



Thermalisme
et santé publique :
vers de nouvelles
convergences

LIVRE BLANC

Edité par le Conseil National
des Exploitants thermaux

→ Février 2008



© F. Gaty

Le thermalisme a derrière lui des lettres de noblesse que l'on ne peut pas oublier. Comment oublierais-je moi-même le souvenir d'un père curiste auquel le thermalisme a apporté beaucoup de soulagement après un accident de voiture qui avait endommagé son système osseux? Comment ne pas me souvenir aussi de ces conseils donnés dans la pharmacie familiale, où j'entendais ma mère recommander des cures pour cet enfant confronté chaque hiver à des rhinopharyngites? La médecine thermale a le mérite de soigner sans effets secondaires. Elle le fait à des conditions très avantageuses pour l'Assurance Maladie. Elle conduit depuis toujours le curiste à accepter ses journées de cure thermale comme des journées de rénovation, de réhabilitation de sa santé loin des soucis professionnels, dans une ambiance de détente. Elle est à la fois bénéfique pour le corps et l'esprit. Les curistes, loin d'être des assistés qui subiraient un traitement, acceptent de payer de leurs deniers les frais de déplacement, d'hébergement et de restauration qui restent à la charge des patients.

Mais ce thermalisme doit aujourd'hui connaître une nouvelle jeunesse. En effet, il est particulièrement bien placé pour relever trois grands défis.

D'abord, le défi de la prévention primaire permettant une véritable éducation à la santé et au bon usage du médicament, et qui est tout simplement une forme d'éducation thérapeutique. Ensuite, celui qui consiste à mieux connaître les facteurs de risque pour pouvoir s'en prémunir. Et enfin, le défi d'une prévention tertiaire qui permet d'engager une lutte contre tout ce qui peut aggraver la pathologie déclarée.

Nos stations de cure thermale sont particulièrement bien placées pour jouer ce rôle. Les campagnes d'éducation pour la santé peuvent trouver là des lieux privilégiés afin de réussir cette sensibilisation -cette formation au risque sanitaire-, et cela dans une société où l'on vit de plus en plus âgé et où il faut se préparer à cette longue traversée de la vie.

Les stations thermales pourraient œuvrer en ce sens lorsqu'elles s'adressent à des seniors en « relais du bien- vieillir ». Il faudrait que nos aînés puissent bénéficier de ce temps de retraite pour en faire un temps de récréation de leur corps et aussi de leur esprit. Dans le cadre de nos stations, le thermalisme peut leur offrir l'occasion de retrouver dynamisme, confiance et sérénité. On peut rêver à cet égard d'une vie culturelle adaptée à ces temps de repos, dans une station où le calme et l'harmonie permettent plus aisément à l'esprit et à l'âme de s'épanouir.

Toutefois le thermalisme peut aussi offrir les structures afin d'assurer les soins de suite. Aujourd'hui, les hôpitaux et établissements de santé sont souvent suroccupés dans ce domaine. Cette médecine de réhabilitation, qui peut pallier des traitements plus coûteux peut être opportunément pratiquée dans nos stations thermales.

L'avenir nous réservera de longues années d'un vieillissement que nous pouvons adoucir. Nous savons combien les pathologies chroniques sont à cet égard une gêne qui s'accroît d'année en année. Ce temps de repos dans une station thermale peut grandement faciliter une amélioration de la prise en charge de la chronicité sans augmenter le recours aux substances médicamenteuses... Oui, pour toutes ces raisons, le thermalisme a un bel avenir devant lui.

Encore faut-il que la Nation accepte de lui faire toute sa place en facilitant la formation de médecins au thermalisme, en permettant une modernisation de nos stations, qui ont besoin d'investir pour rester à la mesure de tous ces enjeux... Bonne chance à tous ceux qui maintiennent cette grande tradition thermale dans notre pays ainsi qu'en Europe, en l'orientant toujours plus vers de nouvelles missions à la mesure des enjeux d'aujourd'hui.

Jacques BARROT

Commissaire européen - Ancien ministre de la Santé et des Affaires sociales

Sommaire

INTRODUCTION	4
---------------------	----------

ABSTRACTS ET PROPOSITIONS	7
----------------------------------	----------

▶ Table ronde n° 1	8
---------------------------	----------

Une cure mieux adaptée aux pathologies traitées

▶ Table ronde n° 2	10
---------------------------	-----------

Une prise en charge globale du patient à l'occasion de la cure thermale

▶ Table ronde n° 3	12
---------------------------	-----------

Les stages de prévention en station thermale

▶ Table ronde n° 4	14
---------------------------	-----------

Les compétences des stations thermales en matière de soins de suite

▶ Table ronde n° 5	16
---------------------------	-----------

La station thermale, relais du bien-vieillir

▶ Table ronde n° 6	18
---------------------------	-----------

La station thermale, observatoire de santé

ANNEXES	21
----------------	-----------

COMPTES-RENDUS DES TABLES RONDES	23
---	-----------

▶ Table ronde n° 1	25
---------------------------	-----------

Application 1-1. Lombalgies/gonarthrose

Application 1-2. Fibromyalgie

Application 1-3. Thrombose veineuse profonde

Application 1-4. Allergies

▶ Table ronde n° 2	33
---------------------------	-----------

Application 2-1. Education thérapeutique et tabac

- Application 2-2. Bilan de santé global
- Application 2-3. Education à la santé et comportements alimentaires
- Application 2-4. Accompagnement des maladies chroniques – personnes âgées

► **Table ronde n° 3** **41**

- Application 3-1. Sevrage tabagique
- Application 3-2. Prévention des risques cardiovasculaires
- Application 3-3. Sevrage médicamenteux en psychotropes
- Application 3-4. Les stations thermales, pôles d'excellence de la prévention

► **Table ronde n° 4** **49**

- Application 4-1. Rééducation, post-traumatologie et chirurgie orthopédique
- Application 4-2. Rééducation cardiaque
- Application 4-3. Accueil des grands brûlés
- Application 4-4. Soins de suite en oncologie

► **Table ronde n° 5** **55**

- Application 5-1. Prise en charge des malades Alzheimer et des aidants
- Application 5-2. Stages de préparation à la retraite
- Application 5-3. Le bien-vieillir, nouvelle indication du séjour thermal
- Application 5-4. Ostéoporose - école de l'os

► **Table ronde n° 6** **61**

- Application 6-1. Le suivi de cohorte, méthode d'évaluation du thermalisme
- Application 6-2. Dépistage des populations de curistes
- Application 6-3. Maladies chroniques, qualité de vie et thermalisme

LISTE DES PARTICIPANTS AUX TABLES RONDES **67**

Introduction

Le Conseil National des Exploitants Thermaux (CNETh), qui regroupe l'ensemble des exploitants d'établissements thermaux, conduit depuis plusieurs années une démarche visant à consolider, crédibiliser et développer le rôle de la médecine thermique dans le dispositif national de santé dont bénéficient les Français.

Avec l'appui de ses élus, Il s'est ainsi délibérément engagé dans la recherche médicale et scientifique afin de démontrer le Service Médical Rendu (SMR) par la cure thermique et l'utilité médico-économique d'une médecine naturelle peu coûteuse et sans effets secondaires.

Les premiers résultats sont désormais en cours de publication et nous ne doutons pas qu'ils contribueront à démontrer scientifiquement cet intérêt.

Fin décembre 2006, le ministre de la Santé de l'époque, Monsieur Xavier Bertrand, après avoir reconnu que la démarche scientifique engagée était indispensable, a tracé la voie du thermalisme de demain :

«... le thermalisme a toute sa place dans notre système de soins, surtout s'il fait le choix du véritable service médical rendu aux curistes, s'il touche de nouveaux publics et s'il s'intègre dans une démarche de prévention¹... »

Le CNETh a donc souhaité, dès 2007, réfléchir à la mise en œuvre de cette voie en ouvrant sa réflexion à un cercle d'experts extérieurs à l'activité thermique cependant concernés par les thématiques développées.

Un cycle de six tables rondes regroupant au total une centaine d'acteurs du monde de la Santé s'est donc déroulé à l'automne dernier autour de six thèmes principaux, eux-mêmes issus de trois grands axes de réflexion :

- Comment mieux adapter la cure thermique et son contenu aux nouvelles exigences du monde moderne et aux nouveaux défis de la santé.
- Comment prendre en compte les impératifs de prévention aujourd'hui indispensables en matière de santé publique.
- Comment, devant les nouvelles exigences démographiques et de santé, faire des stations thermales des relais d'accompagnement du « bien-vieillir ».

L'enjeu méthodologique a été d'organiser une réflexion structurée et diversifiée, destinée à aboutir à des propositions d'actions concrètes. De telles interventions doivent être utiles pour le patient et la santé publique, et s'appuyer sur le savoir-faire des acteurs du thermalisme.

Ainsi il apparaissait pertinent, à travers la déclinaison de diverses thématiques, de déterminer de nouveaux champs de compétence du thermalisme; il s'agissait donc :

- a) d'envisager comment enrichir l'offre de soins thermaux pour les curistes,
- b) de voir s'il était possible de leur proposer le bénéfice de stages de prévention durant leur séjour thermal,

1. Allocution d'ouverture du Colloque National du 7/12/2006 à Paris. Thermalisme : enjeux et perspectives.

- c) d'examiner dans quelle mesure les stations thermales pourraient participer à une offre d'actions de prévention,
- d) de s'insérer dans la filière des soins de suite, à leur place, pour certaines pathologies dûment identifiées et dans des conditions bien définies,
- e) de prendre leur place dans l'accompagnement du vieillissement pour contribuer à en assurer la réussite.
- f) Il convenait enfin d'examiner dans quelle mesure l'immense cohorte des curistes (et de leurs accompagnants éventuellement) pouvait constituer un matériau utile au recueil de données intéressant la connaissance de la santé.

Chaque table ronde a ainsi été dirigée par une personnalité reconnue du monde de la Santé, dont le rôle était d'identifier les éléments pertinents de la démarche - et donc à retenir - comme de faire naître les éléments d'utilité et de consensus à partir du débat entre les experts scientifiques et les acteurs présents du monde thermal (entrepreneurs et corps médical).

Chaque table ronde d'une durée d'une journée envisageait quatre ateliers destinés à cerner les aspects essentiels et complémentaires de la thématique abordée. L'exposé introductif d'un expert académique faisait le point sur l'état de l'art et ouvrait à la discussion les pistes susceptibles, selon lui, de s'offrir au thermalisme. Le débat entre l'expert et les participants thermalistes, sous la conduite du modérateur de la table ronde, avait pour mission d'éclairer les voies ainsi ouvertes, en termes de pertinence, d'utilité et de faisabilité pour parvenir à des conclusions partagées formulées par le modérateur à l'issue de chaque atelier. A la fin de la journée, les lignes de force générales de la réflexion étaient présentées dans une synthèse finale de la table ronde. Dans chacune de ces approches la dimension d'évaluation était prise en compte.

Le but ultime a été de parvenir à construire des propositions concrètes d'actions susceptibles d'être mises en œuvre, utiles pour le patient et la Santé publique, après qu'aient été opérés les choix appropriés, et déterminés les modalités et moyens nécessaires.

C'est ce que retracent les pages de ce document.

Il nous appartient aujourd'hui, en partenariat avec le ministère de la Santé, l'Assurance Maladie, les caisses complémentaires et tous les acteurs de Santé, d'aller vers la mise en œuvre concrète de ces propositions, tant dans l'intérêt médical qu'économique de notre système de santé.

Abstracts et propositions

Ce chapitre rassemble, pour chacune des tables rondes, la conclusion de la journée établie par le modérateur et, en regard, les propositions qui ont pu ressortir de chacun des ateliers de la journée.

Cet ensemble de propositions constitue un premier inventaire des évolutions à expérimenter pour faire mieux converger la médecine thermique avec les besoins de santé.

Une cure mieux adaptée aux pathologies traitées

ABSTRACT

Le thermalisme prouve sa créativité à travers des expériences parfois très abouties. Les points de convergence de ces programmes innovants sont l'éducation thérapeutique et l'accompagnement global, voire pluridisciplinaire, du patient.

Il est nécessaire de définir précisément le profil du curiste arrivant en station. Une évaluation de son état physique, psychique et de ses connaissances, permet à l'équipe médicale de formaliser en partenariat avec le patient un cadre de soins adapté à ses besoins.

Que ce soit pour un problème rhumatismal, respiratoire, dermatologique ou veineux, les experts soulignent l'importance de proposer en parallèle de la prise en charge hydrothérapique des programmes d'activité physique et d'accompagnement diététique.

Les questions du financement des activités et de la mise en place de partenariats institutionnels ou privés ont été évoquées à plusieurs reprises.

Enfin, le besoin pour les équipes thermales de trouver leur place dans la chaîne de soins doit être pris en compte. Il passe par une meilleure coordination des prises en charge des curistes, en amont et en aval du séjour thermal.

Professeur
Philippe Ravaud

Epidémiologiste

Groupe hospitalier Bichat -
Claude Bernard

► 1.1 : Lombalgies/gonarthrose

1. Proposer un bilan de prédisposition ou de susceptibilité à la chronicité au primo-curiste lombalgique.
2. Délivrer des messages structurés et homogènes d'éducation à la pathologie et au bénéfice de la modification du mode de vie, sur l'intérêt de l'activité physique (école du dos, de l'arthrose).
3. Proposer d'agir sur un surpoids éventuel dans le cadre d'un programme diététique.
4. Réaliser des activités physiques adaptées au sein de la station.

► 1.2: Fibromyalgie

1. Evaluer le caractère multidimensionnel de la douleur (autoquestionnaire douleur chronique de l'échelle HAD).
1. Adapter les soins thermaux à la personnalité du malade par des programmes spécifiques « fibromyalgie », permettant ainsi une reconnaissance de la maladie.
3. Eduquer le patient à sa pathologie.
4. Programmer des séances d'accompagnement psychologique (groupes de parole, relaxation, musicothérapie, yoga...) et physique (gymnastique douce, activité physique générale, reconditionnement à l'effort) en complément des soins d'hydrothérapie.

► 1.3: Thrombose veineuse profonde

1. Standardiser des soins thermaux, en particulier la marche en eau profonde.
2. Eduquer le patient, dans le cadre d'ateliers interactifs, grâce à une information générale sur la maladie, les symptômes d'alerte, la gestion des

traitements médicamenteux (anticoagulants) et de la compression élastique. Cette éducation fera notamment appel à l'utilisation des compétences de soignants formés à l'éducation thérapeutique.

3. Prendre en charge les troubles métaboliques et le surpoids, fréquemment associés.
4. Réaliser des programmes d'activité physique adaptés, avec formation à l'évaluation des progrès en activité physique.

► 1.4: Allergies

L'accompagnement des curistes par des professionnels tels une conseillère médicale en environnement, un éducateur sportif, une diététicienne, une esthéticienne spécialisée et un psychologue permettrait de :

1. éduquer le patient : écoles de l'asthme, du souffle, de l'atopie, ateliers de maquillage ou de pomadage...
2. mettre en œuvre des éléments spécifiques à certaines pathologies : suivi fonctionnel respiratoire simple, tests de dépistage d'allergies...
3. apporter un soutien psychologique au patient et à la famille,
4. initier une activité physique adaptée.

Une prise en charge globale du patient à l'occasion de la cure thermale

ABSTRACT

Il existe dans la société française un vrai besoin d'information et d'éducation en santé, voire d'orientation dans le système de soins. Certains sujets sont prioritaires : tabac, maladies chroniques, nutrition, maintien d'une activité physique. L'éducation est un des paramètres d'une approche sanitaire globale nécessaire.

L'entrée principale pour l'éducation sanitaire peut être une consultation dédiée et/ou des bilans de santé. Ils ont légitimement leur place en station thermale. Les populations qui s'y retrouvent sont en effet sensibilisées à leur santé, sont souvent sujettes à des maladies chroniques et entrent pour une part dans le cadre des critères qui définissent le vieillissement qu'on peut prévenir.

Les stations thermales sont d'ores et déjà des lieux privilégiés d'information, d'éducation et de prévention en santé. Les trois semaines de durée de la cure, la qualité environnementale des stations, l'approche spécifique de la crénothérapie et le temps disponible en dehors de toute activité professionnelle, sont les atouts qui permettent d'asseoir et de développer cette démarche.

Les programmes de prévention à proposer ou proposés doivent insister sur :

- l'accompagnement du malade,
- la sensibilisation aux facteurs déclenchants,
- la prise de conscience des possibilités d'agir,
- une meilleure observance des traitements, afin de favoriser le bon vieillissement et de retarder toute forme de handicap.

Se pose le problème de la formation médicale et de l'inscription juste de ces actions de prévention, d'éducation, de santé dans un parcours institutionnel balisé en relation avec le médecin traitant.

► 2.1: Education thérapeutique et tabac

1. Proposition médicale: tout médecin a un devoir sanitaire. Il pose la question du tabagisme, du désir d'arrêter, donne les conseils minimaux et propose un protocole d'arrêt. L'utilisation du CO Testeur favorise la prise de conscience du fumeur, de son état, de ses progrès. On doit identifier particulièrement les risques chirurgicaux liés au tabac (complications respiratoires, circulatoires, retard de cicatrisation...).

2. Proposition matérielle: les stations thermales doivent proposer un affichage « établissement sans tabac », des actions d'information: exposés sur le tabagisme, diaporamas, brochures d'information, posters/expositions, CD et cédéroms...

3. Un renvoi du patient sur Tabac Info Service ou des consultations de tabacologue.

► 2.2: Bilan de santé global

1. Un bilan de santé global dans le temps de cure thermale orienté sur la correction des risques de iatrogénie, la limitation du retentissement fonctionnel des pathologies connues, le concept de vieillissement réussi.

2. L'existence de tests cliniques simples d'évaluation de la santé globale facilite la mise en place de ce bilan (tests de marche, d'équilibre, circonférence du mollet, fonction cognitive, état psychologique, perception de la qualité de vie...).

3. La cure est un moment privilégié pour orienter et démarrer une prise en charge selon les points de faiblesse du curiste: ateliers mémoire, équilibre, diététique.

4. Ce bilan en cure doit déboucher sur la proposition d'un projet de prévention à poursuivre chez soi, en relation avec le médecin de famille.

► 2.3: Education et comportements alimentaires

1. La cure s'impose comme un lieu de rupture avec le milieu habituel, favorisant le changement de comportement alimentaire.

2. Le séjour thermal correspond à un vrai projet d'éducation diététique structuré (théorique et pratique) qui amorce un travail à poursuivre chez soi. Cette éducation doit impliquer l'environnement familial et permettre de maintenir la notion de plaisir apporté par l'alimentation.

3. L'activité physique et l'accompagnement psychologique sont corrélés à l'amaigrissement. En cure thermale, ces paramètres se conjuguent et s'associent aux soins d'hydrothérapie.

4. La totalité des acteurs de la station doit participer à la prise en charge et, à ce titre, doit recevoir la formation nécessaire au rôle qu'elle doit tenir.

► 2.4: Consultation de prévention à 70 ans

1. Permettre cette consultation en cure pour établir un passeport santé avec observations et recommandations dans l'objectif de retarder l'apparition des pathologies.

2. Une consultation dédiée (consultation de prévention des personnes âgées) pour répondre aux problèmes de la cible et utilisant les ressources disponibles, en particulier l'autoquestionnaire médico-bio-psycho-social, validé, disponible.

3. La cure serait un moment d'accompagnement éducatif et d'initiation aux bonnes pratiques de santé, en particulier nutritionnelles et d'activité physique.

4. Mise en place d'actions de prévention en recourant aux ressources médico-sociales (équipes mobiles) dans la proximité du patient.

Les stages de prévention en station thermale

ABSTRACT

La prévention en santé est d'actualité. La convergence des réflexions de santé publique positionne le thermalisme au cœur de cet ensemble de partenaires pédagogiques qui doivent initier et proposer des programmes dans ce domaine.

Le thermalisme est capable de se situer au cœur des valeurs des préventions primaire, secondaire ou tertiaire. L'activité peut, à condition de sortir du schéma mono-activité/monopayeur, mettre en œuvre des compétences multidisciplinaires dans ce domaine pour répondre aux besoins.

En parallèle de la consolidation du cœur de métier, il faut donc inscrire le thermalisme dans le système de santé à venir, en développant une offre de qualité dans le domaine de la prévention. Les compétences déjà acquises par le milieu thermal permettent d'envisager d'ores et déjà plusieurs axes de développement.

La communauté doit s'appuyer sur ces lignes de force pour élaborer une charte avec des points et des actions médico-pédagogiques essentiels et transversaux que sont : l'accompagnement à l'arrêt du tabac, le conseil diététique et l'activité physique adaptée.

► 3.1 : Le sevrage tabagique

1. En amont de la cure, les curistes fumeurs peuvent bénéficier d'une information sur des programmes d'arrêt du tabac, qui met l'accent sur des circonstances particulières: pré-opératoire, grossesse, existence de risques respiratoire, cardiovasculaire...
2. Un bilan initial en arrivant en station, en s'appuyant sur un autoquestionnaire et sur des mesures de capacité respiratoire, de souffle, etc.
3. Un programme « arrêt tabac 7 ou 14 jours » avec du coaching individuel et des réunions de groupe. Le programme doit permettre une prise en charge globale, psychologique, hydrothérapique, médicale, médicamenteuse, diététique et d'activité physique. Une organisation du suivi du curiste en post-cure doit être mise en place.
4. De tels programmes doivent s'inscrire dans une démarche qualité globale de l'établissement, et une évaluation doit être assurée.

► 3.2: Prévention des risques cardiovasculaires

1. Une évaluation du patient destinée à l'identification des facteurs de risque et à la prise de conscience du niveau de risque. Préparation du patient à l'action.
2. Prise en charge globale des facteurs de risque identifiés par l'éducation à la santé avec des propositions de sevrage tabagique, d'activité physique et des recommandations diététiques (entretiens individuels, ateliers de groupe, conférences collectives).
3. La prévention cardiovasculaire nécessite un grand nombre de partenaires sanitaires, associatifs... pour une approche pluridisciplinaire, valorisant l'articulation avec le médecin traitant.
4. La qualité du service médical rendu, valorisant l'éducation thérapeutique, doit être évaluée.

► 3.3: Sevrage médicamenteux en psychotropes

1. La cible chez les curistes: des patients « adicts » faibles à modérés, convaincus du bien-fondé du sevrage.
2. Un programme sanitaire intégrant plusieurs facteurs: le bénéfice du traitement thermal, la dimension du temps offert par la durée de la cure, la sécurité d'un cadre institutionnel, la dynamique d'un groupe homogène de patients.
3. Les programmes thermaux doivent être complétés par une thérapie cognitivo-comportementale, en association avec la diététique et l'activité physique adaptée.
4. Le suivi des patients est crucial et doit être organisé en conséquence.

► 3.4: Les stations, pôles d'excellence de la prévention

Le principe général est une offre innovante basée sur une analyse pertinente de la demande et qui fait appel à des compétences humaines accrues.

1. Formation permanente des professionnels thermaux.
2. Recrutement de nouvelles compétences, d'experts en marketing et ressources humaines; importance du séjour à l'étranger.
3. Entrée dans la compétition et défense des compétences en Europe.
4. Elaboration d'une charte thermale pour affirmer l'image prévention des stations.
5. Déclinaison et protocolisation des programmes de prévention.
6. Pérennisation des actions en s'inscrivant dans des partenariats.

Les compétences des stations thermales en matière de soins de suite

ABSTRACT

L'environnement sanitaire est complexe et changeant. Il évolue dans trois dimensions : le contexte, les professionnels, les patients. Le thermalisme, comme toute autre activité, doit prendre la mesure du changement et s'adapter, idéalement anticiper cette révolution.

Le thermalisme doit s'appuyer sur ses points forts pour répondre à des besoins émergents car la spécialité se situe au carrefour de l'offre et de la demande. En effet, par certains objectifs et certaines orientations, le thermalisme s'inscrit dans le modèle de soins de suite et de réadaptation.

Il existe des programmes thermaux déjà mis en œuvre, et à ce titre, transférables à d'autres stations. Ils demandent des évaluations complémentaires ou initiales. A partir de l'expérience de certaines stations, il est ainsi possible de se positionner dans un savoir-faire et une potentialité, sans oublier de prendre en compte les obstacles sécuritaires comme éventuellement réglementaires et l'aspect financier.

La démarche thermale de prise en charge privilégie la mise en œuvre de ressources interdisciplinaires et interprofessionnelles. Cette caractéristique est renforcée par un modèle de type éducatif et non « prescriptif » (le patient est acteur de son traitement et non sujet) de la rééducation et de la réadaptation qui s'accorde au modèle thermal. La cure est donc un moment privilégié pour convaincre le patient de l'intérêt de la part éducative dans la gestion de sa santé. Le séjour thermal est en effet à la confluence du biomédical et du sociétal.

► 4.1: Rééducation post-traumatique et chirurgicale

1. Une alternative à la prise en charge en institution basée sur un accueil en ambulatoire, permettant une prise en charge globale où le curiste, autonome, est acteur de son parcours de soins. Constitution d'un nouveau maillon dans les filières: court séjour MCO (Médecine, Chirurgie, Obsétrique).

- Soins de suite et de réadaptation.
- Soins domiciliaires.

2. Intérêt des programmes de prévention des chutes après la survenue de fractures.

3. intérêt d'un programme de rééducation avant prothèse articulaire des membres inférieurs destiné à améliorer les suites.

4. Intérêt de programmes de mobilisation après fracture de l'épaule, de rééducation après prothèse articulaire des membres inférieurs, plastie du ligament croisé antérieur du genou.

► 4.2: Rééducation cardiaque

1. La réadaptation est fondée sur la conjugaison du reconconditionnement à l'effort (de modalité variable: du réentraînement contrôlé de type phase 2 au réentraînement libre en passant par le réentraînement encadré type « club cœur santé ») et de la prévention (réduction des facteurs de risque).

2. Une offre de prévention des facteurs de risque en particulier surpoids, troubles lipidiques et glucidiques, tabagisme; des programmes d'éducation à la gestion de la maladie hypertensive, du diabète de type 2, des thérapeutiques anticoagulantes dans des stations expertes où cohabitent déjà cardiologues, angiologues et paramédicaux avec, à disposition, un plateau technique de rééducation cardiaque, et situées à proximité d'un centre d'urgence.

3. Une offre de reconconditionnement à l'effort de niveau d'expertise variable selon les moyens maté-

riels et humains de la station et son environnement sanitaire.

4. Un accueil ambulatoire favorisant l'autonomie des patients.

► 4.3: Accueil des grands brûlés

1. Une prise en charge globale: soins, rééducation, psychologie.

2. Des ateliers d'information, d'éducation thérapeutique et d'hygiène de vie.

3. L'inscription de la cure dans un continuum de soins protocolisés.

4. Développement de l'accessibilité au séjour thermal à plus de patients, et notamment à ceux qui ne sont pas passés en centre de rééducation fonctionnelle.

5. Déclinaison de séjours thermaux de différentes durées.

► Application 4.4: Soins de suite après cancer du sein

1. Des structures légères et pluridisciplinaires plus adaptées à la cible que des centres de convalescence susceptibles de constituer une offre pour des demandes jusque-là peu ou mal satisfaites.

2. La prévention des récives par des programmes nutritionnels et d'activité physique basés sur l'éducation du patient, évalués sur le plan scientifique.

3. Importance de la prise en charge psychologique associée.

4. Possibilité de prise en charge d'autres effets secondaires du cancer du sein, le lymphœdème du bras par exemple.

La station thermale, relais du bien-vieillir

ABSTRACT

L'accompagnement du bien-vieillir s'inscrit dans les objectifs du thermalisme par le biais de l'accompagnement des maladies chroniques. L'évaluation de la personne âgée, son orientation, la prévention autour de thèmes qui la concernent voire l'éducation thérapeutique, sont autant de moyens qui peuvent l'aider à franchir des périodes charnières que sont l'entrée en retraite ou les étapes de son vieillissement.

L'activité thermale doit élargir sa gamme de séjours pour proposer des programmes adaptés aux besoins de la santé publique qui pointent l'importance de certains types de déficiences notamment physiques, cognitives génératrices d'incapacité et de dépendance... Ainsi des propositions peuvent se faire au bénéfice de pathologies comme la maladie d'Alzheimer au stade précoce, l'ostéoporose, mais aussi des troubles qui définissent le concept gériatrique de fragilité chez la personne âgée.

Il est nécessaire pour le thermalisme de s'approprier de nouveaux métiers et d'accéder à un niveau d'efficacité standardisée qui réponde à des normes. L'expérience et les compétences de la crénothérapie ne seront reconnues qu'à ce prix.

La démarche d'accueil prévention/éducation du senior et de la personne âgée s'articule autour de trois axes principaux : l'activité physique, la nutrition, l'éducation thérapeutique ; et pour les malades Alzheimer, s'inscrit dans l'aide aux aidants. Il faut en rapprocher les éléments apportés par le bilan de santé global et la consultation de prévention à 70 ans évoqués dans une précédente table ronde. Enfin, il ne faut pas perdre de vue l'intérêt du séjour thermal pour la mise en œuvre de stages de préparation comme d'adaptation à la retraite.

► 5.1: Prise en charge des malades Alzheimer et de leurs aidants

1. Au stade léger de la maladie (patient ambulatoire), le séjour thermal peut apporter les ressources d'une stimulation cognitive (atelier mémoire), de l'activité physique adaptée notamment du travail de l'équilibre, de programmes d'évaluation et d'éducation nutritionnelles.

2. Pour l'aidant, la station peut proposer des soins orientés sur l'appareil locomoteur, une information sur la maladie, un soutien psychologique.

3. L'hébergement est un point essentiel, l'offre doit être diversifiée : hébergement conjoint du patient et de l'aidant, hébergement institutionnel pour le patient sans rupture avec l'aidant, structures d'hébergement de jour pour le patient (dites « de répit »).

4. Participation au repérage des troubles cognitifs comme à l'accompagnement de la maladie.

► 5.2: Stages de préparation à la retraite

1. Installer le séjour thermal dans un continuum sanitaire préretraite, entrée en retraite, retraite, où les axes de travail sont : prise de conscience, prévention, éducation en santé.

2. Dépister et prévenir les facteurs de risque liés au vieillissement.

3. Orienter les séjours vers des thématiques telles que mémoire, équilibre, nutrition, activités sportives, troubles du sommeil, iatrogénie et gestion médicamenteuse, aide aux aidants, conjugopathie.

4. Intégrer les dimensions administratives et économiques de la retraite et de la dépendance (transmission du patrimoine, placements dépendance...).

► 5.3: Le bien-vieillir, nouvelle indication du séjour thermal

1. Mettre en œuvre la consultation de prévention.

2. Développer une « health attitude » orientée sur l'alimentation, l'exercice, la stimulation cognitive.

3. Lutter contre la perte du capital de fibres musculaires (sarcopénie) par la nutrition, l'exercice, et éventuellement la pharmacopée.

4. Recruter des sujets pour les études sur l'impact de prise en charge des personnes âgées fragiles.

► 5.4: Ostéoporose et école du dos

1. Dépister l'ostéoporose.

2. Faire de la pédagogie, informer sur la maladie, insister sur l'observance thérapeutique.

3. Réduire la surcharge pondérale.

4. Prise en charge globale associant à la thérapie médicamenteuse (vitamine D, thérapeutiques reminéralisantes) l'éducation nutritionnelle (apports calciques, contrôle pondéral, maintien du capital musculaire), l'activité physique (stimulation squelettique et musculaire, contrôle pondéral) et la prévention des chutes.

La station thermale, observatoire de santé

ABSTRACT

Les cures peuvent élargir leurs champs d'action. Les constats actuels décrivent des besoins en plateformes de santé qui répondent à des priorités de dépistage, d'accompagnement de malades chroniques et d'éducation sanitaire.

Le suivi de cohortes servi par une qualité méthodologique et statistique appropriée valorise les ressources de santé publique offertes par les établissements thermaux. Il s'associe à un investissement du thermalisme dans un cadre national de dépistage et de prévention qui renforcerait l'image « d'espace de santé » que sont les stations thermales, et conforte leur place dans le système de Santé.

Les curistes sont sensibilisés aux problèmes de santé, ils sont demandeurs de certaines approches (troubles de la mémoire, chutes, étude de suivi...) et sont à même d'y participer utilement. Par ailleurs, la demande d'aide pour l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants est de plus en plus prégnante.

Le thermalisme a une place patente dans ces champs d'action. Le thermalisme doit valoriser les ressources qu'il peut mettre en œuvre au bénéfice de la Santé publique et en devenir un des acteurs.

► 6.1: Constitution de cohortes pour l'évaluation du thermalisme

1. Evaluation médico-économique du thermalisme basée sur l'observation de cohortes comparables de curistes et non-curistes dans les grandes orientations du thermalisme.
2. Utilisation de cohortes pour l'évaluation des nouveaux champs de compétence du thermalisme: études pilotes destinées à vérifier la faisabilité et à mesurer la magnitude des effets produits et qui devraient être effectuées systématiquement lors de la mise en œuvre de nouveaux programmes thérapeutiques thermaux.

► 6.2: Constitution de cohortes en milieu thermal

1. Cohortes de patients (curistes et éventuellement accompagnants) destinées à recueillir des informations utiles à la Santé publique sur la base d'un recueil périodique régulier effectué en collaboration avec les médecins traitants.
2. Cohortes de curistes acceptant d'entrer dans des études scientifiques (essais cliniques avec comparateur et tirage au sort, méthodes observationnelles) au bénéfice de l'évaluation du thermalisme et/ou d'autres problématiques de santé.
3. Cohortes de médecins thermalistes et médecins prescripteurs (médecins traitants, médecins spécialistes) acceptant de s'investir dans la réalisation d'études cliniques en milieu thermal.

► 6.3: Thermalisme et maladies chroniques

1. Dépistage ou repérage en milieu thermal de pathologies fréquentes, graves, posant des problèmes de santé publique: dépistage du surpoids, de l'obésité, des facteurs de risque cardiovasculaires; repérage des troubles des fonctions supérieures; identification du risque ostéoporotique...
2. Offre de consultations de prévention des 70 ans.
3. Mise en place de moyens d'information, d'actions d'éducation aux problèmes posés par ces diverses pathologies au bénéfice des patients et/ou des aidants.



ANNEXES

- ▶ **Comptes-rendus
des tables rondes** 23
- ▶ **Liste des participants
aux tables rondes** 67



**Comptes-rendus
des
tables rondes**

Compte-rendu de la table ronde n° 1

17 octobre 2007 – Maison de la mutualité à Paris

Une cure mieux adaptée aux pathologies traitées

L'ouverture d'une réflexion sur des nouveaux champs de compétence de la médecine thermale permet de préciser des projets, améliorer des pratiques, sortir des cadres existants, abonder dans de nouvelles directions, ouvrir des portes, innover. Un moyen pour le thermalisme d'ajouter sa pierre à l'édifice de la Santé publique.

La problématique de cette table ronde vise une amélioration des prises en charge thermales qui passe par un état des lieux, la nécessité de jeter des passerelles entre les approches médicales et les réponses thermales, et la remise en cause de compétences et de tâches.

Le professeur Philippe Ravaud, épidémiologiste, groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard, animateur de la table ronde, introduit la journée par la méthodologie.

- Il s'agit de rappeler les avantages des cures, de les resituer dans un cadre d'espace/temps privilégié, de montrer la multiplicité des compétences en station et l'objectif des cures par rapport à des groupes de patients.
- Ainsi à partir d'exemples précis de pathologies comme les lombalgies, la gonarthrose, la fibromyalgie, les suites de phlébites et les allergies respiratoires et cutanées, des experts invités à la table ronde rappellent des données épidémiologiques, médicales et de prise en charge concernant ces pathologies.
- Ils resituent ensuite la place du thermalisme dans les paniers de soins concernés et débattent avec le reste de l'assemblée des outils, programmes et moyens dont devrait disposer la crénothérapie pour améliorer ces prises en charge.
- Les participants soulignent aussi les obstacles rencontrés, les contraintes nouvelles dans cette évolution.
- La finalité de la démarche, on l'aura compris, est d'améliorer la prise en charge de pathologies chroniques en station thermale.

Modérateur

Professeur
Philippe RAVAUD

Application 1.1 - Lombalgies/gonarthrose

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Lombalgie commune et gonarthrose.
Place d'une prise en charge globale, éducative et fonctionnelle, en milieu thermal.

Pr Michel Revel, service de rééducation et réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, Hôpital Cochin, AP-HP

1 - lombalgies

Les lombalgies sont des maladies fréquentes, communes, coûteuses, chroniques, invalidantes. Elles touchent, ont touché ou toucheront près de 80 % de la population. 20 % à 40 % des citoyens souffrent de manière récurrente et 6 % à 8 % sont lourdement handicapés par cette pathologie.

La fragilité du malade est soulignée quand il bascule dans la chronicité. L'origine du problème est en général une lésion. Ensuite, les facteurs générateurs de douleurs se cumulent, persistent ou se suivent, induisant la pérennité de la souffrance. Le processus vicieux de chronicité est alors induit. Parmi ces paramètres qui conduisent à la chronicité on cite le plus souvent :

- la persistance de la lésion,
- les facteurs psychologiques comme l'anxiété ou la dépression du malade,
- les bénéfices personnels secondaires engendrés par le mal de dos (arrêt de travail),
- les mauvaises conditions de travail ou plus largement socioprofessionnelles,
- les structures comportementales telles le mauvais coping (faire mal, réagir mal aux événements), l'attente prière (tout vient des autres) et la mise en attitude d'évitement (l'enfermement dans la non-activité),
- le déconditionnement : l'inactivité physique empêche le retour à une activité physique. La faiblesse devient musculaire et sert de frein à la confiance dans son organisme.

2 - gonarthrose

La prévalence de la gonarthrose en France est de 6 % à 8 % chez les plus de 55 ans. 50 000 nouvelles prothèses de genou sont posées chaque année.

La communauté médicale a adopté un protocole unique qui débute par la prescription d'anti-inflammatoires avant de passer à la chirurgie de prothèse. Or il existe des traitements non pharmaceutiques qui ralentissent le processus de dégradation de l'articulation arthrosique et améliorent la qualité de vie : une articulation, c'est un cartilage mais aussi des tendons, des ligaments, des muscles. Les principes de la rééducation sont évidents. Ils soulagent le malade, impactent sur la douleur et sur la reconstruction du cartilage.

Besoins exprimés

► Il s'agit de réfléchir aux moyens d'une prise en charge globale où l'éducation thérapeutique et l'éducation fonctionnelle sont intriquées.

► Il faut envisager de nouveaux programmes en amont de protocoles médicaux établis : une articulation arthrosique peut être ainsi améliorée avant l'intervention chirurgicale par une rééducation physique et globale de l'articulation.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Les cures thermales répondent dans un contexte de prescription à ces deux maladies rhumatologiques. L'amélioration de la prise en charge est possible.

Propositions thermales

- Un bilan de prédisposition ou de susceptibilité à la chronicité peut être proposé au primo-curiste lombalgique.
- Le temps de cure peut être utilisé pour faire passer des messages éducatifs sur le mode de vie en vue de sa modification, l'intérêt de l'activité physique, l'entraînement à l'aérobie et sur le renforcement de la capacité musculaire.
- Une proposition d'action sur le poids associée à un programme diététique est une solution qui participe à la prise en charge globale du patient.

Légitimité d'un séjour thermal

- Il répond à des prises en charge de maladie chronique.
- Il offre déjà un lieu sanitaire unique, adapté, organisé et outillé.
- Il est reconnu : il existe déjà des recommandations de la HAS sur la place de la cure thermale dans la prise en charge des lombalgies chroniques (Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, décembre 2000).
- La station a déjà des compétences : elle regroupe un certain nombre de professionnels et de moyens qui peuvent participer à la rééducation physique du patient.
- La cure thermale accueille des populations homogènes de patients.
- Les curistes sont demandeurs d'information et d'éducation.
- Il existe un certain nombre d'échelles d'évaluation d'ores et déjà utilisables.

Contraintes/ouvertures

- Les stations doivent s'enrichir en hommes aux profils plus adaptés. Ainsi, aux kinésithérapeutes il faut associer :
 - des rééducateurs physiques pour les mesures de déconditionnement à l'activité physique, d'évaluation de la consommation d'oxygène ou de la force musculaire.
 - des psychologues qui maîtrisent les outils d'évaluation de la chronicité et les tests concernant les structures comportementales.
- Les médecins thermaux doivent sans doute repenser leur rôle. Il s'agit de revoir la coordination avec le médecin prescripteur, le partage des tâches en cure (évaluation/bilan; suivi; compte-rendu) et l'ouverture vers d'autres modèles de prise en charge (physiothérapie, ostéopathie).
- La formation des agents thermaux et des paramédicaux doit être repensée.
- Le financement de ces nouveaux programmes doit être élaboré.

Application 1.2 - Fibromyalgie

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Fibromyalgie et thermalisme

Pr Christian Hérisson, service de médecine physique et rééducation, CHU de Montpellier

La fibromyalgie

Avec 600 000 malades en France, soit 1,4 % de la population générale, cette maladie est fréquente et chronique. Elle a un retentissement important sur la qualité de vie. Elle représente un coût de soin important et une prise en charge difficile.

- Les douleurs sont diffuses, chroniques articulaires, musculaires associées à des sensations de raidisseurs et de gonflements. La fatigue, les troubles du sommeil et les troubles de la fonction supérieure (mémoire, concentration) et fonctionnels (colopathie, maux de tête) complètent le profil.

Le diagnostic est clinique et se fait à la pression de 11 points douloureux sur 18. On remarque aussi :

- une anomalie du contrôle de la douleur : hyperalgie,
- des phénomènes douloureux réveillés dans d'autres points du corps,
- des antécédents de traumatismes physiques et psychologiques,
- un cycle du sommeil profond et réparateur anormalement court,
- des troubles psychologiques,
- des anomalies du système nerveux (anxiété, catastrophisme, hyperréactivité au stress),
- une contracture musculaire,
- un déconditionnement à l'effort.
- Le traitement est pluridisciplinaire et s'appuie sur des médicaments (dont certains sont en développement) comme les antalgiques classiques, les morphiniques, les hypnotiques, des antidépresseurs mais aussi sur les autres thérapies comme l'acupuncture, la kinésithérapie, l'hydrothérapie, la relaxation et l'activité physique douce.

Application 1.2 - Fibromyalgie

Besoins exprimés

- ▶ Les malades réclament une reconnaissance de leur pathologie et donc une prise en charge spécifique.
- ▶ Le besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire est exprimé et nécessaire.
- ▶ Des programmes d'éducation sont importants pour améliorer la qualité de vie du patient.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Sous-diagnostiquée, mal prise en charge en ville, la fibromyalgie a trouvé en partie une réponse sanitaire dans certaines stations thermales qui proposent un accueil spécifique.

Propositions thermales

- Au sein de programmes spécifiques, le séjour thermal favorise la reconnaissance de la maladie.
- Outre les soins d'hydrothérapie, on peut programmer des séances d'accompagnement psychologique, de gymnastique douce, d'activité physique, de relaxation, de musicothérapie, de yoga et du réentraînement à l'effort.
- Le séjour est vécu comme une coupure bénéfique avec le milieu quotidien et familial.

- Ce temps thermal réservé à la compréhension de sa maladie permet une certaine dédramatisation. Il induit aussi la baisse de la consommation d'explorations fonctionnelles et du nomadisme médical.

Légitimité d'un séjour thermal

- De nombreuses études ont attesté l'efficacité du thermalisme face à la fibromyalgie (Buskila 2001, Evcik 2002, Altan 2003, Gusi 2006, Assos 2006).
- Les liens existants entre le thermalisme et les associations de patients encouragent la réflexion sur l'amélioration d'une prise en charge en station.
- Un séjour long de trois semaines forme un « espace temps » suffisamment sérieux pour amorcer des évolutions.
- La réunion de groupes homogènes de patients représente une dynamique thérapeutique et un atout social.

Contraintes/ouvertures

- L'élaboration de programmes validés, d'éducation pour le patient, d'information sur sa maladie, et d'actions éducatives doit se faire.
- La formation des médecins prescripteurs et thermaux au diagnostic et à la prise en charge des fibromyalgiques doit être élaborée.
- Il s'agit de rendre certains sites thermaux experts dans cette maladie et dans sa prise en charge.
- L'évaluation du financement de tels programmes et la recherche de partenaires doivent être envisagées.

Application 1.3 - Thrombose veineuse profonde

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Suites de phlébites :

Etat de l'art sur la prise en charge

Place actuelle du traitement thermal

Pistes d'amélioration potentielle

Pr Patrick Carpentier, service de médecine vasculaire, CHU de Grenoble

Thrombose veineuse profonde

200 000 thromboses veineuses profondes chaque année entraînent 20 000 ulcères, voire des risques plus graves avec 25 000 décès par embolie pulmonaire. Il existe des traitements mais ils ne sont pas dénués d'effets iatrogènes et provoquent 25 000 hospitalisations.

Les différentes étapes de la maladie coûtent cher à la société :

- au moment de l'accident,
- dans la gestion des complications du syndrome post-thrombotique (altérations des veines et de la peau),
- dans le risque de récurrence de la thrombose.
- La maladie chronique surgit plutôt sur un terrain prédisposant ou favorisant. On la diagnostique avec l'imagerie et l'échographie en particulier. Les traitements anticoagulants, s'ils sont bien conduits, permettent d'échapper au risque majeur mais peuvent provoquer des accidents hémorragiques graves.
- Le syndrome post-thrombotique arrive progressivement ; on peut donc le prévenir. Les facteurs de risque de la TVP sont connus :
 - la surcharge pondérale,
 - la thrombophilie constitutionnelle, génétique ou acquise,
 - le cumul de thrombose,
 - le traitement anticoagulant mal équilibré,
 - l'absence de bas de compression,
 - l'insuffisance d'exercice et de mobilité,
- Le traitement est protocolisé :
 - il est amélioré par un diagnostic précoce et évite les risques de récurrence,
 - le traitement est renforcé par la qualité de l'anticoagulant et l'éducation thérapeutique, de l'observance à l'équilibre,
 - il faut y ajouter une compression élastique,
 - insister sur l'hygiène de vie avec déambulation et réduction pondérale,
 - enfin la rééducation en centre et en cure thermale en particulier est intéressante.

Besoins exprimés

- ▶ La TVP est une maladie qui se chronicise, il faut une réponse adéquate.
- ▶ Il faut prendre en charge la maladie veineuse précocément.
- ▶ Il est indispensable de faire évoluer les comportements concernant l'hygiène de vie, la diététique et le retour à l'activité physique.
- ▶ On peut profiter de la présence du patient pour l'informer sur les risques iatrogènes.

▶ Une standardisation des soins thermaux est nécessaire.

▶ Le thermalisme peut être un outil pour motiver des patients jeunes à se traiter.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Utilisée pour éviter la récurrence face à un problème de TVP, la crénothérapie pourrait élargir ses champs d'action et être aussi mieux utilisée dans un cadre de prévention.

Propositions thermales

- Les programmes thermaux peuvent être améliorés : ils comprennent des soins, des conseils d'hygiène de vie, de diététique et un encouragement à l'activité.
- Une information générale et des ateliers de formation interactifs peuvent être élaborés et déclinés.
- Une éducation thérapeutique structurée peut être proposée pour améliorer la connaissance de la maladie, comprendre les symptômes d'alerte et améliorer la gestion des traitements médicamenteux.
- On peut utiliser les compétences des infirmières pour l'éducation thérapeutique (traitement et utilisation des bas) et faire participer les autres intervenants de la station dans un objectif de coéducation.
- La création des modèles d'évaluation, de la maladie (tour de cheville) et des progrès en activité physique (parcours de marche gradué) servent la maîtrise de la maladie.

Légitimité d'un séjour thermal

- Les stations sont bien équipées : couloir de marche en eau profonde, massages sous l'eau et hydrothérapies, et mobilisation.
- Un certain nombre de professionnels de la maladie veineuse sont réunis autour de patients qui forment des groupes homogènes.
- Les effets constatés sont l'amélioration de la pigmentation de la peau, la diminution des douleurs dans les membres et l'amélioration de la qualité de vie.

Application 1.3 - Thrombose veineuse profonde

Contraintes/ouvertures

- La communauté médicale thermale rencontre des difficultés dans les phases recrutement pour les essais thérapeutiques en raison sans doute du scepticisme du corps médical.
- Il s'agirait de faire évoluer le forfait thermal en introduisant l'éducation thérapeutique.
- Il faut évaluer scientifiquement la période la plus propice à un séjour thermal.

- La formation des personnels médicaux, paramédicaux et les agents thermaux à cette prise en charge doit se structurer.
- Un retour d'information vers le médecin traitant après la cure est nécessaire.

Application 1.4 - Allergies

EXPOSÉS INTRODUCTIFS

1 - Les allergies respiratoires

Pr Denis Caillaud, pneumologue
CHU de Clermont-Ferrand

Il y a 3,5 millions d'asthmatiques en France. Un tiers sont des enfants et des adolescents. La pathologie représente un coût exorbitant en matière de prise en charge, en termes de soins et de traitements. L'intérêt d'une éducation thérapeutique dans ce cadre est souligné et évalué. Elle est déjà proposée dans des écoles de l'asthme, qui ne sont malheureusement pas assez nombreuses sur le territoire. L'objectif de la prise en charge est le contrôle de l'asthme.

- Le médecin insiste sur l'intérêt d'une éducation thérapeutique. L'engagement médecin-patient se caractérise par un échange d'informations concernant les facteurs déclenchants, les réactions face aux traitements et les descriptions de situations anxiogènes. Les deux protagonistes (médecin/ma-

lade) définissent un « plan d'action » écrit personnalisé avec des objectifs définis différenciés selon les situations, et qui doit conduire à ce contrôle de l'asthme.

- Le patient doit adhérer à ces traitements et s'approprier les connaissances et les mécanismes de la maladie. Il doit maîtriser les techniques de manipulation des médicaments (spray et poudre). Il doit intégrer la différence entre « traitement de crise » et « traitement de fond ».

• L'apprentissage doit se faire dans le temps. L'évaluation des connaissances se fait régulièrement. Enfin, le médecin doit avoir une bonne réactivité et s'intéresser à l'évaluation de la progression de la santé du patient.

- Les conséquences d'un plan d'action personnalisé s'évaluent en terme de morbidité de l'asthme (évidence A). On assiste à une baisse du nombre d'hospitalisations, de l'absentéisme scolaire et professionnel, à l'amélioration du sommeil (évidence A), et à une meilleure compliance au traitement (evidence B).

2 - Allergies cutanées

Dr Evelyn Delrez-Fury, dermatologue, La Roche-Posay

On assiste aussi à une multiplication des entrées pathologiques: l'eczéma de l'enfant, l'eczéma de contact, l'urticaire, l'œdème de Quincke, et les effets iatrogènes de médicaments. Chez l'adulte, la maladie est devenue auto-immune.

- Le quotidien du patient atopique est fait de poussées, de facteurs déclenchants, de démangeaisons et d'impact sur la famille et sur la qualité de vie.
- On souligne de nombreux échecs dans la prise en charge de ces patients.

Besoins exprimés

▶ La relation médecin/patient est incontournable pour une amélioration.

▶ Une éducation structurée avec un programme de soins, de prévention, d'éducation à la maladie et à sa gestion participe au progrès du contrôle de la maladie.

▶ Une évaluation précise du malade à son arrivée en station (une exploration fonctionnelle respiratoire (VO₂ max), des tests de dépistage allergique, test de capacité à l'exercice physique et un historique de sa maladie) est nécessaire.

▶ 3 semaines de prise en charge globale servent le recours du patient.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Les cures thermales représentent un traitement complémentaire. Elles s'inscrivent comme un maillon dans la chaîne de soins.

Propositions thermales

- Un accueil structuré dans des stations thermales a fait ses preuves. Une école de l'asthme et un programme atopique, voire une école de l'atopie est un plus.
- Des soins et une éducation adaptée aux différentes cibles générationnelles de curistes sont proposés.

- Des outils et des moyens sont mis en place: informations sous forme de fiches, réunions de groupe homogène de patients, remise d'un cahier d'éducation thérapeutique, tables rondes ou conférences.
- La présence de professionnels tels une conseillère médicale en environnement, un éducateur sportif, une diététicienne ou une esthéticienne spécialisée complètent par leur action les programmes pluridisciplinaires.
- Un accompagnement psychosocial se révèle utile.

Légitimité d'un séjour thermal

- Des techniques de soins thermaux sont adaptées à l'âge des malades.
- La valeur des soins quotidiens dans un cadre éloigné du contexte familial, environnemental, allergène vécu tous les jours est remarquée.
- La démarche des curistes à des programmes éducatifs en séjour thermal est participative et active.

Contraintes/ouvertures

- Pour reconnaître la valeur thérapeutique du thermalisme dans ce contexte pathologique, il faut assurer la valeur scientifique d'études. Il s'agit aussi de trouver le financement, la méthodologie et les cohortes suffisantes.
- Il faut créer des partenariats pour le financement de programme d'éducation thérapeutique et d'école de l'allergie, avec des réseaux de soins, des communes ou des conseils généraux.
- Une formation spécifique à l'éducation thérapeutique (Ipcem) est nécessaire pour les médicaux (DU d'éducation thérapeutique) et les paramédicaux.
- L'inscription du séjour thermal dans la chaîne de soins doit se faire (communication avec le médecin traitant, résultats de tests et compte-rendu post-cure).



Conclusion du modérateur de la table ronde n° 1

Le thermalisme prouve sa créativité à travers des expériences parfois très abouties. Les points de convergence de ces programmes sont l'éducation thérapeutique et l'accompagnement global voire pluridisciplinaire du patient.

- Il est nécessaire de définir précisément le profil du curiste arrivant en station : un bilan, une évaluation de ses compétences sanitaires et physiques, voire de son état psychique, permettent à l'équipe médicale avec le patient de formaliser un cadre de soins au plus près de ses besoins.
- Que ce soit pour un problème rhumatismal, respiratoire, dermatologique ou veineux, les professionnels thermaux soulignent l'importance de proposer en parallèle de la prise en charge hydrothérapique des programmes d'activité physique et d'accompagnement diététique.
- Les questions du financement reviennent comme celles de la recherche de partenaires institutionnels ou privés.
- Enfin, le besoin pour les équipes thermales de trouver leur place dans la chaîne de soins doit être comblé. Il passe par l'indispensable formation et une meilleure coordination des prises en charge des curistes, en amont et en aval du séjour thermal.

Partenaires et institutions à sensibiliser

- HAS - Haute Autorité de Santé - (recommandations pour la prise en charge des lombalgies chroniques)
- Organismes d'assurance maladie complémentaire (mutuelles et assurances)
- Association française du Syndrome de Fatigue chronique et de Fibromyalgie
- Association française des Fibromyalgiques
- Association Asthme et Allergie
- Association française pour la Prévention des Allergies
- Ipcem : www.ipcem.org

Compte-rendu de la table ronde n° 2

23 octobre 2007 – Maison de la mutualité à Paris

Une prise en charge globale du patient à l'occasion de la cure thermale

Il faut tenter un éclairage plus objectif sur le thermalisme. La médecine thermale pourrait sans doute être mieux utilisée à l'aune des objectifs de Santé publique et de ses nouvelles ouvertures en prévention et éducation en santé dans un cadre de prise en charge globale.

A cela on pourrait associer une approche mieux identifiée des curistes, une approche plus personnalisée.

Le docteur Marcel Garnier, directeur de l'innovation en santé, Groupe Médéric, anime la table ronde. La prise en charge globale où le préventif prend toute sa place augure un virage en santé. Le séjour thermal peut être l'occasion d'aborder globalement le curiste sous l'angle de la prévention, de l'éducation, du dépistage, des bilans sanitaires. Les patients, les malades, sont demandeurs d'accompagnement dans leur prise en charge de leur maladie. Il faut réfléchir à des modèles de services complémentaires où la globalité de la prise en charge conduise à une meilleure coordination.

Quatre thématiques illustrent la problématique.

Face à deux exemples de comportements addictifs, quelle place pour l'éducation à la santé ?

- Education thérapeutique et tabagisme.
- Education et comportements alimentaires déviants.

Quelles nouvelles offres thermales permettraient d'optimiser la prise en charge du curiste ?

- Le bilan de santé global trouve-t-il sa place en cure thermale ?
- L'accompagnement des maladies chroniques et du bien-vieillir entre-t-il dans le cadre de séjours thermaux ?

Modérateur

Docteur
Marcel GARNIER

Application 2.1 - Education thérapeutique et tabac

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Intérêt pour la santé publique d'une prise en charge globale face au problème du tabagisme

Pr Bertrand Dautzenberg, service de pneumologie, CHU Pitié-Salpêtrière, AP-HP

Le tabac est la première cause évitable de maladie et de décès prématuré.

Au XX^e siècle il y a eu 100 millions de morts liés au tabac, il y en aura 1 milliard au XX^e siècle. L'urgence est de modifier les mentalités.

Après 45 ans, la proportion d'ex-fumeurs dans la population générale est plus importante que celle des fumeurs. Il y a donc un potentiel éducatif.

- Le tabac provoque des cancers, des AVC, des BPCO, des coronaropathies, des anévrismes, un déclin annuel du souffle.

- Les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac se remarquent en termes de chute de mortalité et plus particulièrement de celle liée aux cancers.

Par ailleurs, plus on arrête tôt dans sa vie, plus le bénéfice est important.

- A un jour d'arrêt: diminution du risque d'infarctus.

- A une semaine d'arrêt: amélioration de la circulation sanguine.

- A un mois: amélioration de la toux, des sinus, de l'essoufflement.

- A un semestre: baisse du nombre d'infections.

- A un an: l'excès de maladies coronariennes est réduit de 50 %.

Besoins exprimés

- L'arrêt du tabac s'impose comme un élément participant à la santé globale du malade.

- L'état du curiste, qui vient en séjour thermal pour une pathologie ciblée, peut être amélioré dans un environnement et un objectif de vie sans tabac. En effet, certaines pathologies sont aggravées par la consommation de cigarettes.

- La première étape est d'évaluer le curiste dans sa consommation tabagique (passif, actif, ex-tabagique...).

- Le programme arrêt du tabac a une place dans un programme plus général d'éducation aux facteurs de risque de pathologies.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Les cures thermales en tant que lieu de santé s'inscrivent naturellement dans une démarche d'éducation sanitaire globale.

Propositions thermales

- Proposition médicale: tout médecin, médecin thermal inclus, a un devoir sanitaire: il pose la question du tabac, donne les conseils minimaux et propose un protocole d'arrêt. L'utilisation d'un petit outil, le CO Testeur, favorise la prise de conscience du fumeur de son état, mais aussi de ses progrès.

- Proposition de supports: Les stations thermales peuvent proposer: - un affichage « établissement sans tabac » - un exposé magistral sur le tabagisme - un diaporama libre - des brochures d'information ciblée ou générale - des posters/exposition libre tournante - une utilisation de CD et Cédérom - un renvoi sur des relais Tabac Info Service ou des consultations tabacologue.

Légitimité d'un séjour thermal

- La présence sur place d'une équipe médicale et d'établissement de santé, prête à sensibiliser un public captif représente un atout et une justification.

- Les curistes forment une population naturellement plus sensible à une approche d'éducation en santé.

- Le temps de cure et l'alternance soins/repos offrent des créneaux horaires de disponibilité adaptés à des propositions de programmes éducatifs.

- La mise en place de tels programmes est simple: ils sont validés (cercle de Prochaska), proposés par l'INPES, et peu coûteux.

Contraintes/ouvertures

- Il est indispensable de former l'ensemble du personnel en station. Il y a là une convergence nécessaire de moyens et d'actions.

- Il serait intéressant de créer un programme standard thermal.
- La réflexion doit s'engager de façon à mettre en adéquation programme tabac et nutrition, et en associant une prise en charge diététique dans une approche globale.

- Les limites de tels programmes sont tangibles: les programmes arrêt sont en effet plus compliqués à gérer que la simple sensibilisation et l'éducation primaire sur le tabagisme.

Application 2.2 - Bilan de santé global

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Intérêt pour la santé publique d'un bilan de santé global

Pr Jean-Louis Albarède, gérontologie clinique, CHU de Toulouse

En France, plus de 10 millions d'habitants ont plus de 65 ans. A partir de cet âge ces citoyens présentent des facteurs de risque de vieillissement accéléré marqués par une accumulation de déficiences. Ces déficiences sont plus ou moins équilibrées par des facteurs modulateurs que sont les ressources personnelles de l'individu et les propositions de la société. Mais l'entrée en vieillesse nécessite une prise en charge et des repères.

- Le vieillissement est une des priorités de l'OMS: L'Organisation a identifié des critères globaux d'évaluation de la personne âgée: santé physique - capacité fonctionnelle - fonction mentale - ressources sociales, environnementales et économiques. Quatre grands modèles de vieillissement servent d'échelle de classement:

- réussi,
- adapté,
- usuel qui entraîne la fragilité,
- dépendant.

- Un bilan médical peut permettre:

- de diagnostiquer des effets des risques de iatrogénie,
- de limiter le retentissement fonctionnel des maladies connues,

- de dépister les altérations fonctionnelles infracliniques ignorées.

Par ailleurs, après 60 ans, trois problèmes majeurs de santé surgissent: musculo-squelettiques - cardiovasculaires - cancers; des pathologies « omni-présentes en stations thermales. Il s'agit donc de mettre en corrélation ces différents paramètres.

Besoins exprimés

- ▶ Détecter des sujets à risque de vieillissement accéléré.

- ▶ Dépister les comportements à risque de décompensation.

- ▶ Evaluer les performances préservées.

- ▶ Promouvoir la santé.

- ▶ Toucher la bonne cible. C'est sur le 3^e modèle de vieillissement qu'on peut intervenir. Les curistes appartiennent souvent à ce groupe

DÉBAT: PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Les cures, lieu de réhabilitation en santé, peuvent devenir un rendez-vous décennal pour un bilan global de santé.

Application 2.2 - Bilan de santé global

Propositions thermales

- Un bilan de santé global pourrait s'inscrire dans le temps de cure thermique.
- Il existe déjà une batterie de tests simples d'évaluation de la santé globale du patient (marche, circonférence du mollet, fonction cognitive, état psychologique, équilibre, perception de sa propre qualité de vie). Les différents paramètres d'évaluation pourraient être organisés et proposés sous forme d'un bilan structuré.
- La cure peut être le moment de démarrer une prise en charge selon les points de faiblesse personnels du curiste : atelier mémoire, équilibre, diététique...
- Ce bilan pratiqué en cure peut-être l'occasion de proposer à l'individu après une action initiée pendant le séjour, un vrai projet de prévention à poursuivre chez soi.

Légitimité d'un séjour thermal

- 2/3 des curistes ont plus de 60 ans. Leurs accompagnants aussi. 3/4 sont en cure conventionnée. Cela représente un groupe homogène de patients présentant un profil sanitaire similaire.

- En général, le curiste est motivé par sa santé. Ce bilan ne peut que trouver un écho chez ces patients.

Contraintes/ouvertures

- L'échantillon en terme de santé publique n'est peut-être pas représentatif.
- Les bilans de santé sont chronophages pour les médecins. Il s'agit de repenser le rôle du médecin thermal dans un forfait thermal.
- Se poser la question de la place de paramédicaux dans ce bilan : prise de mesures d'indice, aide au remplissage du questionnaire...
- Préparer le bilan en amont de la cure sous la forme d'un autoquestionnaire.
- Le manque d'élaboration du Dossier Médical Patient freine ce type d'initiative car il y a un manque de circulation d'information (liste des médicaments, derniers résultats biologiques ou d'imagerie...).
- Améliorer la relation médecin traitant/médecin thermal.

Application 2.3 - Éducation à la santé, comportements alimentaires

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Intérêt de santé publique d'une prise en charge éducative alimentaire

Dr Patrick Serog, endocrinologue, nutritionniste

Dans le monde, plus de 300 millions d'adultes présentent un surpoids, et la majorité d'entre eux sont atteints de maladies liées au poids. La France compte aujourd'hui plus de 5,3 millions de personnes adultes obèses et 14,4 millions de personnes en surpoids (Enquête Obépi, 2003). Ces chiffres sont

envisagés à la hausse (6 millions d'obèses, 16 millions en surpoids)

Diabète de type 2, obésité, hypertension, excès de cholestérol, boulimie, anorexie, problèmes cardiovasculaires... On assiste à une explosion des pathologies liées à des comportements alimentaires déviants. Ces comportements ont des origines sociétales (nouveaux modes alimentaires [street food]), mais aussi génétiques, culturelles, voire nutritionnelles (l'agroalimentaire).

- Des pathologies directement liées aux troubles du comportement alimentaire sont définies : le

grignotage, le « craving » ou pulsion, la boulimie, l'anorexie.

- Une des solutions à cette épidémie est la modification des comportements dans une action éducative et thérapeutique. Des programmes éducationnels et des objectifs doivent être définis dans un lieu propice et dédié au changement de comportement. Le problème de l'obésité est un problème global qui inclut le soin, l'éducation nutritionnelle, l'accompagnement psychologique, l'encouragement à l'activité physique.

Besoins exprimés

- ▶ Trouver des solutions et des programmes d'éducation aux « bons » comportements alimentaires.

- ▶ Trouver des stations pilotes dont les programmes validés s'imposent en référence. La station peut alors revendiquer cette action comme un traitement.

- ▶ Il en va aussi de la responsabilité de chaque station thermale de s'engager dans une charte de prévention et d'éducation pour servir la cause de l'amaigrissement. L'approche nutritionnelle est alors intégrée à l'ensemble du programme.

- ▶ Evaluer les obèses et leurs facteurs de risque. Evaluer dans les stations non dédiées à l'amaigrissement les patients en surpoids dont les problèmes de santé sont liés à ces kilos superflus.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

L'objectif thermal se définit en termes de programme, d'éducation, de charte, de consensus, de pôles d'excellence et d'intégration dans un panier de soins.

Propositions thermales

- La cure s'impose comme un lieu de rupture avec son milieu habituel favorisant le changement de comportement.
- Le séjour thermal correspond à un vrai projet d'éducation qui amorce un travail à poursuivre chez soi.
- L'activité physique et l'accompagnement psychologique sont corrélés à l'amaigrissement. En cure

thermale, ces paramètres se conjuguent et s'associent aux soins d'hydrothérapie.

Légitimité d'un séjour thermal

- Certaines stations dédiées à la lutte contre l'obésité possèdent l'encadrement thérapeutique et professionnel pour amorcer ce changement.
- Un éventail d'ateliers de groupe à thématiques déclinées et des documents d'informations sont proposés.
- Tous les membres d'une station doivent s'engager derrière les curistes.
- Les résultats sur la santé globale d'une alimentation adaptée sont quantifiables même sur un temps de cure: évaluation de la glycémie, du cholestérol, équilibre du diabète, mesure du tour de taille et mesure du poids.
- L'accueil thermal favorise la responsabilisation du patient. Il acquiert par lui-même une autonomie et des nouveaux réflexes alimentaires.

Contraintes/ouvertures

- La station doit s'enrichir de nouveaux profils de compétences (psychologues, diététiciennes).
- Les médecins et diététiciennes doivent être formés à des thérapeutiques comportementalistes.
- La cure ne doit pas être isolée. Elle doit s'inscrire dans un processus avec un moment préparatoire et un suivi post-cure.
- Proposer du matériel d'hydrothérapie adapté à la taille des obèses.
- La prise en charge de l'obésité est une prise en charge difficile, lourde et sur le long terme.

Application 2.4 – Accompagnement des maladies chroniques - personnes âgées

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Intérêt de santé publique de la mise en place de la consultation de prévention chez la personne de 70 ans

Pr Claude Jeandel, gérontologie clinique, CHU de Montpellier

Aujourd'hui, on assiste à une augmentation des maladies chroniques. Par ailleurs, la longévité fait émerger un autre problème, celui de la dépendance (handicap à un âge avancé).

L'âge moyen de la dépendance pour les hommes se situe entre 78 et 82 ans et pour les femmes entre 83 et 88 ans.

Le scénario à venir prévoit une augmentation de 50 % entre 2000 et 2040 du nombre des personnes âgées dépendantes.

- L'objectif de santé publique est de retarder, voire d'empêcher cette bascule dans la dépendance. Il existe pour cela des moyens. Le premier consiste en une consultation de prévention à 70 ans laquelle, à ce jour, est en phase d'expérimentation. Le deuxième moyen est de dépister systématiquement les facteurs de risque et de retarder l'entrée dans la dépendance.

Le médecin généraliste s'appuie sur l'histoire familiale du patient et sur le concept d'évaluation gérontologique standardisée et d'échelles validées pour organiser cette consultation.

- L'intérêt pour le patient : la consultation est gratuite, non obligatoire, favorise la réflexion à partir d'un autoquestionnaire et devient un outil de promotion en santé et de personnalisation du parcours.

Besoins exprimés

► Pour le médecin

Une consultation de ce type est un repérage préventif précoce et standardisé.

C'est aussi un élément facilitateur de la planification des consultations.

La consultation de prévention est un temps d'écoute et d'orientation dédié.

► Pour le patient

L'objectif de cette consultation est un inventaire des facteurs de risque d'entrée dans la dépendance, en y associant le paradigme des maladies chroniques.

C'est un acte de prévention qui retarde la survenue de problèmes.

C'est un outil de diagnostic précoce.

Le patient peut recevoir aussi dans ce cadre un conseil minimum.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

L'objectif est d'améliorer l'accompagnement de la prise en charge globale des patients. La consultation de prévention est un atout de santé publique pour faire front face aux problèmes du vieillissement.

Propositions thermales

- Envisager cette consultation en cure comme un moment privilégié pour établir un passeport santé. Une consultation dédiée est importante pour répondre aux problèmes plus précis de la cible.

- La cure serait un moment d'accompagnement éducatif et d'initiation aux bonnes pratiques de santé et d'activité physique par une orientation adéquate. Insister sur la nutrition et l'activité physique adaptées.

- La station thermale est à même de répondre aux besoins immédiats d'accompagnement éducationnel, nutritionnel, d'activité physique.

- Mettre en place des actions de prévention en recourant à l'existence des ressources de proximité.

Légitimité d'un séjour thermal

- Le contexte et la durée de cure sont adaptés.
- Les cures ont de vraies compétences face à la problématique du vieillissement surtout sur le plan du ralentissement de l'apparition des maladies chroniques.
- En station, on retrouve des groupes homogènes de patients qui correspondent à cette cible.
- Le curiste peut remplir l'autoquestionnaire et réfléchir à sa santé en amont de la cure.
- Les stations thermales pourraient s'intégrer aux filières de gérontologie.
- Cette consultation permet de diversifier l'activité du médecin thermal.

Contraintes/ouvertures

- Trouver des solutions budgétaires.
- La consultation des 70 ans est aujourd'hui en cours d'expérimentation. Sa pérennisation et son statut sont en attente.
- La position du médecin thermal doit être clarifiée dans ce contexte de consultation.
- Le rapport médecin traitant/médecin thermal doit être amélioré pour une amélioration de la coordination du dépistage et des orientations ensuite.



Conclusion du modérateur de la table ronde n° 2

- Il existe dans la société française un vrai besoin d'information et d'éducation en santé (tabac, maladies chroniques, nutrition). C'est un des paramètres d'une approche sanitaire globale nécessaire.
- La place d'une consultation dédiée et/ou de bilans de santé est légitime en station thermale. Les populations qui s'y retrouvent sont sensibilisées à leur santé, souvent sujettes à des maladies chroniques et entrent dans le cadre des critères qui définissent le vieillissement.
- Les stations thermales sont des lieux d'éducation et de prévention en santé. Les programmes à proposer ou proposés doivent s'inscrire dans un objectif d'accompagnement mais aussi de sensibilisation et de prise de conscience.
- Le problème de la formation médicale et de l'inscription juste de ces actions de prévention, d'éducation, de santé dans un parcours institutionnel balisé se pose.

Partenaires et institutions à sensibiliser

- www.sante.gouv onglet consultation prévention
- INPES (Institut National d'Éducation à la Santé)
- HAS (Haute Autorité de Santé)
- DGS (Direction Générale de la Santé)
- INVS (Institut National de Veille Sanitaire)
- Caisses d'Assurance Maladie
- Organismes d'assurance maladie complémentaire (mutuelles et assurances)
- URML (Union Régionale des Médecins Libéraux)
- Réseaux de pathologie ou de soins

Compte-rendu de la table ronde n° 3

23 octobre 2007 – Maison de la mutualité à Paris

Les stages de prévention en station thermale

Le thermalisme est situé depuis toujours au cœur du circuit de soins et d'accompagnement des malades chroniques. En termes de santé publique, cette situation est devenue un atout. Reste à reconnaître les compétences, à professionnaliser des programmes, à évaluer ce qui est fait pour envisager des déclinaisons et pouvoir ainsi innover. Ainsi, la compétence du thermalisme ne doit-elle pas être étendue à la prévention ?

Il existe trois stades de prévention :

- La prévention primaire, qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème. On parle ici de conduite individuelle à risque, d'environnement, ou encore de risque sociétal.
- La prévention secondaire, dont le synonyme pourrait être le mot « dépistage ». La prévention secondaire cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social.
- La prévention tertiaire vise à prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.

Le professeur Jean-Michel Chabot conduit la conférence et assoit le contexte :

- Avec une augmentation des malades chroniques et une augmentation des populations vieillissantes, il faut des réponses en terme d'accompagnement pour une meilleure adhésion des malades à leurs traitements (disease management).
- La création de passerelles entre les intervenants du champ médical et la facilitation de la circulation de documents doivent favoriser l'information du monde thermal, la recherche de budgets pour élaborer des programmes et l'inscription de la spécialité comme actrice dans des démarches ou des campagnes de prévention.

Modérateur

Professeur
Jean-Michel
CHABOT

Application 3.1 - Sevrage tabagique

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Intérêt pour la santé publique d'une aide au sevrage tabagique

Pr Bertrand Dautzenberg, pneumologue, CHU Pitié-Salpêtrière, AP-HP, président de l'Office français pour la prévention du Tabac

Les chiffres parlent d'eux-mêmes: le sevrage tabagique est le meilleur traitement pour contrer les maladies coronariennes, cardiovasculaires, les cancers...

Par ailleurs, le coût économique de l'arrêt des cigarettes pour un fumeur a été évalué: avec un substitut tabagique on sauve une vie et le système de santé récupère 3000 €, gagné sur la meilleure santé du fumeur (moins de visite et de soins). La France est certainement un des rares pays où le déclin bénéfique/remboursement est récent.

Pour aider le fumeur à s'arrêter,

- Il y a toujours un moyen.
 - La variété des traitements, leurs formes galéniques diverses, le remboursement de substitutifs dans une certaine limite convergent pour aider le fumeur.
 - Il y a toujours une solution.
- Des programmes d'aide au sevrage, l'accessibilité aux informations sur le tabac, des consultations de tabacologie, un suivi téléphonique participent à l'accompagnement du fumeur.
- Il y a toujours un bon moment pour aborder la question: les solutions sont diverses et se déclinent de l'arrêt complet à la réduction, en passant par l'arrêt temporaire.

Besoins exprimés

- ▶ Trouver un slogan pour qualifier d'une manière homogène « la démarche santé » contre le tabac des établissements thermaux.
- ▶ Informer la population de l'existence de programmes « arrêt du tabac ».

▶ Structurer des programmes complets sur plusieurs jours.

▶ Compléter l'information par une proposition d'accompagnement diététique, d'activité physique et de soins thermaux.

▶ Négocier avec les mutuelles pour qu'elles communiquent (caution) et soutiennent financièrement ces programmes.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

L'arrêt du tabac se justifie dans un cadre de cure, par la présence médicale, les infrastructures, le contexte de santé et la volonté de certaines équipes de s'engager dans ce sens.

Propositions thermales

Une prise en charge globale: *programme OFT/Bertrand Dautzenberg*

- En amont de la cure, le curiste peut être informé sur des programmes d'arrêt du tabac. Il peut ainsi s'y préparer.
- Un bilan initial (tabagisme, dépendance, comorbidités) peut être fait en arrivant en station. Les professionnels s'appuient sur un autoquestionnaire et sur des mesures très parlantes pour le fumeur, de capacités respiratoires, de souffle..., etc.
- Un programme « arrêt tabac » où alternent entretiens individuels de coaching et réunions de groupe est proposé sur 7 ou 14 jours.
- Une prise en charge globale, psychologique (TCC, groupes, relaxation, etc.), hydrothérapique, médicale avec des substitutifs, diététique et d'activité physique s'impose.
- Une organisation du suivi du curiste en post-cure doit être assurée.

La proposition de séjour peut être de deux ordres

- de la prévention primaire et de l'éducation,
- de la prévention secondaire et tertiaire.

Là aussi deux programmes ciblés peuvent être offerts :

- Le curiste vient exprès en station pour une cure arrêt de tabac, sur 1 ou 2 semaines. C'est un programme dédié.
- Un programme complémentaire est proposé pour éviter l'escalade des facteurs de risque et profiter de la présence « captive » du curiste pour l'accompagner dans son arrêt.

Légitimité d'un séjour thermal

- Le rassemblement de seniors fumeurs ou non, demandeurs d'arrêt ou non, rend la démarche plus réalisable.
- Le contexte de sensibilisation et d'éducation en santé qui caractérise le séjour thermal justifie l'accompagnement à l'arrêt du tabac.
- Si le programme motive suffisamment de stations, une étude du Service Médical Rendu peut intéresser la Cnam.

Contraintes/ouvertures

- Encourager le personnel thermal à s'arrêter de fumer en ayant suivi un programme cure thermale.
- Un engagement dans une démarche qualité et une évaluation sont nécessaires.
- Elargir la gamme de programmes. Pour des populations spécifiques des programmes spécifiques : pour les fumeurs qui veulent réduire, pour les futurs opérés de prothèses, avant une grossesse, pour des patients ORL, ou BPCO.
- Trouver des financements.

Application 3.2 - Prévention des risques cardiovasculaires

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Intérêt pour la santé publique de la prévention de risques cardiovasculaires

Dr Vanina Bongard, unité de prévention de l'athérosclérose & service d'épidémiologie, CHU de Toulouse, Université Paul Sabatier - Toulouse III

- Le nombre de décès par maladies cardiovasculaires a beaucoup diminué en 25 ans, mais le taux reste encore élevé : 28 %.
- Ce résultat est dû à une meilleure prévention et une meilleure prise en charge. Les registres le prouvent, le nombre de malades conseillés et traités n'a cessé

d'augmenter. Le nombre de patients qui contrôlent leurs facteurs de risque a aussi beaucoup progressé. Il faut cependant accélérer le mouvement en continuant et innovant dans cette voie, celle de la prévention et de l'éducation.

- L'utilisation d'un modèle de motivation à l'éducation favorise l'entrée du malade dans un cercle vertueux : c'est le modèle de Prochaska.

Précontemplation → Contemplation → Préparation → Action → Maintien → Dégagement... Si rechute retour vers la contemplation.

Application 3.2 - Prévention des risques cardiovasculaires

Besoins exprimés

- ▶ La prévention cardiovasculaire nécessite un grand nombre de partenaires médico-associatifs regroupés autour du patient.
- ▶ La prise en charge du risque cardiovasculaire doit être globale.
- ▶ Il est nécessaire de motiver le patient qui présente des risques.
- ▶ Il est nécessaire de s'adapter à des patients au taux de motivation et aux priorités différents.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Au niveau des risques cardiovasculaires, il existe une place pour les établissements thermaux.

Propositions thermales

- La première étape passe par une évaluation du patient et le listing des facteurs de risque (âge, antécédent, poids, tabagisme, pression artérielle, bilan biologique, souffle).
- Il faut ensuite proposer l'éducation quel que soit le profil du curiste, avec ou sans facteur de risque. L'éducation à la santé passe par des propositions de sevrage tabagique, une éducation à l'activité physique et des recommandations diététiques.
- L'orientation vers les structures de prise en charge adaptées constitue l'essentiel de l'étape suivante.
- L'éducation thérapeutique n'est pas une réponse

unique. Elle s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire. Ces professionnels de santé sont par ailleurs formés.

- L'établissement d'un cadre et de limites de l'action en station thermale sert la qualité d'un service médical rendu (dépistage, mise en route de programmes et orientation).

Légitimité d'un séjour thermal

- La cible au cœur de la prévention des risques cardiovasculaires est celle des 45/60 ans. Des curistes ou des accompagnants appartiennent à cette population.
- Les stations ont déjà des établissements dédiés à la santé.
- Des stations ont déjà la capacité de dépister, diagnostiquer et mettre en route des actions avec trois lignes de force: l'activité physique, la diététique, l'arrêt du tabac.

Contraintes/ouvertures

- Le manque de partage d'informations en amont de la cure et la mauvaise circulation d'information du dossier médical patient sont des handicaps à surmonter. Il faudrait par ailleurs travailler sur un bulletin de liaison en aval de la cure.
- Les établissements doivent avoir recours à des experts.
- Il paraît nécessaire de se baser sur une démarche de volontariat pour démarrer, valider des modules pour les décliner ailleurs.
- Informer les médecins traitants, qu'ils sachent pourquoi ils prescrivent une cure sur le plan médical et éducatif.

Application 3.3 - Sevrage médicamenteux en psychotropes

EXPOSÉ INTRODUCTIF :

Intérêt pour la santé publique d'une prise en charge d'un sevrage aux médicaments

Pr Marc-Louis Bourgeois, psychiatre, Hôpital IPSO, Institut Pitres et Régis, Université Victor Segalen Bordeaux 2

L'abus de consommation de psychotropes en France est chiffré :

- 24,5 % de consommation occasionnelle,
- 11, 2 % de consommation régulière,
- 900 millions d'euros de remboursement,
- 80 comprimés d'anxiolytiques par adulte et par an.

Trop de prescriptions, souvent inadéquates, trop de gaspillage, ce qui entraîne un coût sanitaire pour les individus et un coût financier pour la société.

- On distingue trois niveaux de consommation :
 - la consommation excessive,
 - l'abus,
 - la dépendance, soit physique où le sevrage est difficile, soit psychologique où la démarche mentale empêche de supporter le retour de l'anxiété.
- Les conditions optimales de réalisation du sevrage thérapeutique en psychotropes démarrent :
 - par la prise de conscience du problème chez le médecin et le malade,
 - par la motivation à s'arrêter,
 - par un encouragement médical à l'arrêt : propositions d'aide, critères médico-économiques, accompagnement du patient, évaluation du suivi.

Besoins exprimés

► Le besoin de centres, de structures, de programmes d'accompagnement au sevrage en psychotropes se fait sentir.

► Pour faciliter un sevrage en psychotropes, il faut du temps, la motivation du patient, un substitutif.

► Ralentir le cercle infernal de la consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

La dépendance aux psychotropes est un vrai problème de santé publique. Les cures thermales en tant que lieu institutionnel, structuré, et s'inscrivant dans une durée apportent une solution.

Propositions thermales

- Cibler des patients « addicts » faibles à modérés (consommation excessive et abus).
- Accueillir dans le cadre de ces séjours des malades convaincus du bien-fondé du sevrage.
- Proposer un programme sanitaire autour de plusieurs points : du temps, un cadre institutionnel, un groupe homogène de patients, la psychoéducation. Associer la diététique et le réentraînement à l'activité physique.

Légitimité d'un séjour thermal

- L'intérêt de la crénothérapie est remarqué pour son action anxiolytique, la tolérance de la démarche et son effet prolongé dans le temps. C'est une alternative thérapeutique.
- L'étude TAG conforte l'intérêt de la crénothérapie dans la diminution de la consommation de médicament.
- L'intérêt économique d'un séjour thermal comparé à un accueil de jour ou une hospitalisation est une valeur ajoutée.

Contraintes/ouvertures

- Le sevrage en psychotropes est-il une extension d'indication de cure ou une construction de nouvelle modalité de prévention/éducation ?
- Élargir la prise en charge à d'autres professionnels comme le psychologue comportementaliste, le préparateur physique, le diététicien.
- Démontrer l'intérêt scientifique de tels séjours pour convaincre les pouvoirs publics.

Application 3.4 - Les stations thermales, pôles d'excellence de la prévention

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Intérêt d'une force de proposition thermique dans le secteur de la prévention

Pr Jean-Claude Prager, ADIT, Agence pour la Distribution de l'Information Technologique, Paris VII^e

- Tous les domaines d'activité économique doivent passer par une nécessaire évolution pour s'adapter aux besoins contemporains et rester dans la compétitivité, car aujourd'hui la machine à innover française fonctionne au ralenti.
- Des activités doivent prendre le contre-pied et s'engager pour réussir une mutation.
- Le thermalisme comme tous les domaines d'activité est touché par la nécessité d'évoluer. Si le thermalisme peut contourner le frein de l'adaptation et s'engager dans une évolution et dans l'innovation, les stations pourraient devenir des pôles d'excellence en matière de prévention en santé.
- Il s'agit de s'interroger sur les demandes actuelles et de se donner les moyens d'y répondre.
- Les atouts de cette démarche sont la formation, les compétences, la recherche constante de qualité et l'expérience en matière de services.

Besoins exprimés

- Renouveler des ressources de marketing et des ressources humaines du champ thermal.
- Asseoir une vraie force de propositions pour exceller dans le domaine de la prévention.
- Ouvrir le champ de perspectives et l'élargissement du cœur de métier.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Le thermalisme peut jouer un rôle compétitif dans le domaine de la prévention en santé. Les conditions du succès se définissent en termes d'innovation de services et de méthodes.

Propositions thermales

- Jouer l'ouverture, sortir du cadre primaire des objectifs thermaux.
- Assurer une formation permanente des professionnels thermaux.
- Injecter de nouvelles compétences à tous les niveaux de la chaîne des métiers thermaux en recrutant des experts, même à l'étranger.
- Oser entrer dans la compétition et défendre ses compétences en Europe: le potentiel thermal, ce sont 20 millions de citoyens européens.
- Elaborer une charte thermique à minima pour affirmer l'image prévention.
- Décliner et protocoliser des programmes de prévention.
- Pérenniser des actions en s'inscrivant dans des partenariats.

Légitimité d'un séjour thermal

- Le thermalisme est compétitif au niveau national. Il peut donc logiquement défendre au niveau de l'Europe une expertise en matière de prévention.
- Il possède les ressources matérielles et les ressources humaines fondamentales.
- Le champ de la prévention est largement ouvert devant lui.
- Le thermalisme est depuis toujours un chaînon du maillage de la prise en charge des maladies chroniques.
- La ressource thermique (l'eau) n'est pas exportable, on peut donc difficilement délocaliser le concept.

Contraintes/ouvertures

- Le thermalisme doit se faire connaître et reconnaître. Pour cela, il doit s'inscrire dans les cercles de réflexion et les instances décisionnaires.
- Les questions du financement doivent trouver des réponses dans un nouvel environnement budgétaire et partenarial.
- L'image, le nom et les stéréotypes liés au thermalisme sont des freins contournables.



Conclusion du modérateur de la table ronde n° 3

- Le thermalisme se situe au cœur des valeurs de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. L'activité peut défendre des compétences, un professionnalisme si elle ose sortir du schéma mono-activité/monopayeur.
- En parallèle de la consolidation du cœur de métier, il faut inscrire le thermalisme dans le système de santé à venir, en développant une offre préventive et éducative de qualité.
- La communauté doit s'appuyer sur ses lignes de force pour élaborer une charte avec des points et des actions médicopédagogiques essentiels que sont l'accompagnement à l'arrêt du tabac, les conseils diététiques et l'encouragement à l'activité physique.

Partenaires et institutions à sensibiliser

- Commission ou Rapport ministériel transversal ou par pathologie
- DGS (Direction Générale de la Santé)
- La commission chargée du budget de l'Assurance Maladie et du nouveau concept de *disease management*
- IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé)
- OFT (Office Français de Prévention du Tabagisme)
- INPES (Institut National de Prévention En Santé)
- CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)
- Organismes d'assurance maladie complémentaire (mutuelles et assurances)

Compte-rendu de la table ronde n° 4

24 octobre 2007 – Résidence Maxim's à Paris

La compétence des stations thermales en matière de soins de suite

Le thermalisme porte des projets d'ordre médico-économique et de SMR. Il y a sans doute plus à faire avec la crénothérapie en ouvrant les établissements thermaux à de nouvelles compétences, par exemple en matière de soins de suite et rééducation.

Alain Coulomb, ancien directeur de la Haute Autorité de Santé, anime la table ronde et précise que dans un contexte de changement, il faut être actif, visible et voyant, et prendre le train de la réforme.

- Il s'agit de tenir compte de tendances qui participent à cette idée du changement.

- Les dépenses de santé ne font qu'augmenter.
- L'avenir est dans le partage des risques.
- Le système de santé fait face à un paradoxe qui oppose les notions de solidarité, de qualité et de confiance.
- La prévention et l'éducation sont un potentiel inexploité.
- Il faut tenir compte du consumérisme des patients.
- Les technologies de l'information sont mises au service de la résolution de problème de santé (Dossier Médical Partagé).
- Le management est un élément essentiel de la performance hospitalière.

- Le contexte et la médecine changent.

- De l'aigu, on passe au chronique.
- De l'individuel aux pandémies.
- Du curatif au préventif.
- Le tout dans un souci plus marqué d'intérêt pour la santé publique et l'environnement.

- Les malades changent.

- Ils sont plus éclairés.
- Ils sont plus exigeants en matière de qualité et de sécurité.
- Ils évoluent dans leur approche de la conception de santé et de bien-être.
- Ils ont moins confiance dans les professionnels de santé, comme dans le système.

Modérateur

Monsieur Alain
COULOMB

Application 4.1 - Rééducation post-traumatologie et chirurgie orthopédique

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Description d'une prise en charge de rééducation post-traumatique liée ou non à une chirurgie orthopédique.

Pr Serge Poiradeau, médecin rééducateur et réadaptateur, Hôpital Cochin, AP-HP

Plusieurs approches concernant la place de la rééducation en orthopédie sont passées en revue.

Autour de l'intervention

- Il existe des recommandations d'experts sur l'intérêt d'une rééducation en pré- ou postopératoire après pose de prothèse de hanche et de genou (Annale de médecine physique et réadaptation). Le potentiel de patients est énorme, avec des résultats d'analyse coût/efficacité qui pourraient être intéressants.
- Le champ du préchirurg quant à lui, nouveau. Rééduquer de manière intensive avant l'intervention pour que la pose coûte moins cher et soit plus efficace est une idée nouvelle.

Autour de la fracture

- En ce qui concerne la prévention des chutes après une première fracture, il n'y a pas d'evidence based medicine. Mais les patients qui sont tombés et se sont fracturé un membre sont particulièrement à risque de retomber. La prévention secondaire joue donc là un rôle essentiel.
- Si le patient est mobilisé à 3 jours d'une fracture supérieure de l'humérus non chirurgicale, l'autonomie à 3 mois est meilleure. Reste à le prouver.
- Après chirurgie rachidienne, une récupération active est plus effective.

Besoins exprimés

- ▶ La grande hétérogénéité des pratiques post-chirurgicales nuit à l'évaluation de l'efficacité de la rééducation.
- ▶ La prévention des chutes est un enjeu médico-économique.

▶ Il existe un déficit d'institutions de soins de suite et réadaptation.

▶ Il est urgent de proposer des alternatives aux coûts de l'hospitalisation.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Des séjours thermaux s'imposent comme des modèles sécurisant de rééducation.

Propositions thermales

- Le thermalisme propose des programmes de prévention des chutes.
- à Le thermalisme propose des alternatives dans le domaine, post-chirurgical en soins de suite...
- Dans le processus de soins, on peut envisager ainsi une nouvelle filière :
 - 1) séjour court, soins de l'aigu,
 - 2) moyen séjour, centre de soin intensif de rééducation,
 - 3) un séjour moyen psycho-médicosocial en station thermale,
 - 4) un retour au domicile.

Légitimité d'un séjour thermal

- L'environnement thermal a les moyens, les outils, les compétences pour se placer dans le parcours de soins de suite et réadaptation.
- La population de patients en attente ou avec une prothèse est en augmentation.
- Le thermalisme se prévaut d'assurer une prise en charge globale.
- La station offre un modèle de rééducation, qui est sécurisant. Elle met le patient au cœur d'une situation. Il est acteur de sa prise en charge. La démarche thermale l'accompagne dans sa prise d'autonomie.

Contraintes/ouvertures

- Le centre thermal ne possède pas le statut de centre de soins de suite. Faire une proposition créative.

- Les contrats doivent être passés avec les centres hospitaliers pour inscrire la prise en charge thermale dans un *continuum*.
- Il y a des besoins d'étude de coût/efficacité; il existe la possibilité de rentrer dans les appels d'offres des PHRC (Plan Hospitalier de Recherche Clinique).

- Proposer aux ARH de construire et modéliser un ou plusieurs programmes de rééducation ou de prévention dans des filières de soins.
- Réfléchir aux problèmes du financement et de la répartition géographique de l'offre de soins.

Application 4.2 – Rééducation cardiaque

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Description d'un environnement autour de la rééducation cardiaque

Pr Jean-Marie Casillas, service de réadaptation vasculaire, CHU de Dijon

• Les indications de cette réadaptation physique basée essentiellement sur un réentraînement sont: le post-infarctus, le coronarien, l'insuffisance cardiaque chronique, l'artériopathie des membres inférieurs, les suites d'angioplastie ou de remplacement valvulaire.

• Ré-entraîner à l'effort des patients cardiaques améliore la survie de 25 % à 30 %.

On assiste avec cet entraînement à l'effort à un meilleur contrôle des facteurs de risques, et un impact sur les dysfonctions ischémiques. Le patient améliore ses performances métaboliques, organiques, biochimiques et physiques. La fatigue recule et on assiste à une meilleure réinsertion socioprofessionnelle. Le patient cardiaque améliore sa qualité de vie, son autonomie, sa distance de marche. La morbidité est réduite.

• Cette rééducation nécessite un plateau technique minimal et la présence de médicaux, de paramédicaux (diététicien, kiné, infirmier) et une convention avec un service d'urgence.

En pratique, le plateau technique doit permettre :

- d'évaluer les capacités à l'effort,
- de mesurer la force musculaire,
- de tester la marche,
- d'entraîner l'organisme globalement, mais aussi

d'une manière segmentaire,
- d'ajouter l'électrostimulation.

Besoins exprimés

► L'offre de prise en charge en réadaptation cardiovasculaire est insuffisante, hétérogène, centralisée.

► Une prise en charge globale qui va de la prévention primaire à l'éducation thérapeutique est nécessaire.

► La rééducation est devenue un élément incontournable de la prise en charge en cardiologie.

► Bien sélectionner les patients en amont de la rééducation.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Il existe une adéquation entre les objectifs de ces centres et l'offre thermale.

Propositions thermales

- Des programmes de rééducation à proposer dans des stations expertes, où cohabitent déjà cardiologues, angiologues et paramédicaux.
- La mise à disposition d'une expérience, d'un plateau technique en matière de rééducation cardiaque, et la proximité d'un centre d'urgence sont des atouts.
- Des programmes de prévention primaire et secondaire peuvent se décliner.
- L'accueil peut se faire en ambulatoire ou en « hospitalisation de jour ».

Application 4.2 - Rééducation cardiaque

Légitimité d'un séjour thermal

- La réadaptation peut se faire en ambulatoire.
- La présence actuelle en station d'un accueil pluridisciplinaire facilite la mise en place de tels programmes.
- Le patient en cure est disponible.

Contraintes/ouvertures

- Le principe de précaution.
- La présence de professionnels formés.
- Le plateau technique normé.

Application 4.3 - Accueil des grands brûlés

EXPOSÉS INTRODUCTIFS

Description d'un problème spécifique : prise en charge des grands brûlés

Pr Daniel Wassermann, service des brûlés, Hôpital Cochin, AP-HP

Dr Jean-François Lanoy, Etablissement de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), Saint-Sébastien-de-Morsent

• Epidémiologie

- 400 000 brûlés par an nécessitent des soins.
- Entre 7 000 et 10 000 hospitalisations sont nécessaires.
- 3 500 dans des centres spécialisés.
- 1 000 décès par an pour suite de brûlures.
- L'épidémiologie n'évolue pas beaucoup et les populations touchées sont essentiellement des moins de 4 ans et les âgés.

• La chaîne de soins optimisée se caractérise ainsi :

Centre aigu → Centre de rééducation → Cure thermique → Chirurgie réparatrice puis de nouveau Centre de rééducation → Cure thermique.

• L'offre actuelle de soins

- 20 centres de grands brûlés, soit 260 lits ; 3 500 patients/an.
- 16 centres de rééducation qui accueillent 35 % des patients de centres aigus.
- 2 stations thermales dédiées.

- La rééducation est un maillon indispensable du traitement du brûlé. Elle dure de 12 à 18 mois.

La rééducation doit contrer la perte d'autonomie, la gêne fonctionnelle, articulaire et esthétique.

Cette prise en charge favorise l'accompagnement du malade physiquement et psychologiquement mais vise aussi à freiner l'atteinte neurologique.

Besoins exprimés

- ▶ Seulement 30 % des patients ont accès au parcours de soins recommandé.
- ▶ La rééducation est un maillon indispensable du traitement du brûlé.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Les cures ont déjà fait valoir leurs compétences reconnues en matière d'accueil global des brûlés.

Propositions thermales

- Une prise en charge globale proposée (soins, rééducation, suivi psychologique).
- Des ateliers d'information et de formation thérapeutique qui soutiennent.
- Favoriser l'inscription de la cure dans un continuum de soins protocolisé, et donner l'accès à plus de patients.
- Décliner des séjours de différentes longueurs.

Légitimité d'un séjour thermal

- La prise en charge en station thermale favorise la maturation cicatricielle, permet de poursuivre la réadaptation fonctionnelle, la reconstruction de l'image corporelle et psychologique et contribue à améliorer le retour à une vie sociale.
- La cure a un effet anti-inflammatoire.

Contraintes/ouvertures

- Evaluer après la cure la qualité de vie, l'amélioration du prurit et de la souplesse de la peau. Evaluer les ateliers et la prise en charge actuelle.
- Mettre en place un registre afin de faciliter l'intégration des brûlés dans la filière.

Application 4.4 - Soins de suite en oncologie

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Description d'une prise en charge innovante : soins de suite en oncologie

Pr Yves-Jean Bignon, cancérologue, génétique médicale, oncologie médicale, CLCC Jean Perrin, Clermont-Ferrand.

- Epidémiologie du cancer du sein
 - 43 000 nouveaux cas de cancer du sein/an/en France,
 - 11 000 décès/an,
 - Doublement de l'incidence en 25 ans.
- Les facteurs de risque de cancer du sein :
 - 5 à 10 % ont une origine héréditaire monogénétique,
 - 10 à 30 % présentent un profil génétique,
 - 60 à 85 % ont un cancer sporadique.
- Il existe des facteurs de protection et de prévention primaire, secondaire et tertiaire :
 - la nutrition, l'exercice physique, la maîtrise du poids,
 - le surpoids est un facteur évident du risque de récurrence.

Besoins exprimés

- ▶ Les femmes expriment leur attente en soins de suite après cancer du sein.
- ▶ Les centres de convalescence actuels ne sont pas adaptés à ces cas.

- ▶ Il faut prévenir les récurrences par des moyens médico-économiques.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Le thermalisme a la capacité, dans un élan médical préventif et humaniste, de répondre à des besoins simples mais quotidiens des malades.

Propositions thermales

- Un accueil en prévention tertiaire avec 15 jours de cure.
- Un regroupement homogène de malades, un partage de l'information, des messages éducatifs et d'hygiène de vie, et un encouragement à l'activité physique s'associent à un accompagnement diététique.

Légitimité d'un séjour thermal

- Les stations thermales sont des structures légères et pluridisciplinaires.
- Une étude pilote est menée en Auvergne dans ce cadre.
- D'autres prises en charge similaire se déclinent : le lymphœdème du bras.

Contraintes/ouvertures

- L'évaluation est nécessaire et incontournable pour une déclinaison potentielle : attendre les résultats d'études médicales et médico-économiques en cours.
- Former les personnels.



Conclusion du modérateur de la table ronde n° 4

- Le thermalisme s'inscrit dans ce modèle de soins de suite et de réadaptation. Il doit s'appuyer sur ses points forts pour répondre à des besoins émergents, car il se situe au carrefour de l'offre et de la demande.
- Il existe des programmes exportables qui demandent des évaluations complémentaires ou initiales. A partir de l'expérience de certains centres thermaux, il est possible de se positionner dans un savoir-faire et une potentialité, sans oublier de prendre en compte les obstacles sécuritaires et l'aspect financier.
- Insister sur la valeur interdisciplinaire et interprofessionnelle de la prise en charge en soulignant le modèle de type éducationnel et non prescriptif de la rééducation et de la réadaptation qui s'accorde au modèle thermal. La cure est un moment privilégié pour convaincre le patient de l'intérêt éducatif. Le séjour thermal est en effet à la confluence du biomédical et du sociétal.

Partenaires et institutions à sensibiliser:

- SFETB (Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures)
- SFR (Société Française de Rhumatologie)
- SOFCOT (Société Française de Chirurgie Orthopédique)
- SFC (Société Française de Cardiologie)
- INCA (Institut National Contre le Cancer)
- CLCC (Centres de Lutte Contre le Cancer)
- Conseils régionaux et collectivités locales
- DGS (Direction Générale de la Santé)
- ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation)
- CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)

Compte-rendu de la table ronde n° 5

9 novembre 2007 – Résidence Maxim's à Paris

Les stations thermales, relais du bien-vieillir

Les stations thermales ont déjà des compétences et de l'expérience dans l'accompagnement du vieillissement. La question de la structuration de cet accueil se pose donc naturellement.

En gériatrie, il existe plusieurs étapes d'entrée en vieillesse, qui ne sont pas forcément liées à l'âge.

L'essentiel des personnes âgées est dit « autonome » et représente 60 % de la génération.

Le deuxième groupe est dit dépendant, il rapproche 10 % de cette population.

Entre les deux, il existe un groupe de personnes âgées fragiles en pleine phase de transition, et qui correspond à 30 % de cette population âgée.

Le professeur Bruno Vellas, gérontologie clinique, CHU Toulouse anime la table ronde et précise les données.

- En quelques trimestres, ces personnes particulières dites fragiles risquent de basculer dans la dépendance. Le thermalisme et ses ressources seraient une réponse pour cette population. Il permettrait aux personnes âgées autonomes de garder le plus longtemps possible leur indépendance et pour les autres de freiner, ralentir, voire empêcher ce processus de la fragilité vers la dépendance.
- Les établissements thermaux peuvent jouer un rôle au niveau de la prévention : une cure adaptée est l'occasion de sensibiliser sur les problèmes du vieillissement, de la mémoire et de l'activité physique en particulier.
- En ce qui concerne Alzheimer, des traitements arrivent sur le marché, qui vont permettre de stabiliser les malades ou de freiner le rythme d'évolution de la maladie. Une proposition de séjour thermal pour les malades au stade léger et, plus encore, leurs aidants serait bénéfique et bienvenue.

Modérateur

Professeur
Bruno VELLAS

Application 5.1 - Prise en charge des malades Alzheimer et des aidants

DÉBAT INTRODUCTIF

Prise en charge de malades atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants

Pr **Sandrine Andrieu**, pôle Santé Société, faculté de médecine de Toulouse

• Photographie de la maladie d'Alzheimer

- 850 000 cas chez les plus de 65 ans.
- 250 000 nouveaux cas chaque année.
- La morbidité est importante et la durée moyenne de la maladie est de 10 ans.
- Seuls 20 000 cas sont pris en ALD.

• Coût

Le coût médical est faible 4 000 €/an. Mais le coût de la prise en charge médicosociale est important, 26 000 € en institution et 13 000 €/an au domicile, (le temps familial n'est pas décompté).

• Impacts de la maladie

La maladie impacte sur l'entourage, la famille, le conjoint (66 %).

Il existe un risque de dépression chez 30 % des aidants. Par ailleurs l'épuisement physique et l'apparition de problèmes musculo-squelettiques se remarquent chez les aidants.

Besoins exprimés

► Elaborer des modes de prévention de la maladie, primaires, secondaires et tertiaires.

► Repérer l'aidant et prévenir ses souffrances.

► Combler le manque de structures d'accueil pour les malades (répit).

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Un séjour thermal peut répondre à la double problématique malade/aidant, au stade précoce de la maladie.

Propositions thermales

- Dépister les personnes à risque et prévenir par des ateliers mémoire, équilibre, nutrition, activité physique.
- Au stade léger de la maladie, une prise en charge en station thermale du malade peut être un moment de stimulation cognitive (atelier mémoire) et un encouragement à l'activité physique.
- Pour l'aidant, la station peut proposer un bilan médical, des soins, une information sur la maladie et des structures d'hébergement adaptées et partagées (structure dite « de répit »).

Légitimité d'un séjour thermal

- Le thermalisme sait répondre à des prises en charge à visée physique et psychoneurologique légère.

Contraintes/ouvertures

- Trouver des financements et des partenariats: CRAM, FNAS, SEPAM, Association d'Aide aux Aidants, réseaux de soins, Association France Alzheimer, Conseils généraux.
- Repenser l'accueil et l'hébergement aidant/malade.

Application 5.2 - Stages de préparation à la retraite

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Les stages de préparation à la retraite

Dr Jean-Pierre Aquino, gériatre, médecin de santé publique, Clinique de la Porte Verte - Versailles,

- L'âge moyen actuel du départ à la retraite est de 57 ans. Ce constat conduit à une réflexion sur la prise en charge « du bien-vieillir » des jeunes retraités et des futurs retraités. Cette population actuelle de jeunes retraités est exigeante, active et socialement très investie, mais pourrait être mieux prévenue au niveau de leur santé.

Par ailleurs, les retraités sont confrontés au nouveau phénomène de la « deuxième retraite », qui surprend les septuagénaires au début de leur soixante-dixième année.

- Définition et modèles du bien-vieillir
 - Continuer à faire face à l'absence de maladies ou de facteurs de risque, avoir des activités physiques et cognitives satisfaisantes, avoir une vie sociale active (Rowe).
 - Tirer le meilleur parti de compétences qui se sont réduites, par la sélection, l'optimisation, la compensation (Baltes).
 - Souligner l'importance de la responsabilité de l'individu et de son comportement face au vieillissement et le rôle déterminant de l'environnement (Riley).
- Des propositions à travers le Plan Bien vieillir (160 millions d'euros) ont déjà été faites et se résument à :
 - des séminaires de deux ou trois jours de préparation à la retraite quand le salarié est encore actif,
 - une consultation médicale au départ à la retraite et un dépistage des facteurs de risque,
 - une approche psychosociale sous la forme d'un passeport pour une retraite active,
 - une transmission du dossier médical de la médecine du travail à l'individu.

Besoins exprimés

- ▶ Multiplier les occasions d'accompagner le départ à la retraite.
- ▶ Motiver l'ensemble de cette population pour une prise de conscience au niveau prévention, social, sanitaire et psychologique.
- ▶ Travailler sur deux fronts : le bien-vieillir et les maladies chroniques.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Un séjour thermal est un lieu privilégié pour croiser les thématiques adaptées aux retraités.

Propositions thermales

- Installer le séjour thermal dans un continuum pré-retraite, entrée en retraite, retraite.
- Dépister et prévenir les facteurs de risque liés au vieillissement.
- Utiliser ce temps de cure pour l'éducation sur différents plans, physique, diététique et psychorelationnel.
- Orienter les séjours vers des thématiques : mémoire, équilibre, nutrition, troubles du sommeil, iatrogénie, aide aux aidants, conjugopathie.

Légitimité d'un séjour thermal

- 300 000 curistes sont retraités ; ils ont des maladies chroniques, mais aussi du temps, et une volonté de bien vieillir.
- Les curistes forment des groupes assez homogènes de patients.

Contraintes/ouvertures

- Établir des partenariats avec les institutionnels de la prévention en santé, mais aussi avec les caisses de prévoyances.
- Elargir le recrutement ou l'accessibilité de professionnels en station thermale : psychologue, sexologue, notaire, assistante sociale, psychiatre, diététicienne.

Application 5.3 - Le bien-vieillir, nouvelle indication du séjour thermal

EXPOSÉ INTRODUCTIF

Bien vieillir et séjour thermal

Pr François Piette, gérontologue, Hôpital Charles Foix, Ivry

- Le programme Bien vieillir date de 2003. Il souligne l'importance de la promotion de la santé et du bien-être en s'appuyant sur trois axes: activité physique, alimentation adaptée et amélioration de la qualité de vie (vecteurs intergénérationnel et touristique).
- Les médecins thermaux ont besoin des gériatres ou des médecins traitants et les gériatres ont besoin des médecins thermaux. Un maillage doit se créer autour de la personne vieillissante, avec des consultations de prévention, des dépistages et des périodes d'entraînement (programmes en séjour thermal).
- La consultation de prévention n'est efficace que si elle débouche sur des propositions de programmes.
- L'exercice physique favorise la reconstruction musculaire et donc l'autonomie. Par ailleurs, il facilite le transit intestinal. Il a un impact sur la qualité du sommeil, les douleurs et les rhumatismes, sur l'équilibre, la prévention des chutes et sur l'ostéoporose.

Besoins exprimés

- ▶ Maillage médecins généralistes et thermaux pour un meilleur accompagnement et suivi de la personne âgée.
- ▶ Organisation de séjours thermaux à objectifs de dépistage et de prévention.
- ▶ Motivation matérielle et institutionnelle autour de l'encouragement à l'activité physique.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Un séjour thermal est un lieu privilégié pour croiser les thématiques adaptées au vieillissement. Il permet d'évaluer les fonctions cognitives, les capacités physiques, les caractéristiques diététiques, de ré-entraîner la personne ou de l'orienter.

Propositions thermales

- Une consultation de prévention.
- Des programmes d'activité physique adaptés.
- Des suivis de cohortes pour les études sur l'impact de prise en charge des personnes âgées fragiles.

Légitimité d'un séjour thermal

- C'est un lieu de villégiature, agréable, apprécié avec des équipements adaptés pour encourager l'activité physique.
- Les curistes actuels sont déjà sensibilisés à la health attitude.
- Les eaux chaudes, la crénothérapie et les mouvements sont performants sur le plan de la mobilité.
- Le séjour thermal représente ce moment de rupture avec le quotidien bénéfique pour l'âgé.

Contraintes/ouvertures

- Le manque d'*evidence based medicine* liée au thermalisme.
- Formation des professionnels de santé aux problématiques gérontologiques.

Application 5.4 - Ostéoporose - école de l'os

EXPOSÉ INTRODUCTIF :

Médecine thermique et os: une école de l'os?

Pr **Christian Roux**, rhumatologue, Hôpital Cochin

- L'ostéoporose a un impact sur la morbidité et la mortalité.
- Deux moyens servent l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie: la prévention des risques de chute et la prise de conscience de l'importance de la qualité de l'os.
- Il existe des médicaments, mais moins d'une patiente sur quatre est traitée. Il s'agit donc d'être plus efficace et de donner accès au traitement à la bonne cible, c'est-à-dire aux malades ayant déjà fait une fracture. Deuxièmement, il faut favoriser l'observance par une éducation thérapeutique. En effet, seulement 14 % des patientes qui ont eu une première fracture sont traitées. Enfin, une évaluation des carences en vitamine D puis un traitement si besoin diminuent le nombre de chutes et de fractures.
- Les médecins généralistes n'attachent pas assez d'importance à l'ostéoporose. Les moyens de communication actuels sur la maladie ne donnent pas de bons résultats sur l'observance. Résultat: il existe une vraie carence dans la prise en charge de l'ostéoporose en France.

Besoins exprimés

- ▶ Dépister les personnes à risque de fracture.
- ▶ Motiver et responsabiliser les patientes pour une meilleure observance.
- ▶ Proposer des séjours dédiés ou des programmes complémentaires.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

En cure thermique, les gens sont présents trois semaines. Ils sont disponibles, ils ont du temps et sont sensibilisés.

Propositions thermales

- Dépister l'ostéoporose.
- Faire de la pédagogie, informer sur la maladie, insister sur l'observance thérapeutique. Expliquer l'ordonnance des biphosphonates.
- Associer la prise en charge globale à de l'éducation nutritionnelle, de l'activité physique et une prévention des chutes.

Légitimité d'un séjour thermal

- En cure thermique, il existe déjà un regroupement de femmes à risque.
- Certaines stations ont mis en place un protocole pour favoriser le dépistage (ostéodensitométrie).

Contraintes/ouvertures

- Démontrer l'efficacité de ces programmes en station thermique.
- Assurer un meilleur suivi entre le médecin thermal et le médecin traitant.



Conclusion du modérateur de la table ronde n° 5

- L'accompagnement du bien-vieillir s'inscrit dans les objectifs du thermalisme par le biais de l'accompagnement des malades chroniques. Mais l'activité doit élargir sa gamme de séjours pour proposer des programmes adaptés aux besoins : la maladie d'Alzheimer au stade précoce, l'ostéoporose, la diminution des capacités physiques ou cognitives.
- Il est nécessaire pour le thermalisme de s'approprier de nouveaux métiers et d'accéder à un niveau d'efficacité standardisée qui réponde à des normes.
- La démarche prévention/éducation s'articule autour de trois axes principaux : l'activité physique, la nutrition, l'éducation thérapeutique, et pour les malades Alzheimer elle s'inscrit dans l'aide aux aidants.

Partenaires et institutions à sensibiliser

- DGS (Direction Générale de la Santé)
- SFGG (Société Française Gériatrie et Gérologie)
- SFMG (Société Française Médecine Générale)
- INPES (Institut National Pour l'Éducation en Santé)
- Caisses de retraite
- Plan d'amélioration de la qualité de vie
- Plan Bien vieillir
- CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie)
- Organismes d'assurance maladie complémentaire (mutuelles et assurances)
- Association d'Aide aux Aidants : www.aidants.fr
- Association France Alzheimer : www.francealzheimer.org
- Réseau de soins Bien vieillir
- Conseils généraux

Compte-rendu de la table ronde n° 6

18 octobre 2007 – Maison de la mutualité à Paris

La station thermale, observatoire de santé

Depuis les ordonnances de 1945-1947, le thermalisme est une composante du système de santé et concourt à la prise en charge des pathologies chroniques et invalidantes. Mais comme toute thérapeutique, le thermalisme doit répondre scientifiquement de ses résultats.

L'Association Française de Recherche Thermale, l'AFRETh a donc mis en place depuis 3 ans des études médico-économiques pour évaluer le Service Medical rendu (SMR).

Aujourd'hui d'autres questions s'imposent: le champ du thermalisme a-t-il toute sa pertinence? Comment utiliser ses potentialités et développer d'autres approches sanitaires?

Le professeur Salamon, Santé publique – ISPED, CHR de Bordeaux, anime la table ronde. Il soulève la question de l'intérêt pour une station thermale d'être un observatoire de santé. Les stations sont le siège de regroupement de populations de curistes et d'accompagnants qui peuvent potentiellement présenter un intérêt d'observation.

Peut-on par ailleurs utiliser le thermalisme pour autre chose que ce pourquoi il est utilisé aujourd'hui?

- La cure peut-elle être un lieu privilégié d'observatoire de santé et de suivi de cohortes (définition et technique)?
- L'éducation, la promotion de la santé en cure sont-elles des évidences?
- Quel dépistage peut-on imaginer en cure, quels problèmes vont en découler en conséquence?

Modérateur

Professeur
Roger SALAMON

Application 6.1 - Le suivi de cohorte, méthode d'évaluation du thermalisme

EXPOSÉS INTRODUCTIFS

Les cohortes en population, apports pour l'évaluation

Pr Marcel Golberg, médecin de santé publique, Hôpital national, Saint-Maurice

Aspects informatiques liés aux suivis de cohortes

Mr Gilles Palmer, ISPED, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, Université V. Ségalen, Bordeaux

• Evaluation épidémiologique

Les méthodes d'évaluations épidémiologiques mesurent deux notions :

- L'utilité: c'est le bénéfice individuel, à court ou long terme, pour les personnes qui bénéficient effectivement de l'intervention. Le modèle de référence d'évaluation de l'utilité est l'étude expérimentale, à partir de l'essai randomisé, en double aveugle.
- L'efficacité: c'est le bénéfice collectif concernant la « population-cible », y compris les personnes n'ayant pas bénéficié personnellement de l'intervention.

Pour évaluer l'efficacité, on compare des groupes de population tirés au sort, et sur lesquels on a fait ou non une intervention. Si le groupe « avec » a de meilleurs résultats pour le critère de jugement choisi préalablement, on considère que l'intervention est efficace.

• Cohortes longitudinales

Elles permettent le suivi de populations considérées individu par individu. Les cohortes prospectives longitudinales expliquent le rapport entre l'état (de santé) de l'individu et une problématique (faire ou ne pas faire de cure thermique). Elles permettent ainsi un recueil de données avant l'apparition d'une maladie, une sorte de photographie avant la survenue des effets ciblés puis une analyse de trajectoi-

res. On les utilise pour des problématiques de santé étudiées en termes d'états précliniques, d'incidence, de mortalité.

Les cohortes peuvent être spécialisées et précises, avec un effectif réduit, ou « généraliste » c'est-à-dire ouvertes à de nombreuses questions dans le cadre d'une population large (épidémiologie). Cf. l'étude GAZEL.

• Recueil de données

Le recueil de données concerne la collecte, l'environnement, la protection et la confidentialité de ces données.

L'objectif est d'identifier de manière unique une personne afin de chaîner les informations et de reconnaître l'individu quand son matricule ou son nom reviendra.

La priorité est de récolter les informations justes. Il faut ensuite héberger les données et les protéger des agressions naturelles, environnementales et humaines.

Enfin, il faut assurer la confidentialité des données et leur traçabilité.

Au final, il faut rester dans le cadre éthique et législatif de la gestion des données (CNIL).

Besoins exprimés

- ▶ L'intérêt de la santé publique pour les cohortes spécialistes ou généralistes est connu.
- ▶ Les observatoires de populations homogènes permettent des suivis de trajectoire.
- ▶ L'évaluation du thermalisme par le suivi de cohortes est une piste.
- ▶ Le recueil de données nécessite une rigueur méthodologique.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Groupes de patients, curistes fidèles, disponibilité pendant le séjour thermal, environnement sanitaire, le thermalisme a des atouts pour envisager des suivis de cohortes.

Propositions thermales

- Le séjour thermal est un lieu d'observatoire selon des méthodes connues: « Avant/après l'intervention », « Ici, ailleurs, en comparaison » ou « un mixte des deux ».
- Le séjour thermal est un lieu d'évaluation coût/efficacité.
- Le séjour thermal est un lieu expérimentation.

Légitimité d'un séjour thermal

- Les curistes forment un ensemble fidélisé qui peut servir l'élaboration d'une cohorte.
- Un suivi de cohorte en station thermal peut servir l'image, « la publicité » des stations.

Contraintes/ouvertures

- Il est difficile d'évaluer l'efficacité d'une cure thermal avec les critères de l'aveugle et du double aveugle.
- Le recours à un méthodologiste et la rédaction de la bonne question avant toute intention de cohorte, d'étude ou d'expérimentation est incontournable.
- Le recueil de données et le suivi de cohortes sont des activités coûteuses, opposables et chronophages.
- Le promoteur d'un essai clinique est responsable de la conformité administrative, bien que ce soit l'investigateur qui engage son temps et son travail.

Application 6.2 – Dépistage des populations de curistes

EXPOSÉ INTRODUCTIF :

Le dépistage des populations de curistes

Dr Catherine Helmer, épidémiologiste, Université de Bordeaux II.

- La réflexion avant tout dépistage est de plusieurs ordres.
 - Elle s'impose d'abord en termes déontologiques de gravité et de fréquence de la maladie. S'ajoutent le risque pour les tiers ou l'entourage et le coût de cette pathologie.
 - Le deuxième point est la durée de la période pré-clinique, qui doit laisser du temps pour investiguer quand la maladie n'est pas symptomatique. C'est l'intérêt d'un dépistage précoce.

- Ensuite, il faut se poser la question de la validité des tests et outils de dépistage, performants, stables, acceptables par les citoyens (non douloureux) et reproductibles.
- Enfin, il faut avoir une proposition de prise en charge de la pathologie dépistée.

- Un dépistage doit s'inscrire dans un mouvement national. *La semaine de la mémoire, Prendre soin de ses os...*
- Faire la différence entre dépistage et diagnostic précoce.

Application 6.2 - Dépistage des populations de curistes

Besoins exprimés

- ▶ La mise en route d'un traitement thérapeutique après un dépistage.
- ▶ L'éducation et la prévention faites dans un processus de dépistage.
- ▶ Calmer l'anxiété à propos de l'évaluation de la mémoire.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

L'objectif est d'aller vers une diversification: faire mieux et plus pour la santé publique. Les stations thermales peuvent passer de l'espace de dispensation de soins thermaux à des espaces de santé plus généraux, efficaces, utiles.

Propositions thermales

- On pourrait assurer la consultation de prévention des 70 ans.
- On peut proposer des dépistages dits « légers » de l'ostéoporose, du diabète, de l'obésité.

Légitimité d'un séjour thermal

- Des ateliers consacrés à l'équilibre, la mémoire, un suivi diététique et une éducation thérapeutique s'inscrivent dans une prise en charge globale de cure.
- Les curistes représentent 500 000 personnes. C'est un groupe intéressant pour proposer un dépistage.

Contraintes/ouvertures

- La réticence des curistes à se faire dépister: faire de la pédagogie.
- Pour proposer un dépistage, il faut avoir des solutions thérapeutiques ou au moins des moyens de ralentissement de la maladie (Ainsi en est-il de la maladie d'Alzheimer).

Application 6.3 - Maladies chroniques, qualité de vie et thermalisme

EXPOSÉ INTRODUCTIF :

Intérêt en santé publique de l'insertion du thermalisme dans le Plan pour l'amélioration de la Qualité de Vie des Malades atteints de maladies chroniques.

Jean-François Collin, Ecole de santé publique, Nancy.

La place du thermalisme dans le *Plan pour l'amélioration de la Qualité de Vie des Malades atteints de maladies chroniques* (2007-2011).

- Sur les 15 mesures de ce Plan publié au printemps 2007, quatre pourraient être des fils conducteurs pour le thermalisme.

- Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer: Mieux diffuser l'information, participer à l'information/éducation.

Participer à un projet de portail internet sur la thématique des maladies chroniques.

- Elargir la médecine de soins à la prévention: Développer l'éducation thérapeutique du patient. Reconnaître les nouveaux acteurs de la prévention (les agents thermaux, les paramédicaux).

- Faciliter la vie quotidienne :

Personnaliser l'accompagnement du malade chronique.

Formaliser des éléments, des repères pour favoriser l'autonomie.

- Mieux connaître les besoins en qualité de vie des malades chroniques :

Analyser et consolider les données épidémiologiques.

Développer les connaissances des conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie.

Besoins exprimés

► Mieux connaître sa maladie.

► Elargir le champ thérapeutique à la prévention.

► Faciliter la vie quotidienne.

► Mieux connaître les besoins en qualité de vie des malades chroniques.

DÉBAT : PERTINENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE THERMALE DANS CE CONTEXTE

Les espaces thermaux peuvent être utilisés comme de véritables plates-formes d'éducation et de prévention en santé en ciblant le cœur des maladies chroniques.

Propositions thermales

- Mettre en place des « points info » sur des pathologies ou sur l'éducation à la santé.
- Apporter une aide aux aidants (information sur la maladie, gestion des médicaments).
- Participation de la crénothérapie à des études épidémiologiques ou d'observation.

Légitimité d'un séjour thermal

- Le séjour thermal est un lieu de soulagement, il peut devenir aussi le lieu de l'amélioration de la qualité de vie.

Contraintes/ouvertures

- Le thermalisme doit se faire connaître et reconnaître des acteurs de Santé publique.



Conclusion du modérateur de la table ronde n° 6

- Les cures peuvent élargir leurs champs d'action. Les constats actuels décrivent des besoins en plateformes de santé qui répondent à des priorités de dépistage, d'accompagnement de malades chroniques et d'éducation sanitaire.
- Le suivi de cohortes servi par une qualité méthodologique et statistique crédibilise les objectifs thermaux. Il s'associe à un investissement du thermalisme dans un cadre national de dépistage et de prévention qui renforcerait l'image « d'espace de santé » que sont les stations thermales.
- Les curistes sont sensibilisés, ils sont donc répondants, voire demandeurs pour certaines approches (mémoire, chute...) Par ailleurs, la demande d'aide pour l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants est de plus en plus prégnante.
- Pour prendre sa place dans ces champs d'action, le thermalisme doit se faire connaître des acteurs de santé publique.

Partenaires et institutions à sensibiliser

- L'Assurance Maladie, la CRAM
- Institut des données de Santé*
- CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)
- INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé)
- DGS (Direction Générale de la Santé)
- SFR (Société Française de Rhumatologie)
- HAS (Haute Autorité de Santé)

* Organisme en création au service des médecins, qui permettra de regrouper, de classifier et de diffuser, notamment auprès des médecins et des professionnels de santé, les données recensées par divers organismes (hôpitaux, CNAM, etc.). À partir de l'analyse de ces données, l'IDS permettra de réaliser des études sur le système de soins français.



**Liste
des participants
aux tables rondes**

Liste des participants aux tables rondes

► Classement alphabétique

Dr Faïta AICHOUR	Psychiatre	01- DIVONNE-LES-BAINS
M. Rachid AÏNOUCHE	Directeur des Thermes	86- LA ROCHE-POSAY
Pr Jean-Louis ALBAREDE	Gérontologie clinique - CHU	31- TOULOUSE
Dr Etienne ANDRE	Laboratoires FABRE	81- CASTRES
Pr Sandrine ANDRIEU	Faculté de Médecine	31- TOULOUSE
Dr Jean-Pierre AQUINO	Clinique Porte Verte	78- VERSAILLES
Dr Jean-Michel AUGE	Médecin thermal	74- SAINT-GERVAIS-LES-BAINS
Dr André AUTHIER	Rhumatologue	11- RENNES-LES-BAINS
Dr Christian BARTHELEMY	Médecin thermal	52- BOURBONNE-LES-BAINS
Dr Patrick BERGUGNAT	Phlébologue	65- ARGELES-GAZOST
M. Jean-François BERAUD	Directeur THERMAUVERGNE	63- ROYAT
M. Jean-Louis BEROT	Directeur Thermes BEROT	40- DAX
Dr Jérôme BERTHIER	Cardiologue	63- ROYAT
Pr Yves-Jean BIGNON	Cancérologue Centre J. Perrin	63- CLERMONT-FERRAND
Pr Michel BOISSEAU	Faculté de Médecine	33- BORDEAUX
Dr Vanina BONGARD	Faculté de médecine	31- TOULOUSE
M. Alain BONNET	Directeur des Thermes	34- BALARUC-LES-BAINS
M. Daniel BOULIN	Directeur des Thermes	64- SALIES-DE-BEARN
Pr Patrick CARPENTIER	Médecine vasculaire - CHU	38- GRENOBLE
Pr Denis CAILLAUD	Pneumologie - CHU	63- CLERMONT-FERRAND
Pr Jean-Marie CASILLAS	Réadap. cardiologique CHU	21- DIJON
M. Rolland CASTELLS	Président ANMCT	75- PARIS
Pr Jean-Michel CHABOT	Haute Autorité en Santé	93- SAINT-DENIS
M. François CHALUMEAU	Directeur des Thermes	52- BOURBONNE-LES-BAINS
Dr Jean-Baptiste CHARREYRAS	Médecin Thermal	63- CHATEL-GUYON
Mme Astrid CHARLERY	Journaliste santé	75- PARIS
M. Thierry COFFINET	Directeur des Thermes	74- SAINT-GERVAIS-LES-BAINS
Pr Jean-François COLLIN	Ecole de Santé publique	54- NANCY
Dr Christian CORNE	Président FTFC	75- PARIS
M. Alain COULOMB	Consultant	75- PARIS
M. Jean-Marie COUSIN	Secrétaire général CTS	75- PARIS
Dr Paul CROS	Médecin thermal	34- BALARUC-LES-BAINS
Pr Bertrand DAUTZENBERG	Pneumologue Pitié-Salpêtrière	75- PARIS
Dr Evelyne DELREZ-FURY	Dermatologue	86- LA ROCHE-POSAY
M. Bruno DENOYELLE	Cabinet Image et Stratégie	75- PARIS
Dr Hugues DESFOUR	Rhumatologue	34- BALARUC-LES-BAINS
Dr Olivier DUBOIS	Psychiatre	17- SAUJON
M. Thierry DUBOIS	Directeur des Thermes	17- SAUJON
Mme Catherine DUNAND	Présidente des Thermes	61- BAGNOLES-DE-L'ORNE
Dr Michel DUPRAT	Médecin thermal	65- CAPVERN-LES-BAINS
M. Jean-Claude EBRARD	Président du CNETh	75- PARIS
Dr Marie-Christine FORRAT	Médecin Thermal	07- SAINT-LAURENT-LES-BAINS
Dr Monique FOUROT-BAUZON	Allergologue	63- LA BOURBOULE
Dr Alain FRANCON	Rhumatologue	73- AIX-LES-BAINS
Dr Pierre FREZET	Rhumatologue	04- DIGNE-LES-BAINS
Dr Marcel GARNIER	Groupe MEDERIC	75- PARIS
Dr Anne-Cr. GARRIC DELLA VALLE	Médecin thermal	34- LAMALOU-LES-BAINS
M. Romain GIROUD	Dététicien des Thermes	38- ALLEVARD-LES-BAINS

Pr Marcel GOLDBERG	INSERM Unité 687	94- SAINT-MAURICE
Dr Bernard GRABER-DUVERNAY	Rhumatologue	73- AIX-LES-BAINS
M. Michel GUERARD	Président C.T.S.	75- PARIS
Dr Thierry HANH	Médecin nutritionniste	75- PARIS
Mme Catherine HELMER	ISPED	33- BORDEAUX
Pr Christian HERISSON	Rééducation CHU	34- MONTPELLIER
Mme Carole HUDRY	Directrice des Thermes	34- BALARUC-LES-BAINS
Dr Christophe JEAN	Médecin thermal	38- ALLEVARD-LES-BAINS
Pr Claude JEANDEL	Gérontologie clinique CHU	34- MONTPELLIER
Dr Pascal JEAMBRUN	Présidente SFH	75- PARIS
Mme sabine LABATUT	CNAM TS	75- PARIS
Dr Jean-François LANOY	SSR Hôpital La Musse	27- ST-SEBASTIEN-DE-MORSENT
M. Didier LE LOSTEC	Directeur des Thermes	73- BRIDES-LES-BAINS
Dr Michel MARTY	CNAM TS	75- PARIS
Mme Jeanne MELCION	Directrice des Thermes	88- VITTEL
Mme Irène MERCIER	Directrice des Thermes	73- AIX-MARLIOZ
M. Alain MINARD	Directeur des Thermes	17- ROCHEFORT-SUR-MER
Dr Patricia MOINARD	Médecin thermal	65- BAREGES
Dr Pascal MONNET	Médecin thermal	63- ROYAT
Dr René NICOLLET	Médecin conseil des Thermes	65- BAREGES
Dr Françoise NOGUES	Médecin - CNAMTS	75- PARIS
Dr Janick NOILHETAS	Médecin thermal	73- LA LECHERE
Mme Christine NOTO	Infirmière tabacologue	31- TOULOUSE
M. Gilles PALMER	Informaticien ISPED	33- BORDEAUX
Pr François PIETTE	Gérontologie Hôpital Ch. Foix	94- IVRY-SUR-SEINE
Mme Chantal PIQUEMAL	Directrice des Thermes	65- BAGNERES-DE-BIGORRE
M. Jérôme PHELIPEAU	Président Cie Fermière	03- VICHY
Pr Serge POIRAUDEAU	SSR Hôpital Cochin	75- PARIS
Pr Jean-Claude PRAGER	ADIT	75- PARIS
Pr Patrice QUENEAU	Président SFH	75- PARIS
Pr Philippe RAVAUD	Santé publique - Hôpital Bichat	75- PARIS
Dr Christelle RAYMACKERS	Médecin thermal	59- SAINT-AMAND-LES-EAUX
Dr Daniel REKASSA	Médecin thermal	04- GREOUX-LES-BAINS
M. René RETTIG	Président AFRETH	75- PARIS
Pr Michel REVEL	SSR Hôpital Cochin	75- PARIS
M. Bernard RIAC	Président VALVITAL	01- DIVONNE-LES-BAINS
Pr Christian F. ROQUES	Rééducation - CHU Rangueil	31- TOULOUSE
Pr Christian ROUX	Rhumatologie - Hôpital Cochin	75- PARIS
Pr Roger SALAMON	ISPED	33- BORDEAUX
Mme Lisbeth SAUVIAT	Directrice des Thermes	65- ARGELES-GAZOST
Dr Pierre SAVI	Médecin Thermal	66- AMELIE-LES-BAINS
Dr Patrick SEROG	Endocrinologue, nutritionniste	75- PARIS
Mme Joëlle SERRANO	Cabinet Image et Stratégie	75- PARIS
Pr André SOLASSOL	Médecine thermale	88- BAINS-LES-BAINS
M. Dominique SOUBERBIELLE	Directeur des Thermes	65- BAREGES
Dr Sonia STEBLER	Médecin thermal	73- CHALLES-LES-EAUX
M. Didier SUCHET	Directeur des Thermes	73- LA LECHERE
Dr Jean SUFFRAN	Médecin thermal	32- BARBOTAN-LES-THERMES
Dr Jean-Max TEYSSIER	Rhumatologue	40- DAX
M. Thierry THOMAS	Direction des Thermes	38- ALLEVARD-LES-BAINS
Dr Christiane VAUGEOIS	Médecin thermal	09- USSAT-LES-BAINS
Pr Bruno VELLAS	Pôle gériatrie	31- TOULOUSE
M. Denis VEYRIER	Thermale de France	40- DAX
Pr Daniel WASSERMANN	Service des brûlés - Cochin	75- PARIS

D'octobre à novembre 2007, une centaine de spécialistes - médecins, professeurs de médecine, représentants des organismes d'assurance maladie et de complémentaires, économistes de la santé, professionnels du thermalisme - se sont réunis à Paris à l'invitation du CNETh. 6 tables rondes ont permis de mettre en avant les premières pistes de prospective pour le développement du thermalisme français. Les synthèses de ces contributions et leurs conclusions font l'objet du présent ouvrage. Il s'agit de propositions concrètes qui permettront au thermalisme du XXI^e siècle de répondre aux attentes et besoins de la santé publique contemporaine. Prévention, soins de suite, accompagnement du vieillissement : nombreuses sont les pistes ouvertes par ces nouveaux chantiers. Elles méritent d'être explorées et expérimentées dès aujourd'hui !



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