

---

---

## LE POINT DE VUE DE LA FÉDÉRATION THERMALE

---

---

---

### **Patrice Queneau**

*Président de la Fédération thermale et climatique française*

Je souhaite exprimer mon accord avec ce qui a été dit, notamment par notre ami Nguyen Ba et par M. Deloménie, aussi bien pour ce qui regarde la recherche fondamentale, la recherche médico-économique, le fait de mettre plusieurs centres en concurrence (permettez-moi de citer Nancy qui est un des centres les plus actifs) qu'en ce qui concerne la nécessité de revaloriser le rôle des médecins thermaux dans tous les sens du terme.

Pour ce qui touche à l'évaluation de la thérapeutique thermale, je reviendrai au médicament. La situation du médicament n'est pas aussi brillante qu'on l'entend souvent malgré des méthodologies infiniment plus faciles à mettre en œuvre, notamment le double aveugle qui assure sans peine l'établissement de preuves de bon niveau.

Encore faut-il que les études soient bien construites et le rhumatologue que je suis garde en mémoire le problème du fluor dont l'efficacité a été établie - très scientifiquement - sur le critère de la densité osseuse et non pas sur la réduction des fractures, c'est à dire sur le malade, et de surcroît avec une difficulté majeure qui est la question de l'administration prolongée d'un médicament.

Quand il s'agit d'affections aiguës, comme l'infection urinaire de la femme jeune et sa sensibilité à un antibiotique, on sait assez bien faire.

Par contre, dès qu'on aborde la validation des traitements au long cours, beaucoup de questions se posent : combien de malades faut-il ? Combien d'événements supprime-t-on avec tel traitement préventif ? Les réponses sont difficiles.

Le thermalisme se trouve confronté à une difficulté que l'on retrouve dans d'autres types de thérapeutiques (psychiatrie, diététique, physiothérapie, contention...). Prenons l'exemple de la chirurgie. Souvenez-vous : fin septembre à Bordeaux, le Pr Abenheim, directeur général de la santé, lui a attribué un zéro pointé pour son évaluation. Celle-ci a été très peu faite sur les bonnes indications et encore moins sur les bonnes techniques en chirurgie orthopédique. On est là dans un domaine extrêmement difficile parce que le double aveugle n'est pas totalement réalisable, bien que certains l'aient fait ! On rejoint Jean Bernard quand il dit « l'évaluation moralement nécessaire, nécessairement immorale ».

Revenons au thermalisme.

Est-ce qu'on peut randomiser ?

Oui, on le peut, avec des limites, des biais, mais on en trouve aussi avec les médicaments, si l'on veut s'attacher à bien lire les papiers et les protocoles.

L'une des meilleures méthodologies d'essais comparatifs randomisés est celle de l'école de Nancy à qui il faut rendre hommage : le tirage au sort de la date de la cure. C'est une bonne façon d'obtenir une cohorte de malades témoins qui attendent la cure 6 mois plus

tard face à des malades qui ont été tirés au sort et qui font la cure immédiatement. Ce n'est pas le seul modèle. Il en existe d'autres qui peuvent paraître complexes parfois mais il faut se souvenir qu'on est en présence de malades et que les possibilités de manipulation sont heureusement réduites.

Il ne faut pas non plus inverser les obligations de preuves. Si l'on n'a pas pu démontrer qu'un traitement est actif, cela ne signifie pas qu'il est inactif.

Et si vous prenez des maladies chroniques aussi diverses que les maladies vasculaires, l'insuffisance veineuse, tous les débats sur les veinotropes tournent autour du fait qu'on aborde une maladie dont les critères objectifs valables sont rares et que la part de subjectivité est importante.

Il n'est pas plus facile d'évaluer la psychothérapie en tirant au sort des dépressifs dans une catégorie A, à comparer avec des dépressifs d'une catégorie B, qu'on ne traite pas au début, et dont certains se suicident et d'autres s'automédiquent.

Alors, parce que le problème est complexe, faut-il dire que « ça ne marchera pas » ? Eh bien non, je crois à la politique des petits pas ; je crois qu'il faut essayer de construire patiemment, comme un puzzle.

Nous sommes quelques-uns ici à penser que vous avez mille fois raison, Monsieur l'Inspecteur général, lorsque vous sollicitez les médecins thermaux pour être des initiateurs ou des collaborateurs extrêmement actifs et mobilisés. Il y en a plus que je ne croyais.

J'ai eu grand plaisir à entendre qu'à côté de la rhumatologie, il y a un très bon protocole sur l'insuffisance veineuse ; il y en a en ORL, en pathologie broncho-pulmonaire et il y a quelques protocoles qui démarrent dans d'autres secteurs. J'appelle donc à une diversification.

Je reviens aux évaluations réalisées parce qu'il en existe.

Il y a des articles dans des revues nord-américaines ou anglaises, à mon avis pas très soucieuses de promouvoir le thermalisme qui en fait n'existe pratiquement pas dans leur pays, dans lesquelles il est très difficile de publier, y compris dans les présentations thérapeutiques classiques médicamenteuses notamment, avec un impact factor à 3 ou 4, parfois plus (se souvenir, par comparaison, que celui de la Revue du rhumatisme, qui est une des meilleures revues françaises, est inférieur à 1).

Ce sont des revues d'accès difficile, à comités de lecteurs exigeants. Eh bien, Michel Boulangé, Jean-François Colin, Florence Constant, Francis Guillemain, ont publié des papiers qui ont franchi ce barrage et qui donnent des résultats probants sur les indications.

Alain Françon a relevé deux travaux d'une équipe hollandaise de Maastricht dont la chef de file est Mme Astrid Van Tubergen, qui m'a d'ailleurs envoyé deux articles supplémentaires ; il y a donc là quatre publications en langue anglo-saxonne in *Arthritis care & research* et *Annals of rheumatic diseases*, revues à fort impact factor.

Cette équipe de Maastricht est connue. C'est un peu l'équivalent de Maxime Dougados qui fait autorité à Cochin, en droite file de ses prédécesseurs, dans le domaine de la spondylarthrite ankylosante.

Moi qui suis rhumatologue, je cherche depuis des années des preuves scientifiques de l'efficacité des anti-inflammatoires non-stéroïdiens dans le traitement de la sciatique

aiguë. Il n'y en a pas pour une raison simple : on ne peut pas séparer des malades qui ont des traitements multiples comme le repos, aucun ou 2 ou 3 traitements antalgiques, anti-inflammatoires non-stéroïdiens, myorelaxants, des épidurales ou d'autres traitements. C'est quasi-inextricable parce qu'il faut réussir à comparer A+B+C+D versus A+B+C+D+E.

Je voudrais signaler, enfin, nos bonnes relations avec l'ANAES présidée par Yves Matillon, qui a été mon interne. Il nous a envoyé le Pr. Alain Durocher dans le cadre du Conseil scientifique de la Fédération thermale qui a été très encourageant et très positif y compris sur des réalisations. Par exemple dans le rapport de l'ANAES sur les thérapeutiques de la lombalgie chronique, le thermalisme est mentionné de grade B, c'est-à-dire le maximum atteint dans cette étude. Pour avoir le rang A, cela suppose beaucoup plus de malades mais non une méthodologie plus complexe.

J'ai demandé à Yves Matillon d'actualiser le fascicule de recommandations de l'ANAES pour l'évaluation des cures thermales de décembre 1996 parce que notre préoccupation à tous est d'avancer vers ces évaluations qui sont à notre portée.

Prouver l'efficacité ne suffit pas ; il faut aussi montrer l'utilité de la médecine thermale, c'est à dire le service médical rendu.

En juin-juillet dernier, j'ai rencontré Hubert Allemand, médecin-conseil national de la CNAMTS, qui m'a dit : « Vous n'allez quand même pas me parler de service médical rendu par le thermalisme » ! Si, nous allons essayer et peut être également de service médical économique (ce n'est pas négligeable, j'ai là 30 travaux que je tiens à votre disposition).

Nous avons consulté Claude Le Pen, Robert Launois, Gérard Durupt à Lyon, 3 économistes de la santé qui ne souffrent pas la contestation. Ils sont très intéressés. Nous avons avec eux quelques protocoles en cours (par exemple en ORL sur la sinusite chronique où l'appréciation économique sera envisagée).

Il reste à parler de la sécurité, sécurité bactériologique et chimique.

L'arrêt du 19 juin 2000 est excessif pour 3 raisons :

- Sur la question des légionelles et des pseudomonas, le zéro absolu n'est pas possible et ne veut rien dire. Mieux vaut parler de seuil de détection. C'est le principe de sécurité poussé à l'extrême.

- La 2ème chose est la suppression de la valeur d'alerte. Nous avons consulté longuement le directeur général du Centre national des légionelloses qui est Jérôme Etienne à Lyon : il est tout à fait d'accord pour dire qu'une zone intermédiaire d'alerte avant une zone d'intervention est souhaitable.

- Pour les légionelles, il en existe à peu près 400 variétés différentes avec une seule responsable de 98% des légionelloses-maladies (*L. pneumophila*, sérotype 1) et dans 2% des cas on trouve 3 ou 4 autres variétés ; on atteint le 100% avec moins de 5 variétés.

J'évoquerai pour terminer le problème financier.

Le problème financier est majeur et j'espère que la Fédération pourra jouer un peu un rôle d'incitation. Il faut solliciter toutes les instances concernées de près ou de loin. J'ai

écrit à Mme Campanini pour la région Rhône-Alpes et suis prêt à essayer de pousser pour qu'on trouve le « nerf de la guerre » qui vienne accompagner la dynamique de la réflexion et des idées.



## **Discussion commune aux deux interventions précédentes**

*Bernard Graber-Duvernay*

Quelques remarques et une question.

D'abord pour souligner la qualité du rapport de M. Deloménie, et notamment dans sa forme. Ensuite au sujet des déviations qu'il dénonce du thermalisme par l'ajout d'orientations sans rapport avec les propriétés traditionnelles des eaux. Il reconnaît lui-même que ce n'est pas si nouveau. J'aimerais savoir quand ont été attribuées toutes ces orientations, pour quels types d'eau et voir si vraiment il y a une dérive récente significative. Le rapport signale que, dès l'origine, au moment de l'attribution des orientations, il y avait une ambiguïté entre la composition chimique de l'eau et ses indications thérapeutiques, une orientation donnée recouvrant des pathologies très différentes qui ne peuvent pas être soignées par le même médicament.

Ensuite, à propos de l'évaluation, on peut discuter des moyens à se donner. On n'a pas beaucoup parlé du GIS (groupe d'intérêt scientifique) préconisé par le rapport parce qu'il a semblé lourd et long à mettre en œuvre mais peut-être faudrait-il reconsidérer cette question en constituant un groupe de travail dans ce but.

Enfin, pour le rôle du médecin thermal, il m'a semblé que, au moment de la préparation de la convention de 1997, il était apparu une opposition entre deux logiques, une logique médicale défendue par la DGS et par Madame Buestel qui essayait d'aboutir à des recommandations médicalisées, indication par indication, station par station, et une logique de la CNAMTS inspirée par de la méfiance à l'égard du monde thermal et qui cherchait surtout à établir les bases d'un contrat facile à appliquer et à vérifier pour garantir à ses assurés d'en avoir pour leur argent.

Ma question : peut-on valoriser l'acte médical et la place du médecin thermal alors même qu'il n'a le choix qu'entre un petit nombre de soins avec parfois l'obligation de doubler un soin pour faire quatre ? Est-ce que ce ne serait pas une des toutes premières mesures à prendre ?

*P Deloménie*

Oui, certes ; mais à l'inverse, j'ai étudié au moment de ma mission des procès-verbaux du groupe de travail piloté par la DGS en 1996 et en 1997. S'il y a eu échec, ce n'est pas uniquement du fait de l'attitude de la CNAMTS. C'est bien parce que la diversité des pratiques entre médecins thermaux, entre stations était telle qu'il a été quasiment impos-

sible au groupe de la DGS de déterminer une approche " standardisée " dans un certain nombre de situations. C'est bien pour cela qu'il n'y a pas eu de support médical au forfait des soins. Je peux vous assurer, pour en avoir discuté avec le Dr Buestel au cours de ma mission, que cela a été véritablement l'un des problèmes. Je crois que dans un premier temps il faut aller vers une certaine " standardisation " fusse au prix d'un certain appauvrissement.

Il faut aussi admettre la nécessité d'une certaine " hiérarchisation ", j'insiste bien là-dessus, un garde-fou contre des évolutions qui sont décidées dans un certain nombre de cas, non pas par les médecins thermaux mais par les exploitants des thermes, en fonction de considérations non pas médicales, mais économiques et de coefficient de remplissage de tel ou tel soin, à tel ou tel moment. Vous demandez la liberté et je le conçois : il faut qu'un médecin soit relativement libre d'adapter son traitement à la pathologie qu'il rencontre mais n'oubliez pas les effets pervers que cela peut avoir par ailleurs, c'est tout de même ce que l'on constate depuis 1997.

Ensuite, on pourra voir les adaptations, mais le Doyen Queneau le soulignait, vouloir démontrer quelque chose quand on fait varier tous les facteurs est absolument impossible au plan méthodologique, ou extrêmement difficile.

Donc il n'y a pas de réponse pérenne à la question que vous posez.

*Jérôme Berthier*

J'ai été très intéressé par votre exposé. Je ferai une seule remarque : quand dans une pathologie traitée dans une station thermale il sort un nouveau médicament, cette station thermale ferme ou change son indication.

Comme responsable syndical, je sais qu'il n'y a pas de statut du médecin thermal dans les établissements thermaux. Cela ne devrait pouvoir se faire sans trop de difficultés.

Par contre, j'ai regretté que, dans votre rapport, vous ne disiez pas qu'il n'y a pas de statut du médecin thermal au sein de la CNAMTS ; on n'est nulle part, ni spécialistes, ni généralistes.

Tous les 3 mois la CNAMTS fait son rapport d'équilibre et elle le fait voter. Le mot " thermalisme " n'existe pas, ce qui est aberrant. Il faudrait revoir ce problème.

En ce qui concerne le statut de l'établissement thermal, je suis tout à fait d'accord avec vous d'autant que vous avez repris un peu les idées du syndicat médical. Pour notre syndicat une chose est très importante : nous voulons une indépendance financière totale entre le médecin et l'établissement thermal.

*Régine Fabry*

Maintenant que l'Europe est effective, je voulais vous demander s'il y a des chances d'harmonisation puisque le mot thermalisme n'est malheureusement que français.

Quand on fait une bibliographie, soit les articles sont trouvés sous le terme d'hydrothérapie ou balnéothérapie en tenant compte de la composition des eaux avec une spécificité et une action précise, soit on fait de l'hydrothérapie avec de l'eau chaude.

*P Deloménie*

Je ne pense pas que la CEE n'ait envie ni même l'occasion de s'occuper du thermalisme. Je pense que ce sera à chaque pays de régler le problème en son sein et qu'il y aura vrai-

semblablement, comme cela existe déjà, des thermalismes. Le tout, pour reprendre l'interrogation du Pr Boulangé, est de savoir s'il faut faire cohabiter les thermalismes au sein d'un même pays. Ce qui est extrêmement difficile à faire politiquement.

*Olivier Dubois*

Une question qui tient au problème de la sécurité : je suis très surpris par la rigueur qu'on demande au thermalisme actuellement en terme de sécurité et qu'on ne demande ni aux hôpitaux, ni aux cliniques.

Un rapport juridique du cabinet Lefevre de 1995 montrait qu'il y avait eu 100 000 plaintes pour des infections nosocomiales dans les hôpitaux. On sait que l'hôpital Pompidou pose des problèmes considérables avec plusieurs décès alors que les établissements thermaux n'en ont pas du tout.

Ceci est très traumatisant pour nos stations, le risque zéro étant très difficile à appliquer.

*P Deloménie*

Pour la sécurité, je ne souhaite pas discuter de l'arrêté de juin 2000 ; il a été pris contre mon avis durant ma mission et a contribué à la compliquer.

Je dirai tout de même qu'il y a eu des morts dans le thermalisme, qu'il ne faut pas l'oublier à Gréoux-les-Bains et Aix-les-Bains en 1990.

L'utilisation de l'eau dans le thermalisme et dans les hôpitaux n'est pas tout à fait la même et on peut tout de même soutenir, sur un plan cartésien, qu'il peut y avoir des différences entre les normes appliquées au thermalisme et les normes appliquées dans un hôpital. Il y a encore beaucoup à faire pour la lutte contre les infections nosocomiales. J'ai été hospitalisé à deux reprises au cours des 10 dernières années, une fois j'ai eu une interaction médicamenteuse et une autre fois une infection nosocomiale. Donc vous prêchez un convaincu. Et pour l'interaction médicamenteuse, M. le Doyen, c'est moi qui ai posé le diagnostic.

*Olivier Dubois*

En ce qui concerne la recherche, j'essaie de lancer un travail. On s'aperçoit que quoi qu'on fasse, on aura des biais considérables, même avec des budgets de 2 à 3 millions de francs. On sait très bien que notre étude n'aura pas de validation à toute épreuve parce que le nombre de biais est tel qu'on nous contestera toujours nos conclusions.

Deuxième chose qui pose problème : on aura obtenu un résultat pour UNE indication thérapeutique dans UNE spécialité. Par exemple en psychiatrie qui est ma spécialité, je veux essayer de démontrer que certains troubles anxieux peuvent obtenir un résultat thérapeutique. Je n'aurai le résultat, après 3 ans d'études et un financement extrêmement difficile à trouver, que pour une indication thérapeutique. Est-ce que cette reconnaissance suffira à traiter les autres pathologies, les dépressifs par exemple, dans ma station ou pas ?

*P Deloménie*

En ce qui concerne les essais cliniques et les biais, je rejoindrai tout à fait ce qu'a dit le Doyen Queneau tout à l'heure. On arrive toujours à trouver des biais dans une étude et c'est la même chose pour le médicament.

À un moment ça a même été mon métier de rechercher les biais dans les essais cliniques du médicament. La difficulté n'est pas de trouver un biais, mais de savoir apprécier si le

biais qu'on a découvert a un impact important sur les conclusions de l'essai.

Et c'est bien pour cela que je pense qu'il faut dans les recherches méthodologiques en cours avoir un consensus a priori sur les méthodologies appliquées et sur les protocoles appliqués à tel ou tel essai, pour empêcher justement ce type de discussions a posteriori par lequel on peut effectivement éliminer tout essai.

Mais je suis plus optimiste que vous sur la possibilité de trouver des réponses méthodologiques adaptées et relativement consensuelles. Je suis également plus optimiste que vous sur la durée qu'il faudra.

Je pense que s'il y a un effort soutenu d'une manière ou d'une autre par les collectivités locales intéressées, par les Caisses et par l'Etat, en 10 ans on peut faire énormément de choses.

La conclusion de mon rapport était quasiment la suivante : il faut dégager des perspectives claires à moyen et long terme pour le thermalisme. Seulement nous en arrivons là aux décisions du pouvoir politique, qui sont bien au-dessus du fonctionnaire que je suis. J'ai fait des propositions dans un rapport, j'ai eu une liberté de plume totale pour exprimer mes idées et c'est l'une des caractéristiques des inspections générales par rapport aux administrations opérationnelles. Ceci dit, les ministres ont également la même indépendance pour donner suite ou non...