
ÉVALUATION DES ATTENTES ET REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PAR RAPPORT AUX BÉNÉFICES ATTENDUS D'UNE CURE THERMALE

JÉRÔME CARDINALI¹, PAOLO DI PATRIZIO¹, MAURICE TANGUY², MICHEL BOULANGÉ³, GISÈLE KANNY³

Résumé

Introduction : Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de cures thermales. L'objectif de cette étude était d'explorer leur vécu, ressenti et point de vue au sujet des cures thermales et de leurs bénéfices afin de préciser la place donnée à la médecine thermale dans l'offre de soins.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative menée auprès de dix-huit médecins généralistes mosellans répartis en trois focus groups. Une analyse thématique du contenu sémantique a été conduite après retranscription des entretiens.

Résultats : La prescription s'établit le plus souvent à la demande du patient. La cure est proposée par les médecins généralistes dans un contexte d'échappement thérapeutique. Les indications sont principalement rhumatologiques et respiratoires, à la recherche des bienfaits d'une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée. Les patients allèguent comme bénéfices après cure une sensation de mieux-être, une diminution de la consommation d'antalgiques et de soins paramédicaux (kinésithérapie). Les médecins soulignent un manque de formation universitaire en médecine thermale et la méconnaissance des études scientifiques démontrant le service médical rendu de la crénobalnéothérapie. Le ressenti du poids économique du secteur thermal participe au questionnement des médecins généralistes quant à la place à accorder aux cures thermales.

Conclusion : Cette étude met en exergue la relation paradoxale des médecins généralistes vis-à-vis de la prescription thermale. Marginalisée pour n'être prescrite à l'initiative du médecin

1- Département de médecine générale, UFR de médecine, Université de Lorraine, Faculté de Médecine, 9 Avenue de la Forêt de Haye F-54500 Vandœuvre-lès-Nancy

2- École de Santé Publique, Faculté de Médecine, 9 avenue de la forêt de Haye F-54500 Vandœuvre-lès-Nancy

3- Laboratoire d'Hydrologie et de climatologie médicales, Faculté de médecine, 9 avenue de la forêt de Haye F-54500 Vandœuvre-lès-Nancy

qu'en cas d'échec thérapeutique, la cure thermale est pourtant mise en avant pour ses bienfaits multiples. Un regain de l'activité universitaire participera à la diffusion de la connaissance scientifique auprès de nos confrères généralistes. Notre étude ouvre de nouveaux axes de réflexion et de partenariat entre les acteurs de la recherche en soins premiers et en médecine thermale.

Mots-clés : Soins primaires, médecine générale, crénobalnéothérapie, stations thermales.

Abstract

Evaluation of the expectations and representations of general practitioners in relation to the expected benefits of a spa therapy. Qualitative study by focus groups

Background: General practitioners are the main prescribers of spa treatments. The objective of this study was to explore their experiences, feelings and point of view vis-a-vis the crenotherapy and their benefits in order to specify the place given to the thermal medicine in the health care facilities.

Method: This is a qualitative study conducted with eighteen general practitioners working in Moselle (France) divided into three focus groups. A thematic analysis of semantic content was conducted after transcribing the interviews.

Results: The prescription is most often established at the request of the patient. The cure is proposed by general practitioners in a context of therapeutic failure. The indications are mainly rheumatological and respiratory, in search of the benefits of multidisciplinary and personalized care. Benefits claimed by patients after a spa treatment include a feeling of well-being, a decrease in the consumption of analgesics and paramedical care (physiotherapy). The doctors point out a lack of university training in spa medicine and the unawareness regarding scientific studies demonstrating the therapeutic effect of crenotherapy. The feeling of the economic weight of the thermal sector contributes to the questioning of general practitioners as to the place to be given to spa treatments.

Conclusion: This study highlights the paradoxical relationship between general practitioners and spa prescription. Marginalized to be prescribed at the initiative of the doctor in the event of therapeutic failure, the spa is however put forward for its multiple benefits. A revival of the university activity would participate in the dissemination of scientific knowledge to our fellow general practitioners. Our study opens new lines of reflection and partnership between the actors of research in primary care and thermal medicine.

Key words : Primary care, general medicine, crenobalneootherapy, health resort

Introduction

La qualité des soins, la prévention, l'éducation à la santé, représentent les clés de voûte de notre politique de santé publique. Pour répondre aux besoins de notre société et au concept du bien-vieillir, la médecine continue de progresser, grâce à des actions préventives, pour améliorer la consommation des soins, dans l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales. Le concept de médecine holistique, centré sur le patient et son environnement, est essentielle [1]. La médecine générale et la médecine thermale, qui est une médecine traditionnelle, s'inscrivent dans cette dimension. Fondée en 1853, la Société française d'hydrologie et de climatologie médicales, aujourd'hui Société française de médecine thermale, est la société savante médicale la plus ancienne de France. Inscrite dans notre système de soins par une circulaire du ministère des Affaires sociales

en 1947, la médecine thermale a une vocation de médecine sociale. La fréquentation des établissements thermaux a connu pendant près de quarante ans une croissance régulière, entre 1950 et 1990, avant de voir s'opérer une désaffection pendant près de deux décennies. Le renouveau de la médecine thermale s'est amorcé au cours des dix dernières années [2]. Le nombre de curistes est passé de 486.000 en 2009 à plus de 589.000 durant l'année 2016 et pour cette même année, les dépenses liées au thermalisme représentent 0,16 % du budget global de l'Assurance maladie [3]. Au début des années 2000, le service médical rendu par le thermalisme a fait l'objet d'interrogations pressantes de la part des pouvoirs publics, notamment du ministère des Affaires sociales, en charge de l'organisation de la santé et de la répartition optimale des ressources de l'Assurance maladie [4]. Les acteurs du secteur thermal y ont répondu en 2002 par la création du Conseil national des établissements thermaux (Cneth), ainsi que de l'Association française pour la recherche thermale (Afreth) en 2004 [5]. Le service médical rendu a été démontré sur la base d'études cliniques contrôlées, que ce soit dans les pathologies rhumatologiques [6], dans l'insuffisance veineuse chronique [7], dans les troubles anxieux généralisés avec une efficacité supérieure à la paroxétine [8] ou l'obésité [9]. Il convient de souligner l'effet durable de la cure avec un bénéfice persistant à 6 voire 12 mois. La médecine thermale s'inscrit dans le contexte des mutations de la société et des attentes des patients pour une médecine plus globale. La place du traitement thermal dans les différents algorithmes thérapeutiques reste à préciser [10-11]. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de cures thermales : une extraction de données de la base Damir (dépenses d'assurance maladie interrégimes) de l'Assurance maladie montre qu'en 2014 ce sont principalement les médecins généralistes qui ont prescrit les cures à hauteur de 80 % pour 20 % de prescription par les spécialistes dont 6 % par les rhumatologues [12]. Peu d'études ont cherché à préciser le point de vue des médecins prescripteurs vis-à-vis du thermalisme : la *Gazette officielle du thermalisme* avait publié une étude qualitative menée par entretiens individuels semi-structurés sur ce sujet en 1993 [13]. Il a été montré que les médecins généralistes et spécialistes interrogés assimilaient la médecine thermale à une médecine efficace uniquement dans le cadre de maladies psychosomatiques et qu'ils attribuaient aux curistes un profil psychologique requérant un maternage médical. L'objectif de l'étude qualitative que nous présentons a été d'explorer le vécu, le ressenti, le point de vue des médecins généralistes au sujet des cures thermales et de leurs bénéfices afin de préciser la place donnée à la médecine thermale dans l'offre de soins.

Méthode

Choix des participants et contexte des entretiens

Une étude qualitative par la réalisation d'entretiens semi-structurés de groupe (ou focus groups) a été menée auprès de médecins généralistes libéraux. Le recrutement s'est effectué de mai 2016 à septembre 2016 dans le département de la Moselle. Un échantillon raisonné de praticiens a été constitué en utilisant les critères suivants : durée d'installation en médecine libérale, âge, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice. L'inclusion

s'est faite jusqu'à saturation des données, évaluée par l'absence de nouvelle notion exploitable lors de l'analyse des entretiens. Le déroulement de chaque focus group se faisait en présence d'un animateur formé à la recherche qualitative et en présence d'un observateur non intervenant. Après analyse des données discursives du deuxième focus group, nous avons obtenu une saturation des données, saturation que nous avons validée dans le troisième focus group.

L'approbation des participants a été recueillie par téléphone lors de la présentation de l'étude puis par courriel de confirmation. Les entretiens se sont déroulés sur deux lieux différents pour des raisons organisationnelles relatives aux possibilités de déplacements des participants.

Recueil des données

Les entretiens ont été filmés, intégralement retranscrits et anonymisés. Pour mener des débats homogènes dans chaque groupe, un guide d'entretien avait été constitué à partir des recherches bibliographiques. Cinq thèmes principaux étaient explorés : la place de la cure thermale dans la prise en charge des patients en médecine générale, les déterminants à l'origine de la demande de cure, l'efficacité des cures thermales, la communication autour du thermalisme, les connaissances du thermalisme, de ses effets et mécanismes d'action. Le déroulement des focus groups devait permettre à chacun une liberté de parole sur leur expérience et ressenti des cures thermales. Le médiateur a facilité et régulé la production du discours de chaque intervenant afin de faire émerger les perspectives de chacun pour qu'elles puissent être documentées.

Analyse qualitative

Une analyse des données par regroupement thématique a été réalisée manuellement après chaque entretien de groupes par trois analystes. Une deuxième analyse a été réalisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 11 par l'observateur. Une triangulation de l'analyse des données, réalisée par les trois analystes, a permis de valider l'encodage.

Résultats

Présentation des participants

Dix-huit médecins généralistes, exerçant seuls pour quatre d'entre eux, en cabinet de groupe pour les quatorze autres, dans des zones périurbaines, semi-rurales ou rurales, ont participé aux focus groups. L'âge moyen des participants, tous groupes confondus, était de 46,4 ans \pm 14 ans. Les réunions ont eu lieu de fin novembre 2016 à mi-janvier 2017. Sept médecins recrutés ont secondairement refusé de participer aux entretiens. La principale raison invoquée était l'absence de disponibilité. L'autre motif de refus était l'éloignement du lieu de réunion choisi pour mener les entretiens. Trois groupes de six intervenants ont été constitués de façon à favoriser le plus d'échanges et d'interactions possibles et d'assurer une meilleure qualité de recueil des données.

Analyse thématique

L'analyse de l'ensemble des verbatim a mis en exergue deux thèmes principaux : 1) le contexte et les indications de la prescription de la cure, 2) les points de vue sur le ther-

malisme et la place dans l'offre de soins.

1) Le contexte et les indications de la prescription de la cure

a) Initiation de la prescription

Les médecins étaient unanimes : dans la grande majorité des cas, c'est le patient qui était à l'initiative de la demande de cure thermale. Que ce soit pour des raisons médicales ou culturelles, pour une génération de patients ayant bénéficié de l'essor du thermalisme social, "il y a une demande, un attachement des gens à la cure thermale".

Les médecins mentionnaient être à l'origine de la proposition de cure thermale lorsqu'ils se trouvaient en situation d'échec thérapeutique et qu'ils ne savaient "plus trop quoi faire". Bien que la demande de cure ne se fasse pas majoritairement sous leur impulsion, ils ne voyaient pas dans quelle mesure ils auraient pu s'opposer à cet outil thérapeutique, "à une demande des patients étant donné que la prise en charge sécurité sociale elle existe, elle est quasiment automatique". Dans un contexte de ratio bénéfice/risque très favorable, "s'ils [les patients] se sentent mieux, si ça leur apporte du mieux", il n'y a pas de raisons de ne pas les accompagner dans cette demande.

b) Typologie des curistes

Les praticiens ont convergé dans leur description vers un profil de patients retraités, inactifs ou invalides, adressés en cure essentiellement pour des indications d'ordre rhumatologique, "des cervicalgies, des lombalgies invalidantes" ou d'autres polyarthropathies. Les pathologies des voies respiratoires constituent la deuxième grande orientation de cures, loin derrière la rhumatologie, dans le cadre d'asthmes rebelles, d'infections ou d'allergies oto-rhino-laryngologiques (ORL) chroniques. Lorsqu'elle était proposée à leur patientèle en activité professionnelle, la prescription d'une cure thermale se heurte à des contraintes organisationnelles, la rendant plus difficile à mettre en place: "Comment ils vont faire par rapport à leur travail, souvent c'est ça la question".

c) Choix d'une station thermale : proximité ou rupture du quotidien

Lorsque se posait la question du choix de la station thermale, la proximité géographique, avec la facilité d'accès, primait sur un choix éventuellement orienté par des critères hydrothérapeutiques ou climatiques : "Il y a un aspect géographique plus que la qualité de l'eau. Les gens vont là parce que c'est près de chez eux : que l'eau soit soufrée, pas soufrée, c'est surtout un critère géographique dans le choix de l'endroit où ils vont en cure". Si une station locale n'était pas privilégiée, les médecins expliquaient que généralement, le patient et eux-mêmes se projetaient dans une démarche plus globale qui s'élargissait au-delà du simple soin thermal, soulignant l'importance de la rupture environnementale et climatique, menant à des prescriptions de villes d'eaux d'autant plus au sud de la France que cette recherche de rupture était grande.

2) Les points de vue sur le thermalisme et la place donnée dans l'offre de soins

a) Une efficacité perçue comme empirique

Les médecins généralistes exprimaient le fait que les soins prodigués occupaient une place primordiale pour contribuer à l'amélioration clinique des curistes. Leurs discours révélaient également l'importance d'associer les soins thermaux à l'environnement dans lequel ils étaient pratiqués : un dépaysement, un changement de climat, une interruption

du rythme du quotidien : “Quelques fois, faire un break au soleil, au chaud et se poser, c’est beaucoup plus bénéfique pour les soins”. Ils évaluaient le bénéfice au retour d’une cure thermale en fonction du ressenti de leurs patients. C’est l’accumulation de retours positifs qui les encourageait à poursuivre dans cette voie et non pas des critères scientifiques : “C’est pas possible d’avoir beaucoup de gens qui plébiscitent un type de soin s’il n’est pas bon, s’il n’y a pas un retour de bénéfice, on n’aurait pas autant de gens”. Ils inscrivaient aux bénéfices des cures une désescalade thérapeutique, temporaire mais perceptible, en terme de consommation d’antalgiques et de soins paramédicaux. S’ils reconnaissent volontiers ces bénéfices, les intervenants mettaient directement en cause l’existence du lien entre service médical rendu et l’eau thermale. Dans ce cadre, celui-ci n’apparaissait pas toujours évident, notamment en rhumatologie, “plus obscure” comparativement à l’ORL et à la dermatologie.

b) Un équilibre entre soins, eau et équipe thermale

La cure thermale était décrite comme une bulle thérapeutique où le patient ne se focalisait que sur lui-même, placé au centre du projet de soin, aidé pour cela par une équipe soignante pluridisciplinaire.

Si les médecins s’accordaient sur les bénéfices des cures thermales pour la plupart de leurs patients, ils s’interrogeaient sur les mécanismes d’actions, ils mettaient en balance les effets des soins prodigués et de l’eau thermale avec l’effet lié à l’environnement particulier à savoir l’équipe soignante dédiée, le contexte climatique et la rupture avec le cadre de vie habituel du patient.

c) Un manque de formation et de communication autour du thermalisme

La cure thermale était parfois citée comme un élément déclencheur pour les patients, une prise de conscience que le bien-être ressenti au décours peut être entretenu par d’autres moyens thérapeutiques. Plus généralement, les médecins ne constataient pas au retour de leurs patients une progression sur le versant éducatif de leur maladie, qui aurait pu se traduire par une meilleure gestion au quotidien de leur pathologie : “Dans le meilleur des cas, [la cure] c’est le tremplin pour l’année prochaine, c’est tout”. Exclusivement épistolaire, la communication avec le médecin thermal se limitait au compte-rendu de sortie de cure. La correspondance, “une feuille qui est pré-imprimée” dans la plupart des cas, limitée à la description des soins thermaux et l’examen clinique de sortie, ne permettait pas de faire progresser la prise en charge globale du patient. Tous les participants ont mentionné un manque de formation médicale initiale et continue en médecine thermale. L’information n’était dispensée que par la communication émanant des exploitants thermaux. Les médecins reconnaissaient ne pas savoir guider leur choix thérapeutique en fonction du type d’eau minérale : “On suit les indications, on n’étudie pas la composition des eaux”.

d) Un soin aux frontières du système de santé

Décrite comme une prescription unique en son genre, aux facettes multiples, la majorité des praticiens décrivaient les cures thermales comme une thérapeutique contributive au bien-être de leur patient. Ils mentionnaient une fraction de leur patientèle souhaitant bénéficier de soins thermaux, là où ils estimaient, médicalement parlant, que l’indication

n'était pas justifiée. Dans cette perspective, cure thermale et thalassothérapie ont été associées, perçues comme œuvrant pour une prise en charge globale du patient, l'une étant une thérapeutique remboursée et l'autre non. Ils y voyaient, pour certains, "un coût énorme pour la sécurité sociale" pour cette proportion de leur patientèle n'ayant "pas le courage ou les moyens de se payer une thalasso". Les répercussions économiques étaient difficiles à estimer par les participants et ils se posaient la question des limites à accorder aux remboursements des frais de santé relatifs au bien-être.

e) Un lobbying politico-économique

Les praticiens convenaient, de prime abord, de l'importance du lobbying thermal. Les premiers jugements qui ont été formulés concernaient le poids politique du secteur thermal, jugé au fil du temps comme ayant marqué de son empreinte la manière dont les médecins généralistes ont été amenés à prescrire les cures thermales et à les voir validées par la caisse d'Assurance maladie : "Il y a eu le lobbying de tous les maires des stations thermales qui ont fait un forcing fou et le résultat maintenant c'est 'no limits' et c'est accordé systématiquement". Des demandes presque toujours acceptées, à la démarche simplifiée, où il convient de "cocher trois cases et mettre une date et c'est pris systématiquement en charge". Les intervenants qui ont vécu la disparition de l'entente préalable dans leur pratique ont exprimé le sentiment de dévalorisation de leur responsabilité pour ce soin, ayant l'impression d'être "juste bons pour signer le papier". Pour eux, le maintien du thermalisme en l'état actuel est conditionné non pas par des critères médicaux, mais par des critères économiques en lien avec la villégiature thermique, dans des territoires où les participants relevaient que les stations thermales étaient "l'un des plus gros employeurs de la région".

Discussion

Cette étude met en évidence différents points de vue des médecins généralistes sur la prescription et l'intérêt des cures thermales.

Points forts et limites de l'étude

Un échantillon raisonné de praticiens a été constitué en utilisant les critères suivants : durée d'installation en médecine libérale, âge, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice. Le recrutement a été limité par les difficultés à organiser les réunions par manque de disponibilité ou d'éloignement géographique des praticiens. Le groupe a été constitué par des médecins exerçant dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres autour des lieux de rencontre. Ceci a engendré un recrutement de médecins exerçant pour la quasi-totalité (dix-sept sur dix-huit) dans des zones à proximité de deux stations thermales, à savoir Amnéville-les-Thermes en Moselle et Mondorf-les-Bains au Luxembourg. Ainsi, nous ne disposons que du point de vue d'un médecin généraliste à l'écart d'une station thermique, laissant supposer que d'autres considérations n'ont pas été explorées, avec possiblement des points de vue différents. L'organisation d'entretiens individuels qui n'avaient pas été envisagés dans le protocole d'étude aurait permis de recueillir l'avis des médecins qui ont refusé de participer aux focus group du fait de l'éloignement et de

recueillir le point de vue de praticiens qui peut être différent de ceux exerçant à proximité d'une station thermale.

La méthode utilisée suit les recommandations de la recherche qualitative en santé [14]. Les entretiens ont été menés par un médiateur extérieur à l'étude avec un guide d'entretien commun aux trois groupes. Le fait que l'animateur soit extérieur aux champs de la médecine générale et thermale facilite les échanges de points de vue entre les participants et limite son influence. Formé à la méthodologie qualitative et à la conduite des groupes de discussion, son implication a permis de prévenir autant que possible un biais d'intervention. Une des limites de cette étude est que les propres représentations d'un des analystes exerçant en médecine thermale ont pu influencer l'analyse discursive. L'analyse de la communication non verbale nous a permis de nous prémunir d'éventuelles interprétations discursives erronées.

Des prescripteurs passifs

Un des éléments mis en exergue par les groupes de discussion est l'attitude, le plus souvent passive, des praticiens à l'égard de la prescription thermale. Leurs expériences convergent pour mentionner que près de neuf demandes de cures sur dix sont à l'initiative de leurs patients. Leurs prescriptions s'effectuent principalement pour des indications rhumatologiques ou respiratoires. Ces constatations concordent avec les statistiques de fréquentations des établissements thermaux, où plus de 85 % des curistes en 2016 sont présents au titre de ces deux orientations [15]. Dans un contexte où les médecins sont principalement initiateurs de la prescription en situation d'impasse thérapeutique, il est important de souligner la demande pour un dialogue plus constructif et interactif avec les médecins thermaux.

Le médecin de famille est à l'origine de la démarche tant médicale qu'administrative de prescription de cure thermale. L'acte de prescription justifierait une consultation dédiée pour évaluer les indications, les attentes et le contexte de la demande. Pour optimiser la prise en charge du patient, il convient que le médecin généraliste rédige une lettre détaillée à l'attention du médecin thermal. Le courrier du médecin thermal doit permettre d'évaluer le bénéfice, organiser le suivi postcure et la réévaluation des traitements. Pour atteindre les objectifs d'une meilleure interactivité entre médecin thermal et généraliste, il apparaît nécessaire d'envisager la création de sessions d'enseignements dédiées à la médecine thermale lors de la formation des médecins généralistes [16].

Un autre point important à noter concerne le choix de la station : il s'effectue par défaut vers les stations de proximité qui disposent de l'orientation souhaitée. Les raisons évoquées au cours des entretiens étaient principalement la facilité d'accès pour les patients, les moindres coûts engendrés par les trajets et l'hébergement, ainsi que la demande des patients de se rendre dans une station proche de leur lieu de résidence. Lorsqu'une station éloignée était préconisée, deux raisons ont principalement été avancées : une demande du patient de se rendre dans une station de son choix et le bénéfice propre de l'éloignement du lieu de résidence dans l'efficacité de la cure thermale. Il n'a pas été fait mention d'un choix de station par prédilection pour la nature ou les propriétés physico-chimiques de l'eau thermale. Ces constats sont similaires à ceux du travail de

thèse de Laura Maulinas sur l'état des lieux et des perspectives au sujet de la thérapeutique thermale mené en 2008 à Montpellier, où pour les mêmes raisons qu'évoquées ci-dessus, 62 médecins généralistes sur les 103 interrogés, soit 60 %, déclaraient orienter prioritairement leurs patients vers des stations de proximité [17].

Les médecins accompagnent la demande de cure qui leur est formulée et mettent en avant les soins prodigués aux curistes comme facteur principal contributif à leurs bénéfices, mais ne négligent pas l'impact climatique et géographique si cela s'avère nécessaire. Ces critères sont dédiés à un choix de prescription pour un individu donné afin de répondre à un besoin spécifique, celui d'une médecine personnalisée.

Des connaissances restreintes du thermalisme

Les participants ont exprimé, à plusieurs reprises, le manque de formation et d'information sur la médecine thermale. Ils disposent de connaissances théoriques sur le sujet qui semblent rudimentaires et ont fait le constat du peu d'études scientifiques dont ils avaient connaissance. Il n'a pas été fait mention d'une conviction rationnelle, mais plutôt empirique quant aux bienfaits du thermalisme. En qualité de prescripteurs, les médecins ont expliqué être amenés à croire en l'efficacité des cures compte-tenu du bénéfice clinique ressenti par leurs patients, en termes de diminution des douleurs et de consommation médicamenteuse. La rupture environnementale, le repos, le changement de conditions climatiques, les soins, le recentrage du patient sur son corps, son esprit et sa maladie, font partie des facteurs supposés du bénéfice des cures thermales. La question restant en suspens pour les participants est de situer la place de l'élément hydrominéral dans l'effet de la cure. L'effet propre de l'eau thermale est bien démontré dans certaines indications notamment digestives et urinaires. Ainsi l'efficacité d'une eau minérale naturelle riche en magnésium a été démontrée chez des patients souffrant de constipation chronique idiopathique [18]. Chez des patients souffrant de lithiases calciques urinaires, l'hydratation est à moduler selon la teneur en calcium des eaux minérales en fonction des apports calciques alimentaires [19]. Les propriétés physicochimiques de l'eau thermale est un élément du traitement qui associe d'autres soins spécifiques tels que la cure de boissons, la douche inversée, l'éducation thérapeutique, ... Le rôle des caractéristiques physico-chimiques de l'eau apparaît plus obscur pour les médecins généralistes dans les affections rhumatologiques. Un travail semble également nécessaire au sein de la communauté médicale internationale afin de préciser la place du traitement thermal dans les algorithmes thérapeutiques.

Un enseignement minimal durant le cursus universitaire

Comme le propose la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital, patients, santé et territoires (Hpsst) [20] et le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel [21], le médecin généraliste doit s'assurer de la coordination du parcours personnalisé de santé. Ceci n'est possible que dans un contexte de savoirs partagés.

L'enseignement de la médecine thermale est peu présente dans les programmes d'ensei-

gnement des facultés de médecine [22]. L'abord des sciences fondamentales est une phase socle du premier cycle des études médicales qui pourrait inclure l'apprentissage des effets physiologiques de la crénothérapie [23]. L'enseignement durant le deuxième cycle se traduirait par une présentation au thermalisme et de ses fondements scientifiques afin de savoir prescrire une cure thermale dans une démarche thérapeutique objective et adaptée. Au cours du troisième cycle médical, un enseignement spécifique de chaque spécialité médicale est à construire.

Le bien-être, un concept en lien avec l'économie de la santé

Les premiers mots de chacun ont souvent fait mention de raisons politiques et économiques permettant de maintenir en l'état les cures thermales dans le panier de soins remboursés. En filigrane, au fil des débats, le bien-fondé de la prescription se heurte à la réalité économique du terrain, où les stations thermales représentent un bassin d'emplois important, où les villes d'eaux sont tributaires du bon fonctionnement de leur villégiature thermale. La crénothérapie se situe à un carrefour entre santé, bien-être et considération économique où la notion de remboursement, de prise en charge financière par les structures sociales des frais de cure, donne une dimension médicalisée non pas comme outil préventif mais bien curatif. Certaines stations thermales proposent des forfaits de cures courtes non remboursées de un à douze jours, ouvrant ainsi l'éventail de leurs soins aux patients ne pouvant pas ou n'adhérant pas au format des trois semaines des cures conventionnelles [25]. Cet accès à la crénobalnéothérapie permet de répondre aux besoins de cette population de curistes, en particulier les personnes en activité professionnelle. La recherche du bien-être de leurs patients a été un propos récurrent des médecins interrogés. Ils notent que ce sont des patientèles de milieux aisés plus que populaires qui témoignent de la dimension préventive des cures auprès de leurs médecins.

Conclusion

Cette étude met en exergue la relation paradoxale des médecins généralistes vis-à-vis de la prescription thermale. Marginalisée pour n'être prescrite à l'initiative du médecin qu'en cas d'échec thérapeutique, la cure thermale est pourtant mise en avant pour ses bienfaits multiples. Contribuant au bien-être et au bien-vieillir, elle s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire centrée sur le patient.

Le prescripteur en souligne les bénéfices par l'amélioration clinique, le ralentissement de la progression d'une pathologie chronique, la réduction de la consommation médicamenteuse et des soins paramédicaux. Pour autant, c'est sous l'impulsion du patient lui-même que, dans la grande majorité des cas, l'opportunité d'une cure thermale est envisagée. Récepteurs de cette demande de soins, les médecins généralistes sont prêts à accompagner cette demande, notamment dans une démarche de prise en charge globale et personnalisée. Cette attitude non proactive vis-à-vis de la cure thermale s'explique en partie par la méconnaissance du thermalisme qui occupe une place confidentielle dans les programmes d'enseignements universitaires des facultés de médecine. Les interrogations vis-à-vis des études cliniques, de l'interprétation qui en est faite en termes de preuves scientifiques et de service médical rendu participent aux questionnements des

participants à l'égard des cures thermales. Le thermalisme est inscrit dans l'histoire de nos territoires et ancrés dans notre patrimoine et notre arsenal thérapeutique. Les progrès effectués ces dernières années par la démonstration du service médical rendu des cures thermales soutiennent l'intérêt du thermalisme et devraient contribuer à la compréhension des bénéfices thérapeutiques des cures thermales dans les représentations des médecins généralistes. La méconnaissance de ces études par les médecins généralistes interroge sur la diffusion de la connaissance scientifique dans ce domaine, les participants de l'étude soulignant que les informations sont quasi-exclusivement de nature et d'origine commerciale, véhiculée par les exploitants thermaux. L'enseignement universitaire de l'hydrologie et de la climatologie médicales s'est raréfié au cours des dernières décennies. Il est certain qu'un regain de l'activité universitaire dans ce domaine participerait à la diffusion de la connaissance auprès de nos confrères généralistes dans la formation initiale et continue.

Les patients consultants en soins de premier recours leur médecin généraliste traitant expriment de plus en plus souvent des craintes sur l'allopathie. Nombres d'entre eux recourent à des médecines complémentaires. La médecine thermique ne mériterait-elle pas de retrouver une réelle place dans le parcours de soins de nos patients dans les douze domaines médicaux reconnaissant son utilité ?

Peut-on pour cela se contenter des constats apportés dans notre étude : la cure thermique prescrite à l'initiative du médecin qu'en cas d'échec thérapeutique ou par réponse à la demande du patient ?

L'approbation de la cure thermique par les patients, n'obligerait-elle pas le médecin généraliste à faire évoluer sa pratique dans ce domaine et à y réfléchir en termes d'approche globale.

Dans notre étude, les médecins interrogés évoquent l'apport des informations exclusivement d'origine commerciales, l'apport complémentaire d'une formation scientifique initiale ou continue, ne permettrait-elle pas de départir de cet aspect financier sans toutefois l'occulter ? Quelle place fait-on jouer à la science biologique dans ce qu'il est possible d'attendre du médecin généraliste concernant le service rendu au patient par la médecine thermique ?

Notre étude ouvre de nouveaux axes de réflexion et d'études à réaliser de manière partenariale entre les acteurs de la recherche en soins premiers et la recherche thermique.

Références

1. Easthope G, Tranter B, Gill G. General practitioners' attitudes toward complementary therapies. *Social Science & Medicine*. 2000;51:1555-61.
2. Thoulumas B. Le thermalisme au XXI^e siècle : Quelles stratégies pour le futur ? *Press Therm Climat*. 2014;151:29-51.
3. Queneau P. La médecine thermique, une thérapeutique du troisième millénaire. In: *La médecine thermique - Données scientifiques*. John Libbey Eurotext. Montrouge:

- Queneau P, Roques C; p. 363-7.
4. Delomenie P. *Rapport sur le thermalisme français*. Paris: Igas; 2000 oct p. 63. Report No.: 2000119.
 5. Afreth Association française pour la recherche thermale [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.afreth.org/>
 6. Forestier R, Erol-Forestier F-B, Francon A. Current role for spa therapy in rheumatology. *Joint Bone Spine*. 2017;84:9-13.
 7. Carpentier PH, Blaise S, Satger B, Genty C, Rolland C, Roques C, et al. A multicenter randomized controlled trial evaluating balneotherapy in patients with advanced chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg*. 2014;59:447-54.
 8. Dubois O, Salamon R, Germain C, Poirier M-F, Vaugeois C, Banwarth B, et al. Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010;18:1-7.
 9. Hanh T, Serog P, Fauconnier J, Batailler P, Mercier F, Roques CF, et al. One-Year Effectiveness of a 3-Week Balneotherapy Program for the Treatment of Overweight or Obesity [Internet]. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/150839/abs/>
 10. Coccheri S, Gasbarrini G, Valenti M, Nappi G, Di Orio F. Has time come for a re-assessment of spa therapy? The Naiade survey in Italy. *Int J Biometeorol*. 2008;52:231-7.
 11. Vaccarezza M, Vitale M. Crenotherapy: a neglected resource for human health now re-emerging on sound scientific concepts. *Int J Biometeorol*. 1 sept 2010;54(5):491-3.
 12. N° 3811 - Rapport d'information de M. Dominique Dord et Mme Jeanine Dubié déposé en application de l'article 146-3 du règlement, par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation du soutien public au thermalisme [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3811.asp>
 13. Le thermalisme : point de vue des médecins prescripteurs. De la démarche qualitative aux propositions d'intervention. *La gazette officielle du Thermalisme*. 1993;(spécial):48 p.
 14. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014;Tome LIII:67-82.
 15. Fréquentation - Thermes et cures thermales en France [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <http://intranet.medecinethermale.fr/la-medecine-thermale/comprendre/frequentation>
 16. Di Patrizio P, Boulangé M, Kanny G. Médecine générale et médecine thermale, partenaires d'une médecine holistique. *Press Therm Climat*. 2016;153:149-55.

17. Maulinas L. *Thérapeutique thermale et formation médicale. État des lieux et perspectives*. [Université de Montpellier]; 2008.
18. Dupont C, Campagne A, Constant F. Efficacy and Safety of a Magnesium Sulfate-Rich Natural Mineral Water for Patients With Functional Constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12:1280-7.
19. Hubert J, Hubert C, Jungers P, Daudon M, Hartemann P. Drinking water and urinary stones. Which types of drinking water and modalities of diuresis? *Prog Urol*. 2002;12:692-9.
20. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
21. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. 2016-994 juill 20, 2016.
22. Études médicales [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: [//www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html)
23. Boulangé M, Perrin P. Bases physiologiques de la crénothérapie. In: *Médecine thermale Faits et preuves*. Masson. Paris: Queneau P, Boulangé M, Françon A, Graber-Duvernay B, Laroche C, Oudot J, Roques C; p. 25-30.
24. Hérisson C, Queneau P, Roques C. Formation des médecins. In: *La médecine thermale - Données scientifiques*. John Libbey Eurotext. Montrouge; 2018. p. 73-81.
25. Françon A, Jeambrun P, Forestier R. Réflexions sur la durée médicale des cures thermales : Expérience des pays étrangers et niveaux de preuves scientifiques. *Press Therm Climat*. 2008;145:41-59.