
IMPACT DU LÂCHER-PRISE SUR LES EFFETS D'UNE CURE THERMALE À ORIENTATION PSYCHOSOMATIQUE EN FIN DE CURE ET 4 MOIS PLUS TARD, AUPRÈS DE 27 CURISTES DES THERMES DE SAUJON EN SEPTEMBRE 2016

**FABIENNE LO RE¹, MARTINE LEDRANS², OLIVIER
DUBOIS³, MICHEL BOULANGÉ⁴, GISÈLE KANNY⁴**

Résumé

Cette étude originale menée aux thermes de Saujon (17) auprès d'un échantillon de 27 curistes, visait à étudier le rôle de la détente ressentie au cours des soins proposés en cure thermale à orientation psychosomatique sur l'évolution des manifestations cliniques en fin de cure (à court terme) et 4 mois plus tard (à moyen terme), et à proposer une définition du "lâcher-prise".

Les outils d'évaluation utilisés ont fait appel à des techniques standardisées et publiées dans la littérature pour l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) évaluant l'anxiété et la dépression. Par ailleurs, des outils ont été construits spécifiquement pour l'étude tels que les échelles d'auto-évaluation visuelles analogiques (EVA) pour 13 symptômes psychosomatiques, et des indices pour l'évaluation de la douleur et de son intensité. Enfin, le niveau de détente atteint quotidiennement est mesuré par une échelle graduée de 1 à 4. Le lâcher-prise est défini par un score supérieur ou égal à 3 atteint au moins 7 fois sur la première ou la seconde moitié de cure. L'évaluation est faite en début de cure, puis à court et moyen termes.

Soixante-dix pour cent des curistes ont lâché prise au cours de la cure. Une diminution significative des scores HAD relatifs à l'anxiété et à la dépression est observée à court et moyen termes chez environ 80 % des curistes. L'évolution de la sensation de bien-être mesurée par EVA est favorable à court terme pour 85,2 % des curistes, et à moyen terme pour 65,2 % des curistes. Il existe une amélioration significative de la qualité du sommeil, du nombre de points douloureux et de l'intensité de la douleur. Il existe un lien statistique significatif entre le lâcher-prise et l'amélioration des indices EVA d'anxiété, de tension intérieure, de qualité du sommeil et de bien-être à court terme et de qualité du sommeil à moyen terme.

Les résultats de cette étude préliminaire montrent l'impact d'un niveau de détente élevé atteint au cours des soins reçus dans le cadre d'une cure thermale à orientation psychosomatique, sur l'amélioration clinique des patients. Ils ouvrent la voie au développement d'études pour identi-

-
1. Médecin Inspecteur de Santé Publique. Courriel : fabylore1@gmail.com
 2. Épidémiologiste
 3. Psychiatre, Président du directoire des thermes de Saujon
 4. Service d'Hydrologie et climatologie médicales, Faculté de Médecine de Nancy

fier les déterminants du lâcher-prise, afin d'en affiner la définition et d'offrir les conditions d'accueil et organisationnelles les plus propices au lâcher-prise, et donc à l'amélioration clinique des curistes.

Mots clés : Crénobalnéothérapie, médecine thermale, troubles anxieux généralisés, anxiété, troubles dépressifs, lâcher-prise

Abstract

Impact of "letting-go" on the effects of a psychosomatic-oriented thermal therapy at the end of treatment and 4 months later on a sample of 27 patients of the Saujon thermal structure in September 2016

The purpose of this original study conducted in the thermal structure of Saujon (17) France, on a sample of 27 patients, was to study the influence of the relaxation experienced during treatments provided within a psychosomatic-oriented thermal therapy, on the evolution of clinical manifestations at the end of the treatment (in the short term) and 4 month later (medium term) and propose a definition of "Letting go".

The evaluation tools that were used are those standardized and published in literature for the HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) that evaluate anxiety and depression. Additional tools were also specifically designed for this study, such as SEVAS (Self Evaluation Visual Analogue Scales) for 13 psychosomatic symptoms as well as indexes to assess pain and its intensity. Eventually, the level of relaxation achieved on a daily basis was measured on scale of 1 to 4. The "letting go" being determined with a score superior or equal to 3, achieved at least 7 times during the 1st or 2nd half of the treatment.

The evaluation was performed at the beginning of the therapy, then in the short and medium terms. 70 % of the patients did "let go" during the therapy. A significant decline in the HAD scores relative to anxiety and depression was observed in the short and medium term on 80 % of the patients.

The evolution of the feeling of "well being" measured by SEVAS is, in the short term, favorable for 85.2 % of the patients and in the medium term for 65.2 % of them. There is a significant improvement with regards to the quality of sleep, the number of pain points and the intensity of pain.

There is a significant statistic link between "letting-go" and the improvement of SEVAS indexes relative to anxiety, internal tension, quality of sleep and well-being in the short term, and in the quality of sleep in the medium term.

The results of this preliminary study show the impact of a high level of relaxation, achieved during treatments provided within a psychosomatic-oriented thermal therapy, on the clinical improvement of patients. They pave the way for the development of studies exploring the key factors of the "letting-go" with a view to enhance its definition and offer the conditions of care and organization most favorable to "let-go", hence, leading to patients' clinical improvement.

Key words : Crenobalnéotherapy, thermal medicine, generalized anxiety disorder, anxiety, depressive disorders, thermalism, letting-go

Introduction

Le bien-être mental est une composante essentielle de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé. Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté [15].

Sous l'effet de l'accélération des mutations de la société actuelle, les individus sont

exposés à des périodes de stress de plus en plus longues et peuvent développer une symptomatologie psychosomatique : anxiété, fatigue, dépression et tout un cortège de symptômes cliniques.

La médecine conventionnelle propose une large gamme de psychotropes dont les effets secondaires ne sont pas négligeables. La France se situe au deuxième rang des pays européens pour la consommation de ces traitements [1].

Le besoin d'une prise en charge prenant en compte la personne dans sa globalité a contribué à l'essor d'autres approches : méditation, techniques corporelles ou médecines dites "douces" [4]. Certaines d'entre elles sont reconnues comme médecines alternatives et complémentaires (MAC) par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Il a ainsi été démontré que la pratique de la méditation conduit à une diminution des marqueurs physiologiques du stress [16].

Plus le monde dans lequel nous vivons, impose maîtrise, obligation de performance et d'organisation, plus le terme "lâcher-prise" est proposé comme moyen d'y faire face. Pour Tardan-Masquelier, lâcher-prise signifie s'abandonner et plus précisément, "se déposer". Le lâcher-prise débute dans le corps : "C'est une expérience physique de relâchement des tensions" [18]. Il pourrait s'agir d'une attitude globale consistant à mettre au repos ses processus de défense psychique lorsqu'ils ont pris le dessus sur les modes de réaction habituellement adaptés.

Pendant 3 semaines, la cure thermale permet de se soustraire aux agents générateurs de stress, de bénéficier des effets sédatifs des soins thermaux prodigués au corps, de travailler sur ses comportements et réactions par une approche psychoéducative pour ne pas se laisser envahir par le stress [9,11-12,17].

Ainsi, la crénothérapie peut être considérée comme une thérapie complémentaire permettant le processus d'abandon évoqué plus haut, facteur contribuant au lâcher-prise. En France, cinq établissements thermaux sont agréés pour le traitement des affections psychosomatiques. En 2017, selon les données du Conseil national des établissements thermaux (Cneth), ils ont accueilli 9720 curistes ce qui représente 1,62 % de l'activité thermale du pays.

Plusieurs études ont démontré l'intérêt de la crénothérapie à orientation psychosomatique sur l'état clinique et psychique des curistes anxieux, dépressifs, présentant des troubles du sommeil ou fibromyalgiques, accompagné d'une diminution de la consommation de psychotropes [2,7-8,10,12-14,19-20].

L'étude que nous présentons a été réalisée aux thermes de Saujon. Elle a pour objectif de rechercher les facteurs impliqués dans le processus d'amélioration clinique des curistes.

Les objectifs opérationnels de cette étude sont les suivants.

- Étudier les niveaux de détente atteints par les curistes et leur évolution au cours de la cure thermale afin de proposer une définition du lâcher-prise pouvant être utilisée d'une manière standardisée.
- Identifier parmi les caractéristiques socio-économiques et les antécédents des curistes des facteurs pouvant influencer l'accès au lâcher-prise.
- Évaluer l'évolution clinique des curistes.

- Explorer les effets de l'atteinte d'un certain niveau de détente lors des soins quotidiens sur l'amélioration clinique des curistes en fin de cure (à court terme) et 4 mois plus tard (à moyen terme).
- Proposer des pistes d'amélioration des modalités de déroulement des cures thermales pour mieux répondre aux besoins des curistes.

Matériel et méthode

Population d'étude

L'étude "Saujon LP" (Lâcher-prise) est une étude prospective transversale, sur un échantillon de convenance (curistes volontaires). Il a été proposé aux 120 curistes débutant leur cure le 12 septembre 2016 d'y participer.

Déroulement de l'étude

L'étude a été menée entre le 12 septembre 2016 et le 10 février 2017.

Le recueil de données a été réalisé par le médecin investigateur à l'aide d'un questionnaire standardisé décrit ci-après, renseigné au cours d'entretiens individuels :

- en face à face pendant la cure, les rendez-vous ayant été fixés d'un commun accord entre l'investigateur et le curiste :

- au début de la cure (T0, durée environ 45 minutes),
- en milieu de cure (T1, environ 30 minutes),
- en fin de cure (T2, environ 30 minutes).

- par téléphone après la fin de la cure, les rendez-vous ayant été fixés par échange de courriel ou SMS. Pour faciliter l'entretien, les curistes recevaient quelques heures avant l'entretien, le questionnaire par courriel :

- à 6 semaines (T3, environ 30 minutes),
- à 4 mois (T4, environ 30 minutes).

L'évolution entre le début (T0) et la fin de cure (T2) est considérée comme étant l'évolution à court terme, et celle entre le début et le 4^{ème} mois après la fin de cure (T4) comme l'évolution à moyen terme.

Trente et un curistes ont rempli le formulaire de consentement pour participer à l'étude, trois se sont désistés avant même le premier entretien. Vingt-huit curistes ont participé aux deux premiers entretiens, un curiste a quitté la cure en fin de 2^{ème} semaine et a été exclu de l'étude.

Ainsi, l'échantillon de l'étude est composé de 27 curistes, dont trois ont été perdus de vue à compter du 4^{ème} entretien et un curiste a refusé le dernier entretien.

Les outils de recueil des données

Évaluation du degré de détente atteint au cours de la cure

Le niveau de détente était mesuré par une échelle graduée de 1 à 4 :

- 1 : "je n'ai pas du tout ressenti de détente"
- 2 : "j'ai ressenti une certaine détente mais je suis resté préoccupé par mes pensées tout au long des soins"

- 3 : “je me suis senti très détendu mais pas au point de m’endormir au cours des soins”
- 4 : “j’ai ressenti une détente globale au point de pouvoir m’endormir au cours des soins”.

Chaque curiste devait renseigner quotidiennement après les soins le degré de détente atteint.

Évaluation de l’état clinique du curiste

En début de cure, le questionnaire collectait dans une première partie des informations sur le profil socio-démographique des curistes et leurs antécédents.

La seconde partie du questionnaire évaluait l’état clinique des curistes à chaque entretien, à l’aide des outils suivants :

- *L’échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) [20]*

Cet outil permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Sept questions dont les réponses sont cotées de 0 à 3 explorent chacun de ces troubles. La somme des cotations permet l’obtention de deux scores (total A et total D) dont le maximum atteint 21. Selon le résultat, le score permet de définir 3 profils : symptomatologie certaine, douteuse ou absente. Seul le score numérique sera utilisé pour cette étude.

- *Des échelles d’auto-évaluation visuelles analogiques (EVA)*

Ces échelles mesurent de 0 à 10 l’intensité de 13 symptômes psychosomatiques : sensation de bien-être, anxiété, tension intérieure, craintes, somnolence, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigue, humeur dépressive, signes fonctionnels sensoriels, cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs ou génito-urinaires. L’indice le plus élevé correspond à la présence d’une symptomatologie plus sévère, à l’exception de la sensation de bien-être pour laquelle l’échelle est inversée.

- *Un schéma corporel et une gradation de l’intensité douloureuse*

Cet outil, construit pour l’étude sans référence bibliographique, consiste à demander au curiste de colorier sur un schéma corporel répertoriant 34 zones anatomiques, l’intensité des tensions ou douleurs ressenties selon le code suivant :

- blanc : pas de tension ou douleur (cotation : 1),
- jaune : tension supportable (2),
- orange : tension gênante (3),
- rouge : douleur invalidante (4).

Un indice a été construit en faisant la somme de l’intensité des points douloureux pour chaque curiste. Il donne une indication de l’intensité douloureuse globale ressentie par le curiste.

- *Des outils permettant d’évaluer la qualité du sommeil*

Une échelle d’auto-évaluation EVA mesure de 0 à 10 la sensation de qualité du sommeil, l’indice le plus élevé correspondant à un sommeil de très bonne qualité. Par ailleurs, le recueil de l’heure du coucher, du délai d’endormissement et du nombre de réveils nocturnes, permet de calculer la durée du sommeil.

Saisie des données et analyse statistique

Les données ont été saisies sous Epi-Info 7.2, de manière directement ou indirectement anonyme (pas de nom, prénom, ni date de naissance).

Les données ont été analysées sous Epi-info7.2, Excel et Stata®. Les variables ont été comparées à l'aide d'un test de chi deux (exact le cas échéant) pour comparer des pourcentages, d'un test de Student pour comparer des moyennes quand la distribution des données suivait une loi normale. Dans le cas contraire, le test de Wilcoxon a été appliqué pour comparer des médianes quand il s'agissait de séries appariées et le test de Mann Withney dans le cas de séries indépendantes.

En ce qui concerne l'évolution des symptômes, des douleurs et de la qualité du sommeil au cours et au décours de la cure ainsi que le lien entre le lâcher-prise et cette évolution, l'hypothèse générale était qu'un bénéfice était escompté, c'est pourquoi les tests unilatéraux ont été utilisés quand les conditions le permettaient. Le risque d'erreur alpha retenu est de 5 %, un p inférieur à 0,05 permettant donc de conclure à la significativité du test.

Résultats

Les résultats décrivant la population et les effets du lâcher-prise à court terme porteront sur 27 dossiers. Les résultats sur les effets du lâcher-prise à moyen terme porteront sur 23 dossiers compte tenu des perdus de vue et refus.

Descriptif de la population étudiée

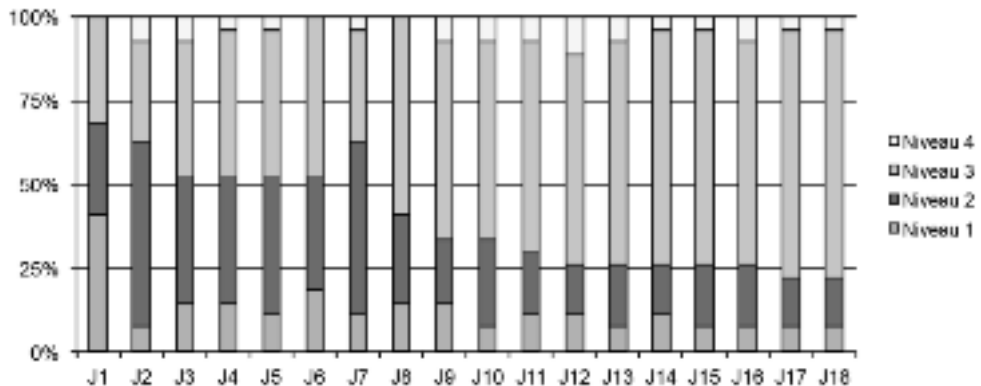
Le descriptif des principales caractéristiques des curistes de l'échantillon est synthétisé dans le tableau page suivante (Tableau 1).

Le lâcher-prise

Le niveau de détente atteint quotidiennement a permis d'élaborer une définition du "lâcher-prise".

Niveau de détente atteint quotidiennement

La distribution observée montre que plus de la moitié des curistes a atteint un niveau de détente au moins égal à 3 à partir du huitième jour de soins (Graphique 1).



Graphique 1 : Distribution du niveau de détente quotidien atteint par les curistes au cours de la cure thermale de Saujon – Septembre 2016

Caractéristiques	Résultats
Sex ratio	0,125 (3 hommes)
Âge	59 % ≥ 60 ans (n=16) Minimum 29 ans, maximum 81 ans Moyenne de 60,7 ans Médiane à 63 ans
Activité	56 % retraités (n=15) 37 % en situation d'emploi (n=10)
Statut au regard de l'Assurance maladie	1 cure pendant les congés annuels 5 arrêts de travail ponctuel 4 congés longue maladie ou maladie longue durée
Indications	74 % troubles anxieux (n=20) 63 % troubles dépressifs (n=17) 59 % troubles du sommeil (n=16)
Durée de la symptomatologie	67 % présentent des troubles depuis plus de 10 ans (n=18)
Retentissement	53,8 % des curistes ont des troubles présents en permanence ou invalidants (n=14)
Antécédents de dépression	26 curistes ont déclaré avoir fait un épisode dépressif dans leur vie dont 59 % au cours des trois dernières années
Antécédents de cure thermale	1 ^{ère} cure à orientation PSY pour 52 % (n=14) 1 ^{ère} cure à Saujon pour 63 % (n=17) 18,5 % des curistes (n=5) sont déjà venus plus de 3 fois à Saujon (max 8)

Tableau 1 : Principales caractéristiques des curistes de l'échantillon Saujon - Septembre 2016

Définition du "lâcher-prise"

Nous avons considéré que le curiste a "lâché prise" s'il déclarait avoir atteint un niveau de détente supérieur ou égal à 3, au moins 7 fois au cours de la première moitié de cure (de J1 à J9) ou de la seconde moitié de cure (de J10 à J18).

Parmi les 27 curistes, 19 ont lâché prise au cours de la cure : 8 dès la première moitié de cure, et 11 au cours de la seconde moitié de cure thermale, 8 curistes n'ont pas lâché-prise. La proportion de curistes ayant lâché-prise est de 70,4 % (IC95 = [52,89]).

Parmi les 8 curistes qui n'ont pas lâché-prise, 3 ont été perdus de vue après la cure. Le curiste qui a refusé le dernier entretien avait lâché prise en seconde moitié de cure.

Les effectifs de ces 3 groupes de curistes étaient insuffisants pour permettre la recherche d'un lien statistiquement significatif entre la précocité du lâcher-prise et l'évolution clinique.

Facteurs intervenant sur le "lâcher-prise"

L'âge, l'activité, l'antériorité des symptômes ne sont pas des facteurs qui influencent le degré de détente atteint pendant la cure.

Les données montrent une tendance pour les curistes qui viennent pour la première fois à Saujon, a moins lâcher-prise que les autres (Tableau 2). Le test de Fisher exact n'est pas significatif, ce qui est probablement lié à un manque de puissance de l'étude.

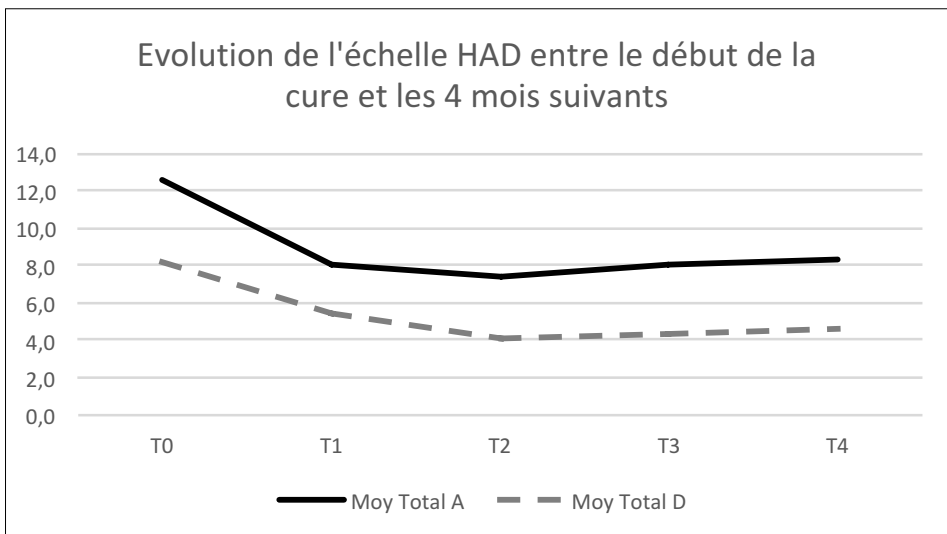
Nombre de cures à Saujon	n'a pas lâché-prise	a lâché-prise	Total
1 ^{ère} cure	7 (41,2 %)	10 (58,8 %)	17
≥ 2 cures	1 (10,0 %)	9 (90,0 %)	10
Total	8	19	27

Tableau 2 : Fréquence du lâcher-prise selon le nombre de cures thermales réalisées à Saujon - Septembre 2016

Évolution des signes cliniques

Les troubles anxieux et dépressifs

L'évolution des moyennes des scores relatifs à l'anxiété (total A) et à la dépression (total D) mesurés par échelle HAD est favorable avec une amélioration par rapport à l'état initial aux différents temps de l'étude (Graphique 2).



Graphique 2 : Évolution des moyennes des scores relatifs à l'anxiété (A) et la dépression (D) de l'échelle HAD – Saujon- Septembre 2016 à février 2017

Il apparaît de façon statistiquement significative que l'évolution des troubles anxieux (Tableau 3) et des troubles relatifs à la dimension dépressive (Tableau 4) est favorable (diminution des scores) pour une grande majorité de curistes que ce soit à court ou moyen terme.

Évolution du score HAD relatif aux troubles anxieux	Court terme N=27	Moyen terme N=23
Diminution	22 (81,5 %)	18 (78,3 %)
Stabilité	3 (11,1 %)	1 (4,3 %)
Augmentation	2 (7,4 %)	4 (17,4 %)
Significativité statistique*	<i>p</i> <10 ⁻⁴	<i>p</i> =0,0003

* test de Wilcoxon

Tableau 3 : Distribution du nombre de curistes selon l'évolution du score HAD relatif à l'anxiété, à court et moyen terme Saujon - Septembre 2016

Nombre de cures à Saujon	n'a pas lâché-prise	a lâché-prise	Total
1^{ère} cure	7 (41,2 %)	10 (58,8 %)	17
≥ 2 cures	1 (10,0 %)	9 (90,0 %)	10
Total	8	19	27

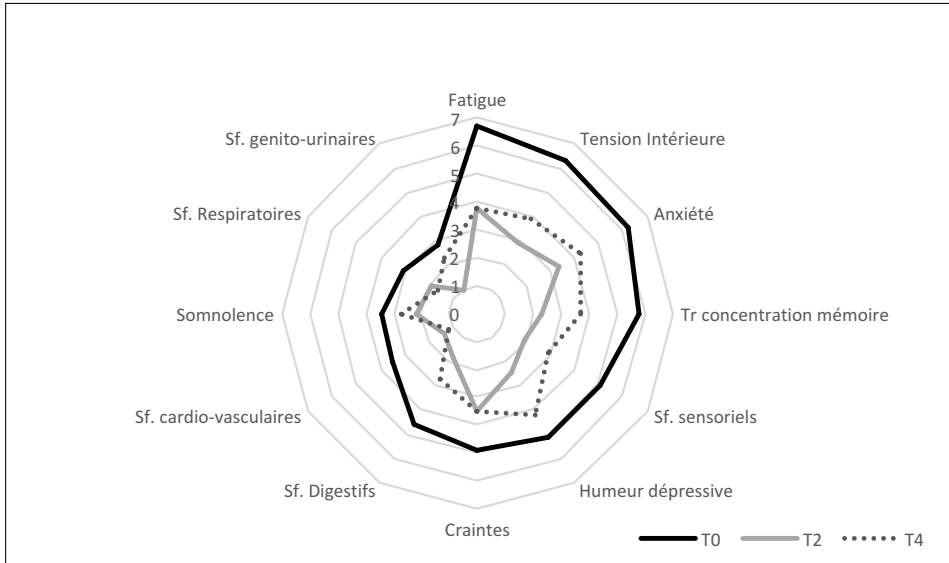
*Sous condition de normalité, un test de Student a été utilisé, sinon, le test de Wilcoxon a été appliqué, les données sont alors présentées en italique.

Tableau 4 : Distribution du nombre de curistes selon l'évolution du score HAD relatif à la dimension dépressive, à court et moyen terme Saujon - Septembre 2016

Évolution de l'intensité des signes cliniques évaluée par EVA

Une évolution favorable des indices moyens mesurés par EVA pour tous les symptômes étudiés est constatée.

Les courbes reliant aux différents temps de l'étude les indices moyens pour chaque signe clinique, montrent une érosion de l'effet bénéfique de la cure dans le temps. L'indice à moyen terme est plus élevé qu'à court terme, mais toujours inférieur à celui noté en début de cure (Graphique 3).



Graphique 3 : Évolution de l'indice moyen des signes cliniques entre le début de cure, à moyen et court terme Saujon - Septembre 2016

Les symptômes pour lesquels l'amélioration est statistiquement significative à court et moyen termes sont : fatigue, tension intérieure, anxiété, troubles de la concentration et de la mémoire, signes fonctionnels sensoriels, digestifs et cardio-vasculaires. Les signes fonctionnels génito-urinaires et l'humeur dépressive s'améliorent de façon statistiquement significative uniquement à court terme. Les signes fonctionnels respiratoires s'améliorent de façon statistiquement significative à moyen terme.

L'ensemble de ces résultats concorde avec l'amélioration statistiquement significative de la sensation de bien-être, favorable à court terme pour 85,2 % des curistes (n=27), et à moyen terme pour 65,2 % des curistes (n=23).

Caractéristiques du sommeil

L'évolution de l'indice EVA mesurant la qualité du sommeil montre une amélioration à court et moyen termes. La médiane de l'indice passant respectivement de 4 en début de cure, à 6 en fin de cure et à 7 quatre mois après la cure. Ces différences sont statistiquement significatives (test de Wilcoxon $p=0,0038$ pour la différence à court terme, et $p=0,0186$ pour la différence à moyen terme).

Le nombre de curistes s'endormant en moins de 30 minutes est significativement plus élevé en fin de cure (n=21) qu'en début de cure (n=11) $p=0,027$. À moyen terme cette tendance n'est pas significative.

Enfin, la moyenne de la durée du sommeil augmente de 36 minutes à court terme et de 32 minutes à moyen terme, sans que cela soit statistiquement significatif.

Points douloureux et intensité

La moyenne du nombre de points douloureux décrits diminue passant de 5,2 en début de cure, à 3,2 à court terme et à 2,3 à moyen terme. Ces différences sont statistiquement significatives (test de Student $p=0,0252$ pour la différence à court terme, et $p=0,0026$ pour la différence à moyen terme).

La même évolution est observée pour le score combiné évaluant l'intensité de la douleur, le score moyen passant respectivement de 16,7 en début de cure à 11 à court terme et à 5,3 à moyen terme. Ces différences sont statistiquement proches de la significativité (test de Student $p=0,0556$ pour la différence à court terme) ou significative ($p=0,0003$ pour la différence à moyen terme).

Les conséquences de la diminution du nombre de points douloureux et de l'intensité de la douleur ressentie se traduisent par une diminution de la proportion de curistes dont la douleur retentit sur l'activité quotidienne passant de 63 % en début de cure, à 22 % à moyen terme.

Effets du lâcher-prise sur l'évolution des signes cliniques

Les signes cliniques retenus sont ceux pour lesquels une évolution favorable significative a été montrée de manière statistique. Il s'agit de :

- l'anxiété mesurée par le score de l'échelle HAD,
- l'anxiété, la fatigue, la sensation de tension intérieure, des troubles de la concentration et de la mémoire et des signes fonctionnels sensoriels, mesurés par l'indice EVA,
- la douleur évaluée par le nombre de points douloureux et le score combiné d'intensité de la douleur,
- la qualité du sommeil et de la sensation de bien-être mesurés par l'indice EVA.

Nous avons comparé les gains moyens à court et moyen termes de la moyenne et la médiane des scores ou indices de chacun de ces symptômes, pour le groupe des curistes qui n'ont pas lâché-prise (LP=0) et le groupe des curistes qui ont lâché prise (LP=1) (Tableau 5).

À court terme, pour tous les signes cliniques (sauf pour les signes fonctionnels sensoriels), le gain du groupe des curistes ayant lâché-prise est supérieur à celui du groupe des curistes n'ayant pas lâché-prise. Il existe un lien statistique significatif entre le lâcher-prise et l'amélioration des indices EVA d'anxiété, de tension intérieure, de qualité du sommeil et de bien-être. Il est proche de la significativité pour le nombre de points douloureux et le score combiné d'intensité des douleurs.

À moyen terme, pour le score HAD relatif à l'anxiété, les indices EVA de l'anxiété, de la tension intérieure, de la qualité du sommeil et du bien-être, ainsi que le nombre de points douloureux et le score combiné d'intensité des douleurs, le gain du groupe des curistes ayant lâché prise est supérieur à celui du groupe des curistes n'ayant pas lâché prise. Il existe un lien statistique significatif entre le lâcher-prise et l'évolution favorable de l'indice EVA de la qualité du sommeil. Cette tendance n'est pas retrouvée pour les indices EVA de la fatigue, des troubles de la concentration et de la mémoire et des troubles sensoriels.

À l'inverse de ces résultats, le gain moyen des moyennes et médianes de l'indice EVA mesurant les signes fonctionnels sensoriels est plus élevé à court terme pour le groupe des curistes n'ayant pas lâché-prise, sans que cela soit significatif.

Enfin, pour l'indice EVA mesurant la tension intérieure, les résultats ne montrent pas d'évolution à court et moyen termes des moyennes et médianes (gain proche ou égal à zéro) pour le groupe des curistes qui n'ont pas lâché prise. En revanche, le gain est important et traduit une amélioration à court terme ressentie dans le groupe des curistes ayant lâché-prise.

En résumé, un lien statistique a pu être montré entre le lâcher-prise et :

- l'amélioration à court terme de l'anxiété autoévaluée par l'EVA,
- l'amélioration à court terme de la tension intérieure,
- l'amélioration de la qualité du sommeil ressentie à court et moyen termes,
- l'amélioration à court terme de la sensation de bien être.

Les résultats étant proches de la signification statistique, ces résultats sont aussi en faveur d'un lien entre le lâcher-prise et :

- la diminution du nombre de points douloureux à court terme,
- la diminution du score combiné d'évaluation de la douleur à court terme (tableau 5).

		Moyenne des différences à court terme (T2 - T0) N=27		Moyenne des différences à moyen terme (T4 - T0) N=23		Significativité statistique*	
		Moy	Méd	Moy	Méd	Court terme	Moyen terme
Score relatif anxiété de l'échelle HAD	LP=0	-3,3	-2,5	-2,8	-3,0	NS	NS
	LP=1	-5,9	-6,0	-4,3	-4,5		
Indice EVA Anxiété	LP=0	-1,0	-0,6	0,15	1,8	<i>p=0,0358</i>	NS
	LP=1	-3,7	-3,8	-2,2	-1,8		
Indice EVA Fatigue	LP=0	-1,3	-1,2	-3,0	-1,5	NS	NS
	LP=1	-3,7	-4,8	-2,5	-2,0		
Indice EVA Tension intérieure	LP=0	-0,6	0	0,1	0	<i>p=0,0073</i>	NS
	LP=1	-4,5	-6,0	-2,9	-1,7		
Indice EVA Troubles concentration et mémoire	LP=0	-2,4	-2,3	-2,2	-2,5	NS	NS
	LP=1	-3,9	-4,0	-1,8	-1,4		
Indice EVA Signes fonctionnels sensoriels	LP=0	-4,0	-4,3	-2,6	-2,5	NS	NS
	LP=1	-2,9	-2,0	-2,0	-2,1		
Nombre de points douloureux	LP=0	-0,6	-0,5	-2,6	-2,0	NS (<i>p=0,0562</i>)	NS
	LP=1	-2,6	-3,0	-3,4	-3,0		
Score combiné intensité douleurs	LP=0	-0,6	-0,5	-8	-7	NS (<i>p=0,0659</i>)	NS
	LP=1	-8	-8	-13,6	-8		
Indice EVA Qualité sommeil	LP=0	0,1	1	-0,1	0	<i>p=0,0185</i>	<i>p=0,0311</i>
	LP=1	2,6	3	1,8	1,5		
Indice EVA Bien-être	LP=0	1,5	1,6	-0,6	-1,8	<i>p=0,0274</i>	NS
	LP=1	3,8	4,3	2,3	2,6		

*Sous condition de normalité un test de Student unilatéral a été utilisé, sinon *le test de Wilcoxon a été appliqué, les données sont alors présentées en italique*

Tableau 5 : Comparaison à court et moyen terme des évolutions des moyennes et médianes des scores et indices des signes cliniques selon le lâcher-prise Saujon – Septembre 2016

Discussion

Cette étude montre une amélioration à court et à moyen termes des 12 symptômes psychosomatiques étudiés. Elle est statistiquement significative à court et moyen termes pour 7 d'entre eux, à court terme pour 2 autres et à moyen terme pour un. Ces résultats sont en concordance avec les études antérieurement publiées [3,5,6,9-11,17,20], notamment pour l'anxiété, la douleur et la qualité du sommeil.

L'originalité de ce travail est la caractérisation du "lâcher-prise" en cure thermale comme l'atteinte d'une sensation de détente importante, engendrant même l'endormis-

sement pendant les soins au moins 7 fois pendant la première ou la seconde moitié de cure (chacune de ces périodes comportant 9 jours de soins). Il convient de noter que la majorité des curistes (70 %) ont ressenti cet état de détente.

Cette étude montre que l'amélioration de l'anxiété, de la tension intérieure, de la sensation de bien-être et de la qualité du sommeil ressentie est plus importante en fin de cure, et ce de façon statistiquement significative pour les curistes ayant lâché prise pendant la cure. Cette amélioration se maintient à moyen terme. Il existe un lien statistique entre le lâcher-prise et une diminution plus importante de la sensation douloureuse. Il convient de souligner que le seul signe qui ne semble pas s'améliorer pour le groupe n'ayant pas lâché prise, est la tension intérieure.

L'âge, l'activité, l'antériorité des symptômes ne sont pas des facteurs qui influencent le degré de détente atteint pendant la cure.

En revanche, il est intéressant de noter que la part des curistes ayant lâché prise est plus élevée chez les curistes qui avaient déjà réalisé antérieurement des cures à Saujon que chez les curistes effectuant leur première cure.

Certaines caractéristiques de la population étudiée sont en lien avec la méthode utilisée. Il s'agit d'un échantillon de convenance recruté au mois de septembre sur la base du volontariat. La comparaison en termes d'âge et de sexe avec la population générale des curistes des thermes de Saujon montre, de manière attendue, une sur-représentation dans notre échantillon des personnes plus âgées du fait de la période d'investigation et des femmes.

Cette étude préliminaire se caractérise par de faibles effectifs, induisant un manque de puissance de l'étude. Bien que tous les signes cliniques étudiés aient montré une amélioration à court et moyen termes, seuls les effets les plus importants du lâcher-prise ont atteint le seuil de la signification statistique.

Certains outils ont été construits spécifiquement dans le cadre de ce travail tels que les EVA pour l'évaluation des symptômes, ou les indices permettant l'évaluation de la douleur et de son intensité, ce qui limite l'interprétation des résultats en comparaison avec la littérature.

Conclusion

Cette étude préliminaire ouvre la voie à une exploration plus large de l'effet du lâcher-prise sur les bénéfices attendus d'une cure thermale pour le curiste.

Un échantillon plus important donnerait plus de puissance à l'étude et pourrait confirmer certaines tendances observées. Il permettrait notamment d'explorer l'hypothèse selon laquelle la précocité de l'atteinte d'un niveau de détente élevé au cours de la cure thermale serait un facteur favorisant la qualité et la durée de l'amélioration clinique.

Il serait par ailleurs intéressant d'étudier les déterminants du lâcher-prise pour en préciser la définition et proposer aux curistes les conditions les plus propices à l'atteinte d'un niveau de détente élevé.

La part plus importante des curistes qui atteignent un niveau élevé de détente lorsqu'ils connaissent déjà la structure mériterait de se questionner sur l'existence d'un effet positif rémanent du premier séjour.

La qualité de l'accueil, une attention particulière aux curistes qui viennent pour la première fois, l'organisation et l'offre de prestations telles que des consultations de psychologue ou des ateliers psycho-éducatifs qui pourraient être utilement inclus dans le forfait thermal, sont des éléments à évaluer qui pourraient contribuer à un environnement favorable au lâcher-prise.

Références

1. A.N.S.M. Saint-Denis. FRA. État des lieux de la consommation des benzodiazépines. Saint-Denis : ANSM ; Avril 2017. 60p. Disponible : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>.
2. Bellometti S, Galzigna L. Function of hypothalamic adrenal axis in patients with fibromyalgia syndrom undergoing mud pack treatment. *Int J Clin Pharm Res*. 1999;19(1):27-33.
3. Blasche G. Association of spa therapy with improvement of psychological symptoms of occupational burnout. *Forsch komplementmed*. 2010;17:132-6.
4. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. *Academie Nationale de Médecine* rapport mars 2013,31p.
5. Constant F, Boit J, Geindre D. Étude de l'efficacité de la cure thermale à Divonne dans l'indication de dépression. *Press therm Climat* 1995.
6. Constant F, Collin JF, Guillemin F, Boulangé M. Use of spa therapy to improve the quality of life of chronic low back pain patients. *Med Care*.1998 Sep;36(9):1409-14.
7. De Maricourt P, Gorwood P, Hergueta T, Galinowski A, Salamon R, Diallo A, et al. Balnéothérapie avec un programme de psychoéducation pour le retrait des benzodiazépines: une étude de faisabilité. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016: 8961709. Epub 2016 13nov
8. Donmez A, Karagülle MZ, Tercan N, et al. SPA Therapy in fibromyalgia: a randomised controlled clinic study. *Rheumatol Int*. 2005;26:168-72.
9. Dubois O, Salamon R, Poirier M-F, Olié J-P. Le thermalisme psychiatrique dans les troubles anxieux. *Annales Médico-psychologiques*. 1 mars 2008;166(2):109-14.
10. Dubois O, Salamon R, Germain C, Poirier MF, Vaugeois C, Banwarth B, et al. Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder. *Complementary Therapies in Medicine*. Fev 2010;18:1-7.
11. Dubois O. Intérêt de l'hydrothérapie en psychiatrie. *L'encéphale*. 2011; Hors-série 3:6-8.

12. Dubois O, Hergueta T, Diallo A, Salamon R, Vaugeois C, de Maricourt P, et al. Protocole psychoéducatif en cure thermale pour sevrage de benzodiazépines : mise en place, faisabilité. *Annales Médico-psychologiques*. 1 juil 2015;173(6):525-30.
13. Langhorst J, Musial F, Klose P et al. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome - a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Rheumatology*. 2009;48:1155-9.
14. Martin P. Intérêt de la crénothérapie sur la qualité de vie de patients souffrant de trouble anxieux généralisé (TAG). *L'Encéphale*. 2011; Hors-série3 :12-14.
15. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Bibliothèque de l'OMS 2013. [En ligne]. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
16. Pascoe MC, Thompson DR, Jenkins ZM, Ski CF. Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2017 Aug 23; 95: 156-178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004>
17. Salamon R, Germain C, Olié J-P, Dubois O. Évaluation de l'efficacité du thermalisme à orientation psychosomatique. *Santé Publique*. 4 juil 2008;20(2):105-12.
18. Tardan-Masquelier Y. *L'Esprit du yoga*. 2nd éd. Paris, Albin Michel.2014.
19. Tomas-Carus P, Gusi N, Häkkinen A, Häkkinen K, Leal A, Ortega-Alonso A. Eight months of physical training in warm water improves physical and mental health in women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(4):248-52.
20. Veigh JG, Gaughey H, Hall M. The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome : a systematic review. *Rheumatol Int*. 2008;29:119-30.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-370. Traduction française : Lépine JF.