherche à créer un accueil compréhensif et bienveillant. Cet entretien est le plus long et le plus structuré. Il se divise en trois phases :

- l'interrogatoire ;
- la synthèse :
 - o éléments de réflexion psychothérapeutique ;
 - o diagnostic et focalisation des objectifs thérapeutiques ;
 - o nature et mécanisme d'action des traitements dispensés ;
- les avis thérapeutiques :
 - o prescription de la cure ;
 - o conseils sur l'organisation de la vie en cure ;
 - o évaluation de la thérapeutique en cours.

Entretiens intermédiaires.

Ils ont pour objectif de poursuivre cette démarche de soutien, de surveillance, de conseil auprès du patient et d'approfondir la réflexion psychothérapeutique élaborée à travers le matériel psychique livré et analysé au plan actuel et conscient.

Ils doivent favoriser une intellectualisation des émotions permettant au sujet une vision plus objective et dédramatisée de sa situation et une meilleure analyse des mécanismes psychopathologiques mis en jeu.

Ces entretiens visent à assurer également les fonctions suivantes :

- s'assurer de la bonne observance et tolérance aux soins ;
- rechercher les effets secondaires éventuels ;
- évaluer les résultats obtenus ;
- approfondir la relation psychothérapeutique.

Dernier entretien.

Il est basé sur le modèle des précédents. Il consiste en une synthèse de la situation du patient à la recherche de trois objectifs principaux :

- l'évaluation-bilan de la cure ;
- la projection sur les perspectives et conditions de retour du patient ;
- l'orientation éventuelle vers une prise en charge psychiatrique.

iv. Conclusion

La psychothérapie par son effet anxiolytique majeur assurée par la sécurisation, l'empathie et les orientations thérapeutiques proposées vient majorer les effets thérapeutiques obtenus par la médiation corporelle thermale. La psychothérapie est un des facteurs essentiels de la cure et la place du psychiatre, investigateur, thérapeute, fédérateur des soins y est centrale. Cependant, son action est tout de même limitée et vise essentiellement à appuyer les effets attendus du traitement thermal et du milieu institutionnel.

b. Place du thermalisme dans les thérapies comportementales et cognitives

Le thermalisme en psychiatrie et les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont des caractéristiques communes : il s'agit d'approches à court terme codifiées où l'implication du thérapeute est active, directive.

Le thermalisme en psychiatrie a comme indication principale les troubles anxieux et les bases qui permettent d'appréhender l'intérêt et l'efficacité de celui-ci sont étayées par les théories cognitives et comportementales.

Le patient anxieux perçoit un stimulus déclencheur comme dangereux, ce qui développe chez lui une anxiété avec son cortège de sensations corporelles. Celles-ci sont interprétées de manière catastrophique, dramatique, ce qui aggrave encore l'anxiété jusqu'à l'attaque de panique, parfois, et les agitations secondaires (modèle de Clark).

Ce modèle permet de mieux comprendre l'enchaînement stimulus, émotion, cognition, comportement et le rôle des soins thermaux dans cette boucle du fait d'une diminution ressentie des réactions physiologiques de l'anxiété.

Les curistes décrivent rapidement cette diminution des signes physiques de l'anxiété, consécutivement aux soins, ce qui leur permet de minimiser leur interprétation négative et d'interrompre l'enchaînement pathologique.

Le corps, source de danger pour l'anxieux, devient source de bien-être. L'attention portée au corps devient différente et compatible avec des interprétations positives. Le travail cognitif est alors possible et facilité, les patients comprenant l'intrication des variables psychologiques et physiologiques dans l'anxiété.

Le thermalisme psychiatrique agit comme une thérapeutique relaxante diminuant de ce fait les réactions psychophysiologiques au stress.

Le rythme de vie lent, l'éloignement des agents de stress habituels, permettent une restauration de l'individu favorisant une meilleure capacité de gestion de l'environnement.

Les techniques de désensibilisation systématiques à des phobies peuvent être mises en place pendant la durée de la cure ainsi que l'apprentissage d'une technique de régulation respiratoire dans les attaques de paniques.

Les trois semaines de la cure permettent parfois un travail comportemental et cognitif d'autant plus facilement que les modèles de l'anxiété sont appréhendés de manière expérimentale.

Dans les indications type troubles du sommeil, le thermalisme a un intérêt, en rapport sans doute avec son rôle de diminution de l'anxiété. Un traitement comportemental avec restriction du sommeil (retarder le coucher, horaires de levée réguliers), contrôle du stimulus, peut être associé de manière synergique.

Le thermalisme en psychiatrie s'intègre donc dans les stratégies modernes de traitement, comme les thérapies cognitives et comportementales, notamment dans l'anxiété. Ces deux types d'approche peuvent être complémentaires.

2. Prise en charge⁽²⁴⁾

a. Place du thermalisme

Plusieurs études cliniques sont venues confirmer l'intérêt que la cure thermale semble assurer dans les troubles anxieux, et tout particulièrement dans les troubles de l'adaptation et les réactions pathologiques au stress. En particulier, la double étude d'Arnaud et celle de Beneytout montrent des améliorations symptomatiques globales variant entre 60 et 90 % suivant les résultats (*cf. 2^{ème} partie-B-3*). Ces études confirment l'idée d'une action globale de la prise en charge thermale sur les troubles anxieux avec réduction progressive des symptômes anxieux et somatiques, réduction des tensions psychiques et musculaires, baisse des excitations sensorielles et meilleure maîtrise face à l'anxiété. Cette prise en charge assure un résultat d'autant plus efficace et économique au patient qu'elle est réalisée de manière passive pour lui, sans effort psychique imposé comme ce peut être le cas pour les méthodes de relaxation ou les techniques psychothérapeutiques, et obtenue de manière naturelle ne créant ni dépendance thérapeutique, ni surconsommation médicamenteuse.

Bon nombre de psychiatres se tournent vers un modèle étiologique multifactoriel de la maladie anxieuse, englobant toutes les dimensions endogènes et environnementales et aboutissant à un modèle biopsychosocial. La cure thermale apporte, dans une visée thérapeutique, cette triple dimension par l'hydrothérapie (effet biologique), le soutien psychothérapeutique (effet psychologique), ainsi que les modalités institutionnelles (sociothérapie) réalisant une sorte de réseau social intégratif pour le patient.

Au plan théorique, Dantzer (1984) a démontré que la réponse cortisolique au stress est diminuée par la familiarité de l'environnement et qu'au contraire elle est augmentée par l'isolement social. De même, les contraintes professionnelles, le divorce, le chômage ou le deuil sont corrélés avec une augmentation du niveau d'anxiété (Folkman, 1987). La cure va créer un environnement familial favorisant la réduction du stress. Elle va également permettre l'interruption des processus environnementaux anxiogènes et par-là même entraîner progressivement la reprise de représentations et de schémas d'actions cognitifs.

Au plan analytique, Mahler (1980) enseigne la nécessité de recréer les conditions d'une parfaite symbiose afin de réduire l'anxiété. La cure entraîne un véritable retour à l'état

antérieur du développement infantile où les rapports sont plus simples, l'autonomie moins grande.

Au plan comportemental, la théorie du conditionnement opérant montre que les processus anxiogènes sont entretenus par le conditionnement classique. Ainsworth et Main ont montré que les sujets ayant vécu des expériences de peur ou de stress répétés risquent de présenter une sensibilité anxieuse accrue. La rupture imposée par la cure viendrait ainsi interrompre cette boucle de *feedback* négatif.

On ne peut attribuer cependant toute l'activité anxiolytique de la cure à l'institution. Par les soins hydrothérapeutiques, l'eau joue également un rôle essentiel tant sur le plan symbolique que sur le plan biologique. L'action de l'eau se fait par voie externe. La peau est constituée d'innombrables capillaires dans lesquels circulent le tiers de la masse sanguine et de nombreux récepteurs nerveux qui transmettent aux centres cérébraux les sensations recueillies en périphérie, réalisant ce que J.-C. Dubois a appelé « un cerveau périphérique » (1986). Slöjund et Erickson ont démontré que la stimulation cutanée (particulièrement assurée par la douche thermale) produisait des effets au niveau médullaire, mésencéphalique, thalamique et cortical dans lesquels intervient la mobilisation des endorphines. Ces endorphines jouent un rôle essentiel dans le phénomène de la douleur mais aussi dans le comportement émotionnel par son importante distribution au niveau du système limbique. De récents travaux en thermalisme ont évoqué ce modèle probable d'action de l'hydrothérapie dans les phénomènes d'antalgie et d'anxiolyse.

b. Effets indésirables, contre-indications et cas particuliers

i. Effets indésirables

Ils sont dans l'ensemble rares, d'une relative banalité symptomatique et passagers. Ils n'entraînent qu'exceptionnellement l'interruption de la cure. Quelques travaux ont été réalisés en station, à la recherche d'effets rencontrés pendant la cure thermale. Les liens de causalité entre ces effets et la cure sont rarement affirmés.

Un travail, réalisé à Bagnères de Bigorre (Dutkiewicz, 1999) auprès de 1 794 curistes, a permis de répertorier les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés. L'étude a consisté en un rapport prospectif systématique des effets indésirables en appliquant au thermalisme la méthode d'imputabilité des effets indésirables des médicaments. Seuls 71 événements indésirables ont été rapportés. Les événements qui sont apparus le plus plausiblement liés à la cure sont :

- les réactions cutanées de type atopique ou allergique ;
- les réactions dites du système nerveux qui se traduisaient par une anxiété, asthénie, des céphalées, malaises vagues, bouffées de chaleur, etc...

En 1989, une enquête dirigée par P. Montastruc et coll. (1990) et réalisée par questionnaires téléphoniques auprès de l'ensemble des 121 médecins thermaux du Sud-Ouest, révélait que les effets les plus fréquemment cités concernaient les réactivations de la maladie en cours, les troubles digestifs, les troubles du sommeil et l'apparition de manifestations dermatologiques.

Enfin, une étude réalisée par la DRASS d'Aquitaine sur un échantillon de 3 000 curistes, interrogés à partir d'un questionnaire, constatait l'apparition, au cours de la cure,

d'évènements indésirables dans 11,4 % des cas. Les troubles les plus fréquemment rencontrés étaient dans l'ordre, les malaises, l'angine de poitrine, les varices. Cette étude n'affirme aucun lien de causalité avec la cure réalisée.

D'une manière générale, les effets les plus souvent rencontrés en station traitant des affections psychosomatiques sont les suivants :

- l'asthénie : effet le plus fréquent, parfois associé à une hypersomnie diurne. Elle semble liée à la cure thermale car elle est rapportée par toutes les stations de cures, quelle que soit l'indication. Ainsi, l'étude rétrospective réalisée par la caisse régionale lyonnaise de sécurité sociale a révélé que 16 % de patients traités pour coxarthrose se plaignaient de fatigue. Davantage qu'un inconvénient, ce symptôme pourrait être un signe prédictif d'une activité thérapeutique à venir ;
- la crise thermale : M. Boulangé (1997) la décrit comme une « recrudescence de symptômes liés à la pathologie initiale ou de troubles généraux d'apparition nouvelle entre le sixième et le quinzième jour de cure ». Il s'agit, le plus souvent, de signes généraux (céphalées, fatigue, insomnie, anorexie, réveil de courbatures, ...). Les crises thermales surviennent, suivant les auteurs, chez 10 à 30 % des patients. Elles sont, pour beaucoup, considérées comme la rançon de l'efficacité de la cure thermale et de son action en profondeur. L'apparition de tels symptômes peut cependant imposer la diminution de la prescription thermale et de l'intensité des soins prescrits, mais n'entraîne qu'exceptionnellement l'interruption de la cure. Il est exceptionnel que ces symptômes persistent au-delà du 15^{ème} jour ;
- autres effets secondaires :
 - o épisodes isolés de lipothymie avec risque de chutes principalement à la sortie des bains bouillonnants qui imposent une surveillance tensionnelle et nutritionnelle conduisant souvent à une diminution de l'intensité, voire de la fréquence des soins ;
 - o kinesthésies surtout favorisées par les massages sous l'eau ;
 - o érythèmes maculo-cutanéomuqueux d'origine allergique et probablement secondaires à l'existence des nombreux oligo-éléments de l'eau thermale. Ces réactions érythémateuses restent toujours localisées, peu invalidantes et généralement régressives n'imposant qu'exceptionnellement l'arrêt des soins ;
 - o prurit.

Hormis ces quelques effets indésirables occasionnellement rencontrés, il existe une relative innocuité globale de la cure qui en constitue un avantage évident. De plus, il n'existe quasiment aucun risque de dépendance thérapeutique. Ce constat apparaît clairement aux médecins thermaux. Il ne doit cependant pas les exonérer de réaliser des travaux d'évaluation rigoureux sur la survenue de tels effets. La thérapeutique thermale se doit de développer une véritable « hydrovigilance » qui ne pourra sans doute que confirmer son excellent profil de sécurité et permettra peut-être de mieux comprendre l'origine de ces symptômes : effet thermal ? Effet psychobiologique ? Effet *nocebo* ?

ii. Contre-indications

Les contre-indications qu'il convient de respecter correspondent le plus souvent à des mesures de bon sens. Le patient doit être autonome, pouvoir voyager, gérer sa vie personnelle et assurer ses déplacements quotidiens vers les soins.

Contre-indications absolues.

Elles sont au nombre de sept :

- cancers évolués ;
- grandes déficiences organiques (insuffisance cardiaque, hépatique, rénale et respiratoire sévères) ;
- hyperthermies malignes ;
- maladies contagieuses dermatologiques et affections cutanées surinfectées (ulcération des membres inférieurs, infections cutanées, ...) ;
- états déficients sévères (dénutrition, anorexie) ;
- détériorations mentales graves ;
- troubles psychiatriques majeurs avec perte d'autonomie en particulier dans le cadre des psychoses en phase processuelle, des états maniaques sévères, des états mélancoliques.

Contre-indications relatives.

D'autres états constituent des contre-indications moins strictes :

- troubles du comportement rencontrés chez les psychopathes, toxicomanes, ou encore les patients présentant des troubles addictifs non contrôlés ;
- certaines phobies spécifiques, en particulier hydrophobie et claustrophobie. Certains hydrophobes améliorent en cure, de manière très significative, leur inhibition ;
- épilepsie ;
- mycoses cutanées en cours ;
- poussées évolutives de processus inflammatoires, tuberculose, ... ;
- maladies hémolytiques graves qui pourront être réveillées par la puissance des soins.

iii. Cas particuliers

Femme enceinte.

L'hydrothérapie est de plus en plus fréquemment utilisée chez la femme enceinte que ce soit durant le travail ou la gestation. L'hydrothérapie est en effet pratiquée en complément des techniques de relaxation et de kinésithérapie, à la recherche des effets suivants : détente du corps, aide à la maîtrise respiratoire, réduction des spasmes musculaires, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété et de l'asthénie, diminution de la tension artérielle et des pulsations cardiaques, réduction de la consommation de psychotropes, sevrage de ces médicaments en fin de grossesse (Deschenes, 1990).

Sujet âgé.

L'âge avancé qui ne s'accompagne pas de graves pertes d'autonomie et permet une mobilité satisfaisante n'est pas une contre-indication. M. Boulangé (1997) rappelle qu'il s'agit même d'un « véritable outil de prévention ». La *Presse thermale et climatique* (Thomas et coll., 1996) a présenté un rapport sur le traitement des personnes âgées en milieu thermal. Il y est précisé que l'âge ne semble pas influencer sur la qualité des bénéfices obtenus durant la cure. Cette classe d'âge y est même souvent remarquablement représentée. Le rhumatologue J. Françon estime que la tolérance est en général excellente dans la mesure où l'on prend certaines précautions telles que l'éviction des pratiques longues et à température élevée. Il préconise de privilégier les techniques localisées et de diminuer

l'intensité et le rythme des soins, voire de proposer un jour de repos par semaine. Il rappelle l'intérêt de prescrire un repos d'au moins vingt minutes entre chaque soin.

Le médecin thermal devra, à l'arrivée du patient, faire un interrogatoire et un examen clinique complet et assurer une surveillance régulière de celui-ci. Si le résultat fonctionnel des patients âgés est généralement satisfaisant lors des cures, vient s'ajouter « un bénéfice psychologique indiscutable lié au séjour en station thermale avec tous ses atouts sociologiques » (Thomas et coll., 1996).

Enfant.

« La crénothérapie n'a pas d'âge » (Cette, 1991). Il existe un thermalisme pédiatrique qui attire plusieurs dizaines de milliers d'enfants en stations thermales, chaque année. Mais, celui-ci est peu développé dans les stations à visée psychiatrique. Pour que la cure procure un maximum d'effets, il est souhaitable que la station bénéficie d'une maison d'enfants. Dans le cas contraire, l'enfant doit être accompagné de ses parents et doit pouvoir bénéficier de quelques activités d'encadrement spécifique (activité occupationnelle, ergothérapie, entretiens et tests psychologiques, gymnastique, ...). Les bénéfices de la cure dépendent étroitement du milieu environnant et notamment du nombre d'enfants du même âge présents dans la station.

Sur le plan général, les résultats d'étude sur le thermalisme pédiatrique montrent une diminution de l'absentéisme scolaire et une amélioration face aux troubles du comportement (Cette, 1991).

En psychiatrie, les principales indications admises sont :

- l'énurésie et l'encoprésie (nécessitant la séparation familiale) ;
- les troubles des conduites sociales ;
- l'instabilité psychomotrice ;
- les troubles anxieux ;
- les troubles du sommeil ;
- le sevrage thérapeutique ;
- les troubles fonctionnels.

En psychiatrie, un âge minimum de 5 ans est généralement requis.

Les contre-indications sont dominées par les maladies cancéreuses hématologiques, les plus graves insuffisances rénales et respiratoires dont la mucoviscidose évoluée. Dans les maladies éruptives, seule la varicelle doit amener l'enfant à repousser la cure.

c. Conclusion

L'anxiété est une condition fréquente en clinique et du fait de son évolution chronique, différentes stratégies de soins doivent être proposées. Le but du traitement consiste à la fois à réduire les symptômes, utiliser les médicaments de manière plus rationnelle et permettre au sujet de mieux gérer ses troubles dans les situations quotidiennes. La crénothérapie apporte des éléments face à ces trois objectifs et apparaît indiquée chez ces types de patients.

3. Résultats thérapeutiques⁽²⁵⁾

Pendant leur cure, un grand nombre de patients font état des effets bénéfiques qu'ils éprouvent au cours même de l'acte thérapeutique. Il est par exemple fréquent que le curiste déclare spontanément lors de la douche thermale : « c'est la santé que vous me projetez sur le corps » ; « c'est le meilleur moment de la journée » ; « il faudrait que ce moment dure tout le temps ».

La répétition quotidienne des traitements confirme et renforce cette sensation de bien-être. Bon nombre de patients estiment leur état nettement amélioré en fin de cure.

Divers travaux, effectués principalement à Divonne et à Saujon, stations spécialisées dans le traitement des affections psychosomatiques, ont cherché à objectiver ces améliorations ressenties et exprimées par les curistes.

Toutes les études détaillées ci-dessous ne sont pas exhaustives.

a. Résultat des études cliniques

i. Etudes portant sur l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs

A. Arnauld (1981) a étudié l'évolution de l'humeur et de l'anxiété au cours de la cure thermale de Saujon sur 47 curistes âgés pour la majorité entre 40 et 60 ans. Ces 47 sujets ont été l'objet de deux études, dont la première, en 1979, comportait 16 malades, et la seconde, en 1981, 31 patients. Les entretiens étaient assurés par un seul médecin, indépendant de l'établissement.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient l'absence de troubles psychotiques et l'existence d'une sémiologie anxieuse ou dépressive.

Les sujets suivis en 1979 ont eu une évaluation de leurs symptômes par l'échelle de Hamilton (Guelfi, 1997) dans sa version originale de 22 items. Le résultat moyen obtenu à l'échelle de Hamilton était de 13,44 en début de séjour et de 7,63 en fin de cure, soit une réduction symptomatique globale de 43 % (différence significative à $p < 0,001$). L'amélioration a été nette, tant sur les items dépressifs (75 %) qu'anxieux et somatiques (88 %).

Les patients suivis en 1981 ont été évalués à partir de l'échelle de Hamilton, mais en utilisant seulement 11 items, dont 7 consacrés aux manifestations somatiques de l'anxiété, et 4 aux variations de l'humeur. Cette deuxième étude a confirmé les résultats de 1979 avec une réduction symptomatique globale de 58 %, pour un résultat moyen obtenu à l'échelle de Hamilton évoluant de 12,07 en début de cure à 5,01 en fin de cure (différence significative à $p < 0,001$). De plus, cette étude montrait une amélioration aux items dépressifs de 87 % et aux items anxiété-somatisme de 60 %.

Au cours de cette même étude, un suivi des patients a été réalisé par courrier sur une période de trois mois. L'amélioration subjective exprimée vis-à-vis de l'anxiété a été amplifiée pour plus de 50 % d'entre eux. Par ailleurs, la consommation médicamenteuse a été réduite pour 35 % des patients, avec un arrêt total pour 2 curistes.

P. Beneytout (1991) a réalisé un travail consacré à l'évolution des manifestations psychiques et somatiques des troubles anxieux. Les bénéfiques de la cure thermale ont été évalués au moyen de deux échelles (Guelfi, 1997) :

- l'échelle d'anxiété de Hamilton, centrée sur 8 items pour les manifestations psychiques de l'anxiété ;
- la CHESS (CHeck-list d'Evaluation des Symptômes Somatiques), pour l'évaluation des symptômes somatiques.

Les entretiens étaient individuels, pratiqués au début et à la fin de la cure, et réalisés par le médecin coordinateur de l'étude, indépendant de la station.

L'étude a porté sur 34 patients suivis entre mai et juin 1991. Les sujets introduits dans l'étude étaient atteints d'un trouble anxieux généralisé ; en étaient exclus ceux qui souffraient de troubles psychotiques ou d'un état dépressif majeur.

Au test de Hamilton, le résultat moyen obtenu était de 12,73 à l'entrée, et de 7 en fin de cure, soit une amélioration globale de 45 %. Il existait donc une différence nettement significative obtenue au cours de la cure sur l'anxiété psychique.

A la CHESS, les résultats étaient également significatifs de l'efficacité de la cure vis-à-vis des symptômes somatiques : le score symptomatique moyen passait de 60,23 à 25,55 soit une amélioration de 58 %. Les 34 patients testés ont, individuellement, tous présenté une amélioration symptomatique de leurs somatisations lors de l'évaluation de fin de cure.

A cette étude a été associée une analyse de l'évolution de la consommation médicamenteuse. Celle-ci a révélé que 38 % des patients avaient diminué en fin de cure cette absorption, alors que 50 % ne l'avaient pas modifiée.

Ce travail met en évidence l'activité anxiolytique et sédatrice de la cure thermale sur les troubles anxieux à impact somatique, ainsi que la capacité de réduction de la consommation thérapeutique.

b. Recherche de facteurs prédictifs de réponse thérapeutique favorable à la cure thermale

Quelques études ont tenté de trouver des facteurs prédictifs de réponse favorable à la cure thermale. Ainsi, un travail italien (Comazzi) sur 489 patients semblait montrer un impact thérapeutique plus spécifique pour les patients de sexe féminin, présentant les caractéristiques suivantes :

- profil névrotique ;
- souffrant de maladie somatique à point d'ancrage gastro-intestinal ;
- ayant préalablement répondu aux traitements thermaux.

Par ailleurs, Graber-Duvernay (1999), sur 442 curistes sélectionnés, retrouve comme facteurs prédictifs de réponse positive :

- une meilleure aptitude à se prendre en charge ;
- un moindre passé dépressif ;
- un bon attachement à la cure ;
- une confiance dans le traitement.

Cependant, ces travaux n'ont guère apporté de précision pour une sélection plus spécifique des indications thermales.

c. Recherche d'effets biologiques liés à la cure thermique psychiatrique

D'autres études ont porté sur les effets biologiques de l'anxiété, dont elles ont révélé des modifications appréciables, et pour la plupart significatives.

Il est connu que les états anxieux génèrent chez de nombreux sujets des réactions toniques au niveau musculaire, phénomène qui est d'ailleurs à la base des méthodes de relaxation.

C. Ricardon (1983) a étudié chez 40 curistes l'effet de la douche tiède sur l'état tonique des muscles frontal et extenseur de l'avant-bras. Les résultats furent comparés à un groupe témoin en nombre égal de sujets.

Chaque sujet du groupe traité était l'objet d'une mesure du tonus des muscles évalué avec le myoton 20 qui visualise toutes les trente secondes la tension musculaire en microvolt affichée sur un écran. Une mesure identique était effectuée après que le sujet eut reçu une douche à 37 °C, d'une durée de deux minutes, suivi d'un repos d'une heure.

Le groupe témoin fut l'objet des mêmes mesures avec, entre la première et la seconde, un repos simple sans avoir subi d'application hydrothérapique.

Chez les sujets du groupe qui a reçu une douche, 60 % ont eu une diminution du tonus musculaire de l'extenseur de l'avant-bras et 40 % du muscle frontal.

Parmi ces 40 sujets, 12 souffraient d'une anxiété généralisée dont 11 ont eu une hypotonie de l'extenseur de l'avant-bras et 6 du muscle frontal.

Dans le groupe témoin, 37,5 % et 30 % ont eu respectivement une diminution du tonus de l'extenseur de l'avant-bras et du frontal. Chez ceux qui souffraient de troubles anxieux, ces chiffres ont été de 38,4 et de 23 %.

En résumé, la douche thermique entraînerait, seule, une hypotonie spécifique qui amplifierait celle provoquée par le simple repos.

Un travail de B. Lévine (1984) publié en 1984 à New York, confirme ces résultats. Il a consisté en l'étude des réactions neuromusculaires, faite à l'aide d'un myographe, secondaires à la projection de jets d'eau tiède sur le corps d'un sujet assis dans un « tub » d'eau à 38 °C.

La mesure EMG était assurée durant les soixante premières secondes, puis pendant les soixante dernières secondes du traitement qui durait quinze minutes.

Il a été constaté une modification significative des EMG ($p < 0,02$) qui sont passés de 2,98 mV (millivolt) en début de traitement à 2,01 mV en fin de traitement. La baisse très nette obtenue parallèlement sur les valeurs respectives de l'anxiété après quinze minutes de soins hydrothérapiques laisse supposer que ces traitements peuvent avoir un effet important, au moins à court terme, sur ces états.

Parmi les phénomènes biologiques qui accompagnent les désordres anxieux, la modification de l'électroencéphalogramme avec notamment une diminution quantitative

des ondes alpha et une majoration des ondes bêta est une des plus caractéristiques. Elle a été étudiée par C. Belmudes (1988) sur 20 curistes.

Onze d'entre eux ont subi 4 enregistrements : le premier avant la première douche, le second après celle-ci ; manœuvre identique recommencée avant et après la dernière douche de la cure effectuée à J21. Chez 9 patients, les enregistrements n'ont eu lieu qu'avant et après la première douche.

Il a été constaté une augmentation de 10,2 % du rythme alpha à l'occasion de la première douche. L'augmentation du rythme alpha obtenue entre l'enregistrement initial et celui qui a suivi la dernière douche a été de 18,8 %. La douche aurait donc un effet normalisateur sur l'électroencéphalogramme, qui aurait tendance à se confirmer et à se renforcer sous l'effet de la cure.

d. Conclusion

Le thermalisme psychiatrique a d'ores et déjà, à son actif, des études objectives qui en révèlent les effets et en confirment l'intérêt.

Le thermalisme repose aujourd'hui dans ses travaux sur des études cliniques aussi rigoureuses que celles pratiquées dans le domaine pharmaceutique.

Uncertain nombre de critères guide la médecine thermale : essais thérapeutiques contrôlés prospectifs, constitution de groupes témoins, sélection de patients par tirage au sort, études réalisées avec l'aide d'un médecin coordinateur et d'un médecin investigateur indépendant de la station, taille des échantillons suffisamment importante, ...

Ce type d'études, nécessaire pour évaluer avec davantage de rigueur les effets objectifs de la cure et analyser les caractéristiques plurifactorielles de son action thérapeutique, nécessite l'investissement de médecins expérimentateurs extérieurs à la structure, mais aussi la coordination avec les services universitaires, afin d'augmenter la faisabilité du recrutement ainsi que la qualité technique et analytique des travaux.

C. Conclusion

Le thermalisme moderne a souffert d'un manque de preuves scientifiques, dans un contexte méthodologique rendu toutefois difficile par l'impossibilité d'obtenir le double aveugle et les difficultés de la randomisation. Or, aujourd'hui existent plusieurs études contrôlées randomisées publiées dans des revues internationales indexées établissant de manière univoque l'efficacité et plus encore l'utilité des cures thermales. La dépression, l'anxiété, la fatigue sont d'observation quotidienne, de même que leur douloureux retentissement pour les personnes considérées en difficulté. Nombre de douleurs chroniques en sont l'expression à peine masquée : lombalgies, cervicalgies, céphalées de tension, migraines, algies pelviennes ou digestives, etc... Le thermalisme est un peu à l'image des 3 unités de la tragédie classique : les fameuses unités de lieu, de temps et d'action. Mais avec la cure thermale, si l'on retrouve bien les unités de lieu et de temps, il existe au contraire une multiplicité d'actions et de prises en charges convergentes pour réconcilier le « corps et l'esprit » de ces centaines de milliers de malades en proie à la désespérance par une affection chronique rebelle aux autres thérapeutiques. Le dernier chapitre expliquera l'étude STOP-TAG réalisée durant la dernière décennie.

CHAPITRE 3 : ETUDE DE SERVICE MEDICAL RENDU PAR LE THERMALISME DANS LE TAG

1ERE PARTIE : L'ETUDE STOP-TAG^(26,27)

L'étude a été publiée début 2008 et se devait de comparer l'efficacité de la cure thermale à orientation psychosomatique à celle d'un traitement de référence : la paroxétine (DEROXAT®) ayant l'AMM pour l'indication trouble anxieux généralisé (TAG).

A. Méthode

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

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

Les patients ont été randomisés en deux groupes d'effectif comparable. Pendant les 8 semaines suivant l'inclusion, les patients d'un des deux groupes ont suivi une cure thermale de 3 semaines immédiatement après l'inclusion, sans recevoir de nouveau traitement pharmacologique pendant ces 8 semaines ; ceux de l'autre groupe étaient traités quotidiennement par de la paroxétine sans faire de cure thermale.

L'évaluation principale a eu lieu à la fin de la huitième semaine au temps S₈. Au-delà de ces 8 semaines suivant l'inclusion, les patients du groupe paroxétine avaient la possibilité de bénéficier, s'ils le souhaitent, d'une cure thermale aux mêmes conditions que ceux du premier groupe. Cela permettait, en effet, de contourner l'une des principales difficultés rencontrées dans cette étude liée à l'absence d'insu (impossible à réaliser du fait de la dissemblance entre les deux traitements).

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

B. Coordination de l'étude⁽²⁶⁾

Promoteur de l'étude : Conseil National des Exploitants Thermaux (CNETH).

Investigateur coordinateur : Docteur Olivier DUBOIS, psychiatre-Saujon.

Comité scientifique :

- Professeur Jean-Pierre OLIE, Docteur Marie-France POIRIER et Docteur André GALINOWSKI, Unité INSERM, ISPED Bordeaux 2.
- Docteur Olivier DUBOIS, psychiatre-Saujon.

Méthodologistes : Professeur Roger SALOMON / Madame Christine GERMAIN.

Médecin investigateur national de l'étude : Docteur Nathalie DESAFIT.

C. Les critères d'inclusion⁽²⁷⁾

Le Trouble Anxieux Généralisé était diagnostiqué selon les critères du DSM-IV confirmé par le MINI.

Les patients inclus dans l'étude devaient répondre à plusieurs critères :

- score à l'échelle de Hamilton HAM-A ≥ 20 ;
- score des symptômes somatiques à l'échelle de Hamilton HAM-A ≥ 8 ;
- dernière prise de nouveau traitement antidépresseur supérieure à 2 mois ;
- dernière prise de nouveau traitement anxiolytique ou neuroleptique supérieure à 3 semaines ;
- pas de prise de paroxétine dans les 12 mois précédents ;
- pas de cure, ni de psychothérapie dans les 6 mois précédents.

Ont été exclus les patients atteints de psychose, de TOC, de troubles bipolaires, les toxicomanes, les femmes enceintes et les femmes n'ayant pas de contraception fiable.

D. Le traitement

Un groupe bénéficiait d'une cure thermale de 3 semaines avec suivi institutionnel (soins quotidiens le matin, du lundi au samedi), suivi médical thermal (deux consultations de dix minutes sur l'ensemble de la cure) et forfait thermal associant quotidiennement des bains bouillonnants de 10 minutes à 37 °C, des douches thermales de 3 minutes à une pression de 3,5 bar par minute visant les régions abdominales, para-vertébrales et cervico-brachiales et des massages sous l'eau de 10 minutes des zones cervico-scapulaires et para-vertébrales.

L'autre groupe avait recours à l'utilisation d'un psychotrope : le DEROXAT® entre 20 et 50 mg par jour pendant 8 semaines. La posologie commençait à 20 mg par jour et pouvait être augmentée de 10 mg chaque semaine jusqu'à la posologie de 50 mg par jour.

Aucune médication concomitante n'était autorisée hormis zopiclone (IMOVANE®) jusqu'à 7,5 mg par jour, zolpidem (STILNOX®) jusqu'à 10 mg par jour et hydroxyzine (ATARAX®) jusqu'à 100 mg par jour dans les deux groupes pour contrôler le sommeil et l'anxiété d'endormissement.

E. Déroulement de l'essai

La pré-inclusion dans l'étude était assurée par le médecin traitant ayant signé l'adhésion au protocole, puis le médecin investigateur national, recruté par le centre INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) de Bordeaux II, qui confirmait l'inclusion. Ce dernier a réalisé les différentes évaluations (symptomatique, biologique et mesures d'observance) à chaque visite. Ces visites avaient lieu aux temps S₀, S₂, S₄, S₆, S₈ correspondants aux semaines 0, 2, 4, 6, 8 de l'étude. L'hypothèse du biais maximum en défaveur de la cure a été prise : pour les quelques données manquantes, les

perdus de vue dans le groupe paroxétine étaient considérés comme un succès, alors que les perdus de vue dans le groupe cure étaient considérés comme des échecs.

Pour évaluer la tolérance, des paramètres cliniques et biologiques (la pression artérielle, le débit cardiaque, le débit respiratoire, le poids, la numération formule sanguine, la glycémie, les électrolytes du sang, la créatinine, les enzymes de foie) et des effets indésirables rapportés ont été analysés à chaque visite.

F. Critères de jugement principal

La mesure principale était la variation du score de Hamilton entre S_0 et S_8 .

Les mesures secondaires ont inclus les échelles suivantes :

- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (échelle MADRS) ([annexe 11](#)) ;
- Clinical Global Impression Scale (échelle CGI) ([annexe 12](#)) ;
- Bonis Anxiety Trait-State (BATE) and the State-Trait Anxiety inventory of Spielberger.^(30, 31)

2EME PARTIE : LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

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

A. Résultats à S_8

Les résultats montrent une réduction symptomatique à l'HAM-A de 12,28 points dans le groupe cure, soit 50,12 % d'amélioration contre 8,52 points dans le groupe paroxétine, soit 35,6 % d'amélioration. Cela représente un écart de 3,76 points constituant une différence significative en faveur du groupe cure ($p < 0,0001$) (*figure 15*).

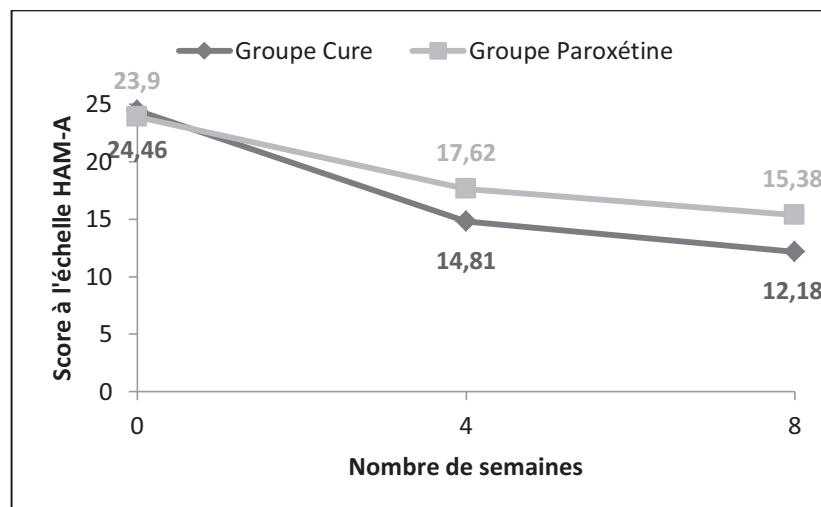


Figure 15 : variation de la note totale à l'HAM-A entre S_0 et S_8

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

On note que les résultats obtenus à S₈ sont nettement supérieurs à S₄ (+ 2,63 points supplémentaires), ce qui confirme l'action thérapeutique à distance et en profondeur de la cure thermique.

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

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

Le pourcentage de patients améliorés ou guéris est nettement favorable au groupe cure thermique (*tableau 7*). Les échelles d'autoévaluation (échelle de Spielberger, échelle de Bate : [annexes 13 et 14](#)) confirment les résultats rencontrés.

Groupes	Améliorés de plus de 50 % à S ₈	Améliorés de plus de 30 % à S ₈	Patients guéris à S ₈ (moins de 7 points à l'HAM-A)
Cure thermique	56 %	83 %	22 %
Paroxétine	28 %	57 %	7 %

Tableau 7 : pourcentage des patients améliorés à l'HAM-A dans chaque groupe thérapeutique

B. Evolution à l'échelle de Hamilton HAM-A entre S₈ et S₂₄

83 % des patients du groupe cure thermique ont eu une amélioration de plus de 30 % à S₈. Ces patients, qui n'ont pas eu besoin d'être traités par paroxétine du fait de leur amélioration à S₈ ont été suivis jusqu'à S₂₄. Seuls 67 % de ceux-ci ont bénéficié d'une évaluation totale. L'amélioration globale constatée à 6 mois pour ces 67 % de patients montre une réduction de 12 points (soit 49 %) par rapport à l'HAM-A initiale (*figure 16*).

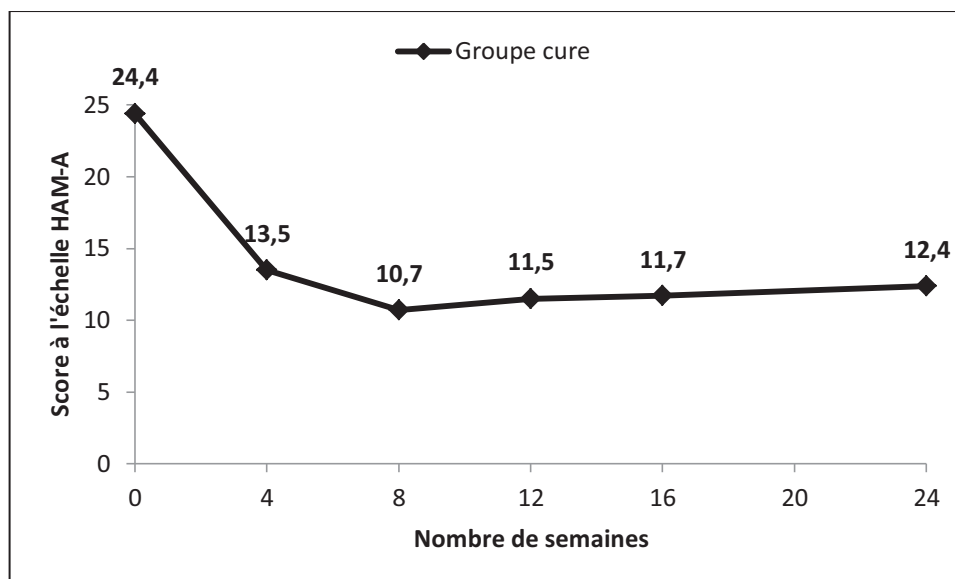


Figure 16 : évolution symptomatique de S_0 à S_{24} des patients améliorés à S_8 de plus de 30 % à l'HAM-A dans le groupe cure thermique

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

C. Événements indésirables

Le nombre d'événements indésirables déclarés pendant le suivi est de 66 dans le groupe cure contre 148 dans le groupe paroxétine (tableau 8).

La fréquence des événements indésirables survenue dans le groupe cure thermique a été significativement moindre, que ce soit en nombre de sujets touchés, en nombre de symptômes déclarés par le patient, en gravité et en degré d'imputabilité.

Événements indésirables intervenus sous traitement	Groupe cure thermique (en nombre de patients)	Groupe paroxétine (en nombre de patients)
Asthénie	12	16
Insomnie	6	12
Réveil douloureux	10	10
Réaction dermatologique	3	5
Nausées	/	14
Tremblements	/	12

Céphalées	/	12
Diarrhées	/	8
Constipation	/	6
Infection ORL virale	6	/
Irritabilité	/	6
Vomissements	/	5
Anxiété	/	5
Troubles de la libido	/	4
Hypotension – Malaise	4	/
Hypersudation	/	3

Tableau 8 : événements indésirables survenus chez au moins 3 patients différents

D. Discussion

Le médecin investigateur national a été formé à l'évaluation au SHU Saint Anne et a exercé sous la responsabilité de l'Unité INSERM de l'ISPED de Bordeaux II, afin de s'assurer de son indépendance.

Les patients recrutés dans cette étude habitaient à proximité des centres de soins thermaux. Ainsi, les résultats observés ne peuvent pas être interprétés comme étant la conséquence d'une extraction du cadre de vie, d'un éloignement des stressors, ni d'un changement des conditions climatiques.

Les patients ne bénéficiaient d'aucune prise en charge psychothérapique structurée individuelle ou collective. Leur traitement consistait en l'association de 3 soins à base d'eau thermale prescrits quotidiennement, pendant 3 semaines, et d'un accompagnement aux soins d'une durée globale d'environ 1 heure 30 (comparable à une simple activité de type occupationnel).

Les patients ne devaient pas utiliser de nouveaux traitements au cours de l'évaluation, ni dans les deux mois précédents celle-ci. Cela a fait l'objet d'un suivi régulier par le médecin investigateur national. L'utilisation ponctuelle d'anxiolytiques était autorisée pour l'hydroxyzine, le zopiclone et le zolpidem. Ces règles de prescription ont été respectées par plus de 97 % des patients.

E. Conclusion

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

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

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

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

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

CONCLUSION

En raison du faible nombre d'effets indésirables de la cure thermique, son utilisation dans des cas bien définis peut s'avérer intéressante dans la psychiatrie surtout lorsqu'elle permet d'éviter la surconsommation de molécules thérapeutiques. En effet, dans la prise en charge des troubles anxieux, les médicaments sont administrés en priorité mais ne font que masquer les symptômes réels du patient parfois très profonds. Les stations thermales s'attachent, aujourd'hui, à réaliser de plus en plus d'études témoignant de l'efficacité de leur art, dans un contexte économique difficile. L'étude STOP-TAG donne raison à la cure thermique par rapport à la paroxétine dans le trouble anxieux généralisé. La paroxétine est une molécule de référence dans le traitement du trouble anxieux généralisé mais il en existe d'autres où aucune étude comparative n'a été réalisée. Cependant, il existe aujourd'hui une étude réalisée sur la prise en charge psychoéducative pour le sevrage de benzodiazépines en cure thermique qui montre des résultats très intéressants. Or, il est bien difficile de sevrer les patients de benzodiazépines par la thérapeutique classique surtout avec certaines molécules comme le clonazépam (RIVOTRIL®). Les stations thermales à visée psychiatrique développant l'indication du sevrage pourront peut-être jouer un rôle majeur dans cette indication à l'avenir.

ANNEXES

VIDAL 2011
Médicaments

Mise à jour du 18/07/2011

***ATARAX® formes orales** hydroxyzine

DC EFFETS INDÉSIRABLES

Les effets indésirables d'Atarax sont principalement liés à son action sur le système nerveux central à ses effets anticholinergiques et aux réactions d'hypersensibilité qu'il peut provoquer. Lors d'études contrôlées versus placebo, les événements indésirables, quelle qu'en soit l'imputabilité, dont la fréquence était supérieure ou égale à 1 % au cours du traitement per os par l'hydroxyzine ont été les suivants :

Événements indésirables	% de patients	
	Hydroxyzine (N = 735)	Placebo (N = 630)
Sommolence	13,7	2,7
Céphalées	1,6	1,9
Fatigue	1,4	0,6
Sécheresse buccale	1,2	0,6

Les effets indésirables rapportés depuis la commercialisation d'Atarax sont :

- Réactions cutanées : érythème, prurit, eczéma ; très rarement érythème pigmenté fixe.
- Manifestations allergiques : urticaire ; plus rarement bronchospasme, oedème de Quincke, réaction anaphylactoïde.
- Effets psychiatriques : confusion, plus rarement excitation, hallucinations, désorientation, insomnie.
- Effets neurologiques : somnolence, plus rarement convulsions, dyskésies, tremblements, vertiges.
- Effets ophtalmologiques : troubles de l'accommodation.
- Effets cardiovasculaires : tachycardie, hypotension.
- Effets gastro-intestinaux : sécheresse buccale, constipation.
- Effets urologiques : rétention urinaire.

Sirap : En raison de la présence, en tant qu'excipients, de dérivés terpéniques et en cas de non-respect des doses préconisées, risque de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant et possibilité d'agitation et de confusion chez les sujets âgés.

DC CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité connue à l'un des constituants du médicament, à l'un de ses métabolites, à un autre dérivé de la pipérazine, à l'aminophylline, ou à l'éthylène diamine.
- Liées à l'effet anticholinergique :
 - Risque de glaucome par fermeture de l'angle.
 - Risque de rétention urinaire lié à un trouble urétr prostatique.

Annexe 1 : effets indésirables et contre-indications de l'hydroxyzine.⁽¹²⁾

VIDAL 2011
Médicaments

***AVLOCARDYL® 40 mg**

***AVLOCARDYL® LP 160 mg**
propranolol

DC EFFETS INDÉSIRABLES

Les effets indésirables suivants, présentés par fréquence et classe organe, ont été rapportés :
Fréquent (1 à 9,9 %) :

- Général : asthénie.
- Affections cardiovasculaires : bradycardie, renfortissement des extrémités, syndrome de Raynaud.
- Troubles du système nerveux central : insomnie, cauchemars.

Peu fréquent (0,1 à 0,9 %) :

- Troubles digestifs : gastralgies, nausées, vomissements, diarrées.

Rare (0,01 à 0,09 %) :

- Général : sensations vertigineuses.
- Système hématopoïétique : thrombocytopénie.
- Affections cardiovasculaires : insuffisance cardiaque, ralentissement de la conduction auriculoventriculaire ou intensification d'un bloc auriculoventriculaire existant, hypotension orthostatique pouvant être associée à une syncope, aggravation d'une claudication intermittente existante.
- Troubles du système nerveux central : hallucinations, psychoses, modifications de l'humeur, confusion, impuissance.
- Système cutané : purpura, alopecie, éruptions psoriasiformes, exacerbation d'un psoriasis, rash cutané.
- Troubles neurologiques : paresthésies.
- Vision : sécheresse oculaire, perturbation de la vision.
- Système respiratoire : un bronchospasme peut survenir chez les patients présentant un asthme ou des antécédents d'asthme, avec parfois une issue fatale.

Très rare (< 0,01 %) :

- Système endocrinien : hypoglycémie chez les sujets à risque (cf Mises en garde/Précautions d'emploi).
- Au niveau biologique : on a pu observer dans de rares cas l'apparition d'anticorps antinucléaires ne s'accompagnant qu'exceptionnellement de manifestations cliniques à type de syndrome lupique et cédant à l'arrêt du traitement.
- Système nerveux : des cas isolés de myasthénie ou d'exacerbation ont été rapportés.

DC CONTRE-INDICATIONS

Absolues :

- Bronchopneumopathie chronique obstructive et asthme : les bêta-bloquants non sélectifs sont formellement contre-indiqués chez les asthmatiques (même si l'asthme est ancien et non actuellement symptomatique, quelle que soit la posologie).
- Insuffisance cardiaque non contrôlée par le traitement.
- Choc cardiogénique.
- Blocs auriculoventriculaires des 2^e et 3^e degrés non appareillés.
- Angor de Prinzmetal.
- Maladie du sinus (y compris bloc sino-auriculaire).
- Bradycardie (< 45-50 battements par minute).
- Phénomène de Raynaud et troubles artériels périphériques.
- Phéochromocytome non traité.
- Hypotension artérielle.
- Hypersensibilité au propranolol.
- Antécédent de réaction anaphylactique.
- Fluctaféine, subitride (cf Interactions).
- Dans le cadre de la prévention primaire et secondaire des hémorragies digestives chez le cirrhotique : insuffisance hépatique évoluée avec hyperbilirubinémie, ascite massive, encéphalopathie hépatique.
- Prédiposition à l'hypoglycémie (comme après un jeûne ou en cas d'anomalie de réponse aux hypoglycémies).

Relatives :

- Allaitement.

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

<p>1. Humeur anxieuse Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.</p>	<p>0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.</p> <p>1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.</p> <p>2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).</p> <p>3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).</p> <p>4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).</p>
<p>2. Tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.</p>	<p>0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude</p> <p>1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.</p> <p>2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est rempli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.</p> <p>3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).</p> <p>4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).</p>
<p>3. Craintes Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.</p>	<p>0 – Absentes</p> <p>1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.</p> <p>2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.</p> <p>3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.</p> <p>4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>
<p>4. Insomnie Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.</p>	<p>0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles.</p> <p>1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.</p> <p>2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.</p> <p>3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.</p> <p>4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.</p>
<p>5. Troubles de la concentration et de la mémoire Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.</p>	<p>0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.</p> <p>1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.</p> <p>2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.</p> <p>3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.</p> <p>4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de</p>

	concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.
6. Humeur dépressive Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.	0 – Absente
	1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattu(e) ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.
	2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.
	3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.
	4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état.
7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.	0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux (se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.
	1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.
	2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.
	3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).
	4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.	0 – Absent
	1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.
	2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.
	3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
	4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
9. Symptômes cardio-vasculaires Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.	0 – Absents
	1 – Leur présence n'est pas claire
	2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.
	3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
	4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
10. Symptômes respiratoires Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante	0 – Absents
	1 – Présence peu claire
	2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.
	3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
	4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
11. Symptômes gastro-intestinaux Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la	0 – Absents
	1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.
	2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.
	3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à

diarrhée.	un certain point avec sa vie quotidienne et son travail. 4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
12. Symptômes urinaires et génitaux Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.	0 – Absents 1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel). 2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e). 3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e). 4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges	0 – Absents 1 – Présence peu claire. 2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente. 3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e). 4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.
14. Comportement pendant l'entretien Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux (se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.	0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux (se). 1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux (se). 2 – Le/la patiente est modérément anxieux (se). 3 – Le/la patient(e) est anxieux (se) de façon marquée. 4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps
<17 : légère 18 – 24 : légère à modérée 25 – 30 : modérée à grave	
Remarque : L'échelle d'Hamilton est souvent surévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnels comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie. De notre point de vue, elle est mise au point à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques. L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels.	

Annexe 3 : échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété.⁽¹⁴⁾

Inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Moyennement C'était très dé- plaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement				
2.	bouffées de chaleur				
3.	"jambes molles", tremblements dans les jambes				
4.	incapacité de se détendre				
5.	crainte que le pire ne survienne				
6.	étourdissement ou vertige, désorientation				
7.	hâtements cardiaques marqués				
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9.	tenté(e)				
10.	nervosité				
11.	sensation d'étouffement				
12.	tremblement de mains				
13.	tremblements, chancelant(e)				
14.	crainte de perdre le contrôle				
15.	respiration difficile				
16.	peur de mourir				
17.	sensation de peur, "avoir la frousse"				
18.	indigestion ou malaise abdominal				
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20.	rougissement du visage				
21.	transpiration (non associée à la chaleur)				

© Copyright 1987 by Aaron T. Beck, M.D. Pour la permission d'utiliser l'Inventaire d'Anxiété de Beck, veuillez contacter Rights and Permissions Department, The Psychological Corporation, 535 Avalon Court, San Antonio, Texas 78204-9990. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. Traduit avec la permission de l'auteur par Mark H. Freeston. Tous droits réservés. Université Laval, Québec, 1989. Freeston, M. H., Lindouleur, R., Thibodeau, N., Gagnon, P., & Rhéaume, J. (1992). L'Inventaire d'Anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 21, 47-55.

Annexe 4 : inventaire d'anxiété de Beck.⁽¹⁵⁾

QUESTIONNAIRE DES PEURS (Marks et Matthews)

Nom :
Prénom :
Age :
Sexe :
Date :

1°) Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : il permet de chiffrer à quel point vous évitez par peur (ou du fait de sensations ou sentiments désagréables) chacune des situations énumérées ci-dessous. Ensuite, veuillez écrire le nombre choisi dans la case correspondant à chaque situation.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
n'évite pas	----	évite un peu	----	évite souvent	----	évite très souvent	----	évite toujours

I

1. Principale phobie que vous voulez traiter (décrivez la à votre façon. Puis cotez de 0 à 8)				----
2. Injections et interventions chirurgicales minimales			----	
3. Manger et boire avec les autres				----
4. Aller dans les hôpitaux			----	
5. Faire seul(e) des trajets en bus ou en car			----	
6. Se promener seul(e) dans des rues où il y a foule			----	
7. Etre regardé(e) ou dévisagé(e)				----
8. Aller dans des magasins remplis de monde			----	
9. Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité				----
10. Voir du sang			----	
11. Etre critiqué(e)				----
12. Partir seul(e) loin de chez vous			----	
13. Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade			----	
14. Parler ou agir en public				----
15. Les grands espaces vides			----	
16. Aller chez le dentiste			----	
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez la. Puis cotez la de 0 à 8)				----
Ne pas remplir	AG	SA- B	SOC	TOTAL

2°) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
ne souffre pas du tout	----	souffre un peu	----	souffre vraiment	----	souffre beaucoup	----	souffre extrêmement

18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé	----
19. Sentiment d'être irritable ou en colère	----
20. Se sentir tendu ou paniqué	----
21. Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes	----
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étranges	----
23. Autres sentiments pénibles (décrivez les) :	----

TOTAL :

3°) A combien évaluez-vous actuellement la gêne que représente dans votre vie votre comportement phobique ? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
pas de phobies	----	légèrement gênant	----	nettement gênant	----	très gênant	----	extrêmement gênant

L'Echelle de Liebowitz

Source M. Bouvard et J. Cottraux Protocoles et échelles d'évaluations en psychiatrie et psychologie, Masson	ANXIETE 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	EVITEMENT 0= Jamais 1= Occasionnel (0-33%) 2= Fréquent (33-66%) 3= Habituel (67-100%)
1. Téléphoner en public (P)	—	—
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)	—	—
3. Manger dans un lieu public (P)	—	—
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)	—	—
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)	—	—
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)	—	—
7. Aller à une soirée (S)	—	—
8. Travailler en étant observé (P)	—	—
9. Ecrire en étant observé (P)	—	—
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)	—	—
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)	—	—
12. Rencontrer des inconnus (S)	—	—
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)	—	—
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)	—	—
15. Etre le centre d'attention (S)	—	—
16. Prendre la parole à une réunion (P)	—	—
17. Passer un examen (P)	—	—
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)	—	—
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)	—	—
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)	—	—
21. Essayer de "draguer" quelqu'un (S)	—	—
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)	—	—
23. Donner une soirée (S)	—	—
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)	—	—
TOTAL	A = —	E = —
Deux scores : S = Interaction sociale	A.S = —	E.S = —
P = Performance	P.S = —	P.S = —

Annexe 6 : échelle de Liebowitz.⁽¹⁷⁾

Échelle des peurs FSS III

FEAR SURVEY SCHEDULE

Reproduite à partir de J.-D. Guelfi (dir.). L'évaluation psychiatrique standardisée. Paris : Éd. médicales Pierre Fabre, 1996.

Cette échelle permet d'identifier les peurs présentes chez un sujet et de donner un score global de pathologie phobique.

NOM _____ PRÉNOM _____
 SEXE _____ ÂGE _____ DATE _____

Les éléments de ce questionnaire se rapportent à des choses ou à des circonstances qui peuvent effrayer ou provoquer d'autres sensations désagréables.
 Mettez une croix en face de chaque question dans la colonne qui décrit le mieux le degré d'inquiétude qu'elle éveille chez vous en ce moment.

	Peu du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément	Peu du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément	
1 Bruits d'aspirateurs						36 Les "gros durs"					
2 Blessures ouvertes						37 Oiseaux					
3 Être seul						38 Vue de l'eau profonde					
4 Être dans un endroit inconnu						39 Être observé pendant son travail					
5 Voix fortes						40 Animaux morts					
6 Morts						41 Ames					
7 Parler en public						42 Saleté					
8 Traverser des rues						43 Insectes rampants					
9 Personnes qui ont l'air déséquilibré						44 Assister à une bagarre					
10 Tomber						45 Personnes laides					
11 Automobiles						46 Feu					
12 Être taquiné						47 Malades					
13 Dentistes						48 Chiens					
14 Tonnerre						49 Être critiqué					
15 Sirène d'alarme						50 Formes étranges					
16 Échec						51 Prendre l'ascenseur					
17 Entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises						52 Assister à des interventions chirurgicales					
18 Endroits élevés sur la terre ferme						53 Personnes en colère					
19 Personnes présentant des malformations						54 Souris					
20 Vies						55 Sang					
21 Créatures imaginaires						55 a) humain					
22 Se faire faire une piqûre						55 b) animal					
23 Inconnus						56 Se séparer de ses amis					
24 Chevre-souris						57 Espaces clos					
25 Voyages						58 Perspective d'une opération chirurgicale					
25 a) en train						59 Se sentir rejeté par les autres					
25 b) en autobus						60 Avion					
25 c) en voiture						61 Odeurs de médicaments					
26 Se sentir en colère						62 Se sentir désapprouvé					
27 Personne exerçant une autorité						63 Battements de cœur désordonnés (extrasystoles)					
28 Insectes volants						64 Serpents inoffensifs					
29 Voir d'autres personnes se faire piquer						65 Cimetières					
30 Bruits soudains						66 Être ignoré					
31 Tempête aigle						67 Obscurité					
32 Feuilles						68 a) Hommes nus					
33 Vastes espaces découverts						68 b) Femmes nues					
34 Chats						69 Éclipses					
35 Personne en malmenant une autre						70 Docteurs					
						71 Faire des erreurs					
						72 Avoir l'air ridicule					

Annexe 7 : échelle des peurs FSS III.⁽¹³⁾

Nom _____
Date _____

ÉCHELLE YALE-BROWN SUR LE TROUBLE OBSESSIFNEL-COMPULSIF (Y-BOCS)

Les questions 1 à 5 ont trait à vos obsessions.

Les obsessions sont des idées, des images ou des impulsions qui s'incarnent dans votre esprit contre votre gré en dépit de vos efforts pour leur résister. Elles ont habituellement comme thèmes la violence, la menace et le danger. Des obsessions courantes sont une peur excessive de la contamination, un pressentiment récurrent de danger, un souci exagéré d'ordre ou de symétrie, une minutie extrême ou la peur de perdre des choses importantes.

Répondez à chacune des questions en inscrivant le chiffre approprié dans la case adjacente.

1. Temps accaparé par les pensées obsédantes

Vos pensées obsédantes occupent quelle partie de votre temps?

- 0 = aucune
 1 = moins d'une heure par jour occasionnelles
 2 = entre une et trois heures par jour fréquentes
 3 = entre trois et huit heures par jour très fréquentes
 4 = plus de huit heures par jour presque constantes

2. Interférence causée par les pensées obsédantes

À quel point vos pensées obsédantes nuisent-elles à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos obsessions?

- 0 = aucune interférence
 1 = nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner normalement
 2 = nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
 3 = nuisent considérablement à ma vie sociale ou à mon travail
 4 = m'empêchent de fonctionner

3. Nécessité occasionnée par les pensées obsédantes

Vos pensées obsédantes vous dérangent-elles?

- 0 = pas du tout
 1 = un peu
 2 = à un niveau tolérable
 3 = énormément
 4 = je me sens presque constamment dans un état de détresse invalidante.

4. Résistance opposée aux obsessions

Quels efforts faites-vous pour résister à vos pensées obsédantes? Essayez-vous de ne pas en tenir compte ou de les chasser de votre esprit?

- 0 = j'essaie toujours de leur résister
 1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
 2 = je fais certains efforts pour leur résister
 3 = je cède à toutes mes obsessions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecoeur
 4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes obsessions

5. Degré d'emprise sur les pensées obsédantes

Quelle emprise avez-vous sur vos pensées obsédantes? À quel point réussissez-vous à réfléchir ou à détourner votre attention de vos obsessions? Pouvez-vous les chasser de votre esprit?

- 0 = je les maîtrise complètement avec des efforts et de la concentration
 1 = j'arrive généralement à les refreiner ou à les détourner avec des efforts et de la concentration
 2 = j'arrive parfois à les refreiner ou à les détourner
 3 = j'arrive rarement et avec peine à les refreiner ou à les chasser de mon esprit
 4 = je n'ai aucune emprise sur mes obsessions, j'arrive rarement à détourner mon attention même momentanément

* Cette adaptation de l'échelle Y-BOCS a été abrégée à partir de la version originale avec l'autorisation de Wayne Goodman. Pour plus d'information sur l'échelle Y-BOCS, adressez-vous au Dr Wayne Goodman, University of Florida, College of Medicine, Gainesville, Floride 32610. La version originale (anglaise) a été publiée par : Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA *et al.* The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. *Development, use and reliability.* *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.

Les cinq questions suivantes se rapportent à vos comportements compulsifs.

Les compulsions sont des actes que le sujet est poussé à accomplir pour éliminer son angoisse ou son malaise. Ces actes prennent souvent la forme de comportements répétitifs, régulés et intentionnels appelés rituels. L'acte lui-même peut sembler approprié, mais il devient un rituel quand il est accompli à l'excès. Des exemples de compulsions sont des rituels de lavage ou de désinfection, des vérifications interminables, des répétitions incessantes, le besoin de constamment ranger ou redresser des objets et le collectionnisme. Certains rituels sont d'ordre intellectuel, par exemple ressasser toujours les mêmes choses.

6. Temps accaparé par les comportements compulsifs

Quelle partie de votre temps passez-vous à accomplir des actes compulsifs? Combien de temps supplémentaires par rapport à la plupart des gens vous faut-il pour effectuer vos activités journalières à cause de vos rituels? Quelle est la fréquence de vos rituels?

- 0 = aucune
 1 = moins d'une heure par jour occasionnelles
 2 = entre une et trois heures par jour fréquentes
 3 = entre trois et huit heures par jour très fréquentes
 4 = plus de huit heures par jour presque constants (trop nombreux pour les compter)

7. Interférence causée par les comportements compulsifs

À quel point vos comportements compulsifs nuisent-ils à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos compulsions?

- 0 = aucune interférence
 1 = nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner normalement
 2 = nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
 3 = nuisent considérablement à ma vie sociale ou à mon travail
 4 = m'empêchent de fonctionner

8. Nécessité occasionnée par les comportements compulsifs

Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait de donner libre cours à vos compulsions? Essayez-vous de résister?

- 0 = je ne me sentrais nullement angoissé(e)
 1 = je me sentrais un peu angoissé(e)
 2 = je me sentrais angoissé(e) mais à un niveau tolérable
 3 = je me sentrais très angoissé(e)
 4 = je me sentrais extrêmement angoissé(e) au point d'être incapable de fonctionner

9. Résistance opposée aux compulsions

Quels efforts faites-vous pour résister à vos compulsions?

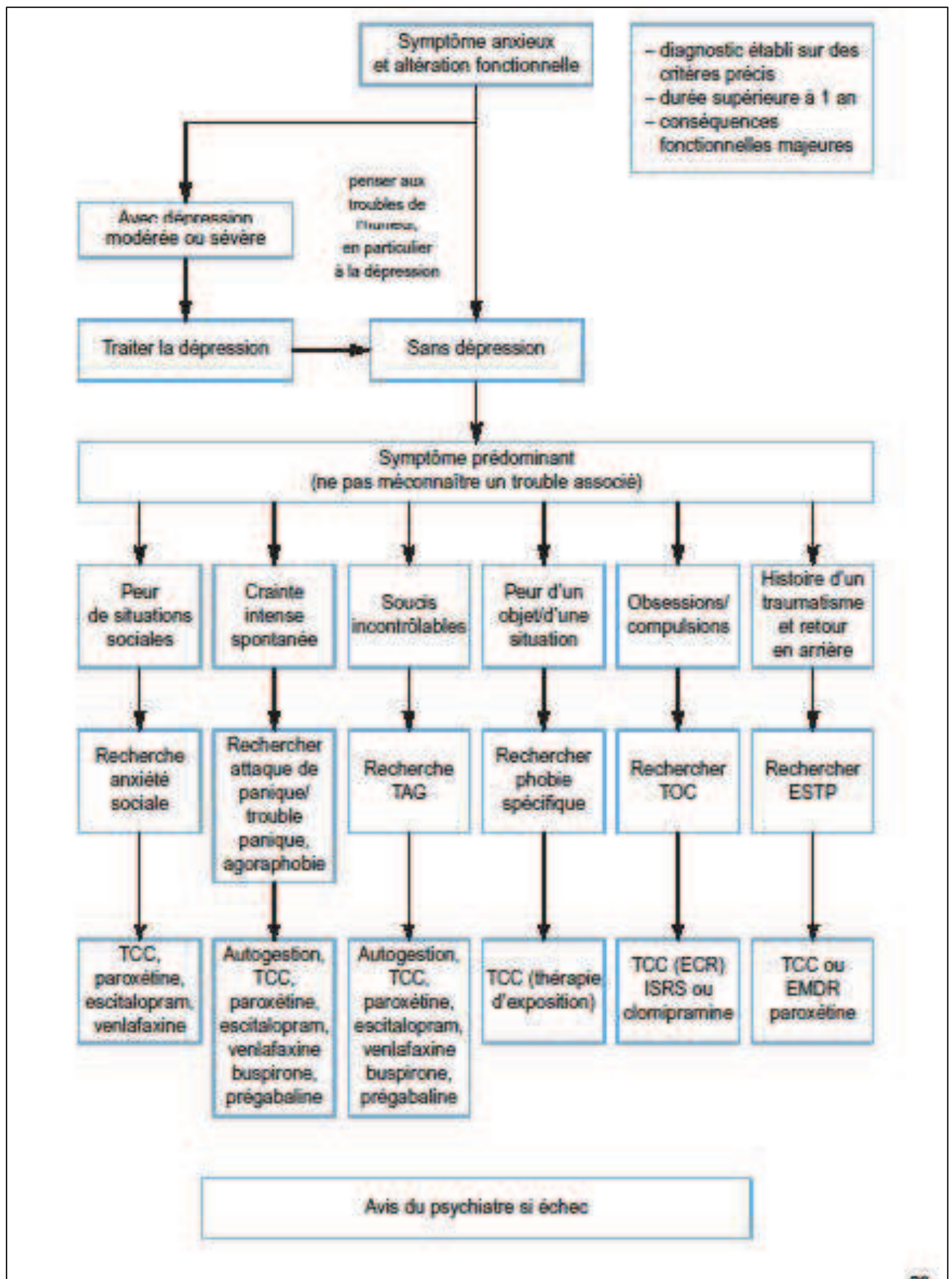
- 0 = j'essaie toujours de leur résister
 1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
 2 = je fais certains efforts pour leur résister
 3 = je cède à toutes mes compulsions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecoeur
 4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes compulsions

10. Degré d'emprise sur les compulsions

Quelle emprise avez-vous sur vos compulsions? À quel point vous sentez-vous contraint(e) d'accomplir un acte compulsif?

- 0 = je les maîtrise complètement
 1 = je me sens poussé(e) à accomplir un acte compulsif mais j'arrive généralement à me dominer
 2 = je ressens une forte envie d'accomplir un acte compulsif mais j'arrive à me dominer avec beaucoup d'efforts
 3 = j'éprouve un besoin pressant d'accomplir un acte compulsif, j'arrive seulement à m'en retarder l'accomplissement et avec peine
 4 = j'éprouve un besoin irrésistible d'accomplir un acte compulsif, je n'ai aucune emprise sur mes compulsions, j'arrive rarement à me retenir de semer ce que quelques instants.

Score total



Annexe 9 : arbre décisionnel simplifié pour évaluer la prise en charge des troubles anxieux.⁽¹³⁾

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 (surtout, s'il y a lieu, du nom d'usage) _____
 adresse _____
 code postal _____
 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 _____ date de naissance _____
 prénom _____

● le nombre de cures déjà effectuées (facultatif - indiquer les 3 dernières)

année(s) _____
 station(s) _____
 orientations _____

le prescripteur

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

station prescrite _____
 un traitement thermal annexe est-il justifié dans une autre orientation de la station ? oui non
 si oui, laquelle ? _____

● mentions spéciales

l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ? oui non
 s'il s'agit d'un enfant son placement en maison d'enfants est-il demandé ? oui non
 la cure est-elle prescrite dans le cadre d'une affection de longue durée (art. L. 324-1) ? oui non
 dans l'affirmative, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ? oui non
 est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ? oui non
 si oui, numéro de l'AT/MP ou date _____
 est-elle 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

La loi rend possible l'amende ou l'emprisonnement lorsque se rend coupable de fausses déclarations (art. L. 377-7 du Code de la Sécurité Sociale, 441-7 du Code Pénal)

La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Annexe 10 : questionnaire de prise en charge de la cure thermale

Name: _____

Date: _____

Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS)

Instructions: The ratings should be based on a clinical interview moving from broadly phrased questions about symptoms to more detailed ones which allow a precise rating of severity. The rater must decide whether the rating lies on the defined scale steps (0, 2, 4, 6) or between them (1, 3, 5). It is important to remember that it is only rare occasions that a depressed patient is encountered who cannot be rated on the items in the scale. If definite answers cannot be elicited from the patients, all relevant clues as well as information from other sources should be used as a basis for the rating in line with customary clinical practice. This scale may be used for any time interval between ratings, be it weekly or otherwise, but this must be recorded.

1. Apparent Sadness

Representing despondency, gloom and despair, (more than just ordinary transient low spirits) reflected in speech, facial expression, and posture. Rate on depth and inability to brighten up.

- 0 No sadness
- 1
- 2 Looks dispirited but does brighten up without difficulty.
- 3
- 4 Appears sad and unhappy most of the time.
- 5
- 6 Looks miserable all the time. Extremely despondent.

2. Reported Sadness

Representing reports of depressed mood, regardless of whether it is reflected in appearance or not. Includes low spirits, despondency or feeling of being beyond help without hope. Rate according to intensity, duration and the extent to which the mood is reported to be influenced by events.

- 0 Occasional sadness in keeping with the circumstances.
- 1
- 2 Sad or low but brightens up without difficulty.
- 3
- 4 Pervasive feelings of sadness or gloominess. The mood is still influenced by external circumstances.
- 5
- 6 Continuous or unvarying sadness, misery or despondency.

3. Inner Tension

Representing feelings of ill-defined discomfort, edginess, inner turmoil amounting to either panic, dread or anguish. Rate according to intensity, frequency, duration and the extent of reassurance called for.

- 0 Placid. Only reflecting inner tension.
- 1
- 2 Occasional feelings of edginess and ill-defined discomfort.
- 3
- 4 Continuous feelings of inner tension or intermittent panic which the patient can only master with some difficulty.
- 5
- 6 Unrelenting dread or anguish. Overwhelming panic.

4. Reduced Sleep

Representing the experience of reduced duration or depth of sleep compared to the subject's own normal pattern when well.

- 0 Sleeps as usual.
- 1
- 2 Slight difficulty dropping off to sleep or slightly reduced light or fitful sleep.
- 3
- 4 Sleep reduced or broken by at least two hours.
- 5
- 6 Less than two or three hours sleep.

5. Reduced Appetite

Representing the feeling of loss of appetite compared with when well. Rate by loss of desire for food or the need to force oneself to eat.

- 0 Normal or increased appetite.
- 1
- 2 Slightly reduced appetite.
- 3
- 4 No appetite. Food is tasteless.
- 5
- 6 Needs persuasion to eat.

6. Concentration Difficulties

Representing difficulties in collecting one's thoughts amounting to incapacitating lack of concentration. Rate according to intensity, frequency, and degree of incapacity produced.

- 0 No difficulties in concentrating.
- 1
- 2 Occasional difficulties in collecting one's thoughts.
- 3
- 4 Difficulties in concentrating and sustaining thought which reduces ability to read or hold a conversation.
- 5
- 6 Unable to read or converse without great initiative.

7. Lassitude

Representing a difficulty getting started or slowness initiating and performing everyday activities.

- 0 Hardly no difficulty in getting started. No sluggishness.
- 1
- 2 Difficulties in starting activities.
- 3
- 4 Difficulties in starting simple routine activities which are carried out with effort.
- 5
- 6 Complete lassitude. Unable to do anything without help.

8. Inability to Feel

Representing the subjective experience of reduced interest in the surroundings, or activities that normally give pleasure. The ability to react with adequate emotion to circumstances or people is reduced.

- 0 Normal interest in the surroundings and in other people.
- 1
- 2 Reduced ability to enjoy usual interest.
- 3
- 4 Loss of interest in surroundings. Loss of feelings for friends and acquaintances.
- 5
- 6 The experience of being emotionally paralyzed, inability to feel anger, grief or pleasure and a complete or even painful failure to feel for close relatives and friends.

9. Pessimistic Thoughts

Representing thoughts of guilt, inferiority, self-reproach, sinfulness, remorse and ruin.

- 0 No pessimistic thoughts.
- 1
- 2 Fluctuating ideas of failure, self-reproach or self-depreciation.
- 3
- 4 Persistent self-accusations, or definite but still rational ideas of guilt or sin. Increasingly pessimistic about the future.
- 5
- 6 Delusions of ruin, remorse or unredeemable sin. Self-accusations which are absurd and unshakable.

10. Suicidal Thoughts

Representing the feeling that life is not worth living, that a natural death would be welcome, suicidal thoughts, and the preparations for suicide. Suicidal attempts should not in themselves influence the rating.

- 0 Enjoys life or takes it as it comes.
- 1
- 2 Weary of life. Only fleeting suicidal thoughts.
- 3
- 4 Probably better off dead. Suicidal thoughts are common, and suicide is considered as a possible solution, but without specific plans or intention.
- 5
- 6 Explicit plans for suicide when there is an opportunity. Active preparations for suicide.

Total Score: _____

Annexe 11 : échelle MADRS⁽²⁸⁾

Clinical Global Impression (CGI)

1. Severity of illness

Considering your total clinical experience with this particular population, how mentally ill is the patient at this time?

- | | |
|-----------------------------|---|
| 0 = Not assessed | 4 = Moderately ill |
| 1 = Normal, not at all ill | 5 = Markedly ill |
| 2 = Borderline mentally ill | 6 = Severely ill |
| 3 = Mildly ill | 7 = Among the most extremely ill patients |

2. Global improvement: Rate total improvement whether or not, in your judgement, it is due entirely to drug treatment.

Compared to his condition at admission to the project, how much has he changed?

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 0 = Not assessed | 4 = No change |
| 1 = Very much improved | 5 = Minimally worse |
| 2 = Much improved | 6 = Much worse |
| 3 = Minimally improved | 7 = Very much worse |

3. Efficacy index: Rate this item on the basis of drug effect only.

Select the terms which best describe the degrees of therapeutic effect and side effects and record the number in the box where the two items intersect.

EXAMPLE: Therapeutic effect is rated as 'Moderate' and side effects are judged 'Do not significantly interfere with patient's functioning'.

Therapeutic effect		Side effects			
		None	Do not significantly interfere with patient's functioning	Significantly interferes with patient's functioning	Outweighs therapeutic effect
Marked	Vast improvement. Complete or nearly complete remission of all symptoms	01	02	03	04
Moderate	Decided improvement. Partial remission of symptoms	05	06	07	08
Minimal	Slight improvement which doesn't alter status of care of patient	09	10	11	12
Unchanged or worse		13	14	15	16
Not assessed = 00					

Reproduced from Guy W, editor. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. 1976. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare

Annexe 12 : échelle CGI⁽²⁹⁾

1	Je me sens dans de bonnes dispositions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
2	Je me sens nerveux et agité	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
3	Je suis content de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
4	Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
5	Je me sens un raté	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
6	Je me sens paisible	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
7	Je suis calme, détendu et de sang froid	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
8	J'ai l'impression que les difficultés se multiplient à un point tel que je ne peux les surmonter	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
9	Je m'inquiète trop à propos de choses qui n'en valent pas la peine	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
10	Je suis heureux	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
11	J'ai des pensées qui me tourmentent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
12	Je manque de confiance en moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
13	je suis sûr de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
14	Je prends facilement des décisions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
15	Je ne me sens pas à la hauteur	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16	Je suis content	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
17	Des pensées sans importance me trottent dans la tête et me tracassent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
18	Je ressens les contretemps si fortement que je ne peux les chasser de mon esprit	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
19	Je suis quelqu'un de calme	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
20	Je suis tendu ou agité dès que je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

Annexe 13 : échelle de Spielberger⁽³²⁾

QUESTIONNAIRE BATE (de BONIS Anxiété Trait-État)

	Tout à fait faux, jamais	0	1	2	3	4	Tout à fait vrai ou toujours
1	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai senti que j'avais la gorge nouée.						
2	Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du souci à propos de tout et de rien.						
3	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai ressenti une impression de tension, j'étais contracté(e), tendu(e), sur les nerfs.						
4	J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, la chair de poule ou des frissons qui n'étaient pas dus au froid.						
5	Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de penser que j'étais inutile et que je ne servais pas à grand-chose.						
6	Au cours de ces huit derniers jours, je me suis fait du mauvais sang pour rien.						
7	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été constipé(e)						
8	Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de pleurer.						
9	Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de faire des cauchemars.						
10	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des palpitations qui n'étaient pas liées à un effort.						
11	En ce moment, je ne supporte pas la foule.						
12	En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'un serpent.						
13	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu le vertige.						
14	Au cours de ces huit derniers jours, je me suis évanoui(e).						
15	Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de transpirer sans que cela soit dû à une température élevée.						
16	Au cours de ces huit derniers jours, j'étais agité(e) au point de ne pouvoir rester en place.						
17	J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, des envies de manger.						
18	Au cours de ces huit derniers jours, je me suis senti(e) oppressé(e).						

QUESTIONNAIRE BATE (de BONIS Anxiété Trait-État) suite

	Tout à fait faux, jamais	Quelquefois ou un peu	Assez vrai ou assez souvent	Vrai ou souvent	Tout à fait vrai ou toujours
	0	1	2	3	4
19	Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de rougir.				
20	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai été tourmenté(e) par l'opinion des autres sur moi.				
21	Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé de trembler.				
22	En ce moment, je me sens fatigué(e).				
23	En ce moment, je ne me sens pas heureux(se).				
24	En ce moment, j'ai l'impression que je ne suis bon(ne) à rien.				
25	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai éprouvé une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.				
26	Au cours de ces huit derniers jours, je ne pouvais pas rester seul(e), la solitude me faisait peur.				
27	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu des maux d'estomac.				
28	En ce moment, je redoute de monter en voiture.				
29	J'ai eu, au cours de ces huit derniers jours, les pieds ou les mains glacés.				
30	En ce moment, je sais que je ne pourrais pas supporter la vue d'un rat.				
31	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu mal à la tête.				
32	Au cours de ces huit derniers jours, il m'est arrivé d'appréhender le pire, d'avoir le pressentiment qu'il allait m'arriver quelque chose de mauvais.				
33	Au cours de ces huit derniers jours, j'ai eu la diarrhée.				
34	En ce moment, je sens que je ne pourrais pas supporter la vue d'une araignée.				
35	Au cours de ces huit derniers jours, j'étais tellement énervé(e) que j'avais du mal à m'endormir.				
36	En ce moment, je ne peux pas rester dans l'obscurité, j'ai peur du noir.				
37	Au cours de ces huit derniers jours, cela m'énervait d'être obligé(e) d'attendre.				

QUESTIONNAIRE BATE (de BONIS Anxiété Trait-État) suite

	Tout à fait faux, jamais	0	1	2	3	4
				Assez vrai ou assez souvent	Vrai ou souvent	Tout à fait vrai ou toujours
1	J'ai peur des rats.					
2	J'ai tendance à être tellement énervé(e) que j'ai du mal à m'endormir.					
3	J'ai tendance à me faire du souci à propos de tout et de rien.					
4	J'ai tendance à être constipé(e).					
5	J'ai peur des araignées.					
6	J'éprouve habituellement une peur diffuse de l'avenir que je n'arrive pas à expliquer.					
7	Je suis habituellement fatigable.					
8	Je suis sujet(te) à des tremblements.					
9	J'ai toujours envie de manger.					
10	Enfant, j'étais d'une santé fragile.					
11	J'ai tendance à m'évanouir facilement.					
12	J'ai tendance à penser qu'il va arriver quelque chose de mauvais ; j'appréhende le pire.					
13	J'ai tendance à me tourmenter à propos de ce que les gens pensent de moi.					
14	Lorsque j'étais petit(e), mes parents étaient sévères avec moi.					
15	Je suis sujet(te) à des périodes d'agitation au cours desquelles je suis incapable de rester en place.					
16	J'ai tendance à me faire du mauvais sang pour rien.					
17	Je me sens pas heureux(se) en général.					
18	J'ai tendance à avoir peur de la foule.					

QUESTIONNAIRE BATE (de BONIS Anxiété Trait-État) suite

-
- 19 J'ai facilement des maux d'estomac.
-
- 20 Je suis habituellement tendu(e) et contracté(e), sur les nerfs.
-
- 21 J'ai tendance à transpirer facilement même lorsqu'il ne fait pas très chaud.
-
- 22 Je suis facilement oppressé(e).
-
- 23 Lorsque j'étais petit(e), mes parents souhaitaient que je fasse du sport.
-
- 24 J'ai tendance à me dire que je ne suis bon(ne) à rien.
-
- 25 J'ai tendance à avoir la diarrhée.
-
- 26 J'ai tendance à avoir la gorge nouée (serrée).
-
- 27 J'ai tendance à avoir les pieds ou les mains glacés.
-
- 28 Je suis prédisposé(e) à avoir des maux de tête.
-
- 29 J'ai peur de serpents.
-
- 30 J'ai tendance à avoir le vertige.
-
- 31 En général, j'ai peur en voiture.
-
- 32 En général, je pleure facilement.
-
- 33 J'ai tendance à faire des cauchemars.
-
- 34 En général, cela m'énerve d'être obligé(e) d'attendre.
-
- 35 En général, je n'aime pas l'obscurité, j'ai peur du noir.
-
- 36 J'ai tendance à avoir la chair de poule ou des frissons même s'il ne fait pas froid.
-
- 37 J'ai tendance à penser que je ne sers pas à grand-chose, que je suis inutile
-
- 38 Je rougis facilement.
-
- 39 Habituellement, je n'aime pas rester seul(e) la solitude me fait peur.
-
- 40 J'ai tendance à avoir des palpitations sans que cela s'explique par un effort.

Annexe 14 : échelle de Bate⁽³³⁾

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rangaraj J, Péliissolo A. *Identification des troubles anxieux*. Annales Médico Psychologiques, 2003, vol. 161, p. 250-254.
- [2] American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 2003. 1064 p.
- [3] Landry Yves, Gies Jean-Pierre. *Pharmacologie : Des cibles vers l'indication thérapeutique*. Paris : Dunod, 2003. 596 p.
- [4] André Christophe, Legeron Patrick. *La peur des autres*. Paris : Odile Jacob, 2000. 332 p.
- [5] Sauteraud Alain. *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter*. Paris : Odile Jacob, 2002. 335 p.
- [6] Saubouraud-Seguin Aurore. *Revivre après un choc*. Paris : Odile Jacob, 2006. 179 p.
- [7] Gourion D. Les traitements médicamenteux des troubles anxieux. *Annales Médico Psychologiques*, 2003, vol. 161, p. 255-259.
- [8] Austrian Press and Information Service. *austrian information/ news in brief* [en ligne]. Washington : Austrian Press and Information Service. Site disponible sur : <<http://austria.squarespace.com/>> (consulté le 06.07.2011)
- [9] Oudart Nicole. *Cours de Pharmacologie : les anxiolytiques*. Limoges : Nicole OUDART, 2009.
- [10] Columbia University. *Columbia University Medical Center* [en ligne]. New York : Columbia Universit. Site disponible sur : <<http://www.cumc.columbia.edu/>> consulté le 11.07.2011.
- [11] VIDAL. *Vidal 2011 : le dictionnaire*. 85^e éd. Issy-Les-Moulineaux : VIDAL, 2011. 2666-316p.
- [12] VIDAL. *VIDAL_{pro}* [en ligne]. Issy Les Moulineaux : VIDAL, 2011. Site disponible sur : <<http://www.vidalpro.net/>> (consulté le 25.08.2011)
- [13] HAS : Haute Autorité de Santé. *Ensemble, améliorons la qualité en santé* [en ligne]. Le Plessis Robinson : Klee Group. Site disponible sur : <<http://www.has-sante.fr/>>consulté le 25.08.2011.
- [14] Pérémarty Guilhem. *Sommeil et médecine générale* [en ligne]. Montpellier : Guilhem Pérémarty, 2003. Site disponible sur : <<http://www.sommeil-mg.net/>> (consulté le 05.09.2011)

[15] Freeston M et H, Ladouceur R, Tibodeau N, Gagnon F et Rhéaume J. L'Inventaire d'Anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 1992, vol. XX, p. 47-55.

[16] Guillemin Claude. *Questionnaire d'auto-évaluation des phobies* [en ligne]. Angers : Association France Réseau des Addictologues Comportementalistes et Tabacologues, 2004. Site disponible sur : <<http://www.fractal.asso.fr/>> (consulté le 06.09.11)

[17] Bouvard Martine, Cottraux Jean. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Elsevier Masson, 2010. 368 p.

[18] SQRP : *Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie*. Québec : SQRP, 2008. Site disponible sur <<http://darwin.psy.ulaval.ca/>> (consulté le 06.09.2011)

[19] Kam Diana. *Trouvez le passage vers un nouveau lendemain* [en ligne]. Truchtersheim : Asolution-Cianéo, 2011. Site disponible sur : <<http://www.psychotherapie-dianakam.fr/>> (consulté le 07.09.2011)

[20] Station Thermale de Saujon. *Santé et Bien-Être en Charente Maritime* [en ligne]. Saujon : Thermes de Saujon. Site disponible sur : <<http://www.thermes.net/>> (consulté le 03.12.2011)

[21] DUBOIS Olivier, BOULANGE Michel, LÔO Henri. Thermalisme, hydrothérapie et psychiatrie. *In principes généraux de la cure thermale*. Paris : Elsevier Masson, 2000, p 21-31.

[22] DUBOIS Olivier, BOULANGE Michel, LÔO Henri. Thermalisme, hydrothérapie et psychiatrie. *In techniques hydrothérapiques*. Paris : Elsevier Masson, 2000, p 33-41.

[23] DUBOIS Olivier, BOULANGE Michel, LÔO Henri. Thermalisme, hydrothérapie et psychiatrie. *In approches psychothérapiques du thermalisme*. Paris : Elsevier Masson, 2000, p 43-61.

[24] DUBOIS Olivier, BOULANGE Michel, LÔO Henri. Thermalisme, hydrothérapie et psychiatrie. *In indications à visée curative*. Paris : Elsevier Masson, 2000, p 99-124.

[25] DUBOIS Olivier, BOULANGE Michel, LÔO Henri. Thermalisme, hydrothérapie et psychiatrie. *In résultats thérapeutiques*. Paris : Elsevier Masson, 2000, p 147-155.

[26] CNETH. *La médecine thermale, efficace pour longtemps* [en ligne]. Paris : Conseil National des Exploitants Thermaux. Site disponible sur : <<http://www.medecinethermale.fr/>> (consulté le 05.07.2012)

[27] DUBOIS Oliver, SALAMON Roger, GERMAIN Christine, [et al.]. Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder. *Complementary Therapies in Medicine*, 2010, vol. 18, p. 1-7.

[28] Bowman Medical Group. *Bowman Medical Group : Integrative Health Care Specialists* [en ligne]. Los Angeles : Evolvinc, 2012. Site disponible sur : <<http://bowmanmedicalgroup.com/>> (consulté le 10.07.2012)

[29] Guy William. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville (Maryland, USA) : U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, 1976. 612 p.

[30] De Bonis M. Content analysis of 27 anxiety inventories and rating scales. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 1974, vol. 7, p. 37-221.

[31] Spielberger CD, Vagg PR. Psychometric properties of the STAI : a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of Personality Assessment*, 1984, vol. 48, p. 7-95.

[32] IRBMS. *Institut Régional du Bien-être de la Médecine et du Sport Santé* [en ligne]. Villeneuve d'Ascq : Institut Régional du Bien-être de la Médecine et du Sport Santé, 1979. Site disponible sur : <<http://www.irbms.com>> (consulté le 10.07.2012)

[33] SIDERAL Santé. *SIDERAL Santé* [en ligne]. Toulouse : SIDERAL Santé, 2006. Site disponible sur : <<http://www.sideralsante.fr>> (consulté le 10.07.2012)

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
CHAPITRE 1 : LES TROUBLES ANXIEUX	9
1 ^{ERE} PARTIE : LES PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX ⁽¹⁾	9
A. Définition	9
B. Bases physiopathologiques de l'anxiété.....	9
C. Classification.....	10
D. Description	10
1. Les attaques de panique (crise d'angoisse aiguë).....	10
2. Le trouble panique	10
3. Les phobies.....	11
a. Les phobies spécifiques	11
b. L'agoraphobie	11
c. La phobie sociale	11
4. Le TOC	12
5. Le TAG	13
6. Anxiété dans les suites d'un psychotraumatisme.....	13
E. Conclusion	14
2 ^{EME} PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX	14
A. La prise en charge proprement dite ^(7, 13)	14
1. Bilan initial	14
a. Objectifs généraux	14
b. Professionnels impliqués.....	15
c. Information du patient et adaptation du mode de vie	15
i. Contenu de l'information.....	15
ii. Mode de vie	16
2. Prise en charge du trouble anxieux généralisé	16
a. Moyens thérapeutiques	16
i. Thérapies indiquées	16
ii. Traitements médicamenteux	16
b. Stratégie thérapeutique	16
i. Traitement au long cours	17
ii. Traitement des manifestations aiguës	17
c. Suivi	17
i. Durée du traitement	17
ii. Rythme des consultations	17
iii. Durée du suivi	17
iv. Outils de surveillance	18
3. Prise en charge du trouble panique avec ou sans agoraphobie	18
a. Objectifs	18
b. Moyens thérapeutiques	18
i. Psychothérapies structurées.....	18
ii. Traitements médicamenteux	18
iii. Autres interventions.....	18
iv. Information du patient et de l'entourage	18
c. Stratégie thérapeutique	19

i. Traitement de la phase aiguë (12 premières semaines)	19
ii. Traitement à long terme	19
d. Suivi.....	19
i. Rythme des consultations	19
ii. Durée de suivi	19
4. Prise en charge de la phobie sociale.....	19
a. Prise en charge thérapeutique	20
i. Traitements disponibles.....	20
ii. Stratégie thérapeutique	20
b. Suivi.....	20
5. Prise en charge du trouble obsessionnel compulsif (TOC).....	20
a. Objectifs	20
b. Traitement du TOC.....	21
i. Psychothérapies structurées.....	21
ii. Traitements médicamenteux	21
iii. Association ISRS et TCC	21
iv. Hospitalisation	21
c. Suivi	22
i. Durée du traitement	22
ii. Rythme des consultations	22
iii. Outil de surveillance.....	22
6. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique ou ESPT	22
a. Objectifs	22
b. Traitement de l'ESPT	22
i. Psychothérapies structurées.....	22
ii. Traitement médicamenteux.....	23
c. Suivi	23
i. Durée du traitement	23
ii. Rythme des consultations	24
iii. Outil de surveillance.....	24
B. Traitement des comorbidités⁽¹³⁾	24
C. Les différentes classes pharmacologiques⁽⁹⁾	24
1. Les benzodiazépines	24
a. Pharmacodynamie	25
b. Indications.....	25
iv. Psychiatrie.....	25
v. Neurologie	25
vi. Anesthésiologie.....	25
vii. Médecine générale.....	25
c. Effets indésirables	26
i. Somnolence et sédation.....	26
ii. Dépendance et syndrome de sevrage	26
iii. Hypotonie musculaire et difficultés respiratoires	26
iv. Effets psychiques.....	26
v. Liés à la voie d'administration.....	26
d. Contre-indications.....	27
e. Règles de prescription et de dispensation.....	27
2. Les antidépresseurs	27
a. Les antidépresseurs tricycliques.....	27
i. Pharmacodynamie	27
ii. Indications.....	28
iii. Effets indésirables	28

iv. Contre-indications	29
b. Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine : exemple de la fluoxétine	29
i. Pharmacodynamie	29
ii. Indications.....	29
iii. Effets indésirables	29
iv. Contre-indications.....	30
c. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : exemple de la venlafaxine ⁽¹²⁾	30
i. Pharmacodynamie	30
ii. Indications.....	30
iii. Effets indésirables	31
iv. Contre-indications.....	31
3. La buspirone ⁽¹²⁾	32
a. Pharmacodynamie	32
b. Indications.....	32
c. Effets indésirables	32
d. Contre-indications.....	32
4. Les traitements adjuvants ⁽⁷⁾	32
a. L'hydroxyzine	32
b. Les bêta-bloquants non sélectifs.....	33
5. Conclusion	33
D. Conclusion.....	34

CHAPITRE 2 : LE THERMALISME PSYCHIATRIQUE DANS LES TROUBLES ANXIEUX : EXEMPLE DE SAUJON..... 35

1ERE PARTIE : DESCRIPTION DES THERMES DE SAUJON⁽²⁰⁾	35
A. L'eau	35
1. Description	35
2. Analyse physico-chimique	37
B. Les indications thérapeutiques	38
1. Les affections traitées.....	38
2. Les résultats attendus.....	38
a. Effets physiologiques.....	38
b. Facteurs environnementaux spécifiques.....	38
c. Effets biologiques	39
3. La cure conventionnée	39
a. Description	39
b. Les soins thermaux.....	39
i. La douche au jet.....	39
ii. La douche générale	40
iii. Le massage sous l'eau	40
iv. Le bain avec douche en immersion	41
v. Le bain avec douche sous-marine	41
vi. Le bain avec douche ventrale	41
vii. Le bain avec douche en immersion en piscine	42
viii. Le bain simple en piscine.....	42
c. Les différents forfaits.....	43
d. Les différents médecins thermaux	44
2EME PARTIE : PRINCIPES DE LA CURE THERMALE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ANXIEUX.....	44
A. Principes de la cure thermique et ses techniques hydrothérapeutiques	44
1. Principes généraux de la cure thermique ⁽²¹⁾	44
a. Modalités de fonctionnement.....	44

i. Durée de la cure.....	44
ii. Discipline de soins.....	45
b. Modalités des facteurs thérapeutiques	45
i. Hydrothérapie	45
ii. Thérapeutiques adjuvantes.....	46
iii. Autres facteurs thérapeutiques	47
c. Evolution clinique	47
i. Durant la cure	47
ii. Suites de la cure	48
d. Conclusion.....	48
2. Techniques hydrothérapiques ⁽²²⁾	49
a. Bains composés	49
b. Bains en piscine.....	50
c. Douches.....	50
i. Modes d'utilisation	51
ii. Durée de l'application	52
iii. Température de l'eau.....	52
iv. Force de percussion	53
d. Douches-massages ou massages sous l'eau.....	53
e. Conclusion.....	53
B. Prise en charge des troubles anxieux	54
1. Approches psychothérapeutiques du thermalisme ⁽²³⁾	54
a. Psychothérapie en cure thermale	54
i. Spécificité de la psychothérapie thermale	54
ii. Principes généraux de la psychothérapie thermale	56
iii. Description des entretiens	57
iv. Conclusion.....	58
b. Place du thermalisme dans les thérapies comportementales et cognitives.....	58
2. Prise en charge ⁽²⁴⁾	59
a. Place du thermalisme	59
b. Effets indésirables, contre-indications et cas particuliers	60
i. Effets indésirables.....	60
ii. Contre-indications.....	61
iii. Cas particuliers	62
c. Conclusion	63
3. Résultats thérapeutiques ⁽²⁵⁾	64
a. Résultat des études cliniques	64
i. Etudes portant sur l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs.....	64
b. Recherche de facteurs prédictifs de réponse thérapeutique favorable à la cure thermale	65
c. Recherche d'effets biologiques liés à la cure thermale psychiatrique	66
d. Conclusion.....	67
C. Conclusion	67
CHAPITRE 3 : ETUDE DE SERVICE MEDICAL RENDU PAR LE THERMALISME DANS LE TAG ..	68
1ERE PARTIE : L'ETUDE STOP-TAG^(26, 27)	68
A. Méthode	68
B. Coordination de l'étude⁽²⁶⁾	68
C. Les critères d'inclusion⁽²⁷⁾	69
D. Le traitement.....	69
E. Déroulement de l'essai	69
F. Critères de jugement principal	70

2EME PARTIE : LES RESULTATS THERAPEUTIQUES	70
A. Résultats à S₈.....	70
B. Evolution à l'échelle de Hamilton HAM-A entre S₈ et S₂₄	71
C. Evénements indésirables	72
D. Discussion	73
E. Conclusion	74
CONCLUSION.....	75
ANNEXES.....	76
BIBLIOGRAPHIE	95
TABLE DES MATIERES	98
TABLE DES FIGURES.....	103
TABLE DES TABLEAUX.....	104
TABLE DES ANNEXES	105
LISTE DES ABREVIATIONS	106
LEXIQUE	107
SERMENT DE GALIEN	108

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : synapse GABAergique ⁽³⁾	9
Figure 2 : règles hygiéno-diététiques et recommandations générales pour les patients anxieux traités.	16
Figure 3 : Eye Movement Desensitization and Reprocessing ⁽¹⁹⁾	23
Figure 4 : photographie Leo Sternbach ⁽⁸⁾	25
Figure 5 : photographie de Donald F. Klein ⁽¹⁰⁾	27
Figure 6 : source de l'eau thermale de Saujon.....	36
Figure 7 : laboratoire d'autocontrôle de l'eau thermale de Saujon	36
Figure 8 : douche au jet.....	40
Figure 9 : douche générale.....	40
Figure 10 : massage sous l'eau	41
Figure 11 : bain avec douche en immersion	41
Figure 12 : bain avec douche ventrale	42
Figure 13 : bain avec douche en immersion en piscine	42
Figure 14 : bain simple en piscine	42
Figure 15 : variation de la note totale à l'HAM-A entre S ₀ et S ₈	70
Figure 16 : évolution symptomatique de S ₀ à S ₂₄ des patients améliorés à S ₈ de plus de 30 % à l'HAM-A dans le groupe cure thermale soit (83 % des patients initiaux)	72

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : quelques exemples de médicaments avec leur indication principale	26
Tableau 2 : exemple de la clomipramine avec ses indications principales en fonction du dosage	28
Tableau 3 : effets indésirables majeurs de la venlafaxine ou EFFEXOR®	31
Tableau 4 : indications thérapeutiques dans les différents troubles anxieux en fonction du contexte : traitement ponctuel ou traitement de fond ⁽⁷⁾	33
Tableau 5 : analyse physico-chimique de l'eau thermale de Saujon	37
Tableau 6 : forfaits cure selon la convention passée entre l'établissement et les organismes de sécurité sociale.....	43
Tableau 7 : pourcentage des patients améliorés à l'HAM-A dans chaque groupe thérapeutique	71
Tableau 8 : événements indésirables survenus chez au moins 3 patients différents	73

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : effets indésirables et contre-indications de l'hydroxyzine. ⁽¹²⁾	76
Annexe 2 : effets indésirables et contre-indications du propranolol. ⁽¹²⁾	77
Annexe 3 : échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété. ⁽¹⁴⁾	80
Annexe 4 : inventaire d'anxiété de Beck. ⁽¹⁵⁾	81
Annexe 5 : questionnaire des peurs de Marks et Matthews ⁽¹⁶⁾	82
Annexe 6 : échelle de Liebowitz. ⁽¹⁷⁾	83
Annexe 7 : échelle des peurs FSS III. ⁽¹³⁾	84
Annexe 8 : échelle de Yale-Brown. ⁽¹⁸⁾	85
Annexe 9 : arbre décisionnel simplifié pour évaluer la prise en charge des troubles anxieux. ⁽¹³⁾	86
Annexe 10 : questionnaire de prise en charge de la cure thermique	87
Annexe 11 : échelle MADRS ⁽²⁸⁾	88
Annexe 12 : échelle CGI ⁽²⁹⁾	89
Annexe 13 : échelle de Spielberger ⁽³²⁾	90
Annexe 14 : échelle de Bate ⁽³³⁾	94

LISTE DES ABREVIATIONS

ADT : AntiDépresseur Tricyclique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BATE : Bonis Anxiety Trait-State

CHESS : CHeck-list d'Evaluation des Symptômes Somatiques

CGI : Clinical Global Impression Scale

CIM : Classification Internationale des Maladies

coll. : collaborateurs

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMG : ElectroMyoGramme

ESPT : Etat de Stress PostTraumatique

HAS : Haute Autorité de Santé

IES-R : Impact of Event Scale

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase

INSERM : Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

ISRS : Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

PSS-I : Symptom Scale Interview

PTDS : Posttraumatic Stress Diagnostic Scale

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

LEXIQUE

Anxiété et angoisse : émotions de peur et/ou inquiétudes et/ou signes physiques de stress excessifs par rapport aux dangers éventuels.

Cénomanién : premier étage stratigraphique du Crétacé supérieur.

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou Mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement (de l'information) : type d'intervention à visée psychothérapeutique mise au point par Francine Shapiro après 1987. Cette thérapie semblerait efficace dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique. La particularité de l'EMDR reste la stimulation sensorielle généralement appliquée sous une forme bilatérale alternée et le plus souvent par le biais des mouvements oculaires.

Encoprésie : émission involontaire et répétée de matières fécales en dehors des lieux réservés à cet usage, chez un enfant de plus de 4 ans indemne de toute maladie organique.

Ereutophobie : trouble anxieux caractérisé par une crainte obsédante de rougir en public.

Mésothermal : se dit des eaux de sources dont la température d'émergence est comprise entre 25 et 42 °C.

Pathognomonique : on dit d'un signe clinique ou d'un symptôme qu'il est pathognomonique lorsqu'il est caractéristique d'une seule maladie donnée et qu'il permet d'en établir le diagnostic certain.

Peur : émotion normale d'alerte et de crainte face à un danger.

Sympathectomie : ablation du nerf sympathique à l'origine de transpiration et des rougeurs.

Thérapies cognitivo-comportementales : ensemble de traitements des troubles psychiques (phobies, addictions, psychoses, dépressions, troubles anxieux...) qui partagent une approche selon laquelle la thérapeutique doit être basée sur les connaissances issues de la psychologie scientifique et obéir à des protocoles relativement standardisés dont la validité est dite basée sur la preuve.

Troubles anxieux (DSM-IV) : pathologies durables dans lesquelles l'anxiété ou l'angoisse sont les symptômes principaux.

Tub : bassin, le plus souvent en zinc, dans lequel on fait ses ablutions.

Valeur p : dans un test statistique, la valeur p (en anglais *p-value*) est la probabilité d'obtenir la même valeur (ou une valeur encore plus extrême) du test si l'hypothèse nulle était vraie. Si cette valeur p est inférieure à la valeur du seuil préalablement défini (traditionnellement 5 % ou 1 %), on rejette l'hypothèse nulle.

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

RESUME DE LA THESE EN FRANCAIS

L'anxiété est une pathologie intéressant un pourcentage non négligeable de la population française. Selon la classification DSM-IV, on peut distinguer différents troubles anxieux (attaques de panique, trouble panique, phobies, TOC, TAG, ...). Leur prise en charge est globale et se base sur les thérapies cognitivo-comportementales, la thérapie médicamenteuse (benzodiazépines, antidépresseurs, ...) et le traitement des comorbidités associées. Le thermalisme offre une alternative dans la prise en charge des troubles anxieux. À la station thermale de Saujon, la cure conventionnée de trois semaines permet une nette amélioration de l'état de santé des patients grâce aux soins, à l'eau, au changement climatique, aux entretiens médicaux personnalisés et à l'isolement de ses proches. En effet, cette cure permet aux patients de prendre plus de recul par rapport à leur situation et entraîne donc une diminution de leurs problèmes anxieux. L'étude de service médical rendu par le thermalisme dans le trouble anxieux généralisé a permis de démontrer l'efficacité de la cure thermale conventionnée en comparaison à un traitement par une molécule de référence dans cette indication (la paroxétine) : c'est l'objet de l'étude STOP-TAG. Le thermalisme souffrait d'un manque d'études comparatives, lacune actuellement comblée. D'autres études comparatives sont en cours, comme celle sur la prise en charge psychoéducative en cure thermale pour le sevrage de benzodiazépines, preuves s'il en est de l'intérêt actuel de la thérapie thermale.

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS

Anxiety is a pathology which affects a significant percentage of the French population. According to the DSM-IV classification, we can distinguish different anxiety disorders (panic attacks, panic disorder, phobias, OCD, GAD ...). Their treatment is global and is based on cognitive behavioural therapy, drug therapy (benzodiazepines, antidepressants ...) and treatment of comorbidities. Hydrotherapy provides an alternative treatment of anxiety disorders. At Saujon, a thermal resort, the three week cure taken charge of by the French national health system shows a significant improvement in the patient's state of health through health care, water, discussions, a change of climate and isolation from the patient's family. Indeed, this cure allows patients to become more detached from their worries and therefore leads to a decrease in their anxiety problems. The study of the medical care rendered by hydrotherapy in generalized anxiety disorder demonstrated the effectiveness of a National Health thermal cure in comparison with a reference medication in this indication (paroxetine): this is the purpose of the STOP-TAG study. Hydrotherapy suffered from a lack of comparative studies in the past but this is no longer the case today. Other comparative studies are underway, such as psychoeducational care in hydrotherapy for giving up benzodiazepines, proof of the current interest in hydrotherapy.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS

PSYCHIATRIC BALNEOTHERAPY IN DISORDERS ANXIETY - EXAMPLE OF SAUJON

MOTS-CLES

Troubles anxieux, TAG, thermalisme, Saujon, étude STOP-TAG

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Faculté de Médecine et de Pharmacie
2, rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX
FRANCE