
ÉVALUATION DES BÉNÉFICES DES CURES THERMALES DE CHÂTEL-GUYON SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE (SII)

**G Bommelaer¹, I Girod², M Porte³, P Marquis² et la Société des
médecins de Châtel-Guyon³**

¹ Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Clermont-Ferrand¹,

² MAPI Values, 27 rue de la Vilette, 69003 Lyon.

³ Société des médecins de Châtel-Guyon, 63140 Chatel-Guyon

Résumé

Objectif : Mesurer le bénéfice des cures thermales à Châtel-Guyon sur la qualité de vie (QdV) des patients colopathes.

Méthode : Le questionnaire générique SF-36 et le questionnaire spécifique de la colopathie fonctionnelle FDDQoL ont été remplis à M0 (avant la cure), à M1 (un mois après la cure) et à M6 (six mois après la cure) par 229 patients colopathes curistes, à M0 et M6 par 217 colopathes non-curistes et à M0 par 205 témoins.

Résultats : Les patients curistes étaient plus âgés et plus atteints cliniquement que les non-curistes. La colopathie fonctionnelle affectait les scores physique et psychique du SF36 et le score global du FDDQoL. La cure améliorait les scores de QdV qui demeuraient cependant inférieurs à ceux des témoins. L'amélioration à M6 était moins marquée qu'à M1 mais restait quantifiable.

A M0, les curistes avaient une moins bonne QdV que les non-curistes traités. A M6, la QdV s'améliorait chez tous les patients mais surtout chez les curistes (notamment pour le score psychique du SF-36).

Conclusion : Cette étude montre pour la première fois un effet réel des cures thermales à Châtel-Guyon sur la QdV des sujets colopathes.

Mots-clés : *Qualité de vie, colopathie fonctionnelle, cure thermale.*

Summary

Irritable bowel syndrome: Advantage on Quality of Life of a cure at Châtel-Guyon spa

Objective To assess benefits of a water cure at Châtel-Guyon for Quality of Life (QOL) in patients suffering from functional colopathy.

Method The generic SF-36 and colopathy specific FDDQoL questionnaires were admi-

Adresse pour la correspondance sur le manuscrit : Gilles BOMMELAER, Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 CLERMONT-FERRAND, FRANCE. Tel : 04 73 31 60 91 Fax : 04 73 31 61 18
Courriel : gbommelaer@chu-clermontferrand.fr

nistered to 229 patients undergoing water cure at M0, M1 and M6 (before, and one and six months after the cure); 217 patients not on water cure at M0 and M6; and 205 controls at M0.

Results Patients on water cure were older and more severely impaired than the other patients. Colopathy impaired physical and mental SF-36 scores and general FDDQoL score. Water cure increased QOL scores; nevertheless, scores remained lower than those of controls. At M6, QOL was lower than at M1, but amelioration remained quantifiable. At M0, QOL was higher in classically treated than in water cure patients. At M6, QOL scores increased in both groups, the highest amelioration being in water cure patients (particularly for the SF-36 physical score).

Conclusion This study is the first study demonstrating the real benefice of a cure at ChâtelGuyon spa for the QOL of patients with functional colonic diseases.

Key-words: *Quality of life, questionnaire, functional colonic diseases, spa-therapy.*

Introduction

La colopathie fonctionnelle ou syndrome de l'intestin irritable (SII), est définie par la survenue de douleurs abdominales chroniques, souvent calmées par la défécation ou l'évacuation de gaz, associées à un météorisme abdominal et/ou des troubles du transit [1]. C'est une pathologie chronique, fréquente [2,3] et d'étiologie mal définie ce qui rend son traitement particulièrement délicat. A ce jour, de nombreuses stratégies thérapeutiques, souvent non validées, sont proposées aux patients [4] parmi lesquelles la crénothérapie.

En l'absence de marqueur clinique ou biologique fiable, l'évaluation de la gravité du SII comme celle de l'efficacité de ses traitements est habituellement réalisée au moyen d'échelles symptomatiques. Mais ces échelles n'apportent qu'une réponse partielle, ne prenant pas en compte le point de vue du patient dans sa globalité. Aussi depuis quelques années, de nouveaux instruments tenant compte de la perception du patient appelés échelles de qualité de vie (QdV) liée à l'état de santé, ont été développés [5,6].

Ces instruments ou questionnaires sont constitués d'items regroupés en dimensions explorant plusieurs composantes de la QdV (activités physiques, état psychique, relations sociales, douleurs, bien-être). Les questionnaires de QdV peuvent être génériques, c'est à dire utilisables quelque soit la pathologie concernée ou au contraire spécifique d'une pathologie donnée. Le MOS Short-Form 36 items (SF-36) [7] est parmi les questionnaires génériques les plus connus. Les questionnaires génériques validés présentent l'avantage de permettre les comparaisons entre différentes populations, y compris des populations « non malades » de référence. Les échelles spécifiques fournissent des données propres à une maladie, ce qui les rend plus pertinentes et sensibles aux variations cliniques, et donc plus intéressantes pour mettre en évidence les effets de différents traitements [8].

A ce jour, peu d'études se sont intéressé à la mesure de la Qualité de vie dans le SII [9,10,11,12,13,14] ; pourtant dans les quelques études publiées, les échelles de QdV apparaissent comme un des moyens les plus fiables d'évaluation de la gravité du SII, supérieur aux échelles symptomatiques [11].

Le but de cette étude était de mesurer l'utilité d'une cure à Châtel-Guyon, ville thermale du Puy de Dôme, sur la QdV de patients atteints de SII. Deux questionnaires, l'un générique

rique : le SF-36, l'autre spécifique : le FDDQoL (Functional Digestive Disorders Quality of Life questionnaire) ont été utilisés simultanément.

Plusieurs objectifs étaient assignés à l'étude :

- détermination du retentissement du SII chez les patients curistes et non curistes par rapport à une population générale non colopathe témoin ;
- évaluation de l'utilité et de l'efficacité de la cure thermique de Châtel-Guyon sur la QdV des colopathes un, et six mois après la cure ;
- comparaison des bénéfices respectifs du traitement thermal et d'un traitement dit conventionnel.

Patients et méthodes

Plan d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle longitudinale réalisée auprès de trois groupes : un groupe de 229 colopathes curistes recrutés de façon consécutive par 13 médecins thermalistes à Châtel-Guyon et pour lesquels la mesure de la QdV a été réalisée à leur arrivée en cure (M0), puis un et six mois après la cure thermique (M1, M6) ; un groupe de 217 colopathes non curistes recrutés sur l'ensemble du territoire français par 38 médecins généralistes ou gastro-entérologues correspondants du centre de cure et pour lesquels la mesure de la QdV a été réalisée 2 fois à 6 mois d'intervalle (M0 et M6) ; et un groupe témoin de 205 patients ne souffrant pas de pathologie digestive, recrutés par des enquêteurs spécialisés sur le territoire français, et pour lesquels la mesure de la QdV était réalisée une seule fois à M0. Le recrutement de colopathes non curistes et de témoins s'est effectué en fonction de quotas d'âge et de sexe afin de réaliser un appariement avec les colopathes curistes.

Patients

Seuls les patients âgés de plus de 18 ans présentant un SII selon les critères de Rome, aptes à remplir le questionnaire et ayant accepté de le remplir ont été inclus dans l'étude. Les sujets témoins ne devaient pas souffrir de pathologie digestive et les colopathes non curistes ne devaient jamais avoir réalisé une cure thermique pour des troubles digestifs. La cure thermique, d'une durée de trois semaines, comprenait une cure de boisson (cinq à six prises par jour à l'émergence de la source) et une série de quatre soins thermaux par jour (douches, bains, cataplasmes abdominaux, et en alternance massages abdominaux et entéroclyses : instillation douce d'eau thermique par voie rectale).

Questionnaire de qualité de vie

Le questionnaire de QdV remis à chaque patient était composé du questionnaire générique SF-36, et du questionnaire spécifique FDDQoL. Au total, les patients devaient répondre à 79 items.

Le questionnaire général, SF-36 développé aux États-Unis est reconnu internationalement et a fait l'objet de nombreuses publications [15]. Des données sont également disponibles pour sa version française [16]. Il mesure la QdV générale selon 8 dimensions : activités physiques, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé

perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique, santé psychique. Un score est calculé pour chacune des 8 dimensions, ainsi que deux scores résumés : le *Physical Component Summary score* (PCS) et le *Mental Component Summary score* (MCS). Les valeurs sont d'autant plus élevées que l'état de santé est meilleur. Elles sont notées sur 100.

Le questionnaire spécifique [17] mesure la QdV au moyen de 43 items répartis en 8 dimensions : activités quotidiennes, anxiété, alimentation, sommeil, inconfort, santé perçue, avenir, stress. Il s'exprime sous la forme d'un profil de 8 scores correspondant aux 8 dimensions mesurées et d'un score global (SG).

Les patients remplissaient seuls le questionnaire et le retournaient soit au médecin, soit au centre chargé de l'analyse par courrier.

Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS. Le seuil de signification était fixé à 5% pour la comparaison des variables socio-démographiques et à 1% pour les scores de QdV étant donné le nombre de tests effectués.

Les données socio-démographiques et QdV ont été comparées entre les 3 groupes à l'inclusion (test du Chi² ou de Fisher pour les variables discrètes, test de Wilcoxon ou de Kruskal-Wallis pour les variables continues ou ordinales).

L'évolution des scores de QdV des curistes a été analysée par le test des rangs signés.

Enfin, pour comparer l'évolution des scores de QdV à 6 mois entre colopathes curistes et non curistes, une analyse de covariance ajustée sur les paramètres susceptibles de modifier les scores (sexe, âge, comorbidité, sévérité de l'atteinte) a été utilisée. Compte tenu de la variabilité des paramètres de dispersion entre les dimensions des questionnaires, une mesure standardisée de changement a été calculée : moyenne standardisée de réponse (changement observé entre les 2 temps de renseignement des questionnaires / écart-type du changement observé) [18].

La fiabilité interne de chacune des dimensions a été vérifiée au moyen du coefficient alpha de Cronbach (alpha > 0,7).

Résultats

Retours et qualité de remplissage des questionnaires

Le taux de retour des questionnaires QdV à M0 était très satisfaisant : 639 sur 651 attendus. A M6 le taux de questionnaires retournés était resté élevé : 387 sur 446 en théorie.

La bonne qualité de remplissage des questionnaires était attestée par le faible nombre moyen de données manquantes par patient (moyenne ± écart type : 1,44 ± 4,27) et par le fort pourcentage de questionnaires entièrement complétés (70,3% soit 449 questionnaires).

Description de la population

Les femmes représentaient environ les deux tiers des patients dans les 3 groupes (curistes : 67%, témoins : 63%). De même, la proportion de patients vivant en couple était semblable dans les 3 groupes (curistes : 77%, non curistes : 75% et témoins : 73%).

Tableau I - Signes cliniques du SII chez les colopathes curistes et non curistes

	Curistes (N=229)	Non curistes (N = 217)	p de Wilcoxon
Douleurs abdominales			0.0001
Absentes	6.6%	10.8%	
Occasionnelles	32.5%	49.5%	
Prolongées et gênantes	54.4%	36.9%	
Intenses et paralysantes	6.6%	2.8%	
Distensions abdominales			0.0001
Absentes ou transitoires	4.4%	5.1%	
Inconfort occasionnel	21.9%	35.5%	
Fréquentes et prolongées	54.4%	50.9%	
Inconfort permanent	18.4%	8.4%	
Flatulences			0.0001
Absentes ou transitoires	7.9%	3.3%	
Inconfort occasionnel	27.2%	47.2%	
Episodes fréquents et prolongés	54.0%	45.3%	
Episodes fréquents interférant avec l'activité	10.1%	4.2%	
Nombre de jours avec des douleurs digestives au cours des 30 derniers jours	17,3 ± 11,2	14,4 ± 8,9	0.0008
Nombre de consultations généraliste pour SII les 6 derniers mois	2,98 ± 2,7	3,11 ± 2,5	NS
Nombre de consultations spécialiste pour SII les 6 derniers mois	0,75 ± 1,9	1,43 ± 1,8	0.0001
Pourcentage n'ayant pas consulté de spécialistes pour SII les 6 derniers mois.	63,6%	35%	0.0001
Nombre d'examens pour SII les 12 derniers mois	0,59 ± 1	1 ± 1,2	0.0001

Les curistes étaient légèrement plus âgés que les patients des deux autres groupes : 62,9 ans pour les curistes, 59,3 ans pour les non curistes et 61,9 ans pour les témoins ($p = 0,01$, Kruskal-Wallis). Les retraités étaient statistiquement plus nombreux chez les curistes (71%) que chez les non curistes (43%) et chez les témoins (62%).

Dans les 6 mois précédant l'inclusion, 92,5% des curistes et 96,3% des non curistes prenaient un traitement pour soulager leurs troubles digestifs ($p = 0,09$, Chi2). Mais au moment de l'étude, ils n'étaient plus que 71,9% chez les curistes à prendre un traitement contre 86% chez les non curistes ($p = 0,001$, Chi2). Dans 78,5% des cas les curistes interrogés avaient déjà suivi une cure thermale en raison de leurs troubles digestifs.

La fréquence des symptômes digestifs est indiquée dans le tableau I. Elle était plus élevée chez les colopathes curistes que chez les non curistes, ce qui était confirmé par l'opinion des médecins jugeant les troubles digestifs sévères chez 20,2% des curistes et

15,9% des non curistes et le handicap important chez 36,9% des curistes contre 20,2% des non curistes. En revanche, le recours aux consultations spécialisées et aux examens dans la dernière année était plus fréquent chez les non curistes.

La fiabilité des dimensions du questionnaire spécifique était satisfaisante, le coefficient alpha de Cronbach variant de 0,64 (dimension avenir) à 0,94 (activités quotidiennes) et le score global spécifique obtenant un coefficient égal à 0,97.

Analyse des scores Qualité de Vie

Au début de l'étude (M0), les scores globaux de QdV des patients colopathes curistes et non curistes différaient significativement de ceux des patients témoins non colopathes ($p = 0,0001$, Kruskal-Wallis), indiquant que la colopathie fonctionnelle dégradait la QdV perçue par les patients surtout dans ses dimensions liées à la maladie. Les scores obtenus chez les sujets sains pour le SF-36 étaient, comme attendu, proches de ceux d'une population générale représentative (PCS = 50 et MCS = 50)[7].

Parmi les patients colopathes, une différence est apparue entre les scores de QdV des patients curistes et non curistes, les curistes affichant une dégradation plus importante de leur QdV que les non curistes avec une différence significative pour les scores douleurs, vitalité, limitations dues à l'état physique, et la composante psychique du SF-36 (MCS). Les scores spécifiques étaient également significativement plus dégradés chez les curistes pour les dimensions alimentation, sommeil, inconfort, impact du stress et pour le score global (Tableau II).

Un mois après la cure (M1), les scores de QdV des patients curistes traduisaient une amélioration en augmentant de façon significative aussi bien pour les scores PCS et MCS du SF-36 que pour le score global du questionnaire spécifique (test de rangs signés $< 0,0001$), sans rejoindre toutefois les scores des sujets sains (Tableau IV). Toutes les dimensions du SF-36 avaient des scores significativement plus élevés à M1 qu'à M0 (test des rangs signés $< 0,001$ sauf la dimension « Santé perçue »). Les différences (Tableau II) étaient particulièrement marquées pour les échelles « limitation de l'activité », « douleurs », « vitalité » et « santé mentale » avec des moyennes standardisées d'évolution de 0.40. Pour le questionnaire spécifique, seules les échelles « activités », « sommeil » et « inconfort » étaient significativement plus élevées à M1 qu'à M0 (test des rangs signés $< 0,001$) et atteignaient des moyennes standardisées d'évolution de 0.40.

Six mois après le début de la cure (M6), les scores de QdV des curistes restaient significativement supérieurs à ceux enregistrés à l'inclusion bien que légèrement inférieurs à ceux mesurés à M1, indiquant que l'amélioration de la QdV liée à l'état de santé diminuait progressivement dans l'année (Tableaux III et IV).

Les scores « limitations dues à l'état physique, douleurs, vitalité, vie et relation avec les autres » du SF-36 et les scores « activités, anxiété, sommeil, inconfort » et le score global du questionnaire restaient toujours significativement améliorés par rapport à avant la cure. Les moyennes standardisées d'évolution restaient marquées pour les dimensions « sommeil » et « inconfort ».

Bien que ne différant pas significativement, l'amélioration des scores de QdV était toujours plus importante chez les patients curistes que chez les patients non curistes, en particulier pour le score global spécifique (moyenne standardisée de 0,36 pour les curistes contre 0,27 pour les non curistes) (Tableaux III et IV).

Tableau II – Réponses des patients colopathes aux questionnaires de QdV à M0 et évolution des réponses à M1 et M6 pour les curistes

	Curistes M0	Non curistes M0	p	Evolution (curistes)	
				M0/M1	M0/M6
<u>Questionnaire SF-36</u>					
Activité physique	69.6 (±22)	72.4 (±23)	NS	4,5	3
Limitation dues à l'état physique	44.7 (±36)	49.8 (±42)	NS	12	8
Douleurs physiques	42.8 (±15)	48.8 (±21)	0.002	9	4,2
Santé perçue	46.2 (±18)	46.6 (±20)	NS	2,5	2
Vitalité	41.1 (±15)	46.1 (±18)	0.004	6,5	3
Vie et relation avec les autres	55.0 (±19)	58.0 (±24)	NS	8	4,5
Limitations dues à l'état psychique	43.5 (±40)	55.1 (±42)	0.008	14	6,1
Santé psychique	48.8 (±18)	52.7 (±18)	0.010	6	3
Score physique général (PCS)	41 (±8)	42 (±9)	0.014	2	1,3
Score mental général (MCS)	37 (±10)	40 (±11)	0.012	4	1,8
<u>Questionnaire spécifique</u>					
Activités	60.1 (±20)	64.2 (±23)	0.025	8	4,8
Anxiété	55.5 (±22)	57.3 (±22)	NS	4	4
Alimentation	41.0 (±23)	48.7 (±22)	<0.001	2,5	1
Sommeil	51.7 (±18)	64.3 (±21)	<0.001	9,5	8
Inconfort	37.6 (±17)	45.5 (±18)	<0.001	7,5	7
Réaction face à la maladie	45.6 (±19)	48.2 (±19)	NS	2	1,5
Contrôle	55.7 (±23)	53.3 (±21)	NS	1	-1
Impact du stress	23.7 (±21)	29.6 (±20)	0.004	1	3
Score global spécifique (SG)	48 (±14)	54 (±16)	<0.001	6	3,8

Tableau III - Scores globaux de QdV chez les patients curistes et non curistes et leur évolution exprimée en moyennes standardisées

	Curistes				Non curistes		Terrain
	Scores M1	Scores M6	MSE* M1-M0	MSE* M6-M0	Scores M6	MSE* M6-M0	Scores M0
Score physique général	43 (±8)	42 (±8)	0.42	0.20	43 (±10)	0.11	50 (±8)
Score mental général	41 (±11)	39 (±11)	0.38	0.17	41 (±10)	0.14	49 (±8)
Score global spécifique	54 (±15)	53 (±16)	0.44	0.36	57 (±17)	0.27	83 (±10)

*Moyenne standardisée d'évolution : différence / écart-type de la différence (MS<0.40 considérée comme faible, MS≥0.40 modérée, MS≥0.80 importante)

L'analyse dimension par dimension de l'évolution des scores de QdV entre M0 et M6 chez les patients curistes et non curistes ne mettait pas en évidence une différence significative d'évolution. Cependant, l'analyse des moyennes standardisées d'évolution montrait une persistance de l'effet sur les dimensions sommeil et inconfort chez les curistes, alors qu'aucune amélioration notable n'était observée chez les non curistes.

Tableau IV - Gain des scores globaux de QdV chez les patients curistes et non curistes entre M0 et M6

	MCS	p	PCS	p	SG	p
Curistes	1,8	p < 0,02	1,3	p < 0,02	4,2	p < 0,0001
Non curistes	1,3	NS	0,9	NS	3,8	p = 0,0004

Discussion

Cette étude, réalisée sur un nombre important de sujets, montre pour la première fois l'amélioration réelle de la QdV des patients porteurs d'un SII après une cure thermale à Châtel-Guyon, amélioration franche à un mois, encore mesurable 6 mois après la cure, en particulier sur les dimensions sommeil et inconfort. Cet effet ne diffère pas significativement de celui observé durant la même période de temps sur une population de SII suivis par leur médecin traitant (généraliste ou gastro-entérologue) et dont les modalités de prise en charge étaient laissées à la discrétion de ces derniers. S'agissant d'une étude non randomisée, l'interprétabilité de l'amélioration de la QdV liée à la cure thermale seule ne peut être formellement reconnue.

Comparaison des populations curistes et non curistes

En dépit d'un plan d'étude visant à un appariement strict en matière d'âge et de sexe des deux populations de colopathes, les non curistes étant recrutés par les médecins traitants des patients curistes, l'analyse en fin d'étude a fait apparaître une différence faible mais significative pour l'âge moyen des deux groupes de patients, expliquant une proportion plus importante de retraités chez les curistes que chez les non curistes. Ceci peut expliquer certaines différences de qualité de vie exprimées par le patient ou appréciées par le médecin à l'entrée dans l'étude. Cependant la différence d'âge mineure n'explique pas l'ensemble des différences retrouvées entre colopathes curistes, en particulier le nombre de jours douloureux dans le mois précédant la consultation. Les plaintes fonctionnelles des curistes étaient plutôt plus importantes que celles des non curistes, et l'impression du médecin quant au handicap ressenti par les sujets corroborait l'impression des patients. Cet ensemble de différences semble donner une impression de gravité plus grande chez les curistes que chez les non curistes. Il faut cependant noter que la consommation médicamenteuse des 6 mois précédant l'entrée dans l'étude ne différait pas entre curistes et non curistes. Notre étude, qui ne comportait pas d'évaluation psychique clinique des patients, ne permet pas de dire si cet ensemble de différences correspond à une réalité médicale ou bien à une plus grande fragilité psychologique des curistes. On sait en effet que les patients consultant pour une colopathie souffrent fréquemment de

troubles psychiques, les patients colopathes ne consultant pas ayant des profils psychologiques proches de ceux des patients non colopathes [4]. Mais il est possible que les patients curistes aient des troubles psychiques moins importants que les non curistes ; consultant moins de spécialistes, se faisant faire moins d'examens complémentaires alors qu'ils donnent de leur santé une impression de gravité plus grande. Le sex-ratio des deux groupes de colopathes avec environ deux fois plus de femmes que d'hommes était conforme aux données de la littérature française [3].

Comparaison des résultats des questionnaires QdV à M0 avec la littérature

Les résultats des scores de qualité de vie à M0 sont conformes à ceux de la littérature. D'une part, les sujets sains ont rapporté des scores de qualité de vie selon le SF-36 identiques à ceux des populations de référence ayant servi à l'établissement de l'échelle de qualité de vie [17]. D'autre part, les scores obtenus avec le questionnaire spécifique sont proches de ceux obtenus lors de l'élaboration du questionnaire spécifique pour les colopathes [17]. Enfin, nos résultats montrent une atteinte relativement sévère de la qualité de vie chez les sujets souffrant de colon irritable, ce qui corrobore les données récentes de la littérature montrant que la qualité de la vie est un meilleur reflet de la gravité de la maladie telle que ressentie par les malades que les échelles symptomatiques [3] ou psychologiques [11]. Les mêmes études ont montré que les indicateurs traditionnels de consommation médicale tels que nombre de visites médicales, nombre d'admissions hospitalières ou consultations d'urgence n'étaient pas corrélés avec la gravité du colon irritable. En revanche les mesures indirectes de consommation médicale telles que le nombre de jours douloureux, le nombre de jours d'absentéisme, étaient bien corrélées avec la gravité ressentie de la maladie.

Comparaison des résultats à M0 entre curistes et non curistes

Dans notre étude, il est à noter que bien des patients curistes présentaient des signes de sévérité plus importants que les non curistes, et que les curistes avaient moins tendance à recourir aux soins (nombre de visites plus faible, moins grand pourcentage de patients sous traitement). Les indicateurs de QdV apparaissent ainsi comme le meilleur outil susceptible d'apprécier la gravité ressentie du syndrome du côlon irritable [11] et le retentissement de certaines pathologies médicales, des coûts et bénéfices attendus de certaines interventions médicales, pouvant donc aider les organismes payeurs à apprécier la prise en charge et le remboursement de ces interventions, au rang desquels peut figurer la cure thermale dans la prise en charge du colon irritable.

Résultats de l'enquête

Notre étude montre un bénéfice significatif et durable après une cure thermale à Châtel-Guyon sur la qualité de vie de patients souffrant de colon irritable puisque cet effet est mesurable un mois après la cure et persiste encore à six mois. Ce résultat est remarquable car les études rigoureuses cliniques démontrant l'efficacité de tels traitements sont rares [19] et jusqu'alors aucune étude n'avait démontré le bénéfice des cures thermales dans la prise en charge du colon irritable. Cette amélioration de la qualité de vie des patients sur 6 mois diffère singulièrement de l'aggravation spontanée de celle-ci rapportée dans une étude française récente portant sur plus d'un millier de patients suivis 9 mois mais ne bénéficiant pas d'une prise en charge médicale systématique [3]. Dans cette étude si

l'amélioration des symptômes concernait 60% des patients, seuls 30% des patients considéraient que leur handicap diminuait. Les méthodes d'évaluation de la qualité de vie (échelle visuelle d'autoévaluation de l'existence et de l'intensité des marqueurs du handicap ressenti au cours du suivi) différaient cependant de notre méthode d'évaluation (questionnaires de QdV validés).

Conclusion

Nos résultats montrent qu'à l'heure où toute décision médicale doit être la plus efficiente possible, c'est à dire dégager un meilleur rapport coût/bénéfice, la cure thermale à Châtel-Guyon peut figurer au rang des méthodes efficaces de prise en charge du colon irritable. D'autres approches seront nécessaires pour apporter des explications quant à la part respective, la nature et la spécificité des principes thérapeutiques mis en œuvre lors d'une cure thermale à Châtel-Guyon.

*Cette étude a été réalisée avec le concours de la Ville de Châtel-Guyon, et la participation de la Société des Eaux et des Etablissements Thermaux de Châtel-Guyon.
Les auteurs remercient l'ensemble des médecins et des enquêteurs ayant participé à cette étude.*

Références

- 1 Drossman DA, Thompson WG, Tailly NJ, Funch-Jensen P, Jens J, Whitehead WE. Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1990;3:159-72.
- 2 Bommelaer G, Dapoigny M. Troubles fonctionnels intestinaux : définition, épidémiologie. In: Frexinos J ed. *Progrès en hépato-gastroentérologie* vol 11. Paris : Doin, 1995:13546.
- 3 Danquechin Dorval E, Delvaux M, Allemand H, Allouche S, Van Egroo LD, Lepen C. Profil et évolution du syndrome de l'intestin irritable. Étude épidémiologique nationale prospective chez 1301 consultants en Gastroentérologie suivis 9 mois. *Gastroentérol Clin Biol* 1994;18:145-50.
- 4 Lynn RB, Friedman LS. Current Concepts: Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 1993;329:1340-1345.
- 5 Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and Conceptual Issues. In: *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. Spilker B ed. New York : Raven Press, 1990;2:11-24.
- 6 Bowling A ed. *Measuring Health. A review of Quality of Life Measurements scales*. Philadelphia : Open University Press, 1991.
- 7 Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. Applications of the SF-36 in: *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide* 1993;11:11:1-11:18.
- 8 Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989;27:S217-S232.
- 9 Whitehead WE, Burnett CK, Cook EW, Taub E. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. *Dig Dis Sci* 1996;41:2248-2253
- 10 McGee HM, O'Boyle CA, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Assessing the quality of life of the individual : the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychological Medicine* 1991;21:749-759.
- 11 Hahn BA, Kirchdoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:547-552

- 12 Houghton LA, Heyman D, Whorwell PJ. Hypnotherapy : Effect on quality of life and economic consequences of irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1994;106:A513.
- 13 Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:395-402
- 14 O'Keefe EA, Talley NJ, Zinsmeister AR, Jacobsen SJ. Bowel disorders impair functional status and quality of life in the elderly : a population-based study. *J Gerontol* 1995;50A:M184-189.
- 15 *SF-36 Health Survey*. Ed JE Ware. The Health Institute, New england Medical Center, Boston, Massachussets, 1993.
- 16 Leplège A, Mesbah M, Marquis P. Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie : le MOS SF36 (version 1.1). *Rev Epidemiol et Santé Publique* 1995;43:371-379.
- 17 Chassany O, Marquis P, Scherrer B, Read N, et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders. *Gut* 1999;44(4):527-533.
- 18 Guyatt G, Walter S, Normas G. Measuring change over time : assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis* 1987;40:171.
- 19 Constant F, Guillemin F, Collin JF, Boulangé M. Use of spa therapy to improve the quality of life of chronic back pain patients. *Med Care* 1998;36:1309-1314.

