



MÉDECINE THERMALE : UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE CORPORELLE DES TROUBLES ANXIEUX FAITS ET PREUVES

LA PSYCHIATRIE DANS TOUS SES ÉTATS - ARSPG

29 MARS 2019

DR OLIVIER DUBOIS (SAUJON)



THERMALISME EN PSYCHIATRIE



HISTORIQUE (I)

- Utilisation à visée thérapeutique dès le VIII^{ème} s. av JC
- Hippocrate (V^{ème} siècle av JC) :
 - Baignoire = élément indispensable du cabinet médical
- Époque romaine
- Cullen : utilisation de l'hydrothérapie dans les névroses

HISTORIQUE (2)

- Pinel-Esquirol : utilisation de l'hydrothérapie dans les névroses
- Draper : hypocondrie, neurasthénie, hystérie
- Kraepelin - Alzheimer : catatoniques, dépressifs, paralytiques
- Début du XXème s. aux USA : thérapie essentielle face à l'excitation et à l'agitation"
(Braslow – Adler ...)

SOINS : LES BAINS

■ Bain simple

Compresseur d'air pulsé générant des bouillonnements par bulles d'air



Bains avec douche en immersion (BDEI)

- Mécanisme bain simple
- Orifices face postérieure du sujet
- Envoi de jets d'eau puissants
- Résolution par cycle d'une minute
- Objectifs
 - Effets sédatifs
 - Myorelaxation postérieure

SOINS : LES BAINS EN PISCINE

- Bain simple en piscine

- Dimension collective
- Fonction de communication avec les autres
- Présence de soignants / maître-nageur



- Bain avec douche en immersion en piscine

SOINS : LES DOUCHES THERMALES

■ Variétés

- Formes du jet
 - Pomme d'arrosoir local, général, velours
- Puissance
 - 3 à 4 bars
- Température
 - 36-38°
- Durée
 - 2 à 3 minutes



SOINS : LES MASSAGES SOUS L'EAU

- Kinésithérapeute DE
- 3 temps
 - Superficiel / effleurage
 - Pression nuancée
 - Pétrissage des masses profondes



SYMBOLISME DE L'EAU

Significations Analytiques

- L'eau renvoie au scénario de la vie intra utérine et aux soins maternels précoces
- Les bains représentent une forme de régression thérapeutique
- Cure = retour au monde fusionnel de la vie intra utérine – fantasme originaire de régression
- Concept du moi-peau (D.Anzieu) : différenciation du moi par la sensation de la peau
- Balnéothérapie réactive les sensations et fonctions du moi-peau
- « L'eau est une enveloppe corporelle imperméable qui protège de l'intrusion » Potel
- Fonctions de maintenance psychique et de contenance psychique
- Enveloppe liquide de parexcitation/ dimension de filtration



INDICATIONS VALIDÉES, OU EN COURS DE VALIDATION





LES TROUBLES ANXIEUX



MÉTHODE

- Étude multicentrique, prospective, comparative, randomisée et sans insu, entre deux cohortes de patients présentant un TAG selon les critères du DSM IV.
- Un groupe traité par Paroxétine (2 mois), l'autre par cure thermale (3 semaines)
- Évaluation principale : HAM-A à S8 (2 mois)
- Suivi observationnel jusqu'à S24 (6 mois)

CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

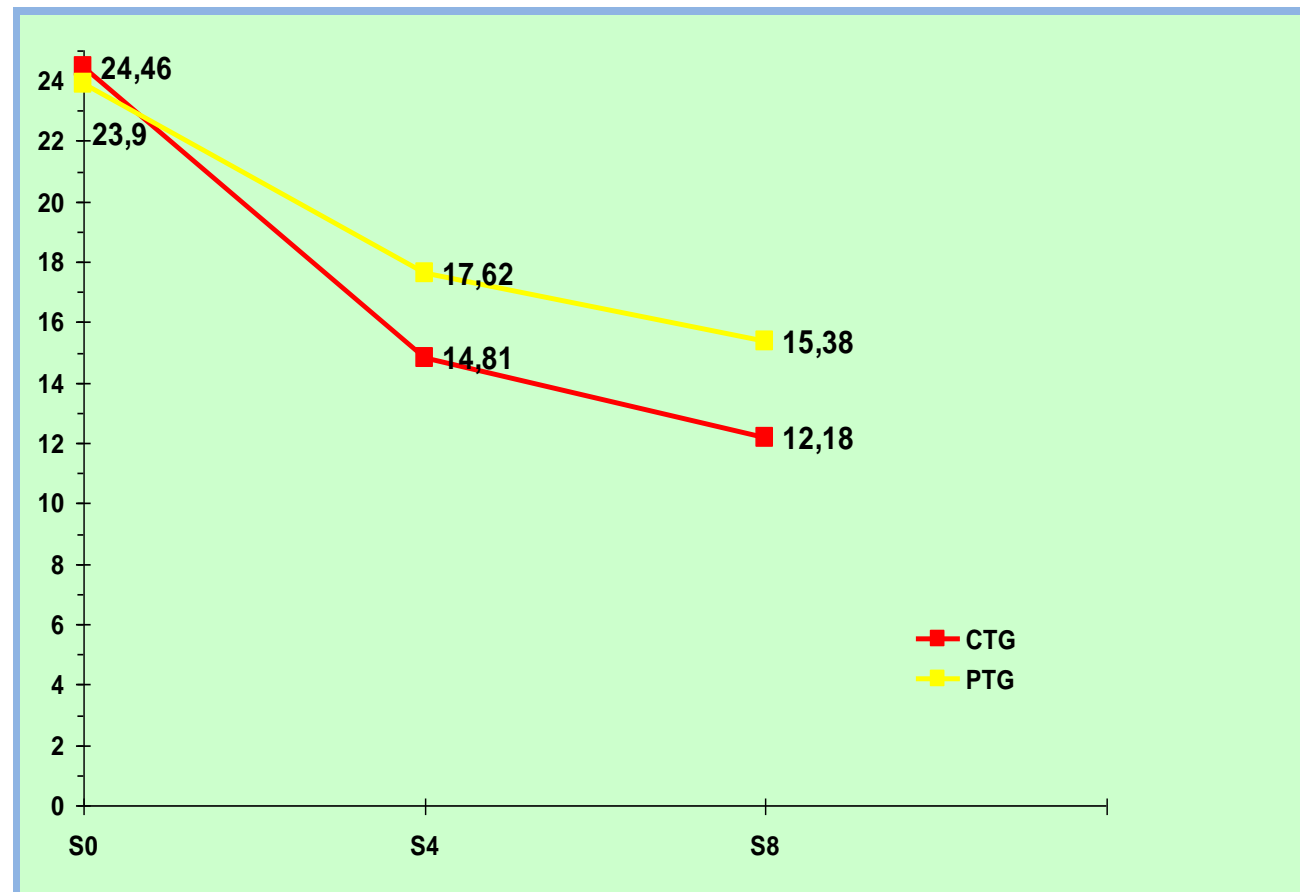
- Variation observée au score global de l'échelle HAMA entre S8 et S0.

RÉSULTATS SCORE HAMA À S8 ET S4

	CTG % amélioration	PTG % amélioration	Différence % de supériorité	Risques d'erreur
S ₀	24,46	23,9		
S ₈ (207)	-12,28 50,20 %	-8,52 35,64 %	+3,76 44 %	P<0,0001
Médiane (237)	-12,04	-8,76	+3,29 37 %	P<0,0001
Ho biais max (237)	-11,13	-8,73	+2,40 27 %	P<0,0005
S ₄ (217)	-9,65 +2,63 entre S4 et S8 27 % de + à S8	-6,28	+3,37	P<0,0001

- Supériorité significative de l'activité thérapeutique de la cure thermale à S8 versus Paroxétine dans le TAG
- Existence d'une action thérapeutique de la cure thermale dans le TAG à S8

COURBE DES RÉSULTATS À S₈

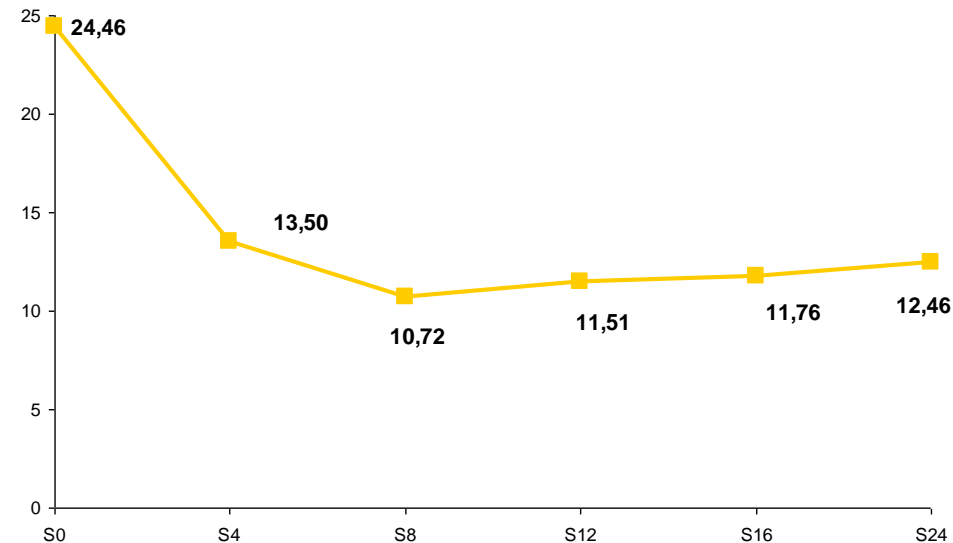


PATIENTS GUÉRIS À S8 (HAM-A < 7)

	CTG	PTG
Nombre	100	107
S ₈	22	8
S ₄	7	2

- Près d'un 1/4 de patients guéris à S₈ dans le CTG
- Environ 3 fois plus qu'à S₄ et que dans le PTG
- 56 % améliorés de plus de 50 % (groupe CTG) versus 28 % (groupe PTG)

ÉVOLUTION SYMPTOMATIQUE DE S0 À S24 DES PATIENTS AMÉLIORÉS DE PLUS DE 30% À HAMA DANS LE GROUPE



- Pour 2/3 des patients améliorés dans le groupe cure d'au moins 30% à l'HAM-A à S8, il persiste à 6 mois une amélioration globale de 49%
- L'effet cure rencontré à 8 semaines semble se maintenir à 6 mois

- Étude STOP TAG, Dubois et al, *Complementary Therapies in Medicine* (2010) 18, 1—7 (IF = 1,84)
- Salamon R. et al, *Santé Publique* 2008, volume 20, p 105-112

Complementary Therapies in Medicine (2010) 18, 1–7



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevierhealth.com/journals/ctim



Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder

Olivier Dubois^a, Roger Salamon^b, Christine Germain^b,
Marie-France Poirier^c, Christiane Vaugeois^d, Bernard Banwarth^e,
Fayçal Mouaffak^c, André Galinowski^{c,*}, Jean Pierre Olié^c

^a Saujon Clinic, BP 30-17600 Saujon, France

^b Institute of Public Health, Epidemiology and Development "ISPED" Bordeaux University II Box, 11, rue Leo-Saignat, 146-33076 Bordeaux Cedex, France

^c Inserm U796, Pathophysiology of Psychiatric Disorders, University Paris Descartes, Faculty of Medicine, Sainte-Anne Hospital, 1 rue Cabanis 75014 Paris, France

^d Le Manoir Clinic, 09400 Ussat Les Bains, France

^e University Hospital Group Pellegrin-Tripode, Place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux Cedex, France

Available online 6 January 2010

KEYWORDS

Psychic anxiety;
Somatic anxiety;
Generalized anxiety disorder;
Balneotherapy;
Paroxetine

Summary

Introduction: Preliminary studies have suggested that balneotherapy (BT) is an effective and well-tolerated treatment for generalized anxiety disorder (GAD) and psychotropic medication withdrawal syndrome. We carried out a study in 4 spa resorts to assess the efficacy of BT in GAD.

Method: We compared BT to paroxetine in terms of efficacy and safety in a randomized multicentre study lasting 8 weeks. Patients meeting the diagnostic criteria of GAD (DSM-IV) were recruited. Assessments were conducted using the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) and other scales, by a specifically trained and independent physician. The primary outcome measure was the change in the total HAM-A score between baseline and week 8.

Results: A total of 237 outpatients were enrolled in four centres; 117 were assigned randomly to BT and 120 to paroxetine. The mean change in HAM-A scores showed an improvement in both groups with a significant advantage of BT compared to paroxetine (-12.0 vs -8.7 ; $p < 0.001$). Remission and sustained response rates were also significantly higher in the BT group (respectively 19% vs 7% and 51% vs 28%).

Conclusion: BT is an interesting way of treating GAD. Due to its safety profile it could also

BURN-OUT

- Blanche G et al, Forsch Kompl - med 2010,17:132-6 (IF 2010 = 1,059)
 - 65 patients actifs (2/3 femmes)
 - Symptômes du Burn out : fatigue, stress, ↘ motivation, troubles du sommeil
 - En fin du traitement hydrothérapique
 - ↘ des 4 symptômes
 - Maintien à 3 mois
 - Résultat comparable pour burn out modéré / sévère

STRESS/DÉMENCE

- Sloane PD and al in Journal of the american geriatrics society, 2004, 52(11):1795-804
 - 73 patients déments en maison spécialisée, agités et agressifs, randomisés en trois groupes.
 - 2 groupes (n=24 et 25) avec techniques hydrothérapiques (bains complets spécifiques pendant 30 minutes et personnes accompagnantes formées)
 - groupe contrôle n=24
 - Évaluation = mesure de l'agitation et de l'agressivité ;
 - care behaviour assessment
 - discomfort scale for dementia
 - Résultats : les deux techniques de balnéothérapie se sont accompagnées d'une diminution significative de l'agitation et de l'agressivité des patients déments et une diminution du stress des aidants et des autres résidents

SEVRAGE PSYCHOTROPES

- Données Consommation de Benzodiazépines (BZD) en France (ANSM)
 - Anxiolytiques et hypnotiques
 - 7% de consommateurs quotidiens
 - 11.2 % de consommateurs réguliers
 - 30% consomment au moins une fois/an

ÉTUDE SPECTH

- Promoteur :
 - AFRETh (Association Française pour la Recherche Thermale)
- Conseil scientifique :
 - Pr Philip Gorwood - Pr Jean Pierre Olié – Pr Jean Pierre Lépine – M.Thierry Hergueta - Pr Roger Salamon – Dr Olivier Dubois
- Coordonnateurs :
 - Dr Olivier Dubois
 - Françoise Wagnier

MÉTHODE

ÉTUDE DE COHORTE, PROSPECTIVE, MULTICENTRIQUE
4 CENTRES DE BALNÉOTHÉRAPIE

Cure thermale de 3 semaines

Suivi médical

Programme de psychoéducation

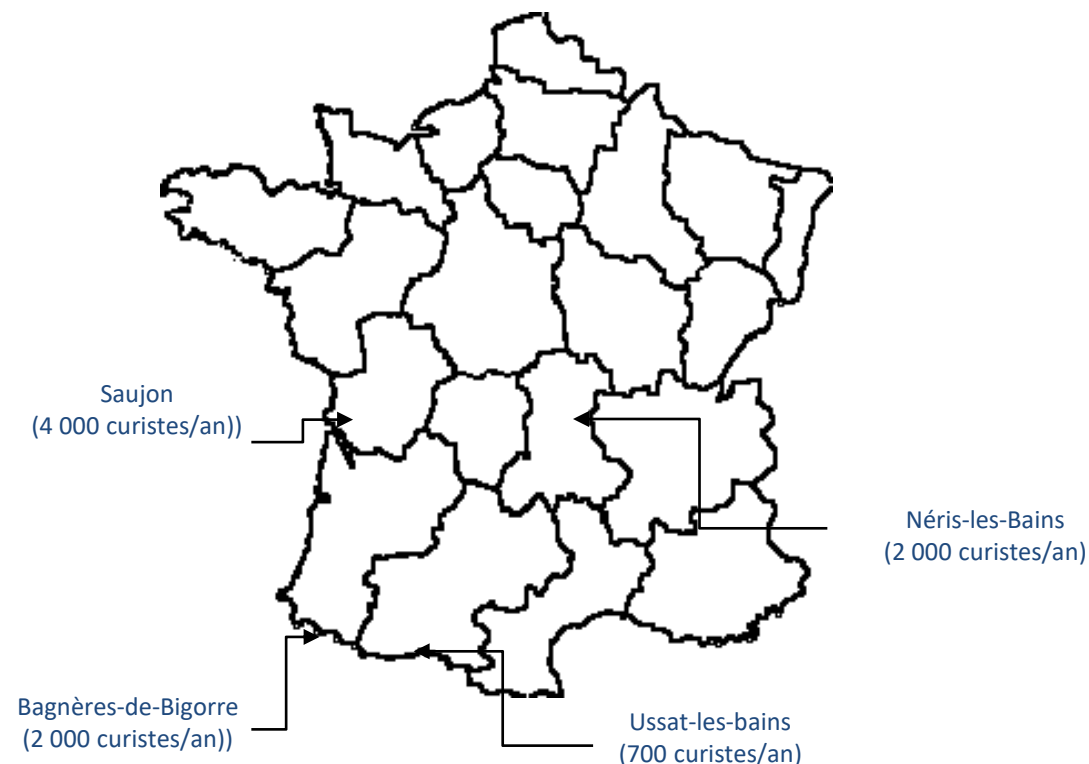
Relaxation

Suivi post-cure: J15, J30, M2, M3, M6

Calendrier de suivi de l'arrêt de BZD

Prescription actuelle de BZD

ECAB / HAD



CRITÈRES DE JUGEMENT

- **Critère de jugement primaire**

- Pourcentage d'arrêt (défini par le maintien de l'arrêt de consommation de bzd maintenue à 3 et 6 mois)

- **Critères secondaires**

- Évaluation de la consommation de BZD 6 mois après la fin de la cure, comparativement à la consommation initiale
- Évolution de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la dépendance et de la qualité du sommeil

POURCENTAGE DE PATIENTS AYANT ARRÊTÉ TOTALEMENT LES BZD

Arrêt des benzodiazépines	%	Nb*
Oui	41,42	29
Non	58,58	41

Un patient est classé en arrêt dès lors qu'il n'a plus pris de BZD à la visite du 3ème et 6ème mois

- 41,4 % ont arrêté leur consommation de BZD de manière stable à compter du 3ème mois

BAISSE DE LA QUANTITÉ DE BENZODIAZÉPINES

	Nombre de patients	Début de la cure (mg équivalent de diazépam)	A 6 mois (mg équivalent de diazépam)	Réduction en équivalent de diazépam
Anxiolytiques	61	678 mg	139 mg	79,50 %
Hypnotiques	34	396 mg	126 mg	68,20 %
Total	70	1074 mg	265mg	75,33 %

- 6 mois après la fin de la cure, l'ensemble des patients a réduit de 75.32 % sa consommation globale de benzodiazépines dont 79.50 % pour les anxiolytiques et 68.20 % pour les hypnotiques

Évolution clinique (dépendance, anxiété, dépression)

Résultats par échelle	Arrêt des BZD à 6 mois (pts)	BZD non totalement arrêtées à 6 mois (pts)
Score HAD total J0	23,8	20,38
Score HAD total à 6 mois	11,89 (-50%)	15,40 (-24,4%)
Score échelle de Beck J0	15	10,78
Score échelle de Beck à 6 mois	6,22 (-58%)	7,93 (-26%)

- Les deux groupes de patients sont globalement améliorés cliniquement.
- 2 fois plus d'amélioration pour le groupe « arrêt total ».

Évolution clinique (sommeil)

	Arrêt des BZD à 6 mois	BZD non totalement arrêtés à 6 mois
Score moyen échelle du sommeil à J0	5,55	4,99
Score moyen échelle du sommeil à 6 mois	4,05 (-27 %)	4,59 (-8 %)
+ le score est élevé, + la performance est mauvaise		

- Amélioration globale du sommeil, plus importante dans le groupe « arrêt total »

Research Article

Balneotherapy Together with a Psychoeducation Program for Benzodiazepine Withdrawal: A Feasibility Study

**P. De Maricourt,^{1,2} P. Gorwood,² Th. Hergueta,³ A. Galinowski,¹
R. Salamon,⁴ A. Diallo,⁴ C. Vaugeois,⁵ J. P. Lépine,⁶ J. P. Olié,^{1,2} and O. Dubois⁷**

¹Service Hospitalo Universitaire de Santé Mentale et de Thérapeutique, Université Paris Descartes, Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris, France

²INSERM UMR 894, PRES Sorbonne Centre de Psychiatrie et Neurosciences, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

³Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057), Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

⁴Institute of Public Health, Epidemiology and Development "ISPED", Bordeaux University, Bordeaux, France

⁵Le Manoir Clinic, 09400 Ussat les Bains, France

⁶APHP, Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique, Hôpital Fernand Vidal, Paris, France

⁷Saujon Clinic, BP 30, 17600 Saujon, France

Correspondence should be addressed to O. Dubois; odubois@thermes.net

Received 23 July 2016; Accepted 11 October 2016

Academic Editor: Giuseppe Morgia

Copyright © 2016 P. De Maricourt et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Benzodiazepines should be prescribed on a short-term basis, but a significant proportion of patients (%) use them for more than 6 months, constituting a serious public health issue. Indeed, few strategies are effective in helping patients to discontinue long-term benzodiazepine treatments. The aim of this study was to assess the feasibility and the impact of a program including cognitive behavioural therapy, psychoeducation, and balneotherapy in a spa resort to facilitate long-term discontinuation of benzodiazepines. We conducted a prospective multicentre cohort study. Patients with long-term benzodiazepine use were recruited with the aim of anxiolytic withdrawal by means of a psychoeducational program and daily balneotherapy during 3 weeks. The primary efficacy outcome measure was benzodiazepine use 6 months after the program, compared to use at baseline. A total of 70 subjects were enrolled. At 6 months, overall benzodiazepine intake had decreased by 75.3%, with 41.4% of patients completely stopping benzodiazepine use. The results also suggest a significantly greater improvement in anxiety and depression symptoms among patients who discontinued benzodiazepines compared to patients who only reduced their use. Our findings suggest that balneotherapy in association with a psychoeducative program is efficient in subjects with benzodiazepine addiction.



LES TROUBLES DÉPRESSIFS RÉACTIONNELS



DÉPRESSION

- Constant et coll, Presse thermale et climatique, 1996
 - Sujet présentant EDM – DSM III R (score MADRS ≥ 15)
 - I groupe cure : 78 patients
 - I groupe cure différée : 31 patients
 - Évaluation MADRS (J1, J21, J90, J180) :
 - Résultats à 6 mois :
 - 1^{er} groupe, amélioration de 54,5 % (MADRS),
 ↘ de consommation ADP (14 %)
 - 2^{ème} groupe, amélioration de 11,5 % (MADRS),
 ↗ de consommation ADP (25 %)

TAG ET SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

- Étude STOP TAG, Dubois et al, Complementary Therapies in Medicine (2010) 18, 1—7 (IF = 1,84)

ÉVOLUTION MADRS À S₈ (204 PATIENTS)

	CTH		PTH		Différence	Risque
MADRS Globale	-8,54		-6,92		+1,60	<0,036
MADRS = 19-24	26	-11,9	31	-8,77	+3,13 +36 %	

- Il existe une différence significative à la MADRS, à S₈, en faveur de la cure thermique.
- + il y a de symptômes à la MADRS, + l'effet cure semble important.
- La cure pourrait être efficace sur les symptômes dépressifs d'intensité moyenne comorbides du TAG.

ETUDE DE FRIBOURG (I)

EFFECT OF HYPERTHERMIC BATHS ON DEPRESSION, SLEEP AND HEART RATE VARIABILITÉ IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER :A RANDOMIZED CLINICAL PILOT TRIAL

- Etude randomisée évaluant l'impact des bains hyperthermiques (de 40°) sur la dépression et le sommeil chez des patients présentant un état dépressif.
- Deux groupes ont été constitués :
 - le premier groupe recevait un traitement par bains hyperthermiques à 40°C pendant 30 minutes dans une piscine d'un centre balnéothérapeutique, près de Fribourg.
 - Le groupe contrôle, recevait, dans un local du centre universitaire, un traitement par lumière LED verte de 400 Lux pendant 40 minutes, considéré comme un placebo.

ETUDE DE FRIBOURG (2)

- Le critère de jugement principal était la variation du score HAM-D après 2 semaines de traitement, puis 4 semaines après la fin du traitement.
- 36 patients ont été inclus dans l'essai : 17 ont reçu le traitement par bains hyperthermiques et 19 étaient dans le groupe contrôle.
- 6 patients ont arrêté l'étude.
- L'effet positif du traitement par bains hyperthermiques a été obtenu à la fin des 2 premières semaines de l'évaluation et ce avec différence significative. Il a été maintenu également à l'issue des 8 semaines d'évaluation, mais de manière non significative.
- Les auteurs ont conclu à un effet modéré mais significatif avec une amélioration de 3,1 points sur l'échelle HAM-D total, en faveur **des bains hyperthermiques** comparés au traitement placebo.



LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES



■ Tomas-Caruz P et al in Journal of rehabilitation medicine 2008 – 40(4):248-52

IF = 1,96

■ Méthode

- 30 femmes avec fibromyalgie, randomisation en deux groupes
 - Groupe balnéothérapie n = 15
 - Piscine d'eau chaude, 3 jours/semaine, pendant 8 mois
 - Durée 1 heure avec exercices physique dans de l'eau, d'intensité progressive + exercices aérobie
 - Groupe contrôle n = 15
 - Poursuite du traitement habituel, sans entraînement physique particulier

■ Critères de jugement

- Principaux :
 - évolution de l'anxiété d'après la STAI (state trait anxiety inventory)
 - FIQ

■ Résultats

Évaluation	Dimension	J0		Après 8 mois		Effets traitement Moyenne (95% CI)	P
		Balnéothérapie n=15	Contrôle n=15	Balnéothérapie n=15	Contrôle n=15		
		Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne		
FIQ	Anxiété	6,5	5,7	4,7	6,6	-2,7	0,037
	Dépression	5,4	6,0	4,0	6,1	-1,5	0,030
STAI	Évolution de l'anxiété	45,1	41,9	37,5	44,4	-10,1	0,036

- Le groupe exercice balnéothérapie voit une amélioration symptomatique significative en termes de :
 - Réduction des symptômes de l'anxiété **41 %**
 - Réduction des symptômes dépressifs **27 %**
 - Amélioration du score global à la STAI **22 %**

■ CONSTANT and coll, 1998, in medicine care

- Étude sur la qualité de vie des patients souffrant de lombalgie chronique utilisant la balnéothérapie

■ Méthode

- 224 patients, randomisation en deux groupes
 - Groupe balnéothérapie n = 125
 - Cure thermale à Vittel, 6 jours sur 7, pendant 3 semaines
 - Groupe contrôle n = 94
 - Poursuite traitement habituel

■ Critères de jugement

- Principal : échelle de qualité de vie de Duke Health à 3 mois.
17 items dont
 - 6 mesures de santé : physique, mentale, sociale, générale, santé perçue, estime de soi
 - 4 mesures de dysfonctionnement : anxiété (6 items), dépression (5 items), douleur (1 item), instabilité (1 item)

■ Résultats

Mesure des résultats à 3 MOIS	Groupe Contrôle (n= 94)	Groupe balnéothérapie (n = 125)	P
Echelle de Duke			
Mesure de santé			
Santé mentale (0-100)	-0,5	+13,6	<0,0001
Estime de soi (0-100)	+1,9	+8,0	1,033
Mesure de dysfonctionnement			
Anxiété(0-100)	+0,6	+8,6	0,001
Dépression (0-100)	-1,0	+11,4	<0,0001

Dans ce travail, un focus a été réalisé sur les résultats propres au suivi des critères d'anxiété, de dépression, d'estime de soi et de santé mentale. On constate une amélioration significative pour l'ensemble de ces 4 critères.

La cure thermale semble produire à la fois à court terme et moyen terme (3 mois) des résultats favorables dans les lombalgies chroniques, particulièrement sur la dimension mentale, et en particulier l'anxiété et la dépression

EFFICACITÉ DE LA BALNÉOTHÉRAPIE DANS LES ÉTATS ANXIEUX ET DÉPRESSIFS SECONDAIRES À LA FIBROMYALGIE

Etude	Tomas Caruz	Constant	Ozkürt	Bellometti	Letieri
Année	2008	1998	2011	1999	2013
Nombre de patients	30	224	50	100	64
Pathologie	Fibromyalgie	Lombalgie chronique	Fibromyalgie	Fibromyalgie	Fibromyalgie
Anxiété pathologique	↘ 41%	Réduction significative à 3 mois P= 0,0001			
symtômes dépressifs	↘ 27%	Réduction significative A 3 mois P< 0,0001	Réduction significative P< 0,001	Réduction significative P< 0,001	Réduction significative P< 0,001
Publication internationale	Journal of Rehabilitation Medicine	Medical Care	Rhumatol. Inter 2011	International Clin. Pharm. Res 1999 (1) 27-33	Rhumatol. 2013 : 53 (6) 494-500

MÉTA-ANALYSES SUR L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS DANS LA FIBROMYALGIE

Étude	Terhorst	Fraioli	Perrot	Bagdatil
Année	2011	2013	2014	2015
résultat	<p>Effet sur la douleur chronique. Obtenus seulement avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La balnéothérapie ▪ Les thérapeutiques mentales 	<p>Effet significatif de la balnéothérapie sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ douleur ▪ dépression <p>Effets rémanents à 16 et 24 semaines</p>	<p>Pas d'effet significatif de la balnéothérapie mais effet multidimensionnelle de la cure thermale</p>	<p>Effet synergique de la balnéothérapie + éducation thérapeutique dans la fibromyalgie</p>



HYPOTHÈSES BIOLOGIQUES



ACTION SUR LE SYSTÈME IMMUNITAIRE

- Variation du taux d'Ig (Agishi et Hildebrandt, Noboribest, Hokkaido Univ. School. Med., 96, 1989)
- Action immunomodulatrice et anti inflammatoire
 - Polynucléaires (Rinaldi, 2006)
 - Lymphocytes (Mirandola, 2007)
 - TNF α , IL6, IL8, CK16 (Chiarini, 2006; dal Pra, 2007)
 - IIA α et LPT4 (Ardic, 2007)

ACTION SUR LES MARQUEURS DE STRESS

- ↘ du taux de cortisol salivaire (marqueur du stress après les bains) (Toda and coll, Biomedical Research 2006;27:11-4)
- ↘ du taux de cortisol sanguin et ↗ des IgA salivaires induite par des bains de pieds chauds (Yamamoto and coll., Complementary Therapies in Clinical Practice 2008;14:195-203)

SÉCRÉTION DE NEUROMÉDIATEURS (LANGE AND COLL., RHEUMATOLOGY INTERNATIONAL 2006;26:497-9)

- l'hydrothérapie augmente le taux sanguin de β -endorphines et stimule la réponse immunitaire. Il propose en conséquence l'hypothèse d'une action de l'hydrothérapie sur les récepteurs cutanés qui viendraient ensuite stimuler la sécrétion des endomorphines cérébrales (d'où \nearrow des β -endorphines plasmatiques et \searrow symptomatique de la douleur)
- \nearrow du transporteur plaquettaire de la sérotonine (Marazziti, Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry 2007;1(3):1436-9) IF = 6,68

ACTION ENDOCRINE

- Variation de la sécrétion d'hormones vasopressine, aldostérone, facteur natriurétique atrial (Epstein, 1993 ; Gharib, 1985)
- Belometti et Galzigna in International J. Clin. Pharm. Res. 1999,(1)27-33 IF = 3,59
 - Étude sur la fibromyalgie (FM) : 100 patients / 2 groupes
 - Groupe A : 50 patients traités par Trazodone seule
 - Groupe B : 50 patients traités par Trazodone + 12 jours de soins balnéothérapeutiques
 - Suivi biologique : taux sanguin de l'ACTH, β -endorphine et cortisol
 - Résultats
 - L'association Trazodone + balnéothérapie entraîne une modification de la réaction neurovégétative au stress se traduisant par une stimulation de l'axe hypothalamohypophysosurrénalien, de la CRF et de l'ACTH corrélée à la diminution de la douleur et diminution des symptômes dépressifs
 - Les résultats montrent une augmentation du taux sanguin de l'ACTH, de cortisol et de β -endorphines et au plan clinique la réduction des symptômes douloureux de la FM, une amélioration de la dépression et de la qualité de vie
 - La FM, qui s'associe habituellement à une altération de la réactivité de l'axe hypothalamohypophysosurrénalien (système de réponse au stress), est donc corrigée par balnéothérapie.

- ↗ du taux sanguin d'ACTH par stimulation des cellules cutanées α -MSH (potentiel endocrine surrénalien) (Kock et Prasten, 1990)
- ↘ des glucocorticoïdes
 - Salivaire (Toda and coll, Biomedical Research 2006;27:11-4)
 - Sériques (Jandova, 2008)
- **Activité circaseptidienne induite par les soins thermaux**
 - Agishi (1989)
 - Amelung(Springer, Berlin, 1, 271, 1985)
 - Crise thermique 2ème semaine (Boulangé, Presse thermale et climatique, 132,4 ,213-216, 1995)
- **Variation des stéroïdes**
 - Hormones mâles : ↘ (Jandova, 2008)
 - DHEA : ↘ (Jandova, 2008 ;Wang, 2009)



LÂCHER PRISE

Étude saujon



Hypothèse:

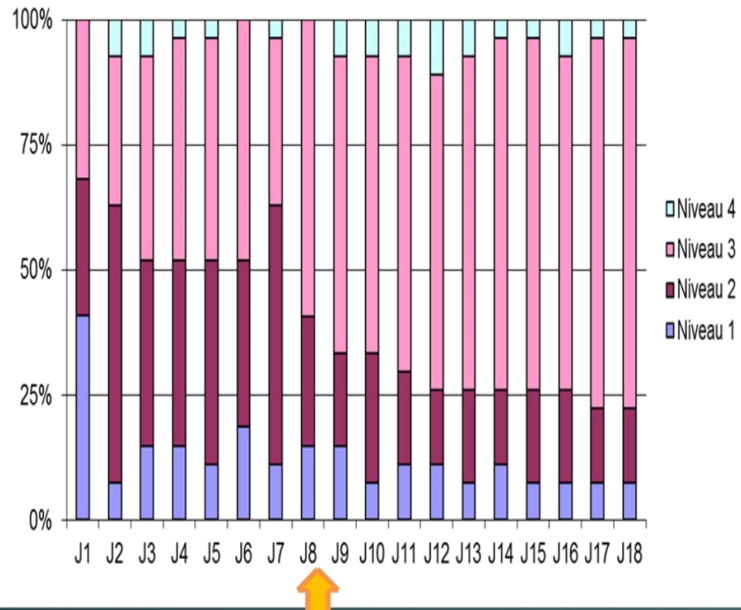
- LP induit guérison à moyen terme/symptômes anxieux
- LP= mécanisme d'action de l'anxiolyse thermique

Recrutement:

- Curistes volontaires du 12 au 30 septembre 2017
- N=30 (formulaire de consentement) → 3 désistements à J0

Temps	Consentement	J0	J21	J42	J120
Nombre	30	27	27	24	23

NIVEAU DE DÉTENTE ATTEINT QUOTIDIENNEMENT



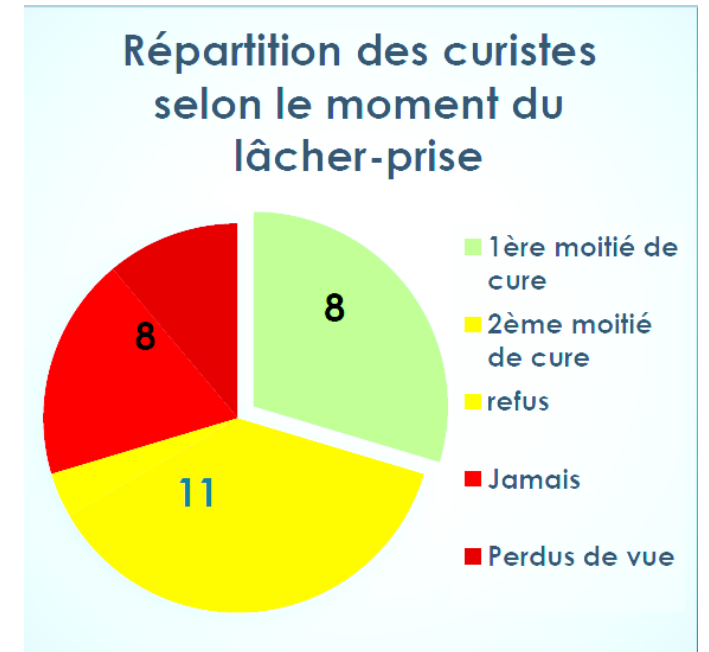
Distribution du niveau de détente quotidien atteint

- échelle graduée de 1 à 4 :
 - 1 : pas du tout ressenti de détente
 - 2 : certaine détente ressentie mais resté préoccupé pendant les soins
 - 3 : très détendu mais pas au point de s'endormir au cours des soins
 - 4 : détente globale au point de pouvoir s'endormir au cours des soins
- >50% des curistes atteignent un niveau de détente > 3 à partir du 8ème jour

RÉSULTATS : ACCÈS AU LÂCHER PRISE

- Définition du LP : atteindre un niveau de détente ≥ 3 au moins 7 fois en 1ère ou 2nde moitié de cure
- Pas de lien avec âge, activité, antériorité des symptômes
- Tendance des 1° Curistes à moins lâcher-prise (NS)

Nbre de cures	lâché-prise -	lâché-prise +	Total
1	7 (41,2%)	10 (58,8%)	17
2 et plus	1 (10,0%)	9 (90,0%)	10
Total	8	19	27



70% des curistes ont lâché prise pendant la cure

RÉSULTATS (I)

- Données

- 89% sont des femmes
- Âges:
 - 48% entre 40 et 59 ans
 - **81,5%** entre **50 et 69 ans**
- Retraités: 55%
- Employés: 33%

EVA : anxiété

	T0	T1	T2	T3	T4	%
LP 0	5,45	4,4	3,95	4,4	5,6	↗ 2,7%
LP 2	6,53	4,33	3,11	3,45	4,93	↘ 24,5%
LP 1	5,69	2,41	1,47	4,44	2,78	↘ 51,1%

EVA /Qualité du sommeil

Hausse de la durée du sommeil

	T0	T1	T2	T3	T4	%
LP 0	6,5	6	5,8	5,9	5,6	↘ 13%
LP 2	5,45	6,70	7,2	6,65	6,5	↗ 19%
LP 1	3,81	7,9	6,88	5,31	6,5	↗ 70%

EVA /Qualité du sommeil

Moyenne EVA vigilance/réveil	T0	T1	T2	T3	T4	%
LP 0	4,1	6,35	6	6,2	4,8	↗ 17%
LP 2	2,93	6,04	5,8	5,7	5,45	↗ 44,3%
LP 1	5,19	7,06	6,97	6,16	7,13	↗ 37%



PLACE DE LA MÉDECINE THERMALE EN PSYCHIATRIE



CONCLUSION (I)

Thermalisme: une alternative thérapeutique

Traitement	Modèle biopsychosocial
Balnéothérapie - soins	Biologique
Psychothérapie - psychoéducation	psychologique
institutionnel – suivi, ateliers, programmes	sociologique

CONCLUSION (2)

Indications thérapeutiques

Efficacité de la cure thermale dans :

- Troubles anxieux
- Troubles du sommeil
- Burn-out
- Syndromes douloureux chroniques (Fibromyalgie, Syndrome du colon irritable, ...)
- Syndrome dépressif réactionnel
- Fatigue chronique

CONCLUSION (3)

Indications préventives

Intérêt de la cure thermique en prévention pour :

- Sevrage des benzodiazépines (éviter dépendance et accoutumance)
- Prévention dépressive (diminuer le risque de décompensation)
- Etats postcritiques (accélérer la guérison)
- Chronicité (en sortir)

POUR ALLER PLUS LOIN (si affinité)



JOURNÉES PSYCHIATRIQUES SAUJON-ROYAN

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE



8^{ème} Édition

JOURNÉES PSYCHIATRIQUES SAUJON ROYAN

Sous la présidence du **Pr Jean-Pierre OLIÉ**
Avec la participation de **Boris CYRULNIK**

Vendredi 27 septembre 2019

Anxiété & Lâcher prise

&

Samedi 28 septembre 2019

Bipolarité & Burn-out

Salle Salicorne – Saujon (17)



REDICETS
Recherche Et
Développement In
Clinique Et Thermes de
Saujon

URC de Poitiers
Unité de Recherche Clinique
en psychiatrie à vocation régionale
du Centre Hospitalier Henri Laborit

Association de
FMC et EPP
des Médecins du
Pays Royannais

