

L'avenir du thermalisme français

Augustin Bonrepaux,

Député



49/96

Activité essentielle pour de nombreuses collectivités locales, le thermalisme, trop longtemps abandonné par les pouvoirs publics, traverse aujourd'hui une crise : recul de la fréquentation, écarts considérables entre les tarifs, image négative dans l'opinion.

M. Augustin Bonrepaux, rapporteur général des crédits de la Santé, après avoir analysé les grandes lignes de la situation actuelle, propose des orientations et des mesures susceptibles de rendre au thermalisme, thérapeutique peu coûteuse, efficace et orientée sur la prévention, un rôle indispensable dans la santé et la vie des Français.

N° 2995

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIXIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 1996.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 146 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN ⁽¹⁾
sur la situation du thermalisme français,

ET PRÉSENTÉ

PAR M. AUGUSTIN BONREPAUX,

Rapporteur spécial,

Député.

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La commission des finances, de l'économie générale et du plan est composée de : MM. Pierre Méhaignerie, *président* ; Philippe Auberger, *rapporteur général* ; Gilbert Gantier, Michel Inchauspé, Didier Migaud, *vice-présidents* ; Yves Deniaud, Michel Jacquemin, Raymond Lamontagne, *secrétaires* ; Patrick Balkany, Jean-Pierre Balligand, Charles Baur, Christian Bergelin, Jean Besson, Augustin Bonrepaux, Jean Bousquet, Michel Bouvard, Jean-Pierre Brard, Bernard Carayon, Gilles Carrez, Jean-Pierre Chevènement, Daniel Colliard, Jean-François Copé, Charles de Courson, Olivier Dassault, Marc-Philippe Daubresse, Arthur Dehaine, Jean-Pierre Delalande, Francis Delattre, Jean-Jacques Descamps, Patrick Devedjian, Laurent Dominati, Jacques Féron, Gaston Flosse, Jean-Michel Fourgous, Yves Fréville, Bernard de Froment, René Garrec, Daniel Garrigue, Claude Gatignol, Jean de Gaulle, Alain Gest, Claude Girard, Alain Griotteray, Michel Hannoun, Pierre Hériaud, Jean-Jacques Jegou, Charles Josselin, Marc Le Fur, Jean-Louis Léonard, François Léotard, Maurice Ligot, François Loos, Arsène Lux, Alain Madelin, Martin Malvy, Jean-François Mancel, Raymond Marcellin, Hervé Mariton, Gérard Menuel, Denis Merville, Louis Mexandeau, Arthur Paecht, Jean Proriol, Yves Rispat, Jean-Paul de Rocca Serra, Alain Rodet, Jean Royer, Nicolas Sarkozy, Jean-Pierre Soisson, Jean Tardito, Jean-Pierre Thomas, Anicet Turinay, Adrien Zeller.

SOMMAIRE

	Pages
LES PROPOSITIONS DU RAPPORTEUR	7
INTRODUCTION	9
I.— MALGRÉ DE SOLIDES ATOUTS, LE THERMALISME FRANÇAIS TRAVERSE UNE PÉRIODE DIFFICILE AGGRAVÉE PAR LA TROP LONGUE INDIFFÉRENCE DES POUVOIRS PUBLICS	13
A.— DÉVELOPPÉ GRÂCE À UNE INDISPENSABLE MÉDICALISATION, LE THERMALISME CONSTITUE UN ENJEU ÉCONOMIQUE SIGNIFICATIF	13
1.— L'essor du nombre des curistes	14
2.— La médicalisation du thermalisme	16
<i>a) Une médicalisation présente à toutes les étapes de la cure</i>	<i>16</i>
<i>b) La prise en charge de la cure</i>	<i>17</i>
3.— Les aspects économiques du thermalisme	20
B.— LES LACUNES DE L'ÉVALUATION MÉDICALE, DE LA FORMATION DES MÉDECINS ET DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION FREINENT LA PROGRESSION DU THERMALISME	23
1.— Une connaissance insuffisante des effets thérapeutiques de la cré- nothérapie	23
2.— L'extinction inéluctable de l'enseignement de l'hydrologie	26
3.— Le milieu du thermalisme n'est pas exempt de responsabilités	27
C.— LE THERMALISME A TROP LONGTEMPS SOUFFERT DE L'INDIFFÉRENCE DES POUVOIRS PUBLICS	28
1.— Une organisation administrative inadaptée	29
2.— Des dispositifs de contrôle inadaptés	31
<i>a) La qualité des produits thermaux</i>	<i>31</i>
<i>b) Les prescriptions et leur exécution</i>	<i>32</i>
3.— Des procédures d'autorisation peu satisfaisantes	34
<i>a) La reconnaissance des orientations thérapeutiques des stations</i>	<i>34</i>
<i>b) L'autorisation des sources</i>	<i>35</i>
<i>c) L'agrément des établissements</i>	<i>36</i>

4.— Un système de tarification nuisible	36
a) <i>Le système de tarification</i>	37
b) <i>Les soins supplémentaires</i>	38
c) <i>La dispersion des tarifs</i>	39
II.— UNE CRÉDIBILITÉ RENFORCÉE, UNE RÉFORME TARIFAIRE RÉUSSIE ET UNE DIVERSIFICATION DE SES ACTIVITÉS PERMETTRONT AU THERMALISME DE POURSUIVRE SON DÉVELOPPEMENT	43
A.— RENFORCER LA CRÉDIBILITÉ DU THERMALISME	44
1.— Une véritable reconnaissance médicale du thermalisme	44
a) <i>Apporter la preuve irréfutable des bienfaits des cures thermales</i>	44
b) <i>Rétablir l'enseignement de l'hydrologie</i>	45
c) <i>Assurer une formation de qualité pour les personnels des établissements thermaux</i>	46
2.— Une étude approfondie des avantages du thermalisme	46
a) <i>Informers les médecins et les assurés sociaux sur les coûts du thermalisme</i> ..	46
b) <i>Évaluer avec précision les avantages des cures</i>	47
3.— Une transparence générale	48
a) <i>Informers le curiste sur la qualité des eaux</i>	48
b) <i>Faire le point sur les autorisations d'exploitation</i>	49
c) <i>Réformer la procédure de reconnaissance des orientations thérapeuti- ques</i>	49
B.— CONDUIRE LA RÉFORME TARIFAIRE DANS L'ESPRIT DES CONCLUSIONS DU RAPPORT COHEN	50
1.— Les propositions de réforme du système tarifaire	50
a) <i>Les propositions du rapport Cohen</i>	50
b) <i>L'approche de la CNAM</i>	51
2.— L'article 28 de la loi du 28 mai 1996	52
a) <i>Un mécanisme conventionnel doté d'une base légale</i>	52
b) <i>Un nouveau système tarifaire</i>	52
3.— La mise en oeuvre de la réforme tarifaire	53
a) <i>S'en tenir aux principes posés par le rapport Cohen</i>	53
b) <i>Compléter la réforme tarifaire</i>	54

C.— ADAPTER LE THERMALISME AUX ÉVOLUTIONS DE LA SOCIÉTÉ	56
1.— Améliorer l'offre touristique	56
<i>a) Le thermalisme s'inscrit dans un environnement touristique</i>	56
<i>b) Rationaliser les infrastructures touristiques des stations</i>	57
2.— Une diversification maîtrisée	58
<i>a) Préserver la médicalisation</i>	58
<i>b) Poursuivre une diversification prudente</i>	59
CONCLUSION	61
EXAMEN EN COMMISSION	63
LISTE DES PERSONNALITÉS ENTENDUES	65
ANNEXES	67
<i>Chronologie</i>	69
<i>Localisation des stations thermales en France métropolitaine</i>	71
<i>Lexique</i>	75

Les propositions du Rapporteur

1. Conduire une évaluation des effets thérapeutiques des cures (p. 44)
2. Réaliser une étude sur les incidences des cures sur la consommation médicale (p. 47)
3. Rétablir la formation initiale et continue des médecins en hydrologie (p. 45)
4. Assurer la qualité de la formation des personnels par les établissements (p. 46)
5. Faire le point sur les autorisations d'exploitation des sources (p. 49)
6. Rationaliser la procédure de reconnaissance des orientations thérapeutiques (p. 49)
7. Informer les curistes sur la qualité des produits thermaux (p. 48)
8. Ressusciter et réformer le Haut comité du thermalisme (p. 49)
9. Mener à bien la normalisation des pratiques (p. 50)
10. Harmoniser rapidement les tarifs des forfaits dans le cadre de la future convention thermale et dans le respect des conclusions du rapport Cohen (p. 53)
11. Réévaluer et redéfinir le forfait de surveillance médicale (p. 55)
12. Assurer l'indépendance des médecins thermaux conformément au code de déontologie (p. 33)
13. Supprimer la procédure d'entente préalable au profit de contrôles plus ponctuels (p. 54)
14. Offrir une faculté de fractionnement de la durée des cures dans le respect de la durée globale des cures et des impératifs thérapeutiques (p. 55)
15. Améliorer l'égalité devant la prise en charge des cures et des prestations supplémentaires d'hébergement et de transports (pp. 47 et 56)
16. Faire intervenir d'autres organismes que l'assurance maladie dans la prise en charge des cures (p. 59)
17. Identifier les besoins des stations en matière d'infrastructures touristiques (p. 56)
18. Continuer de privilégier la médicalisation tout en développant les activités de remise en forme (p. 58)

Mesdames, Messieurs,

Le thermalisme souffre dans notre pays d'une image quelque peu confuse. Chacun a certes pu constater sur sa propre personne ou dans son entourage proche, les bienfaits procurés par une cure. Ainsi, votre Rapporteur est souvent amené à rencontrer des malades qui ont trouvé, après une cure, la guérison ou, du moins, un soulagement durable. De même, un sondage ⁽¹⁾ effectué en 1995 a montré que 68 % des personnes interrogées attendent d'une cure thermale des bienfaits pour leur santé.

Cette reconnaissance individuelle contraste avec le reproche qui est régulièrement adressé aux cures thermales considérées dans leur ensemble : des traitements inefficaces, voire dangereux, qui constitueraient des « vacances payées par la sécurité sociale ». Le dernier avatar de cette argumentation se retrouve dans le rapport sur « les fraudes et les pratiques abusives » que nos collègues Charles de Courson et Gérard Léonard ont remis au Premier ministre le 9 mai dernier.

Sans entrer d'emblée dans des développements détaillés, votre Rapporteur tient néanmoins à mettre en évidence la contradiction inhérente à cette critique : les cures consistent en des traitements médicaux et ne s'apparentent donc pas à d'agréables moments de détente. C'est pourquoi il n'est pas légitime de parler, à leur sujet, de vacances prises en charge par la sécurité sociale, pas plus qu'on le fait pour les séjours à l'hôpital.

Quant aux abus et aux fraudes, votre Rapporteur estime que d'éventuels comportements de ce type, bien évidemment condamnables, ne sont pas plus répandus que dans d'autres secteurs et ne doivent donc pas fournir le prétexte d'une remise en cause globale de thermalisme. En outre, une telle analyse fait fi des difficultés d'accès à une cure que rencontrent encore de nombreux malades. Elle est d'autant plus malvenue que le secteur thermal traverse actuellement une période cruciale.

(1) Sondage CSA-Santé magazine effectué auprès de 1.000 personnes âgées de plus de 18 ans.

En effet, l'article 28 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire ⁽¹⁾, dite DMOSSS, qui vise à réformer les procédures de fixation des tarifs de prise en charge, représente une innovation capitale pour l'ensemble du secteur. Toutefois, indépendamment de cette évolution législative, le thermalisme est aujourd'hui confronté à des défis existentiels : baisse de la fréquentation, révision de la réglementation sanitaire, développement touristique des stations thermales.

Si le DMOSSS a remis ces questions sous les feux de la rampe, celles-ci n'en sont pas moins posées depuis fort longtemps, comme en témoignent les nombreux rapports publiés dans ce domaine depuis une quinzaine d'années ⁽²⁾. Le thermalisme, sans doute parce qu'il ne représente que 0,2 % des dépenses de l'assurance maladie, a toujours été victime d'une certaine indifférence de la part des pouvoirs publics. Cet état de fait a de quoi surprendre si l'on a à l'esprit qu'en Allemagne, le Chancelier donne l'exemple en effectuant lui-même chaque année une cure et en déclarant, au sujet d'un nouvel établissement thermal qu'il visitait en octobre 1995 : « *un État social adapté à l'avenir a besoin de tels idées et concepts* » ⁽³⁾.

Ce n'est certes pas votre Rapporteur spécial des crédits de la santé qui s'étonnera des incohérences des politiques et des administrations sociales. Cependant, l'enjeu dépasse les considérations d'ordre purement thérapeutique ou médical, car le thermalisme constitue, pour de nombreuses collectivités locales, un facteur décisif de développement économique et d'aménagement du territoire. Par conséquent, si des dispositions énergiques ne sont pas rapidement adaptées, de sérieuses menaces pèseraient sur l'emploi dans des zones qui présentent, le plus souvent, un caractère rural ou montagnard.

Dans ces conditions, votre Rapporteur n'a pas d'autre ambition, dans les lignes qui vont suivre, que d'identifier les causes du recul du thermalisme français, mais également de mettre en lumière les atouts de secteur et les carences des pouvoirs publics. Compte tenu de ce diagnostic, qui paraît autoriser un pronostic favorable, il essaiera ensuite d'apporter sa contribution à la réflexion en cours sur les moyens qui permettront d'offrir au thermalisme des perspectives plus favorables, qu'il s'agisse de la reconnaissance médicale, de la transparence vis-à-vis des curistes, de la réforme tarifaire ou de la diversification du secteur.

(1) *Journal officiel, Lois et décrets, 29 mai 1996.*

(2) *Cf. chronologie en annexe (page 69).*

(3) *Der Spiegel, n° 26/1996, p. 107.*

A cette fin, votre Rapporteur a procédé à une large consultation des différents intervenants, soit quinze heures d'auditions, et effectué deux déplacements, l'un en Allemagne (Bonn et Rhénanie-Palatinat), l'autre en Aquitaine et Midi-Pyrénées ⁽¹⁾. Il remercie chaleureusement l'ensemble des personnalités qu'il a ainsi été amené à rencontrer et qui lui ont ainsi permis de mieux connaître un secteur attachant, dont la diversité n'est pas le moindre intérêt.

(1) *La liste détaillée des personnalités entendues figure en annexe au présent rapport d'information (page 63).*

I.— MALGRÉ DE SOLIDES ATOUTS, LE THERMALISME FRANÇAIS TRAVERSE UNE PÉRIODE DIFFICILE AGGRAVÉE PAR LA TROP LONGUE INDIFFÉRENCE DES POUVOIRS PUBLICS

Longtemps réservées à une élite fortunée ou aux indigents hébergés dans les hôpitaux thermaux, les cures ont pris leur essor avec la mise en place de l'assurance maladie, de telle sorte qu'on a pu parler de « thermalisme social ». C'est en effet depuis une circulaire du 14 août 1947 qu'est autorisée la prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie. Cette médicalisation, caractéristique du thermalisme français, a fortement contribué à son implantation sur l'ensemble du territoire.

Toutefois, depuis quelques années, on observe un ralentissement dans cette progression, voire plus récemment, une tendance au recul. Les mises en garde n'avaient pourtant pas manqué, soulignant notamment l'insuffisante reconnaissance médicale, l'absence de formation des médecins en crénothérapie ainsi que la nécessité de mettre l'accent sur la qualité.

Il est vrai que les pouvoirs publics se sont trop longtemps contentés de promesses vagues dissimulant en réalité une indifférence coupable, qui se caractérise à la fois par une organisation administrative inadaptée, des dispositifs de contrôle inadéquats, des procédures d'autorisation insuffisantes et un système de tarification nuisible.

A.— DÉVELOPPÉ GRÂCE À UNE INDISPENSABLE MÉDICALISATION, LE THERMALISME CONSTITUE UN ENJEU ÉCONOMIQUE SIGNIFICATIF

Depuis, cinquante ans, la montée en charge du thermalisme social a permis une forte progression du nombre des curistes. La médicalisation, c'est-à-dire la prise en charge du coût de la cure pour les assurés sociaux, en fondant la légitimité du thermalisme, a joué un rôle décisif dans cette progression, qui s'est avérée d'une importance considérable pour le développement économique de nombreux régions françaises, souvent peu favorisées par ailleurs.

1.— L'essor du nombre des curistes

Le tableau ci-dessous regroupe quelques données éparses sur le nombre de curistes accueillis dans les établissements et permet de mesurer les principales tendances.

NOMBRE DE CURISTES (1938-1994)

1938	1970	1980	1983	1991	1992	1993	1994
115.000	420.000	540.000	590.000	639.000	643.000	637.000	613.000

Ces données doivent être rapprochées de l'évolution de la part des assurés sociaux dans l'ensemble des curistes :

PART DES CURISTES ASSURÉS SOCIAUX (1952-1993)

(en %)

1952	1970	1980	1990	1993
50	67	85	90	95

Les deux tableaux illustrent clairement la corrélation entre la progression continue du nombre de curistes (3,9 % par an en moyenne entre 1938 et 1992, 1,9 % entre 1970 et 1992) et la prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie. On observera d'ailleurs, *a contrario*, que les mesures d'économie imposées à la sécurité sociale en 1958 et en 1967 s'étaient mécaniquement traduites par une baisse de la fréquentation des stations respectivement de 22 % et de 13 %.

La progression constatée en France n'est pas un phénomène isolé, comme en témoignent les statistiques enregistrées en Allemagne au cours des vingt dernières années :

NOMBRE DE CURISTES EN ALLEMAGNE (1974-1994)

	1974	1979	1984	1989	1994
Nombre total de curistes	4.920.000	5.566.000	6.507.000	8.055.000	9.408.000
dont assurés sociaux	1.156.000	1.175.000	1.201.000	1.332.000	1.569.000
en %	23,5	21,1	18,5	16,5	16,7

Source : Association allemande des stations thermales.

Si la progression du nombre des curistes pris en charges par la sécurité sociale a été plus lente que celle des curistes venus dans les stations à titre privé (1,5 % par an au lieu de 3,7 %), et ce, malgré une sensible accélération depuis 1983, la différence avec le thermalisme français n'en apparaît pas moins clairement. On relèvera toutefois qu'en termes absolus, le nombre

de curistes pris en charge en Allemagne représente trois fois les données correspondantes pour la France (1.569.000 contre 550.000), même si, outre-Rhin, le concept de « thermalisme » est apprécié de manière sensiblement plus large.

S'agissant de la structure sociologique de la population des curistes, il faut souligner avant tout la forte proportion de retraités (80 %), d'une part, et de mineurs (10 %), d'autre part. Parmi les classes d'âge intermédiaires, on constate parallèlement une majorité d'inactifs. Globalement, deux curistes sur trois sont des femmes et 60 % ont plus de 60 ans. En revanche, seuls 6.000 curistes étrangers ont fréquenté les stations françaises en 1993, soit moins de 1 % du total.

Ces chiffres révèlent un secteur fortement marqué par le thermalisme social, ce qu'éclaire par contraste la comparaison avec les données correspondantes pour l'Allemagne, dont les établissements ont accueilli, en 1994, 236.000 curistes étrangers, soit 2,5 % du total.

Enfin, la répartition des curistes par orientation thérapeutique à quelque peu évolué au cours des dernières années, au profit de la rhumatologie et au détriment de l'ensemble des autres orientations :

**PART DES DIFFÉRENTES ORIENTATIONS
THÉRAPEUTIQUES (1993)**

(en %)

Rhumatologie	62,7
Voies respiratoires	19,9
Phlébologie	6,1
Appareil digestif	3,8
Maladies cardio-artérielles	2,4
Appareil urinaire	1,7
Autres	3,4

Source : MSA.

En effet, plus des deux tiers des stations bénéficient, à titre principal ou complémentaire, d'une orientation « rhumatologie ». Souvent, ces stations disposent également d'une orientation « voies respiratoires » : cette combinaison se retrouve dans un quart des stations, représentant plus du tiers des curistes.

2.— La médicalisation du thermalisme

Le thermalisme français se caractérise traditionnellement par sa forte médicalisation, qui a pour corollaire sa prise en charge par l'assurance maladie.

a) Une médicalisation présente à toutes les étapes de la cure

La cure est prescrite par un médecin dans plus de 90 % des cas. Ensuite, le curiste bénéficie, dans la station, d'une surveillance médicale, assurée par des généralistes ou des spécialistes. Les stations sont spécialisées par orientation thérapeutique, en fonction des propriétés physiques ou de la composition chimique (sels minéraux, oligo-éléments) des eaux minérales. L'eau est ainsi considérée comme un médicament et peut être utilisée aussi bien en cure interne (cure de boisson) qu'en cure externe ou hydrothérapie (bains, douches, affusions, ...). Sans entrer dans les détails, il convient de souligner que les eaux thermales présentent généralement un caractère très instable, constituant un obstacle à leur transport sur de longues distances, de telle sorte que les cures doivent être effectuées sur place.

Douze orientations thérapeutiques ont ainsi été définies :

- Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires (RH)
- Voies respiratoires (VR)
- Maladies cardio-artérielles (MCA)
- Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques (AU)
- Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques (AD)
- Phlébologie (PHL)
- Gynécologie (GYN)
- Dermatologie (DER)
- Affections des muqueuses bucco-linguales (AMB)
- Neurologie (NEU)
- Thérapeutiques des affections psychosomatiques (PSY)
- Troubles du développement chez l'enfant (TDE).

Les stations thermales figurent à la nomenclature générale des actes professionnels avec les orientations qui leur sont reconnues. A chaque station correspond au moins une orientation ; en fait, de nombreuses stations disposent également d'une orientation secondaire, voire d'une troisième

orientation, de telle sorte qu'il est possible de faire suivre à un patient des soins thermaux pour deux pathologies différentes. Les cures comportent alors dans la plupart des cas un volet rhumatologique, ce qui explique que cette orientation soit très largement répandue, à titre principal ou secondaire.

La médicalisation se traduit également dans la durée de la cure, qui est, en principe, de dix-huit à vingt-et-un jours, c'est-à-dire sensiblement plus longue que la durée moyenne des différents types de séjours de remise en forme, lesquels ne peuvent être assimilés à des cures thermales et ne donnent lieu à aucun remboursement.

Les soins thermaux sont, pour l'essentiel dispensés en ambulatoire, mais il faut mentionner l'existence d'hôpitaux (ou de services hospitaliers) thermaux, lesquels, malgré leur dénomination, ne sont pas régis par la loi hospitalière. Environ 4 % des cures thermales comprennent une hospitalisation. À rebours de l'évolution des autres hôpitaux, ces hôpitaux ont eu tendance à remplir une fonction plus sociale que médicale, afin d'héberger des curistes disposant de faibles ressources.

Ceci étant, les vingt-et-un établissements concernés, représentant 1.590 lits autorisés, disposant également des soins pour les patients qui requièrent une hospitalisation à titre médical, particulièrement les personnes handicapées ou atteintes de pathologies multiples ou invalidantes. Il convient d'y ajouter les soixante-et-une maisons d'enfants à caractère sanitaire pour cures thermales (4.500 places), destinées à accueillir les jeunes curistes nécessitant un traitement spécial ou ne pouvant être accompagnés par leurs parents (articles L.199 à L.208 du code de la santé publique).

b) La prise en charge de la cure

La conséquence logique de la médicalisation consiste en la prise en charge de la cure par l'assurance maladie ou accidents du travail. Votre Rapporteur souhaite ici décrire précisément la procédure et les modalités de cette prise en charge, dans la mesure où les malentendus, pour ne pas dire une certaine malveillance, tendent à accréditer la rumeur selon laquelle les curistes seraient indûment privilégiés. En effet, la procédure de prise en charge est organisée de manière rigoureuse, tandis que le remboursement est relativement peu important.

Une demande d'entente préalable doit d'abord être adressée par l'assuré au contrôle médical de sa caisse d'assurance maladie. Le médecin prescripteur doit préciser dans la demande la ou les orientations thérapeutiques justifiant la cure, la station proposée et, le cas échéant, la nécessité d'une hospitalisation. Le médecin prescripteur doit, conformément à

l'article L.162-4 du code de la sécurité sociale, « *observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement* ».

Depuis un arrêté du 6 avril 1981, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de vingt-et-un jours vaut accord. Un imprimé d'accord de cure thermale est alors transmis au curiste : il mentionne la station et l'orientation thérapeutique retenues et précise l'étendue de la prise en charge. En cas de refus, une notification en précise le motif et indique les voies de recours ouvertes. Le taux de refus, qui était de 12,85 % en 1972, a régulièrement régressé, atteignant 1,2 % en 1991. Cette baisse est sans doute due à plusieurs facteurs, parmi lesquels la charge de travail des caisses et une reconnaissance certaine des effets thérapeutiques du thermalisme.

Au titre de l'assurance maladie ⁽¹⁾, le remboursement intervient dans les conditions suivantes. Il s'agit, pour l'essentiel, de prestations en nature. Celles-ci comprennent d'abord des prestations légales : prise en charge du séjour en hôpital thermal (ou maison d'enfants) à 75 %, prise en charge des frais médicaux à 70 % ⁽²⁾ et prise en charge des frais en établissement thermal à 65 % ⁽³⁾. Elles comportent également des prestations supplémentaires soumises à condition de ressources (96.192 francs pour une personne seule) : prise en charge des frais d'hébergement à hauteur de 65 % d'un forfait de 984 francs, soit 639,60 francs, et prise en charge des frais de transport à hauteur de 65 % du coût du billet de chemin de fer en seconde classe. Ces prestations supplémentaires sont financées par le budget d'action sanitaire et sociale des caisses.

S'agissant des prestations en espèces, elles consistent en des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, versées sous condition de ressources (162.480 francs à compter du 1er juillet 1996). Elles ne revêtent, dans la pratique, qu'une importance assez limitée, dans la mesure où, comme on l'a vu, la majorité des curistes sont des inactifs et où, en outre, les conventions collectives ne prévoient pas toujours le versement d'indemnités journalières en cas de cure.

(1) *Le remboursement est, comme de coutume, plus favorable dans le régime des accidents du travail.*

(2) *Les honoraires médicaux comprennent un forfait de surveillance, par le médecin thermal, de l'ensemble des actes effectués pendant la cure, fixé à 420 francs depuis le 1er avril 1990 et correspondant, en principe, à quatre consultations. S'y ajoutent éventuellement des pratiques médicales complémentaires (actes en K), qui ne peuvent être dispensées que dans des stations limitativement énumérées par la nomenclature générale.*

(3) *Le remboursement des frais d'hydrothérapie n'est possible que si l'établissement thermal dispose d'un agrément accordé en application des décrets du 20 août 1946 et du 9 mars 1956 et s'il est conventionné avec la CNAM dans le cadre d'un avenant à la convention nationale thermale.*

Globalement, l'assuré social, à moins qu'il ne soit pris en charge au titre de l'action sociale ou d'une affection de longue durée, contribue aux trois quarts du coût total de son séjour. Un exemple simple permet de le démontrer :

REMBOURSEMENT D'UNE CURE PAR L'ASSURANCE MALADIE

	Coût	Remboursement normal	Remboursement si le curiste remplit les différentes conditions de ressources
Forfait en établissement	2.500	1.625	1.625
Forfait de surveillance	420	294	294
Transport	500	0	325
Hébergement	4.000	0	639,60
Total	7.420	1.919	2.883,60

On relèvera par ailleurs que la participation financière reste élevée (de l'ordre de 60 %) pour les curistes qui remplissent les différentes conditions de ressources requises pour la prise en charge des frais supplémentaires. Le séjour dans une station thermale, souvent imputé, pour les actifs, sur les congés payés, réclame donc un effort tant physique que financier des curistes, qui illustre plutôt une difficulté d'accès aux soins qu'une responsabilisation insuffisante.

Enfin, on notera qu'en Allemagne, le ticket modérateur appliqué aux curistes est beaucoup plus faible qu'en France, puisqu'il est fixé à 12 DM par jour dans l'ex-R.F.A. et même à 9 DM par jour dans les nouveaux *Länder*, ce qui représente 850 à 1.150 francs pour une cure de vingt-huit jours. En outre, certaines catégories de curistes - retraités, mineurs, bénéficiaires d'indemnités journalières - peuvent même être exonérées du ticket modérateur.

Votre Rapporteur insiste tout particulièrement sur la médicalisation du thermalisme, car celle-ci fait l'objet de critiques répétées. En effet, on lui reproche, pèle-mêle, de dévaloriser l'image du thermalisme, en favorisant le thermalisme social au détriment des activités de remise en forme, et de fragiliser le secteur en le rendant excessivement dépendant de la sécurité sociale.

Au contraire, votre Rapporteur estime que la médicalisation est un fondement essentiel du thermalisme français, car il en justifie la crédibilité aux yeux des curistes. Il serait même dangereux d'entretenir la confusion entre les cures médicales, la remise en forme et le tourisme, qui entraînerait, à terme, la fin de la prise en charge des cures et une grave crise du thermalisme.

Si la médicalisation n'est peut-être pas aussi nettement mise en avant dans les autres pays, elle n'en est pas moins reconnue sans ambiguïtés, y compris au niveau de l'Organisation mondiale de la santé. Ainsi, en Allemagne, les cures, d'une durée de vingt-huit jours, sont intégralement remboursées au titre de l'assurance vieillesse (réadaptation) ou de l'assurance maladie. Avec trois fois plus de curistes pris en charge qu'en France, l'Allemagne diffère seulement par la place accordée aux soins thermaux dans la cure, qui comprend différentes autres actions de réadaptation. Là-bas, comme ailleurs, cette base de médicalisation a grandement contribué aux progrès de l'ensemble du secteur. Il ne faut donc pas rechercher les voies du succès dans une fuite en avant qui abandonnerait la médicalisation au profit de brefs séjours de remise en forme.

3.— Les aspects économiques du thermalisme

Réparties dans quarante-deux départements, les quatre-vingt-seize stations thermales ⁽¹⁾ ayant accueilli des curistes en 1994 occupent une place significative dans l'économie de nombreuses collectivités locales. S'agissant des départements, on relève une assez forte concentration ; les sept premiers, regroupant plus du tiers des stations, représentaient, en 1994, près de 60 % des curistes.

LES SEPT PREMIERS DÉPARTEMENTS THERMAUX (1994)

Départements	Curistes (1994)	Stations
Landes	75.467	6
Savoie	74.760	5
Puy-de-Dôme	62.988	6
Pyrénées-Orientales	41.588	5
Hérault	40.195	3
Alpes-de-Haute-Provence	35.254	2
Hautes-Pyrénées	31.524	8
Total des sept premiers départements	362.746	35
Ensemble des départements	612.815	96

Source : UNET

(1) Chiffre à comparer avec les 300 stations allemandes, qui regroupent plus de 1.400 établissements.

S'agissant des communes, deux traits principaux se dégagent : la moitié des stations sont situées dans des communes de moins de 2.000 habitants et l'altitude moyenne des stations est de 400 mètres. C'est dire le caractère fondamental que peut revêtir l'activité thermique pour ces petites communes de montagne. Toutefois, les stations proprement dites connaissent une grande disparité : si une station accueille en moyenne 6.450 curistes chaque année, les dix premières représentaient, en 1994, 46 % des curistes, contre 0,5 % pour les dix stations les moins fréquentées.

LES DIX PREMIÈRES STATIONS FRANÇAISES (1994)

Stations	Curistes (1994)
Dax	53.983
Aix-les Bains	41.651
Balaruc-les-Bains	34.163
Amélie-les-Bains	31.265
Gréoux-les-Bains	26.424
Luchon	21.182
La Bourboule	19.365
Royat	17.887
Barbotan-les-Thermes	17.578
Bagnoles-de-l'Orne	14.937
Total des dix premières stations	281.438
Ensemble des stations	612.815

Source : UNET

Cette disparité se retrouve également dans les modes de gestion des stations : les établissements sont gérés aussi bien par des exploitants privés que par des collectivités locales - en régie ou par le biais de SEM - ou même par l'État, sous forme d'établissement public (Aix-les-Bains) ou de concessions (Bourbonne, Vichy, Plombières).

Le thermalisme génère une activité économique qu'il est difficile d'appréhender globalement de manière statistique. En effet, au-delà des curistes, il faut prendre en compte les accompagnants, de l'ordre de quatre pour dix curistes. Dès lors, le chiffre d'affaires du secteur est estimé à 9 milliards de francs, dont 6,4 milliards de francs au seul titre des établissements et de l'hôtellerie-restauration.

En termes d'emplois, il convient de distinguer entre emplois directs et indirects, emplois permanents et saisonniers. Les diverses évaluations peuvent être ainsi résumées :

Emplois directs, indirects et induits.....	120.000
Emplois directs et indirects	60.000
Emplois directs et indirects (équivalents temps plein)	40.000
Emplois directs.....	10.000 (dont 1.000 médecins)

On estime donc généralement que cent curistes créent dix emplois, quatre permanents et six saisonniers. Dès lors, le thermalisme entraîne un important flux de cotisations sociales, notamment d'assurance maladie. En effet, en se fondant sur des hypothèses basses - c'est-à-dire 40.000 emplois à temps plein et un salaire brut annuel moyen de 100.000 francs - c'est un montant de près de 800 millions de francs de cotisations maladie qui est ainsi créé, sans parler des recettes fiscales générées par ailleurs.

Or, le coût global des cures pour l'assurance maladie demeure faible. En 1995, les dépenses de cure thermale prises en charge ont atteint 1.230 millions de francs, en recul de 1,53 % par rapport à 1994, et se répartissaient comme suit :

**DÉPENSES DE CURES THERMALES
PRISES EN CHARGE (1995)**

(en millions de francs)

Frais d'hydrothérapie	905,3
Forfait de surveillance médicale	136,3
Prestations supplémentaires	188,9
Total	1.230,5

Source : CNAM

Rapportées à l'ensemble des dépenses de soins prises en charge, elles représentaient, en 1994, 0,22 %, contre 0,26 % en 1985. Autrement dit, alors que les soins de santé ont crû de 75 % entre 1985 et 1994, les dépenses de cures thermales n'ont progressé que de 45,8 % et ont été les seules à respecter les enveloppes fixées.

La comparaison avec l'Allemagne est édifiante : pour les seules cures prises en charge par l'assurance vieillesse, soit environ 70 % du total des cures remboursées par la sécurité sociale, plus de 33 milliards de francs ont été versés, ce qui représente une progression de plus de 50 % par rapport à 1991.

Pour conclure, votre Rapporteur souligne que l'apport économique du thermalisme ne saurait être négligé. Le Gouvernement souhaite-t-il que la sécurité sociale fasse des économies ? Les cures sont peu coûteuses pour

l'assurance maladie, car un franc de dépenses prise en charge est compensé à hauteur de 64 centimes de cotisations directes ou indirectes du secteur. Le Gouvernement considère-t-il que l'aménagement du territoire constitue une priorité ? Le thermalisme en représente un instrument capital pour de nombreuses collectivités locales.

B.— LES LACUNES DE L'ÉVALUATION MÉDICALE, DE LA FORMATION DES MÉDECINS ET DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION FREINENT LA PROGRESSION DU THERMALISME

Le nombre de curistes a cessé de s'accroître, reculant même de 0,9 % en 1993 et de 4,1 % en 1994. L'évolution pour 1995 et 1996 n'est pas encore connue avec précision, mais les informations communiquées à votre Rapporteur font état, suivant les stations, d'une baisse de l'ordre de 5 à 10 %.

Subissant sans doute les effets de la crise économique, de la progression du chômage et de la baisse du taux de prise en charge des soins, le thermalisme souffre, en outre, d'un problème d'image, si l'on considère les incidents survenus dans certains établissements et la présence d'une clientèle composée essentiellement d'assurés sociaux retraités.

Le scepticisme, voire l'hostilité ouverte, tendent à se répandre : le thermalisme ne pourra se redresser que si ses effets thérapeutiques sont clairement établis et enseignés, tandis que la profession devra poursuivre les efforts qu'elle a déjà engagés.

1.— Une connaissance insuffisante des effets thérapeutiques de la crénothérapie

Si les bienfaits apportés par les eaux minérales et leurs dérivés sont connus depuis l'Antiquité, voire la préhistoire, et si le taux de satisfaction des curistes est généralement très élevé, chacun est conscient qu'il n'est plus possible de se contenter de ces quelques orientations pour prouver l'efficacité des cures.

Or, évaluer les effets des cures ne constitue pas un exercice aisé, car ceux-ci ne sauraient se mesurer à la seule action pharmacologique ou clinique de l'eau. En effet, des facteurs tels que l'environnement climatique et social du patient, la rupture avec le mode de vie habituel ou l'observation d'une période de repos font indissociablement partie de la cure. Le thermalisme doit donc être apprécié de façon pragmatique comme une thérapeutique globale pouvant avoir des incidences à long terme. De ce fait, il n'est

pas possible de se contenter d'en mesurer les effets en comparant simplement l'état de santé des patients avant la cure et immédiatement après la cure.

Cette constatation n'est certes pas nouvelle et avait conduit le Dr. Guy Ébrard, dans son premier rapport sur le thermalisme publié en janvier 1981 ⁽¹⁾, à recommander « *une analyse rigoureuse et préalable de la valeur thérapeutique du thermalisme* ». Ce souhait a été exaucé par la mise en œuvre, entre 1983 et 1985, d'une « enquête thermale statistique » réalisée par le service national du contrôle médical de la CNAM et consistant dans le suivi d'une cohorte de 3.000 curistes.

Présentés en octobre 1987, les résultats de cette enquête, qui s'est concentrée sur trois orientations thérapeutiques (voies respiratoires, maladies artérielles, affections urinaires), sont particulièrement éclairants ; en effet, on constate non seulement une amélioration de l'état de santé des curistes dans 60 à 80 % des cas, mais également une consommation de soins significativement moins importante par rapport aux malades n'ayant pas suivi de cure. Quelques chiffres méritent ici d'être cités s'agissant par exemple de l'orientation « voies respiratoires » :

DÉPENSES DE SOINS EFFECTUÉES L'ANNÉE SUIVANT LA CURE

(base 100 = dépenses de soins des malades n'ayant pas suivi de cure)

Pharmacie	Journées d'hospitalisation	Consultations et visites
58	33	86

Source : CNAM

En conclusion, « *l'enquête a permis (...) de mettre en évidence et de quantifier le bénéfice indiscutable de la crénothérapie sur l'état de santé du malade (...). En outre, l'enquête démontre que le renouvellement des cures thermales renforce le bénéfice acquis dans l'orientation "voies respiratoires", préserve le résultat obtenu et contribue à la stabilisation relative de l'affection dans l'orientation "maladies artérielles". [Elle a permis] de démontrer, dans l'orientation "voies respiratoires", l'impact de la crénothérapie sur les prestations servies aux assurés* ».

Votre Rapporteur s'étonne, dans ces conditions, du virage à 180 degrés opéré par la CNAM après la publication de cette enquête. En effet, déniait toute valeur au travail de trois de ses médecins conseils, elle considère aujourd'hui que la méthodologie retenue ne permet pas de prouver la valeur de l'eau en tant que médicament. Cette argumentation n'est pas ac-

(1) « *Le thermalisme en France. Situation actuelle et perspectives d'avenir* ». Rapport au Président de la République (La Documentation française).

ceptable, car, on a déjà vu qu'il convient davantage de s'attacher aux effets globaux des cures que de continuer à s'en tenir exclusivement à l'équation eau = médicament.

Votre Rapporteur regrette en tout état de cause que la CNAM, qui estime désormais que c'est à la profession d'entreprendre ce type d'études, n'ait pas souhaité lui transmettre les résultats de cette enquête, assortis, au besoin, de ses éventuelles réserves. Il se félicite néanmoins d'avoir eu fortuitement communication de ce document en Allemagne, où l'on fait, semble-t-il, plus grand cas qu'en France des efforts d'évaluation scientifique du thermalisme.

Votre Rapporteur considère que ce revirement est révélateur d'un rejet *a priori* du thermalisme qui pose une question de fond : tout le monde a-t-il intérêt à ce que le développement d'une thérapeutique efficace et peu coûteuse entraîne une diminution de la consommation de médicaments, du nombre des consultations et de l'activité des hôpitaux ? Il est d'autant plus enclin à s'interroger qu'il a déjà observé, en tant que rapporteur spécial des crédits de la santé, que la question lui paraît pertinente bien au-delà du seul thermalisme. De plus, la suite du feuilleton de l'évaluation des effets de la crénothérapie n'est guère rassurante.

Suggérée dès 1981 par la mission conduite par le Dr. Ébrard, l'idée de confier à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) une mission d'évaluation thérapeutique du thermalisme devait apporter des éléments incontestables, compte tenu de l'autorité scientifique qui s'attache à cet organisme. Cependant, alors même qu'un crédit avait été prévu à cet effet en 1995, l'INSERM, qui avait pourtant présenté dès février 1994 une intéressante proposition d'étude, d'enquête et d'expertise ⁽¹⁾, n'a pas voulu s'engager dans un domaine qui lui a sans doute paru trop éloigné de sa compétence première, la recherche fondamentale. Pourtant, il s'agissait seulement, dans un premier temps, de procéder à une recherche bibliographique internationale sur l'évaluation dans le domaine du thermalisme, laquelle, selon les termes mêmes d'une réponse donnée à notre collègue Denis Jacquat ⁽²⁾, « n'a finalement pas été réalisée étant donné l'insuffisance des résultats prévisibles après une première interrogation par l'INSERM des banques de données existantes ».

En réalité, chacun pouvait savoir que cet axe de recherche menait à une impasse. Il suffisait, par exemple, de se rappeler le constat effectué dès 1990 par deux médecins dans un ouvrage largement diffusé dans le secteur

(1) Reproduite dans le rapport de la seconde mission sur le thermalisme conduite par le Dr. Ébrard (avril 1994).

(2) Journal officiel, Questions, Assemblée nationale, 13 mai 1996, p. 2614.

thermal ⁽¹⁾ : « le nombre de travaux sur lesquels on peut s'appuyer pour évaluer la crénothérapie ou le thermalisme en France est modeste : quelques dizaines ». De tels errements laissent à croire qu'on s'est délibérément fourvoyé, tandis que le thermalisme perdait ainsi un temps toujours plus précieux et qu'il manque ainsi une base incontestable d'évaluation, qui constitue pourtant une condition préalable à l'enseignement de la crénothérapie.

2.— L'extinction inéluctable de l'enseignement de l'hydrologie

L'hydrologie n'est plus enseignée, à titre facultatif, que dans quelques facultés : en effet, les titulaires des différentes chaires ne sont pas remplacés lorsqu'ils font valoir leurs droits à la retraite et les suggestions avancées en 1981 par la mission sur le thermalisme (création de six postes en trois ans) n'ont pas été retenues. Par ailleurs, six universités sont habilitées à délivrer la capacité d'hydrologie médicale et de climatologie, destinée plus spécifiquement aux futurs médecins thermaux.

Autrement dit, l'enseignement de l'hydrologie a progressivement disparu du cursus universitaire de base. Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner que ce soient les patients qui attirent de plus en plus souvent l'attention de leur généraliste sur l'existence des soins thermaux et que les jeunes médecins prescrivent rarement des cures. Ainsi, selon une étude effectuée en Aquitaine, 62 % des cures sont prescrites à l'initiative des médecins, et non des curistes, mais seuls 6 % des médecins prescrivent des cures.

Votre Rapporteur estime que cette situation n'est pas satisfaisante, dans la mesure où c'est au médecin qu'il devrait revenir de conseiller les malades qui lui paraissent justifier une cure. On peut craindre également que le médecin ne soit conduit, par simple méconnaissance de la crénothérapie, soit à donner purement et simplement satisfaction à toute demande exprimée par le patient, soit, plus vraisemblablement, à s'abstenir prudemment de prescrire toute cure, particulièrement dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé.

Comme on le voit, les faiblesses de l'enseignement sont le corollaire des insuffisances de la reconnaissance médicale. Toutefois, le secteur thermal dans son ensemble porte une part de responsabilité dans la crise actuelle, même s'il a su réagir avec vigueur.

(1) Philippe Schilliger et Gilles Bardelay : « Savoir évaluer et prescrire une cure thermale » (Editions Frison-Roche, 1990)

3.— Le milieu du thermalisme n'est pas exempt de responsabilités

Sans nul doute, la profession est d'abord affectée par ses divisions structurelles et ses querelles de personnes, qui nuisent grandement à sa capacité de s'exprimer d'une seule voix, notamment vis-à-vis des pouvoirs publics.

S'agissant des établissements thermaux, ils sont regroupés en trois syndicats distincts, comme le montre le tableau ci-après ⁽¹⁾ :

REPRÉSENTATIVITÉ DES SYNDICATS THERMAUX (Janvier 1995)

Syndicats	Établissements adhérents	Curistes accueillis (en %)
UNET	53	303.019 (48)
SNET	36	145.309 (24)
SATF	13	106.871 (17)
Non syndiqués	12	70.694 (11)

Source : UNET

Dans leurs entretiens avec votre Rapporteur, l'UNET (Union nationale des établissements thermaux) et le SNET (Syndicat national des établissements thermaux) n'ont pas paru défendre des approches fondamentalement opposées. En revanche, ils se démarquent clairement du SATF (Syndicat autonome du thermalisme français), émanation de la Chaîne thermale du soleil. Le contraste est frappant si l'on songe à l'Association thermale allemande (*Deutscher Bäderverband*), qui représente seule les 270 stations de l'ex-R.F.A. (anciens *Länder*). Cette unicité, certes traditionnelle dans la conception syndicale allemande, ne lui en confère pas moins un poids considérable.

Avec un objet distinct de celui des syndicats, la Fédération thermale et climatique française tente, grâce à l'autorité et à la compétence du Dr. Ébrard, de donner une unité au secteur à destination des chercheurs, des médecins ou du grand public. Visant ainsi à assurer la défense et la promotion de la profession, elle regroupe non seulement les syndicats thermaux mais d'autres intervenants du secteur : Association des maires des stations thermales, Syndicat national des médecins thermaux, universitaires, etc.

(1) Certains établissements n'adhèrent à aucun syndicat, un établissement étant, par ailleurs, affilié... à deux syndicats.

Quant au Haut comité du thermalisme et du climatisme, instauré par un décret du 4 mai 1983, les pouvoirs publics sont responsables de sa disparition, car ils n'ont pas procédé à son renouvellement depuis le 15 novembre 1992.

En outre, la difficulté, pour la profession, de s'exprimer haut et fort, tient sans doute à des hésitations sur la conduite à tenir. Trop longtemps, les établissements ont été réticents à accepter à l'avance les résultats d'une évaluation thérapeutique, pour la soutenir ensuite quand elle se révélait favorable. Parfois, leur attitude a également laissé à désirer s'agissant de l'hygiène et de la sécurité, non pas tant sur le fond que sur la transparence et la communication vis-à-vis des curistes. Enfin, le développement des activités de remise en forme par rapport au thermalisme médical ne s'est pas toujours fait sans ambiguïtés quant à la vocation initiale des stations.

Pourtant, dans un contexte de plus en plus difficile, les établissements ont su entreprendre les efforts nécessaires pour se moderniser. Votre Rapporteur a pu apprécier les investissements considérables entrepris par les uns et par les autres au cours des années récentes. Il se félicite de cette réaction de l'ensemble du secteur, alors même que les pouvoirs publics persistaient à manifester à son égard une indifférence lourde de conséquences.

C.— LE THERMALISME A TROP LONGTEMPS SOUFFERT DE L'INDIFFÉRENCE DES POUVOIRS PUBLICS

Le thermalisme entretient des liens étroits avec la santé, l'hygiène, la sécurité sociale et même le tourisme, tous domaines dans lesquels les pouvoirs publics doivent assumer leurs responsabilités. Si l'on peut effectivement faire remonter l'intervention de l'État à un arrêt du Conseil du Roi du 7 mai 1781 ⁽¹⁾, force est de constater que depuis plus de vingt ans, il n'a pas su accompagner les évolutions du secteur.

En, effet, l'organisation des administrations n'est pas adaptée, ce qui nuit à la qualité des contrôles. En même temps, les différentes procédures d'autorisation et la tarification des soins ne peuvent être considérées comme satisfaisantes.

(1) *Faisant obligation à tout propriétaire découvrant une source d'eau minérale « d'en instruire la Société royale de médecine, pour qu'elle en fasse faire l'examen et que, d'après le rapport des commissaires qu'elle aura nommés, la distribution en soit permise ou prohibée, selon le jugement qui aura été porté par elle ».*

1.— Une organisation administrative inadaptée

Votre Rapporteur a relevé quatre principaux domaines d'intervention des administrations centrales, correspondant à différents aspects du thermalisme.

Il s'agit, en premier lieu, de la santé publique : à la Direction générale de la santé (DGS), la sous-direction de la veille sanitaire comprend un bureau de l'eau (VS4) qui est chargé, entre autres, de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine et de la réglementation du thermalisme.

Malheureusement, les faits ont constamment révélé le peu de cas que l'on fait du thermalisme à la DGS. De manière générale, votre Rapporteur a le sentiment que la ligne de conduite de cette administration consiste, en la matière, à se contenter du strict minimum, sans doute par crainte d'intervenir dans un secteur qu'elle considère comme complexe. Outre ce comportement pusillanime, la DGS adopte également une attitude plus terre à terre : elle ne souhaite pas consacrer davantage de temps et de moyens au thermalisme qui, à son sens, l'occupe déjà excessivement par rapport au poids qu'il représente.

Votre Rapporteur pourrait se borner à déplorer rituellement les difficultés matérielles auxquelles les administrations sociales ont toujours été confrontées. Cependant, cette analyse ne saurait suffir, ce qu'illustrent les évolutions récentes.

En principe, les questions thermales relevaient, au sein du bureau de l'eau, d'un fonctionnaire à temps plein, renforcé, depuis octobre 1995, par un médecin inspecteur. Or, depuis juin dernier, le fonctionnaire en charge du dossier, appelé à occuper d'autres fonctions, n'a pas été remplacé : quels que soient les mérites des uns et des autres, on ne peut que s'inquiéter des conséquences de cette carence sur la continuité et l'efficacité de l'action administrative. Comment progresser ainsi, par exemple, en matière de normalisation des pratiques ? Comment également mettre en œuvre les recommandations formulées par la Cour des comptes ⁽¹⁾ dans son rapport public de janvier 1995 ?

Bien plus, à un tel niveau de sous-administration, cet incident ne peut que résulter d'un choix délibéré qui révèle, pour le moins, une grande indifférence à l'égard du thermalisme. Cette indifférence finit par s'apparenter à du mépris lorsque le Gouvernement, ne respectant pas les

(1) *Cour des comptes : les interventions publiques dans le domaine du thermalisme. Rapport au Président de la République (janvier 1995).*

textes qu'il a lui-même édictés, persiste depuis plus de trois ans à ne pas renouveler les membres du Haut comité du thermalisme, pourtant chargé d'émettre un avis sur les orientations thérapeutiques des stations. Il est symptomatique, à cet égard, qu'aucune réponse n'ait encore été fournie à une question écrite (n° 34.212 du 22 janvier 1996) de notre collègue Denis Jacquat sur ce point.

En deuxième lieu, la prise en charge du thermalisme par l'assurance maladie justifie l'intervention de la direction de la sécurité sociale (DSS), à savoir les bureaux chargés des établissements de santé et des relations avec les professions de santé au sein de la sous-direction du financement de l'offre de soins. Elle est principalement amenée à se prononcer sur les demandes de traitements types présentées par les stations.

Mais il ne faudrait pas négliger, en matière de sécurité sociale, un intervenant dont le rôle est considérable : la CNAM. D'une certaine manière, les réticences manifestées par la CNAM à accepter les effets positifs de la crénothérapie se retrouvent dans ses structures administratives : le thermalisme, qui occupe l'essentiel du temps de travail de trois agents de la direction de la gestion des risques, tiendrait à ses yeux une place beaucoup trop importante au regard de la dépense qu'il induit. Si votre Rapporteur se félicite de voir ainsi implicitement reconnue la modicité du coût du thermalisme pour l'assurance maladie, il regrette cette approche quelque peu résignée de la CNAM.

En troisième lieu, la fixation des tarifs fonde l'intervention du service des produits et des marchés à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Un fonctionnaire y est chargé, au sein du bureau « affaires sociales et santé », des établissements thermaux, mais il faut également mentionner le travail effectué par les services déconcentrés.

Enfin, l'administration du tourisme intervient également en matière de thermalisme, l'Agence française d'ingénierie touristique (AFIT), groupement d'intérêt public créé en 1993, réfléchissant à l'adaptation de l'offre touristique dans ce secteur.

Pour compléter cette description, il faudrait également souligner que les relations entre les diverses administrations concernées sont assez ténues, et encore s'agit-il vraisemblablement d'un euphémisme.

Après avoir procédé à cette présentation, votre Rapporteur pourrait se réjouir d'avoir ainsi identifié un remarquable cas pratique pour les spécialistes de science administrative. Mais il doit bien davantage déplorer que

cette organisation peu satisfaisante du travail gouvernemental, à l'origine de lacunes dans les mécanismes de contrôle, d'autorisation et de tarification, ait eu de graves incidences pour le thermalisme français.

2.— Des dispositifs de contrôle inadaptés

Le secteur thermal lui-même a intérêt, le premier, à ce que les contrôles administratifs soient irréprochables, afin que chacun puisse reconnaître la qualité des soins dispensés dans les établissements. Ces contrôles peuvent porter sur deux éléments de nature très différente : la qualité des produits thermaux, c'est-à-dire des eaux, d'une part, la prescription des soins et son exécution, d'autre part.

Or, il apparaît que les pouvoirs publics, dans un cas comme dans l'autre, n'ont pas su définir une politique cohérente et efficace : laisser-faire coupable et sévérité excessive coexistent donc, de telle sorte que des pratiques condamnables ont pu se développer dans certaines stations.

a) La qualité des produits thermaux

En principe, l'eau thermale doit être distribuée telle qu'à l'émergence, c'est-à-dire qu'elle ne doit ni être coupée ou remplacée par de l'eau ordinaire, ni être traitée au moyen de produits désinfectants, afin de préserver ses propriétés physico-chimiques. De ce fait, des problèmes de pollution peuvent survenir soit à la source, soit à l'intérieur même de l'établissement, en raison de la fréquentation.

Dans le premier cas, le contrôle est effectué non seulement à l'origine, c'est-à-dire lors de l'autorisation d'exploiter la source, mais également à des intervalles réguliers. Dans le second cas, la réglementation a été considérablement renforcée par des arrêtés du 16 mai 1989 et du 20 juillet 1992, qui ont remplacé l'arrêté du 14 octobre 1937 en vigueur jusqu'alors. Désormais, des prélèvements sont périodiquement effectués aux points d'usage, c'est-à-dire dans les établissements mêmes. Les bactéries recherchées sont non seulement celles prises en compte pour les eaux destinées à la consommation humaine mais également deux germes (*pseudomona aeruginosa*, légionelle) apparus au cours de ces dernières années. En outre, les références établies par la circulaire d'application du 20 juillet 1992 sont extrêmement strictes.

Ce dispositif rigoureux fait suite à une longue période de laxisme, à rapprocher des graves contaminations observées à Gréoux-les-Bains en 1987 et en 1988. On comprend que le balancier, par réaction, soit allé excessivement loin dans l'autre sens : comme l'observait fort justement l'un des inter-

locuteurs rencontrés par votre Rapporteur, l'application des normes au pied de la lettre conduirait à fermer les trois quarts des établissements.

À cela s'ajoute la vigilance toute particulière des DDASS qui pratiquent leurs contrôles souvent au-delà des exigences de fréquence posées par les arrêtés de 1989 et 1992, et ce, malgré la faiblesse chronique de leurs effectifs. Votre Rapporteur salue le travail effectué à ce niveau, certes motivé par la crainte d'un incident sanitaire, mais qui a permis de concilier la sécurité des curistes et les difficultés techniques rencontrées par les établissements.

Une réglementation trop sévère est inutile, car elle ne peut être appliquée. Dès lors, le système actuel n'est pas adéquat, même si la compétence et le sens des responsabilités des DDASS et des établissements ont su combler ses lacunes. En outre, à côté de cette excessive rigueur, un vide juridique quasi absolu règne en matière de gaz thermaux ou de boues thermales. Ici aussi, il faut se féliciter que de nombreux établissements aient eux-mêmes décidé de privilégier la qualité, tout en déplorant que l'absence totale de réglementation prive cet effort d'une partie de sa légitimité.

b) Les prescriptions et leur exécution

S'agissant des prescriptions proprement dites, il convient d'abord de distinguer entre la prescription de la cure par le médecin traitant, d'une part, et la prescription des soins par le médecin thermal dans la station.

Pour ce qui est des contrôles de la prescription de la cure proprement dit, votre Rapporteur regrette ici aussi le laxisme constaté d'un côté - la plupart des caisses primaires n'effectuent pas de contrôles réguliers, faute de moyens - et la sévérité abusive qui prévaut de l'autre. En effet, certaines caisses obtiennent des résultats spectaculaires en matière de rejet des demandes d'entente préalable, de l'ordre de 25 à 30 %, mais ces statistiques apparemment vertueuses dissimulent en réalité l'opposition de principe de certains médecins conseils à la crénothérapie, facilitée par le fait que les soins thermaux appellent davantage une appréciation en termes d'opportunité que d'autres thérapeutiques. On le remarque aisément dans les motifs avancés par le contrôle médical, certains refus faisant ainsi état des risques bactériologiques encourus par le malade s'il venait à suivre une cure !

De tels agissements sont inqualifiables, d'autant que peu d'assurés sociaux utilisent les voies de recours qui leur sont alors ouvertes, souvent par simple méconnaissance de leur existence. Des contrôles aussi erratiques nuisent également à l'image du thermalisme : le laxisme accrédite le mythe

des « vacances payées par la sécurité sociale », les excès culpabilisent également les patients et les médecins qui ont effectué une demande.

Concernant le contrôle des prescriptions effectuées dans les stations par les médecins thermaux, votre Rapporteur s'interroge sur le respect d'un minimum de règles déontologiques : que penser, par exemple, d'une activité libérale exercée exclusivement dans un cabinet situé dans les locaux mêmes de l'établissement thermal ? Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que des abus aient été mis en lumière ici ou là, notamment la prescription stéréotypée de soins que l'affection traitée ne paraissait pas devoir justifier. Il est toutefois regrettable qu'aucune condamnation en justice de ces pratiques n'ait pu être obtenue, faute de preuves tangibles et même, dans l'une de ces affaires, en raison de la rétractation d'un témoin au cours de la procédure. En outre, un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 21 mai 1991 a reconnu la liberté d'organisation de l'établissement thermal, ce qui justifie des restrictions éventuelles au principe de libre choix du médecin, voire au principe d'économie, consacrés par ailleurs.

Si des abus peuvent donc survenir en matière de prescription, il faut également prendre garde à ce que l'ensemble des soins régulièrement prescrits soient effectivement dispensés. Sur ce point, les établissements thermaux sont chargés, dans un premier temps, du contrôle et ils ont mis en place à cette fin des dispositifs de pointage performants permettant d'établir que chaque curiste a reçu quotidiennement les soins prévus. Dans un second temps, les caisses peuvent contrôler, avant leur remboursement, l'exécution des soins prescrits telle qu'elle ressort des documents transmis par l'établissement.

À cet égard, une importante divergence d'interprétation entre les caisses primaires et les établissements mérite d'être signalée. Pour les unes, le nombre de soins compris dans un forfait doit être intégralement effectué, pour les autres, en revanche, ce nombre ne constitue qu'un maximum, car le forfait thermal prend généralement en compte une prescription moyenne, et non maximale, et les médecins thermaux doivent conserver leur liberté de prescription. Chacun se fonde ici sur la convention thermale, dont l'article 6 soulève, en l'espèce, des problèmes d'interprétation. Malgré cette ambiguïté, certaines caisses ont menacé de réduire le remboursement des forfaits à due concurrence des soins effectivement dispensés aux curistes. Or, ce serait ainsi faire porter les conséquences de cette incertitude sur les établissements, qui observent strictement les prescriptions des médecins thermaux.

En conclusion, votre Rapporteur souligne que les contrôles, compte tenu de la médicalisation du thermalisme français, constituent un élément essentiel de son image. Sans contrôles, la médicalisation ne serait effective-

ment plus qu'hypothétique, et sans médicalisation, le thermalisme perdrait toute crédibilité. Ceci vaut également pour les différentes procédures d'autorisation requises aux différents stades de l'activité thermique.

3.— Des procédures d'autorisation peu satisfaisantes

L'exploitation thermique requiert des autorisations de diverses sortes à différents niveaux : celui de la station, celui de la source et celui de l'établissement. Ces procédures ne sont pas exemptes de défauts, créant des situations préoccupantes auxquelles l'administration n'a pas su ou voulu remédier.

a) *La reconnaissance des orientations thérapeutiques des stations*

Comme l'agrément, la reconnaissance des orientations thérapeutiques est une condition nécessaire à la prise en charge des curistes par l'assurance maladie. Elle se traduit donc par une inscription au titre XV de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). En principe, les demandes d'inscription sont examinées par le Haut comité du thermalisme et par la commission de la nomenclature ⁽¹⁾, qui émettent un avis au vu d'études hydrologiques et médicales.

Malheureusement, cette procédure, relativement satisfaisante dans son principe, est devenue caduque *de facto*, dans la mesure où le ministère, comme on l'a déjà vu, n'a pas jugé opportun de renouveler les membres du Haut comité. Par conséquent, depuis 1993, celle-ci se déroule, d'un point de vue juridique, dans un vide complet et, d'un point de vue pratique, dans des conditions inacceptables.

En effet, la commission de la nomenclature refuse désormais de se prononcer sur les nouvelles demandes, faute d'évaluation. Dès lors, le conseil d'administration de la CNAM émet systématiquement un avis négatif sur ces demandes. En fin de compte, le ministre se prononce seul, autrement dit, dans un régime de non-droit proche de l'arbitraire pur et simple, ce que démontrent certaines orientations reconnues dans la période récente.

Pourtant, il s'agit là d'une notion essentielle pour l'équilibre du secteur, dans la mesure où si l'on reconnaissait, à la limite, toutes les orientations à l'ensemble des stations, la médicalisation serait ainsi remise en

(1) *Instituée par un arrêté du 6 novembre 1945, cette commission est paritaire. Son secrétariat est assuré par la CNAM.*

cause. C'est pourquoi le principe selon lequel il convient de limiter à deux le nombre d'orientations par station devrait continuer à s'appliquer.

b) L'autorisation des sources

Bien que des procédures d'autorisation des sources aient été définies dès l'ordonnance royale du 18 juin 1823, la situation juridique n'en est pas moins devenue aujourd'hui extrêmement confuse.

Pour toute nouvelle demande d'exploitation, les choses sont relativement simples : en vertu d'un décret du 28 mars 1957, la demande est examinée par diverses instances aux échelons local (laboratoire agréé, DRIRE, DDASS, Conseil départemental de l'hygiène, préfet), puis national (Agence du médicament, Académie de médecine et, le cas échéant, Conseil général des mines et Conseil supérieur d'hygiène publique), l'autorisation étant finalement accordée par arrêté du ministre chargé de la santé. Comme la procédure s'avère parfois très lente, des autorisations provisoires, bien que non prévues par le décret, ont pu être données, dans l'attente d'une décision définitive.

En revanche, les sources déjà autorisées ou exploitées soulèvent des difficultés. En effet, certaines d'entre elles sont exploitées sans autorisation ou ont vu leur autorisation expirer. D'autres ont bénéficié d'une autorisation à durée illimitée en application d'un précédent régime juridique. En outre, les propriétés physico-chimiques de certaines sources ont pu évoluer depuis la date de leur autorisation. Si, par deux circulaires du 23 juillet 1957 et du 29 novembre 1983, le ministère a manifesté l'intention de faire le point sur la situation, force est de constater que le travail est loin d'être achevé, d'autant que la DGS, comme le relève la Cour des comptes, « *ne dispose toujours pas d'un fichier à jour permettant de connaître par station le nombre de sources en cours d'exploitation, les caractéristiques de chacune d'elles, leur situation juridique et les problèmes sanitaires éventuellement rencontrés* ».

Un tel imbroglio révèle à nouveau les insuffisances de la DGS et ne peut être accepté. En effet, comment apporter la preuve de la qualité des eaux thermales en l'absence d'une véritable certification officielle ? Une fois de plus, le thermalisme est victime des carences de l'administration, car si l'absence d'autorisation ne signifie pas *ipso facto* que la source est impropre à l'exploitation ni qu'elle échappe aux contrôles de qualité déjà évoqués, l'incertitude qui règne dans ce domaine fait peser sur l'ensemble des stations une suspicion qui porte atteinte à l'image du secteur.

c) L'agrément des établissements

Il n'existe pas, à proprement parler, d'autorisation de fonctionner pour les établissements thermaux. En revanche, un décret du 20 août 1946, complété par un décret du 9 mars 1956, précise que les établissements doivent bénéficier d'un agrément pour pouvoir dispenser des soins aux assurés sociaux. Théoriquement, un établissement peut donc exercer sans agrément dès lors que les curistes ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

L'agrément est accordé par des commissions régionales, composées de représentants des administrations, des caisses de sécurité sociale et des établissements de soins. L'article premier de la convention nationale thermale fixe à trois ans la durée de l'agrément, qui est tacitement renouvelé pour la même durée. Les conditions requises portent à la fois sur la qualification des personnels, l'hygiène et la sécurité.

Cette procédure n'est pas pleinement satisfaisante, car elle n'offre aucune garantie contre certaines lacunes, notamment l'activité inégalement efficace des commissions régionales. De fait, certains établissements ont échappé à leur contrôle, notamment en raison de leur statut, les établissements publics n'étant pas soumis à agrément jusqu'en 1986.

Ici encore, la conséquence de ces anomalies ne se traduit heureusement pas sur la qualité des soins, car les DDASS assurent en pratique un contrôle régulier des différentes conditions nécessaires à l'agrément et les établissements font des efforts constants dans ce domaine. Mais les dysfonctionnements de la procédure normale pourraient donner le sentiment - infondé en réalité - que de nombreux établissements ne présentent pas les garanties nécessaires dans ce domaine.

4.— Un système de tarification nuisible

Votre Rapporteur souscrit pleinement aux observations présentées par la Cour des comptes sur le système de tarification : *« afin d'éviter un risque de surcoût pour les finances des organismes de sécurité sociale, un contrôle administratif spécifique a été mis en œuvre par le ministère de l'économie, et plus particulièrement par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).*

« Ce contrôle a deux finalités : la première est de maîtriser le coût des prestations en se substituant aux mécanismes d'un véritable marché ; la seconde vise à favoriser la modernisation des stations thermales et les efforts réalisés pour améliorer l'offre de soins, en faisant échapper les éta-

blissements qui investissent et rénovent leurs installations à la rigueur de l'encadrement tarifaire.

« L'enquête de la Cour, sept ans après celle de l'IGAS, fait ressortir qu'aucun de ces deux objectifs n'a été atteint : l'augmentation des coûts constatée de 1980 à 1993 révèle au contraire les limites du système de prix administrés sans pour autant refléter une réelle amélioration des prestations ».

En effet, ce système complexe n'a pu empêcher ni la multiplication des suppléments, ni la dispersion considérable des tarifs.

a) Le système de tarification

En fonction des orientations thérapeutiques des stations, la commission technique du thermalisme définit des traitements types, comportant chacun plusieurs soins. Créée par l'article 4 de la convention nationale thermale, cette instance est composée en nombre égal de représentants des signataires, c'est-à-dire les syndicats thermaux et les organismes d'assurance maladie. Par ailleurs, les traitements types ou les modifications des traitements types sont autorisés par la DSS, sur le fondement d'un chiffrage réalisé par la DGCCRF.

Ensuite, pour un établissement donné, le tarif maximal de chaque soin est fixé par arrêté préfectoral. Depuis l'ordonnance de 1986 sur les prix, les arrêtés doivent respecter un taux directeur national déterminé par une circulaire conjointe de la DGCCRF, de la DSS et de la DGS, en tenant compte des dépenses de la sécurité sociale et de l'évolution des coûts. Toutefois, la DGCCRF peut accorder des dérogations pour investissements exceptionnels destinés à améliorer le confort des curistes ou la qualité des prestations, c'est-à-dire une augmentation plus importante des tarifs, afin de prendre en compte l'amortissement de ces travaux.

Enfin, la CNAM fixe les tarifs applicables aux assurés sociaux, au moyen d'un avenant aux conventions conclues par les organismes d'assurance maladie avec chaque établissement. Dans la pratique, elle effectue également un abattement forfaitaire, variant de 0 à 7 % suivant les stations, sur les tarifs maximaux résultant des arrêtés préfectoraux.

La complexité n'est pas la seule critique que l'on peut adresser à ce mécanisme de tarification. En effet, il se caractérise également par sa fragilité sur deux points essentiels.

D'une part, la définition des soins est souvent imprécise, ce qu'illustre l'accroissement des demandes de modification des traitements types soumises à la commission technique du thermalisme. En réalité, certains établissements, appartenant en général à la Chaîne thermale du soleil, ont développé des soins présentés comme nouveaux, mais consistant en réalité en des innovations marginales ou même inexistantes. Par ce biais, ils ont pu obtenir des tarifs de prise en charge beaucoup plus élevés, tandis que l'administration ne se préoccupait pas de normaliser les pratiques.

D'autre part, les bases juridiques du système se sont progressivement effondrées. L'intervention de la DSS pour autoriser les nouveaux traitements types ou la modification des traitements types, instituée puis 1985, ne se fonde que sur le règlement intérieur de la commission technique du thermalisme. En fait, on a raisonné ici par assimilation avec l'exercice de la tutelle sur les décisions du conseil d'administration de la CNAM.

Plus grave, un syndicat thermal a obtenu l'annulation des circulaires fixant, pour 1989 et 1990, le taux maximal de hausse des tarifs ⁽¹⁾. Le Conseil d'État a estimé que l'abattement de 10 % mentionné dans ces deux circulaires ne pouvait en effet être considéré comme l'un des « éléments de calcul » prévus par l'article L.162-38 du code de la sécurité sociale.

Enfin, c'est la pratique des arrêtés préfectoraux qui est désormais menacée, le tribunal administratif de Caen ayant annulé les arrêtés du préfet de l'Orne fixant les tarifs maxima pour 1993 ⁽²⁾, considérant qu'aucun texte n'autorise les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale à déléguer aux préfets leur pouvoir de fixation des tarifs.

Ce système est donc à bout de souffle et il a fallu recourir à une longue procédure interministérielle pour parvenir, le 24 juin dernier, à fixer les tarifs pour 1996. Malheureusement, avant ce lamentable épilogue, le système a eu toute latitude pour perturber gravement le secteur thermal, à la fois par la pratique des suppléments et par la dispersion des tarifs.

b) Les soins supplémentaires

S'ils ne sont pas envisagés par la convention nationale thermale, les suppléments peuvent se justifier pour compléter, de manière marginale, le forfait thermal sur prescription du médecin thermal. C'est pourquoi la CNAM en a admis le remboursement par une circulaire du 21 septembre 1973. Au demeurant, le cumul du forfait et des soins supplémentaires est

(1) Conseil d'État, 1er juillet 1992, Union nationale des établissements thermaux.

(2) T.A. Caen, 21 mars 1995, Société d'exploitation de l'établissement thermal de Bagnoles-de-l'Orne.

généralement limité dans les arrêtés préfectoraux, mais la commission technique du thermalisme a reconnu des suppléments « hors limite de cumul ».

Certains établissements ont pu, par ce biais, contourner les contraintes du système forfaitaire, alors même que les soins compris dans les forfaits étaient parfois partiellement, voire pas du tout, dispensés. En outre, la pratique des prescriptions stéréotypées, déjà évoquée précédemment, montre que ces soins supplémentaires ne sont pas toujours justifiés.

Cette situation a eu deux conséquences principales. D'une part, les établissements thermaux dans lesquels de nombreux soins supplémentaires étaient pratiqués ont bénéficié ainsi d'un apport financier qui leur a permis de se développer considérablement. Comme l'indique le rapport de la Cour des comptes, il s'agit essentiellement d'établissements appartenant à la Chaîne thermale du soleil. En outre, cette situation inégalitaire est figée depuis 1989, date à laquelle la commission technique du thermalisme a décidé de ne plus accorder de nouveaux suppléments.

D'autre part, elle a provoqué durant de longues années une croissance régulière des frais à la charge de l'assurance maladie, alors que les normes de progression des tarifs étaient maintenues dans les limites de l'inflation par le dispositif de contrôle des prix⁽¹⁾. Il est vrai que l'accroissement des coûts résulte également de la dispersion des tarifs.

c) La dispersion des tarifs

Deux chiffres suffisent à établir le constat : il existe aujourd'hui 3.000 tarifs pour 125 soins. Outre la complexité, déjà évoquée, cette multiplication des tarifs a surtout eu pour effet d'entraîner une dispersion considérable pour des soins identiques.

Le phénomène avait déjà été relevé par l'IGAS dans son rapport de 1986 et rien n'a été fait, depuis lors, pour y remédier, malgré les intentions manifestées en 1987 par le ministère des affaires sociales. On constate ainsi aujourd'hui que le tarif d'un même soin peut varier de 1 à 6 suivant les stations, voire de 1 à 20 dans le cas d'un bain. Corrélativement, le prix des forfaits de cure, pour des prestations identiques ou similaires, varie de 1 à 4.

Ces écarts résultent des dérogations pour investissements qui ont pu être accordées à certains établissements, suivant des règles imprécises, pour ne pas dire discrétionnaires, privilégiant les investissements de confort.

(1) Selon la Cour des comptes, les tarifs des soins thermaux ont progressé de 67,8 % entre 1980 et 1992, contre 94,4 % pour l'indice des prix à la consommation.

Ce n'est que tardivement que la DGCCRF a utilisé le mécanisme des dérogations pour tenter de rééquilibrer le tarif de certains soins, ce qui illustre, au demeurant, le flou total des conditions d'attribution de ces dérogations, alors que le niveau d'investissement est élevé dans la plupart des établissements.

La dispersion des soins se retrouve, à un niveau encore plus important, dans la très forte dispersion du coût moyen des cures par orientation thérapeutique, car s'y ajoute l'incidence, déjà décrite, des suppléments prescrits dans certaines stations. Les écarts de 1 à 8 qui sont parfois constatés ne peuvent manifestement pas correspondre à des différences effectives dans les prestations fournies aux curistes. Autrement dit, certaines cures sont surfacturées, tandis que d'autres sont sans doute sous-facturées.

En rhumatologie, par exemple, le coût moyen d'une cure peut varier de 1 à 5, suivant la décomposition suivante :

DÉCOMPOSITION DU COÛT D'UNE CURE EN RHUMATOLOGIE

	<i>(en %)</i>	
	Part moyenne du forfait	Part moyenne des suppléments prescrits
Cure la plus chère	19	81
Cure la moins chère	77,4	22,6

Source : MSA.

Par ailleurs, on relève, parmi les dix cures de rhumatologie les plus coûteuses, les huit stations de la Chaîne thermale du soleil pratiquant cette orientation thérapeutique.

En conclusion, le système tarifaire a donc profondément déséquilibré le secteur thermal, bénéficiant à un petit nombre d'établissements et faisant au contraire souffrir d'une rigueur excessive la plupart des stations. Conjugué aux effets de la crise économique, il a gravement asphyxié certains établissements, au point que les fermetures se sont multipliées au cours de ces dernières années. Ceci étant, ces défaillances ont également profité à d'autres, puisque certains établissements ont été rachetés ou sont en voie de l'être par un même groupe. A terme, le scénario risque de se reproduire si une action résolue n'est pas entreprise en matière tarifaire.

Votre Rapporteur regrette vivement, à cet égard, que la passivité de l'administration ait pu conduire à une telle situation. Comme le remarquait fort justement l'une des personnalités qu'il a auditionnées, les pouvoirs publics ont reculé devant l'obstacle, attendant, pour intervenir, que le secteur se trouve en état de survie. Ici, comme en matière de contrôles et d'autorisations, ils n'ont pas été à la hauteur de leur mission.

Compte tenu de ses atouts précédemment décrits, le thermalisme peut cependant espérer poursuivre son développement. Il faudra, à cette fin, se pencher sur l'ensemble des difficultés qu'il rencontre actuellement et tel sera l'objet de la seconde partie de l'exposé de votre Rapporteur.

II.— UNE CRÉDIBILITÉ RENFORCÉE, UNE RÉFORME TARIFAIRE RÉUSSIE ET UNE DIVERSIFICATION DE SES ACTIVITÉS PERMETTRONT AU THERMALISME DE POURSUIVRE SON DÉVELOPPEMENT

Les différents rapports publiés sur la question, depuis celui de la première mission Ébrard en 1981 jusqu'à celui de la Cour des comptes en 1995, ont mis en lumière les difficultés rencontrées par le thermalisme et n'ont cessé de proposer des mesures pour y remédier. Cependant, les pouvoirs publics ont tardé à prendre leurs responsabilités, rendant par là même toujours plus délicate toute réforme du secteur.

Pourtant, comme le reconnaît le secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité sociale dans son discours prononcé à Allevard-les-Bains, le 7 juin dernier, il s'agit d'un « *domaine qui nécessite aujourd'hui quelques aménagements* ». C'est, sans aucun doute, le moins que l'on puisse dire.

Il est souvent de meilleure politique d'intervenir à froid, mais il semble, une fois de plus, que la tradition administrative française l'ait emporté, de telle sorte qu'il a fallu attendre que la crise soit gravement avérée pour agir en urgence, et non plus se contenter de promesses reconfortantes. Ainsi, l'article 28 de la loi du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire pose les principes d'un nouveau mécanisme de fixation des tarifs. Mais outre les incertitudes tenant à sa mise en œuvre concrète, de nombreux aspects essentiels demeurent oubliés.

C'est pourquoi votre Rapporteur entend développer sa réflexion dans trois directions :

— d'abord renforcer la crédibilité du thermalisme, ce qui nécessite la véritable reconnaissance médicale de la crénothérapie, l'évaluation précise de son coût et de ses avantages ainsi que la transparence à laquelle le curiste peut légitimement prétendre ;

— ensuite, conduire la réforme tarifaire dans l'esprit des conclusions du rapport Cohen, qui ont présidé au vote de l'article 28 du DMOSSS ;

— enfin, adapter le thermalisme aux évolutions de la société, en diversifiant son environnement et ses activités.

A.— RENFORCER LA CRÉDIBILITÉ DU THERMALISME

Si le caractère scientifique, bénéfique et sûr du thermalisme n'est pas établi de manière incontestable, il lui manquera les bases indispensables à son développement. Plus grave, il fera sans doute l'objet d'une critique toujours plus vive de tous ceux qui n'ont pas intérêt à ce qu'il se substitue à d'autres thérapies, parfois moins efficaces, plus coûteuses ou même dangereuses.

De l'avis de votre Rapporteur, ce point est fondamental, au sens propre du terme, et requiert la mobilisation de l'ensemble du secteur et des administrations concernées.

1.— Une véritable reconnaissance médicale du thermalisme

Trois orientations doivent être retenues : l'évaluation des effets du thermalisme permettra de fonder le rétablissement de l'enseignement de l'hydrothérapie, tandis que les établissements devront assurer la qualité de la formation de leurs personnels.

a) Apporter la preuve irréfutable des bienfaits des cures thermales

Après de longues années de tâtonnement, il est grand temps de poser les principes clairs qui permettront de procéder à des évaluations des effets du thermalisme reconnus de tous.

Après le feuillet de l'INSERM, les ambitions sont désormais révisées à la baisse si l'on en croit une réponse donnée à notre collègue Henri Lalanne le 16 juin dernier ⁽¹⁾. L'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) a été chargée de confectionner une étude globale sur les bases méthodologiques des essais thérapeutiques dans le domaine du thermalisme. Une approche détaillée par orientation thérapeutique devra ensuite être mise en œuvre, ce qui réclamera une mobilisation des stations et des médecins thermaux. Ceux-ci n'ont certes pas attendu pour procéder à des évaluations ponctuelles qui corroborent généralement les bienfaits du thermalisme. Toutefois, ces divers travaux ne font pas l'unanimité, pour des raisons tenant principalement aux méthodes retenues et au nombre des cas examinés, souvent trop peu significatifs.

(1) *Journal officiel, Débats, Assemblée nationale, p. 4453.*

Un pas dans la bonne direction a donc été accompli, mais il conviendra, à la lumière des déconvenues passées, de rester extrêmement vigilant. En principe, l'ANDEM doit achever son travail d'ici la fin de l'année en cours. Votre Rapporteur souligne que ce délai devra impérativement être respecté, car le thermalisme a déjà trop patienté et a besoin, de toute urgence, d'une reconnaissance médicale. La diligence serait d'autant plus souhaitable qu'il restera, après l'étude générale de l'ANDEM, à effectuer des évaluations par orientation. Des initiatives devront alors être prises, mobilisant l'ensemble des compétences, qu'il s'agisse des établissements, des médecins, des facultés et de la Fédération thermale et climatique.

b) Rétablir l'enseignement de l'hydrologie

L'effort doit d'abord porter sur la formation initiale des médecins. Il s'agit simplement de faire en sorte que chaque étudiant, futur médecin généraliste ou spécialiste, sache prescrire une cure thermale. Muni de cette formation, il sera en mesure aussi bien de la conseiller à ses patients que d'acquiescer ou contester les initiatives que les patients pourraient lui demander de prendre dans le choix d'une station.

La « mission thermalisme » de 1993-1994 avait proposé d'inclure obligatoirement dans le certificat de synthèse de clinique thérapeutique (CSCT) de chaque faculté un module de six heures à cet effet, avec un contrôle des connaissances en quatrième année de deuxième cycle et à l'internat. En outre, elle soulignait l'intérêt d'un « voyage thermal » d'une durée de un ou deux jours, afin de sensibiliser les étudiants volontaires à la pratique du thermalisme.

Corrélativement, la mission suggérait la création de quelques emplois de professeur en thérapeutique, avec mention « option hydrologie », ainsi que le recours à des médecins thermaux en qualité de vacataires.

Un premier frémissement a été enregistré au printemps dernier, lorsque le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche a annoncé que le thermalisme serait introduit dans la liste des enseignements obligatoires à l'occasion de la réforme de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales ⁽¹⁾.

Il faudra faire preuve, ici aussi, de la plus grande prudence, car les intentions ont trop longtemps tardé à se transformer en actions concrètes. En particulier, il conviendra de surveiller attentivement la mise en œuvre effective de cet enseignement en hydrologie, s'agissant notamment de son conte-

(1) Cf. ainsi réponse du ministre au Journal officiel, Questions, Assemblée nationale, 20 mai 1996, p. 2722.

nu et des enseignants qui y seront affectés. La modicité de l'horaire prévu (six heures) ne constitue pas non plus un signe très encourageant.

Au demeurant, cette formation initiale devra impérativement être complétée par un effort de formation continue pour les médecins qui exercent déjà sans avoir bénéficié d'un enseignement en hydrologie.

c) Assurer une formation de qualité pour les personnels des établissements thermaux

Parmi les 10.000 emplois directs du secteur thermal, un nombre relativement élevé est occupé par des professions médicales et assimilées - médecins, infirmières, kinésithérapeutes - reconnues par un diplôme d'État. Les autres catégories de personnels n'agissent que sur les indications données par les professions médicales, ce qui n'impose donc pas la création d'une formation nationale spécifique au thermalisme. Au demeurant, la reconnaissance d'une telle qualification accroîtrait la complexité des statuts et n'apporterait pas de connaissances pratiques utilisables, dans la mesure où chaque orientation et chaque établissement ont leurs spécificités.

S'il faut donc se garder, en ce domaine, des idées faussement séduisantes, votre Rapporteur n'en estime pas moins qu'il revient, dès lors, aux établissements de faire en sorte que la formation des personnels, associant les médecins thermaux, soit convenablement assurée. A cette fin, ils pourraient se regrouper à l'échelon local, ce qui permettrait de décourager une offre pléthorique - et pas toujours très efficace - de formation initiale et continue.

2.— Une étude approfondie des avantages du thermalisme

Non seulement le coût du thermalisme est modique, mais ses avantages méritent également d'être correctement évalués.

a) Informer les médecins et les assurés sociaux sur les coûts du thermalisme

« Le thermalisme coûte cher » : telle est sans doute l'idée la plus couramment répandue chez les médecins et les assurés sociaux, qui ont ainsi quelques scrupules, pour les uns, à prescrire une cure et, pour les autres, à envisager une telle thérapie. Votre Rapporteur ne reviendra pas sur la faiblesse du coût global des cures pour l'assurance maladie. En revanche, il convient de souligner ici la modicité du coût moyen des soins thermaux.

Ainsi, une cure revient en moyenne à 2.600 francs pour l'assurance maladie, y compris le forfait de surveillance médicale et les prestations supplémentaires éventuelles (hébergement, transport). Or, il s'agit d'un traitement d'une durée de dix-huit à vingt-et-un jours, ce qui en fait une thérapie extrêmement peu coûteuse à la journée, si on la rapproche par exemple d'un séjour en hôpital. Par ailleurs, comparé à la thalassothérapie - qui n'est généralement pas prise en charge par la Sécurité sociale -, le thermalisme coûte deux à trois moins cher.

Comme le suggère la Cour des comptes, il serait donc souhaitable de sensibiliser les médecins à cet état de fait en faisant figurer au dictionnaire *Vidal*, qui précise les règles d'emploi des médicaments, le prix des forfaits et des soins pratiqués dans les stations. Compte tenu des écarts actuels entre les tarifs, cette suggestion aurait également pour avantage de favoriser la mise en œuvre d'économies et de rétablir une forme d'équilibre en faveur des stations présentant des tarifs moins élevés.

S'agissant des assurés sociaux, il conviendrait également que les organismes d'assurance maladie les informent de façon plus systématique et plus convaincue des droits et des possibilités qui leur sont offerts de suivre une cure. Bien plus, il faudra mettre fin à une certaine inégalité devant le thermalisme, puisque seules certaines conventions collectives assimilent le suivi d'une cure à un arrêt de travail. Il est intéressant de relever que la situation est nettement plus favorable en Allemagne : seuls deux jours par semaine de cure peuvent être imputés sur les congés payés, mais 60 % des conventions collectives renoncent à ce mécanisme. En outre, en cas d'arrêt de travail le versement de l'intégralité du salaire est prolongée durant six semaines au cours d'une même année ; c'est seulement après l'expiration de ce délai que des indemnités journalières sont versées, à un taux de 75 %.

Ceci se justifiera d'autant plus que les avantages des cures auront été clairement établis.

b) Évaluer avec précision les avantages des cures

Votre Rapporteur estime que la démarche mise en œuvre en 1983 et 1986 par la CNAM sur les recommandations de la première « mission thermalisme » n'a en rien perdu de son actualité. Il souhaite donc qu'une nouvelle étude de ce type soit entreprise, afin de mettre en lumière avec certitude l'apport des cures à la maîtrise de la consommation médicale.

Il est intéressant de relever la perspective que l'INSERM avait adoptée en proposant une démarche d'évaluation du thermalisme. L'idée d'un « carnet thermal », permettant de faire le point avec précision sur la

consommation médicale antérieure et postérieure à la cure, mérite tout particulièrement d'être retenue, d'autant qu'elle participe également d'une sensibilisation du patient aux effets bénéfiques de la cure.

Au-delà, il serait sans doute éclairant de pouvoir chiffrer les économies ainsi réalisées, qui compensent certainement dans une très large mesure des dépenses de soins thermaux proprement dites.

3.— Une transparence générale

Le déficit d'image du thermalisme tient notamment à une certaine opacité entretenue par les carences de la réglementation et, dans certains cas, les réticences des établissements. Pourtant, qu'il s'agisse de la qualité des produits thermaux, du régime des autorisations ou de la reconnaissance des orientations thérapeutiques, le curiste est en droit d'attendre une transparence totale. En effet, il est également devenu un consommateur et, en l'espèce, c'est de sa santé dont il est question.

a) Informer le curiste sur la qualité des eaux

Votre Rapporteur est convaincu que les eaux thermales françaises offrent, aussi bien à l'émergence qu'aux points d'usage, une qualité irréprochable, qu'il s'agisse de leurs propriétés curatives ou de l'analyse bactériologique. Le travail quotidien des DDASS, qui pallie les insuffisances de la réglementation, et les efforts des stations présentent toutes les garanties en ce sens. Mais rien ne permet au curiste d'en être certain ou même tout simplement informé.

D'une part, il serait souhaitable que les stations coopèrent avec les DDASS pour mettre en place des mécanismes de certification à destination du public qui fréquente les établissements. Le principe en serait simple : un signe distinctif serait apposé sur les sites partenaires, tant que la qualité de leurs eaux resterait acquise. Le curiste disposerait ainsi d'un élément tangible de confiance, bénéficiant de la certification de l'administration.

D'autre part, lorsqu'un établissement est contraint, soit par insuffisance passagère du débit de la source, soit par crainte d'une contamination, de couper ou de traiter l'eau thermale, il paraît légitime que le curiste en soit informé, d'autant que de telles mesures, prises dans son propre intérêt, présentent, le plus souvent, un caractère provisoire.

b) Faire le point sur les autorisations d'exploitation

Votre Rapporteur estime qu'il est urgent de mettre fin à la confusion qui règne dans ce domaine depuis des décennies. Ceci suppose que l'administration entreprenne réellement un inventaire de la situation juridique des sources, avant de réviser la réglementation dans ce domaine.

La logique est la même qu'en matière de qualité des eaux : il est de l'intérêt de tous que les sources disposent d'autorisations en bonne et due forme. De même, il faudra le faire savoir, c'est-à-dire mettre en avant ces labels de qualité accordés par les autorités sanitaires.

Qualité, rigueur et transparence doivent donc s'imposer vis-à-vis du curiste. Or, on en est encore assez loin en ce qui concerne la reconnaissance des orientations thérapeutiques.

c) Réformer la procédure de reconnaissance des orientations thérapeutiques

Votre Rapporteur souligne l'importance de cette question, qui tient au rôle central de l'orientation thérapeutique dans la médicalisation du thermalisme. En effet, c'est elle qui assure l'articulation entre la station et ses établissements, d'une part, et l'inscription des indications médicales de la source à la nomenclature générale des actes professionnels, qui conditionne à la fois la prescription et la prise en charge de la cure, d'autre part.

La procédure actuelle – mais peut-on parler de « procédure » ? – se résume au non-droit et à l'arbitraire. Il convient donc impérativement d'en changer afin de préserver la crédibilité de la médicalisation.

Il faut, à ce stade, évoquer le rôle du Haut comité du thermalisme et du climatisme, qui donnait, jusqu'en 1992, un avis sur les demandes de reconnaissance d'orientations thérapeutiques. Chargé d'une mission générale de réflexion et de proposition sur l'organisation et le développement du thermalisme et du climatisme, il était composé de trente-huit membres, ainsi répartis : dix représentants de l'administration, quatre représentants des caisses de sécurité sociale, seize représentants des professions thermales et huit membres compétents (quatre membres liés aux professions thermales, trois parlementaires et un inspecteur général du tourisme).

La seconde « mission thermalisme » a proposé de resserrer et de spécialiser la composition du Haut comité, autour de trois sections : scientifique, médicale et économique. Votre Rapporteur approuve cette démarche, car le principe de la procédure suivie jusqu'en 1992 en matière de recon-

naissance des orientations, lui semble tout à fait satisfaisant. Il insiste cependant sur une représentation complète et équilibrée de l'ensemble des intervenants : stations, établissements, médecins, universitaires, élus locaux, administrations, assurance maladie, tourisme, curistes.

B.— CONDUIRE LA RÉFORME TARIFAIRE DANS L'ESPRIT DES CONCLUSIONS DU RAPPORT COHEN

La question tarifaire est posée depuis si longtemps que les propositions de réforme n'ont pas manqué. L'article 28 du DMOSSS n'a pas encore véritablement tranché et c'est pourquoi il conviendra d'être particulièrement vigilant quant à sa mise en œuvre.

1.— Les propositions de réforme du système tarifaire

Dans le cadre de la seconde « mission thermalisme », M. Alain-Gérard Cohen, inspecteur général des finances, qui en fut le rapporteur général, a procédé à une analyse lucide du système tarifaire et présenté des propositions, qu'il a ensuite affinées dans un document daté du 25 février 1995, remis à Mme Simone Veil, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, au nom d'un groupe de travail constitué sur ce thème. De son côté, la CNAM a tenté d'entamer une rationalisation progressive du système.

a) Les propositions du rapport Cohen

Les travaux de la « mission thermalisme » et du groupe de travail chargé de déterminer le montant des forfaits thermaux par orientation thérapeutique proposent une réforme tarifaire en plusieurs étapes.

Il s'agit d'abord de définir clairement les pratiques thermales, afin d'éliminer toutes les différences artificielles, de réduire le nombre des soins et d'apporter la garantie d'un contenu de qualité. Ensuite, un prix unique moyen ayant été fixé pour chaque soin, il revient aux autorités médicales de définir un traitement-type par indication thérapeutique, composé de quatre à six soins⁽¹⁾. La combinaison des prix et des traitements-types permet d'établir un nombre limité (un, deux ou trois) de forfaits-types par orientation thérapeutique, valables pour toute la France.

Tout en maintenant l'enveloppe financière de l'assurance maladie à un niveau constant, ce nouveau système se traduirait donc par une augmen-

(1) Soit, le plus souvent, quatre soins, sauf en voies respiratoires et, éventuellement, en dermatologie, où six soins paraissent nécessaires.

tation du forfait pour une grande majorité des établissements ⁽¹⁾, ceux qui se seraient peu modernisés étant exclus, dans un premier temps, de toute revalorisation, jusqu'à ce qu'ils atteignent les normes minimales de qualité médicale requises. Élément capital, la période de transition – accroissement des forfaits pour la plupart des établissements, diminution des forfaits pour certains autres – ne devrait pas excéder trois ans.

Au-delà, sans renoncer à la médicalisation du thermalisme, la mission et le groupe de travail ouvrent les portes à la liberté des prix pour toutes les prestations non remboursables, y compris une différenciation des conditions d'accueil et de confort, identifiée par un système d'information du consommateur inspiré des étoiles hôtelières. Ils souhaitent également la suppression de l'entente préalable et une modulation de la durée des cures, afin de mieux s'adapter aux contraintes de temps de la clientèle qui exerce une activité professionnelle.

Il est important de noter que ces propositions ont reçu l'approbation de deux syndicats thermaux, représentant 80 % des curistes accueillis.

b) L'approche de la CNAM

Ayant animé, entre 1990 et 1993, un groupe de travail associant les syndicats thermaux, les caisses nationales d'assurance maladie, la DSS et la DGCCRF, la CNAM a commencé, dans la pratique, à limiter les suppléments. Ainsi, dès 1990, les modifications de traitements n'ont été acceptées que si elles excluaient tout recours à des suppléments. En décembre 1993, la commission technique du thermalisme a également recommandé, à l'instigation de la CNAM, la limitation du nombre de soins quotidiens dispensés aux curistes.

Ensuite, dans l'attente de la réforme tarifaire, la CNAM s'est inspirée des travaux de la « mission thermalisme » pour tenter d'harmoniser le contenu des traitements et de forfaitiser les soins dans le cadre de la convention nationale thermale, s'efforçant à cette occasion de rééquilibrer l'allocation des ressources entre les stations. Cette démarche, approuvée par le conseil d'administration du 20 décembre 1994, n'est certes pas sans arrière-pensées, compte tenu de la méfiance entretenue par la CNAM à l'égard du thermalisme. Mais elle a eu le mérite, près de deux ans avant que les pouvoirs publics ne se décident à agir, de permettre un progrès concret dans la bonne direction.

(1) Ainsi, le tarif du forfait de rhumatologie proposé par le groupe de travail est supérieur au coût moyen d'une cure pour 44 des 56 établissements proposant cette orientation.

2.— L'article 28 de la loi du 28 mai 1996

Introduit par un amendement du Gouvernement déposé au Sénat lors de la deuxième lecture du projet de loi, l'article 28 de la loi du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire insère une section 9 au chapitre 2 du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, composée de quatre articles (L.162-39 à L.162-42). Avant d'analyser ses effets sur la fixation des tarifs, il convient de décrire le dispositif conventionnel qu'elle met en place.

a) Un mécanisme conventionnel doté d'une base légale

La convention nationale thermale du 26 juin 1972, conclue entre les organismes d'assurance maladie et les syndicats thermaux, n'a jamais été approuvée par le ministre des Affaires sociales. Depuis près de vingt-cinq ans, cette incertitude juridique n'a pas été levée, même si les avenants tarifaires annuels à la convention, bien que n'étant pas approuvés par le conseil d'administration de la CNAM, engageaient les établissements signataires.

Sur ce point, le DMOSSS apporte une clarification incontestable : la nouvelle convention nationale s'inscrira dans un cadre législatif décrit à l'article L.162-39 et elle n'entrera en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel (article L.162-41). Il confirme par ailleurs la règle selon laquelle le remboursement des assurés sociaux n'est admis que pour les établissements disposant d'un agrément et ayant adhéré à la convention.

Quant au contenu de la convention, le texte dispose qu'elle déterminera « *notamment les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des établissements thermaux, les mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux, les soins thermaux pris en charge et les forfaits de rémunération correspondants, les mesures prévues en cas de manquement des établissements aux obligations de la convention, ainsi que la procédure permettant à ces établissements de présenter leurs observations* ».

Ceci étant, la principale innovation concerne le système tarifaire.

b) Un nouveau système tarifaire

En vertu de l'article L.162-40, une annexe à la convention thermale fixera, chaque année, les tarifs des forfaits. Trois mécanismes de sauvegarde sont prévus afin d'assurer le fonctionnement du nouveau dispositif :

— en l'absence de convention nationale, un arrêté interministériel, pris sur proposition de la CNAM, fixe les tarifs (article L.162-42) ;

— en cas de désaccord d'un établissement, un arrêté interministériel, pris sur proposition de la CNAM, fixe les tarifs des forfaits de l'établissement (article L.162-40, alinéa 3) ;

— enfin, à défaut de conclusion, au plus tard le 1^{er} mars, d'une annexe applicable à tout ou partie des établissements, un arrêté interministériel, pris sur proposition de la CNAM, détermine les tarifs avant le 30 mars, tandis que les tarifs en vigueur l'année précédente sont prorogés en tant que de besoin.

Ce dispositif législatif et conventionnel a le mérite de la simplicité et va indéniablement dans la bonne direction, s'inscrivant dans les grandes lignes préconisées par M. Cohen. De nombreuses questions demeurent toutefois en suspens.

3.— La mise en œuvre de la réforme tarifaire

Si l'on admet qu'une hirondelle ne fait pas le printemps, il convient d'apprécier avec prudence l'innovation législative du mois de mai dernier. En effet, le thermalisme français a tellement attendu que ses légitimes revendications soient prises en compte qu'il ne faut pas considérer que le premier geste accompli en ce sens, s'il est naturellement bienvenu, règle tous les problèmes du secteur, y compris dans le domaine tarifaire.

a) S'en tenir aux principes posés par le rapport Cohen

La réforme tarifaire peut être vidée d'une partie essentielle de sa portée si elle n'est pas mise en œuvre dans l'esprit qui a présidé aux travaux de la « mission thermalisme » et du groupe de travail mené par M. Cohen.

Ceci se justifie d'abord par des motifs d'ordre juridique, car les débats parlementaires, c'est-à-dire les travaux préparatoires du DMOSSS, ont clairement montré – à commencer par l'exposé des motifs de l'amendement déposé par le Gouvernement – que la réforme législative s'inscrit expressément dans le cadre du rapport Cohen.

Mais ceci se justifie surtout par la pertinence des deux principes fondamentaux contenus dans ce rapport :

— réforme à enveloppe constante, dans la mesure où la situation de l'assurance maladie ne permet pas davantage et où une compensation peut s'opérer entre les établissements ; comme il s'agit bien de l'enveloppe initiale, majorée de l'inflation, une marge de manœuvre étroite est ainsi disponible, compte tenu de la baisse de fréquentation intervenue depuis ;

— rééquilibrage progressif, mais à un rythme soutenu, c'est-à-dire mise en œuvre de la réforme en trois ans.

C'est précisément ce second point qui paraît rencontrer des obstacles. Votre Rapporteur relève d'ailleurs que la « mission thermalisme » avait proposé, en 1994, que ce délai soit seulement de deux ans, tandis que le rapport Cohen, en 1995, a préféré suggérer trois ans. Deux ans en 1994, cela signifiait 1996, trois ans en 1996, cela mène au mieux en 1999...

Cette question de délai est pourtant essentielle, car elle conditionne la survie de certains établissements qui ont besoin de bénéficier très rapidement d'une revalorisation de leurs tarifs. Un délai de trois ans ne serait acceptable que s'il permettait de donner immédiatement un « bol d'oxygène » aux établissements qui en ont le plus besoin, quitte à attendre la fin de la période pour diminuer ceux des tarifs qui devront évoluer à la baisse.

L'incertitude est d'autant plus grande que l'année 1997 ne sera peut-être pas celle qui verra le début de la réforme tarifaire, compte tenu de ses délais de mise en route, et que certains ont intérêt à ralentir le processus ⁽¹⁾.

Quant à la CNAM, elle laisse entendre que cinq ans sont nécessaires, notamment pour la rhumatologie, où les écarts sont les plus importants, justifiant peut-être la fixation de deux tarifs, au lieu d'un seul prix moyen. En outre, elle a entamé le processus de forfaitisation en se fondant sur les niveaux tarifaires actuels, ce qui reviendrait à consolider ou à aggraver les déséquilibres existants.

Il n'est pas acceptable que l'on tente ainsi de s'écarter des principes posés par le rapport Cohen, alors que ceux-ci font l'objet d'un large consensus et ont fondé l'adoption de l'article 28 du DMOSSS.

b) Compléter la réforme tarifaire

Indépendamment des interrogations sur ses motivations - l'administration se décharge ainsi d'une grande partie d'un problème épineux dont elle confie la gestion aux signataires de la convention - et sur sa mise en pratique, la réforme introduite par le DMOSSS mérite d'être complétée.

Dès le 7 juin 1996, le secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale en a convenu dans son discours d'Allevard-les-Bains. Il a d'abord an-

(1) Ainsi, le rapport Cohen relève que si un syndicat thermal a souhaité que la période de transition ne dure que deux ans, un autre syndicat a demandé un délai de cinq à dix ans.

noncé la suppression de l'entente préalable à compter de l'année prochaine. « Enfin ! » serait-on tenté de dire, car cette mesure, déjà promise par son prédécesseur, s'impose depuis quelques années en raison de la faiblesse du taux de refus de prise en charge.

Comme le notait la Cour des comptes dans son rapport public sur « le contrôle médical dans le régime général de sécurité sociale » (1992), « le maintien d'un régime d'entente préalable ne paraît se justifier que pour un nombre limité de prestations particulièrement coûteuses ou appelant une attention particulière du point de vue de la santé publique ». Or, tel n'est manifestement pas le cas du thermalisme et il faut se féliciter de voir les caisses primaires déchargées de cette contrainte administrative.

Par ailleurs, le secrétaire d'État ne mentionne pas le forfait de surveillance médicale, dont le montant (420 francs), qui correspond en principe à quatre consultations, n'a pas été réévalué depuis 1990. Ce forfait est le même pour tous les médecins, ce qui ne contribue pas à retenir les spécialistes dans les stations thermales. De ce fait, on constate un appauvrissement de la qualité du suivi médical, qui s'ajoute aux difficultés que connaissent déjà les stations.

Outre une remise à niveau différenciée entre les généralistes et les spécialistes, il conviendrait en même temps de réfléchir au contenu de ce forfait, qui pourrait inclure une évaluation, une sensibilisation à la prévention et un compte rendu au médecin ayant prescrit la cure.

En revanche, le secrétaire d'État évoque la durée des cures, question délicate qui appelle les observations suivantes de la part de votre Rapporteur. Il est peu contestable que la durée actuellement préconisée (dix-huit à vingt-et-un jours) ne facilite pas l'accès des actifs à une cure. En effet, cette situation présente deux inconvénients : d'une part, elle prive de ces soins une fraction significative de la population ; d'autre part, elle corrobore l'image d'un thermalisme destiné au retraités ou, au contraire, aux mineurs.

Le fractionnement ⁽¹⁾ ou la modulation de la durée des cures mérite une réflexion approfondie. Il convient certainement de distinguer suivant les orientations et suivant la nature des affections traitées, ce qui justifierait éventuellement une modulation de la durée de la cure en fonction de l'orientation thérapeutique. On admet cependant, de manière générale, que les vingt jours s'imposent dans la majorité des cas, compte tenu de la complexité des pathologies traitées, et que dix jours ne permettent d'envisager qu'une action de prévention. Selon les informations recueillies par votre

(1) Deux périodes de huit à dix jours, voire trois périodes de sept jours.

Rapporteur, une durée répartie en deux périodes de dix jours ne pourrait se concevoir qu'en rhumatologie.

Indépendamment de ces considérations d'ordre thérapeutique, le fractionnement des cures, à supposer qu'il soit médicalement justifié, poserait le problème de la prise en charge du transport. Au demeurant, même la situation actuelle n'est pas satisfaisante, car la condition de ressources posée paraît trop large. Si on raisonne à enveloppe constante, le fractionnement des cures entraînerait donc une conséquence qui, en tout état de cause, semble souhaitable : la concentration de ce soutien financier sur les assurés sociaux qui en ont le plus besoin.

Au-delà, le thermalisme devra également s'interroger sur son environnement touristique et sur sa diversification.

C.— ADAPTER LE THERMALISME AUX ÉVOLUTIONS DE LA SOCIÉTÉ

Au thermalisme de l'Empire, de la Belle Époque et de l'entre-deux guerres, a succédé le thermalisme social, évolution qui, en son temps, n'a pas toujours été bien acceptée. Le thermalisme se trouve aujourd'hui à un autre tournant de son histoire : s'il veut continuer à se développer, il devra améliorer son image, car les attentes de la clientèle se sont modifiées — sans oublier, toutefois, que la médicalisation, qui a fondé son succès, doit conserver une place prépondérante.

Deux orientations doivent dès lors être retenues : l'amélioration de l'environnement touristique des stations et le choix d'une certaine diversification des activités.

1.— Améliorer l'offre touristique

Si les établissements thermaux n'exercent en rien une activité touristique, les stations thermales n'en ont pas moins une vocation dans ce domaine, ce qui plaide pour la mise en place d'un classement fondé sur les infrastructures disponibles.

a) Le thermalisme s'inscrit dans un environnement touristique

Votre Rapporteur entend procéder d'emblée à une mise au point : ce n'est pas parce que le thermalisme n'est pas du tourisme que l'on doit négliger l'environnement touristique des stations. En effet, elles sont situées, le plus souvent, dans des régions à fort potentiel touristique, culturel et naturel.

Cette prise de conscience est relativement récente dans certaines régions, ce qui explique par exemple que l'AFIT ait entrepris de sensibiliser une quinzaine de stations du Massif central à améliorer leur image, leur signalétique et leurs espaces publics. L'objectif consiste, en l'espèce, à retenir les touristes itinérants, c'est-à-dire à faire en sorte que les stations aient les moyens - urbanistiques, patrimoniaux, architecturaux, naturels - de retenir leur attention. Cette expérience, au vu des résultats qui seront constatés à l'automne, pourrait servir de modèle à d'autres régions thermales. Ceci étant, certaines d'entre elles n'ont pas attendu, à l'image de Midi-Pyrénées, qui, dès 1985, a mis en place des « chartes de qualité station » et a entrepris une démarche ambitieuse de normalisation, fondée à la fois sur la ressource en eau, les équipements, l'accueil, le suivi, l'environnement et les services.

En outre, il faut avoir à l'esprit que la cure n'occupe en principe qu'une demi-journée, généralement la matinée, à raison de six jours par semaine. À ceux qui s'étonneraient d'une telle organisation, il convient de rappeler qu'un nombre limité de soins est suffisant, certaines prescriptions excessives de suppléments ayant d'ailleurs mis en évidence les inconvénients présentés par des traitements qui comprennent parfois plus de dix soins par jour. L'alternance entre les soins, qui engendrent une certaine fatigue physique, et les périodes de repos fait donc partie intégrante de la thérapie thermique.

Ceci étant, il importe, pour les stations, d'offrir aux curistes et à leurs accompagnants un éventail complet d'activités, d'hébergement et de restauration, sans verser pour autant dans des investissements surdimensionnés ou hasardeux.

b) Rationaliser les infrastructures touristiques des stations

Les différentes collectivités publiques, à commencer par les communes concernées, ont toujours eu à cœur d'intervenir dans un secteur qui représente un poids significatif pour les économies locales. Votre Rapporteur a pu mesurer les efforts et l'imagination déployés par les communes thermales, afin de créer les conditions nécessaires à l'accueil et à l'agrément des curistes et de leurs accompagnants.

Cependant, malgré l'existence d'un volet « thermalisme » dans les contrats de plan des grandes régions thermales, la coordination et la cohérence des investissements n'ont pas toujours été optimales, comme l'indique le rapport de la Cour des comptes.

Dans le cadre du Conseil national du tourisme (CNT), M. Alain-Gérard Cohen est chargé de conduire une réflexion sur le développement des communes thermales. Afin d'aider et de conseiller les stations, une sorte de typologie pourrait être établie. Celle-ci comprendrait d'abord les « villes d'eaux », label déjà reconnu par le CNT, qui justifie des infrastructures de grande ampleur - palais des congrès, centre d'affaires, golf, casino, hôtels **** -, un effort sur les signes d'identification de la ville d'eaux et des animations culturelles appropriées. Ce concept vise également à une reconnaissance au-delà de nos frontières, permettant d'internationaliser la clientèle. Une vingtaine de communes ont déjà manifesté leur intérêt pour cette démarche, qui se traduira par la signature d'une « charte ville d'eaux ».

Un deuxième groupe serait constitué par les grandes stations accueillant plus de 5.000 curistes par an, présentant une forte connotation thermale et exerçant une influence nationale ou régionale. Enfin, les stations proposant un thermalisme de proximité pourraient former une troisième catégorie.

En fonction de cette typologie, il serait donc possible de déterminer les besoins touristiques des communes thermales, afin qu'elles puissent apprécier plus aisément les équipements appropriés dont elles souhaitent se doter.

Ces actions touristiques se justifient d'autant plus que les établissements doivent poursuivre leur diversification.

2.— Une diversification maîtrisée

Votre Rapporteur a cru percevoir, ici ou là, des réticences à une évolution qui lui paraît non seulement inéluctable, mais porteuse d'avenir pour le secteur. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le thermalisme social a pris la place d'un thermalisme réservé à une élite. À son tour, cinquante ans plus tard, le thermalisme social doit s'adapter à une société en mutation, tout en continuant de privilégier la médicalisation.

a) Préserver la médicalisation

Pour certains, la diversification du secteur pourrait remplacer, à plus ou moins long terme, l'aspect médical du thermalisme. Autrement dit, les activités de remise en forme autour de courts séjours, ne bénéficiant naturellement d'aucune prise en charge par l'assurance maladie mais considérées comme plus porteuses et plus lucratives, mettraient fin à une longue tradition de compétence et d'efficacité thérapeutique.

Votre Rapporteur ne se satisferait pas d'une évolution aussi radicale, d'autant qu'elle ferait peser des menaces sur le secteur. Comme le relevait fort justement la « mission thermalisme » en 1994, *« rompre à présent le lien entre le thermalisme et la sécurité sociale équivaldrait à une mort immédiate, précisément à cause du repliement du thermalisme sur une clientèle trop étroitement dépendante du remboursement »* En outre, la médicalisation constitue précisément une caution qui vient renforcer la compétence et le sérieux que l'on peut reconnaître aux établissements thermaux en matière de remise en forme.

À cet égard, il convient de méditer l'exemple allemand, qui combine une forte médicalisation avec une prise en charge plus favorable, le thermalisme bénéficiant au total à trois fois plus de curistes qu'en France. Il est vrai que seule une faible proportion des cures est prise en charge au titre de l'assurance maladie, alors que l'assurance vieillesse intervient dans environ 70 % des cas. Autrement dit, c'est une conception téléologique de la cure qui prévaut : la caisse qui assure la prise en charge le fait suivant le risque qu'elle couvre, risque que la cure peut permettre d'éviter. Ainsi, l'assurance vieillesse prend en charge une cure pour maintenir la capacité de travail du patient.

On ne voit pas pourquoi une telle approche ne serait pas transposable dans notre pays, d'autant qu'elle met l'accent sur la dimension préventive qui est le propre des cures. Au demeurant, même les cures prises en charge par l'assurance maladie en Allemagne distinguent la réadaptation, qui consiste souvent en des soins ambulatoires, et la prévention, quasi exclusivement assurée par des séjours en établissements.

Ceci plaide en faveur d'une diversification prudente du secteur, d'ailleurs déjà entamée et tout à fait conciliable avec les contraintes du thermalisme social.

b) Poursuivre une diversification prudente

Aux confins du tourisme et de la santé, le concept de « remise en forme » a été développé bien avant et bien au-delà du secteur thermal, par exemple dans la thalassothérapie, dans la balnéothérapie ou dans des établissements spécialement créés à cet effet. Le thermalisme s'est également engagé dans cette voie, muni d'atouts sérieux : la légitimité que lui confère la prise en charge des soins qu'il dispense aux assurés sociaux, la compétence et la qualité des établissements, l'existence d'infrastructures d'accueil et d'hébergement.

Dans la mesure où l'idée se répand que les vacances fournissent une excellente occasion de se préoccuper de sa santé et de son corps, le marché reste porteur, comme en témoigne le succès d'un centre ludique de remise en forme au beau milieu des Pyrénées, même si la demande n'est bien évidemment pas infiniment extensible. Toutefois, ces activités paraissent particulièrement adaptées en complément de l'offre touristique classique proposée dans les régions concernées, à commencer par les sports d'hiver dans les stations de montagne.

En tout état de cause, il est essentiel, pour les stations, de se saisir de ce créneau, qui leur permettra de toucher - au besoin, dans des établissements distincts - une clientèle sans doute plus exigeante, à laquelle elles ne sont pas toujours familiarisées, mais dont l'apport est devenu indispensable en termes d'image.

CONCLUSION

A l'heure où la maîtrise des dépenses de santé et les exigences de la prévention sont au centre de l'actualité, votre Rapporteur souligne que les cures thermales constituent un outil moderne intégrant la prévention et le soin pour le traitement des affections chroniques. Contrairement aux idées reçues, non seulement le thermalisme ne représente pas un coût insupportable pour l'assurance maladie, mais il engendre des économies et crée des richesses, grâce à ses effets thérapeutiques et à son rôle dans l'économie.

C'est dire à quel point il est injustifiable que le secteur ait trop longtemps été voué aux promesses sans suite, voire à l'indifférence ou à l'hostilité de l'administration. Certes, des chantiers sont ouverts en matière tarifaire, sanitaire et touristique, mais il n'est que trop temps d'agir.

Votre Rapporteur a formulé quelques suggestions, sans vouloir prétendre à l'exhaustivité, et sans doute certaines d'entre elles méritent-elles également d'être complétées ou améliorées. Il a pour seule ambition de contribuer à la réflexion et aux réformes en cours, ayant la faiblesse d'espérer que le thermalisme sera enfin en mesure, dans l'avenir, de mettre en valeur ses nombreux atouts.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa séance du mercredi 18 septembre 1996, la commission des Finances a examiné, en application de l'article 146 du Règlement de l'Assemblée nationale, le présent rapport d'information sur la situation du thermalisme français.

Après l'exposé du Rapporteur, une discussion s'est engagée.

Saluant la qualité du travail accompli par le Rapporteur, **M. Gilbert Gantier**, Président, a souhaité savoir si des évaluations du coût et de l'efficacité des cures avaient récemment été conduites. Il s'est également interrogé sur la différence entre le thermalisme et la thalassothérapie et sur le coût total des cures pour l'assurance maladie.

Se demandant si l'âge élevé des médecins prescripteurs de cures ne résultait pas d'un problème de formation, **M. Arthur Dehaine** s'est demandé pourquoi la CNAM ne cherchait pas à prouver le caractère économique du thermalisme par des études.

Estimant que l'image du thermalisme avait pu se dégrader car ses effets bénéfiques n'avaient pas été suffisamment mis en lumière, **M. Arsène Lux** a souhaité savoir si la CNAM avait déjà mené une enquête sur le suivi de la consommation médicale des assurés après une cure.

Le Rapporteur a d'abord souligné les difficultés qu'il avait eues à se procurer une étude publiée en 1987 par la CNAM, qui portait sur le suivi, durant trois ans, de plus de 3.000 curistes. Il a déploré que les résultats très concluants de ce travail soient désormais contestés, et il a souhaité, dès lors, qu'une nouvelle étude de ce type soit mise en route, se demandant qui avait intérêt à ce qu'on ne le fasse pas. Il a rappelé que l'INSERM s'était vu confier, par ailleurs, un rôle d'évaluation thérapeutique des cures, qui est désormais dévolu à l'ANDEM et dont on attend prochainement les résultats. Il a estimé que de telles études permettront de montrer que le thermalisme est moins coûteux et moins dangereux que certains autres traitements.

Il a ensuite abordé la formation initiale des médecins en hydrologie, qui a presque entièrement disparu, alors qu'elle tenait auparavant une place importante en quatrième année de médecine. Il a insisté sur la nécessité de bien distinguer les soins des activités de remise en forme, considérant toutefois que la médicalisation n'excluait pas un développement parallèle d'autres formes de séjours dans les stations.

Il a enfin précisé que le coût total des cures thermales pour l'assurance maladie n'était que de 1.230 millions de francs en 1995, rappelant le caractère urgent de la réforme tarifaire, qui est engagée sur de bons principes grâce à la prise de conscience du secrétaire d'État à la Santé, mais dont l'application doit être attentivement surveillée.

M. Gilbert Gantier, Président, a suggéré que le Rapporteur propose, lors de l'examen des crédits de la santé, qu'une étude soit entreprise pour prouver les effets positifs des cures sur la consommation médicale.

La commission des Finances a ensuite **autorisé**, conformément à l'article 146 du Règlement, la publication du présent rapport d'information.

Liste des personnalités entendues par votre Rapporteur

- M. Jean Peyrafitte, sénateur de la Haute-Garonne
- Mme Susanne Kastner, député, porte-parole du groupe SPD à la commission du tourisme de la Diète fédérale allemande
- M. Roland Castells, maire de Bagnères-de-Bigorre, président de la Fédération des stations thermales des Hautes-Pyrénées
- M. Edmund Flohe, maire de Bad Neuenahr-Ahrweiler
- M. Jean-Louis Frot, maire de Rochefort, Président de l'association des maires thermaux
- M. René Rettig, maire de Bagnères-de-Luchon

- M. Gérard André, directeur général de *Caldea* (Principauté d'Andorre)
- Dr. Nicole Barthe, médecin inspecteur départemental de la santé (DDASS des Hautes-Pyrénées)
- M. Adrien Barthélémy, Président de la Chaîne thermale du soleil
- Mme Marie-Noëlle Blanquier, bureau du thermalisme, conseil régional de Midi-Pyrénées
- M. Xavier de Cassagnac, conseiller du Président de la Chaîne thermale du soleil
- M. Alain-Gérard Cohen, Inspecteur général des Finances
- Mlle Marie-José Cote, direction de la gestion des risques (CNAM)
- Mme Crussaire, délégué général du SNET
- Mme Ève Darragon, conseiller référendaire à la Cour des comptes
- Dr. Guy Ébrard, Président de la Fédération thermale et climatique française
- M. Jean-Claude Ébrard, Président de l'UNET
- Mme Eusterholz, responsable du secteur « réadaptation » au service « prestations » de l'association des caisses libres agréées d'assurance maladie des employés (VdAK)
- Dr. Paul Fleury, Président du Syndicat national des médecins des stations thermales, climatiques et marines
- M. Gerd Hoffmann, chef du service « Réadaptation » au ministère fédéral du travail et des affaires sociales (BMA)
- M. René Jeminet, délégué général de l'UNET
- Dr. Christoph Kirschner, président de l'association allemande des stations thermales (DBV), Président de l'association européenne du thermalisme et du climatisme (AETC)
- M. Michel Laforcade, directeur de la DDASS des Landes
- M. François Lamy-Mascarou, directeur de la CPAM du Béarn et de la Soule (Pau)
- M. Claude Malhomme, chef du service des produits et des marchés à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (ministère de l'économie)
- M. Yves Marek, cabinet du ministre de l'équipement, du logement, des transports et du tourisme
- M. Rainer Mertel, directeur de Bad Neuenahr S.A.
- M. Philippe Moisset, directeur de l'Agence française d'ingénierie touristique (AFIT)

- M. Philippe Moulin-Roussel, Président du SNET
- M. Sylvain Picard, cabinet du secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale
- M. Robert Pigassou, directeur des thermes de Bagnères-de-Luchon
- M. Ponteins, directeur de l'hôtel du Lac (Saint-Paul-lès-Dax)
- Dr. Laure Prestat, médecin-conseil (CNAM)
- M. Laurent Rabaté, conseiller référendaire à la Cour des comptes
- M. Tabone, directeur de la SEM d'exploitation des thermes de Bagnères-de-Bigorre (SEMETHERM)
- Dr. Raymond Viale, médecin-conseil de la CPAM des Landes
- M. Jean Wolas, conseiller social à l'ambassade de France en Allemagne

ANNEXES

Chronologie

- 18 juin 1823** Ordonnance royale sur la police et la surveillance des sources thermales
- 14 juillet 1856** Loi relative à la déclaration d'intérêt public des sources d'eaux minérales
- 28 janvier 1860** Décret relatif aux établissements d'eaux minérales naturelles
- 30 avril 1930** Décret sur la police des eaux minérales
- 14 octobre 1937** Arrêté relatif à l'analyse des sources d'eau minérale
- 14 août 1947** Circulaire autorisant la prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie
- 20 août 1946** Décret fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux
- 28 mars 1957** Décret sur la police et la surveillance des eaux minérales
- 30 décembre 1958** Ordonnance (portant loi de finances pour 1959) limitant la prise en charge des cures par l'assurance maladie aux séjours en hôpital thermal
- 29 avril 1960** Décret rétablissant la prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie et l'action sociale des caisses
- 21 août 1967** Ordonnance limitant la prise en charge des indemnités journalières au titre des prestations supplémentaires
- 6 février 1969** Décret réintégrant les indemnités journalières aux prestations légales
- 26 juin 1972** Signature de la convention nationale thermale
- 17 avril 1979** Circulaire relative au contrôle et à la surveillance des établissements thermaux
- Janvier 1981** Publication du rapport Ébrard sur le thermalisme en France
- 4 mai 1983** Décret instituant le Haut comité du thermalisme et du climatisme
- Février 1986** Rapport de l'IGAS sur les établissements thermaux
- 30 juillet 1987** Loi (portant DMOS) décrivant le mécanisme de fixation des prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires
- 21 septembre 1987** Arrêté conférant aux préfets le soin de fixer des tarifs maximaux
- 20 octobre 1987** Présentation des résultats de l'enquête thermale statistique de la CNAM
- 16 mai 1989** Arrêté sur la surveillance sanitaire des eaux thermales
- 22 janvier 1990** Décision du Conseil constitutionnel estimant qu'une habilitation législative est nécessaire pour autoriser le recours à la voie contractuelle dans la fixation de tarifs de soins médicaux
- 1990** Rapport Peyrafitte-Ébrard
- 3 janvier 1992** Loi sur l'eau
- 1er juillet 1992** Annulation par le Conseil d'État de l'abattement de 10 % pratiqué par le ministère de l'économie sur les tarifs pour 1989 et 1990
- 20 juillet 1992** Arrêté et circulaire sur la surveillance sanitaire des eaux thermales
- 15 novembre 1992** Expiration du mandat des membres du Haut comité du thermalisme
- 28 avril 1994** Rapport de la mission sur le thermalisme

- 14 décembre 1994** Adoption du rapport de la Cour des comptes sur les interventions publiques dans le domaine du thermalisme
- 25 février 1995** Rapport de la commission chargée de déterminer le montant des forfaits thermaux par indication thérapeutique
- 28 mai 1996** Loi (portant DMOSSS) réformant le système de tarification
- 7 juin 1996** Discours du secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale à Allervard-les-Bains (Isère)

LOCALISATION DES STATIONS THERMALES EN FRANCE METROPOLITAINE



Station	Orientations	Département	Population (1990)	Altitude (m)	Nombre de curistes ayant effectué une cure médicale (1994)
Aix-les-Bains	RH	Savoie	24.683	258	41.651
Aix-Marlioz	VR-AMB	Savoie	<i>id.</i>	<i>id.</i>	7.350
Alet-les-Bains	AD	Aude	460	206	141
Allevard-les-Bains	VR-RH	Isère	2.558	475	8.447
Amélie-les-Bains	VR-RH	Pyrénées-Orientales	3.239	240	31.265
Amnéville	RH-VR	Moselle	8.926	130	12.288
Argelès-Gazost	PHL-VR	Hautes-Pyrénées	3.229	460	1.479
Aulus-les-Bains	AU	Ariège	210	778	276
Aurensan	RH	Gers	136	250	193
Avène-les-Bains	DER-AMB	Hérault	269	287	1.051
Ax-les-Thermes	RH-VR	Ariège	1.489	720	8.631
Bagnères-de-Bigorre	RH-PSY-VR	Hautes-Pyrénées	8.424	550	7.386
Bagnoles-de-l'Orne	PHL-GYN-RH	Orne	875	225	14.937
Bagnols-les-Bains	RH-VR	Lozère	200	913	1.628
Bains-les-Bains	MCA-RH	Vosges	1.466	405	3.003
Balaruc-les-Bains	RH-GYN	Hérault	5.013	3	34.163
Barbazan	AD	Haute-Garonne	351	450	271
Barbotan-les-Thermes (Cazaubon)	RH-PHL	Gers	1.605	130	17.578
Barèges-Sers	RH-VR	Hautes-Pyrénées	257	1.240	2.796
Beaucens	RH	Hautes-Pyrénées	309	460	754
Berthemont (Roquebillière)	VR-RH	Alpes-Maritimes	1.539	1.000	981
Le Boulou	AD-MCA	Pyrénées-Orientales	4.436	78	1.622
Bourbon-l'Archambault	RH-GYN	Allier	2.630	250	4.951
Bourbon-Lancy	RH-MCA	Saône-et-Loire	6.178	240	3.396
Bourbonne-les-Bains	RH-VR	Haute-Marne	2.764	270	14.142
La Bourboule	VR-DER-AMB-TDE	Puy-de-Dôme	2.113	850	19.365
Brides-les-Bains	AD-RH	Savoie	611	570	13.688
Cambo-les-Bains	RH-VR	Pyrénées-Atlantiques	4.128	65	6.104
Les Camoins (Marseille)	VR-RH	Bouches-du-Rhône	800.550	200	3.699
Capvern-les-Bains	AU-AD-RH	Hautes-Pyrénées	1.025	475	5.280
Castera-Verduzan	AD-AMB	Gers	794	110	255
Cauterets	VR-RH	Hautes-Pyrénées	1.201	930	10.104
Challes-les-Eaux	VR-GYN	Savoie	2.801	280	4.155
Châteauneuf-les-Bains	RH	Puy-de-Dôme	330	380	636
Châtelguyon	AD-AU-GYN	Puy-de-Dôme	4.743	400	12.274
Chaudes-Aigues	RH	Cantal	1.110	750	2.341
Cilaos	RH-AD	Réunion	5.740	1.000	435
Contrexéville	AU-AD	Vosges	3.945	350	1.001
Cransac	RH	Aveyron	2.180	500	2.489
Dax	RH-GYN-PHL	Landes	19.309	12	53.986
Digne-les-Bains	RH-VR	Alpes-de-Haute-Provence	16.087	640	8.830
Divonne-les-Bains	PSY	Ain	5.580	500	3.391
Les Eaux-Bonnes	VR-RH	Pyrénées-Atlantiques	536	760	1.273
Les Eaux Chaudes (Laruns)	VR-RH	Pyrénées-Atlantiques	1.466	675	2.003
Enghien-les-Bains	VR-RH	Val-d'Oise	10.077	43	1.414
Eugénie-les-Bains	AU-RH	Landes	467	80	4.967
Évaux-les-Bains	RH-GYN-PHL	Creuse	1.716	450	2.074
Évian-les-Bains	AU-AD-RH	Haute-Savoie	6.895	375	1.807

Station	Orientations	Département	Population (1990)	Altitude (m)	Nombre de curistes ayant effectué une cure médicale (1994)
Les Fumades (Allègre)	VR-DER-AMB	Gard	623	350	2.902
Gréoux-les-Bains	RH-VR	Alpes-de-Haute-Provence	1.718	400	26.424
Guagno-les-Bains (Poggiolo)	RH	Corse-du-Sud	76	480	251
Jonzac	RH-VR	Charente-Maritime	3.998	40	4.856
Lamalou-les-Bains	NEU-RH	Hérault	2.194	200	4.981
La Léchère	PHY-GYN-RH	Savoie	1.936	440	8.916
Lons-le-Saunier	TDE-RH	Jura	19.144	257	2.361
Luchon	VR-RH	Haute-Garonne	3.094	630	24.182
Luxeuil-les-Bains	GYN-PHL	Haute-Saône	8.790	350	1.918
Luz-Saint-Sauveur	PHL-VR	Hautes-Pyrénées	1.173	730	1.540
Molitg-les-Bains	DER-AMB-VR	Pyrénées-Orientales	185	610	1.274
Montbrun-les-Bains	VR	Drôme	467	650	544
Le Mont-Dore	VR-RH	Puy-de-Dôme	1.975	1.050	11.693
Montrond-les-Bains	AD	Loire	3.627	370	2.443
Morsbronn	RH	Bas-Rhin	585	183	6.566
Néris-les-Bains	PSY-NEU-RH	Allier	2.831	370	6.927
Neyrac-les-Bains (Meyras)	DER-RH	Ardèche	729	450	1.542
Niederbronn-les-Bains	RH	Bas-Rhin	4.372	150	4.103
Pietrapola (Prunelli)	RH	Haute-Corse	2.647	161	306
Plombières	AD-RH	Vosges	2.084	450	5.057
Préchacq-les-Bains	RH-VR	Landes	462	30	1.517
La Preste-les-Bains	AU	Pyrénées-Orientales	1.102	1.130	3.116
Rennes-les-Bains	RH	Aude	221	320	1.447
Rochefort	RH-DER-AMB-PHL	Charente-Maritime	25.561	5	9.345
La Roche-Posay	DER-AMB	Vienne	1.444	75	9.013
Royat	MCA-RH	Puy-de-Dôme	3.950	450	17.887
Saint-Christau	DER-AMB	Pyrénées-Atlantiques	214	320	571
Saint-Claude-Matouba	RH-DER-VR	Guadeloupe	10.299	828	n.c.
Saint-Gervais	DER-AMB-VR	Haute-Savoie	5.124	850	4.404
Saint-Honoré-les-Bains	VR	Nièvre	754	300	4.400
Saint-Lary	VR-RH	Hautes-Pyrénées	1.108	836	2.185
Saint-Laurent-les-Bains	RH	Ardèche	136	840	1.110
Saint-Nectaire	AU	Puy-de-Dôme	664	760	1.133
Saint-Paul-lès-Dax	RH-PHL	Landes	9.452	17	11.461
Salies-de-Béarn	GYN-RH-TDE	Pyrénées-Atlantiques	4.974	54	2.812
Salies-du-Salat	GYN-TDE-RH	Haute-Garonne	2.074	300	1.776
Salins-les-Bains	TDE-RH-GYN	Jura	3.629	354	1.159
Saubusse	RH-PHL	Landes	618	10	1.494
Saujon	PSY	Charente-Maritime	4.891	7	1.276
Tercis-les-Bains	VR-RH-DER-AMB	Landes	966	45	2.042
Thonon-les-Bains	AU-AD-RH	Haute-Savoie	29.677	435	684
Uriage	RH-DER-AMB-VR	Isère	3.678	626	7.722
Ussat-les-Bains	NEU-GYN-PSY	Ariège	317	480	1.157
Vals-les-Bains	RH-VR	Ardèche	3.661	328	3.142
Vernet-les-Bains	RH-VR	Pyrénées-Orientales	1.489	650	4.281
Vichy	AD-RH	Allier	27.714	263	12.514
Vittel	AU-AD-RH	Vosges	6.296	340	4.284
Zigliara	VR	Corse-du-Sud	142	185	146
Total	-	42 départements	-	-	612.815

Lexique

Abattement forfaitaire : Réduction de 10 %, prévue par les circulaires interministérielles* mais annulée par le Conseil d'État, appliquée par la CNAMTS au tarif des soins pratiqués plus de dix fois.

Accord de cure thermale : Imprimé adressé par la caisse d'assurance maladie à l'assuré social après acceptation de l'entente préalable*, mentionnant la station thermale*, l'orientation thérapeutique* pour laquelle est accordée la cure thermale*, le taux de prise en charge* et les limites de celle-ci.

Affusion : Procédé consistant à répandre de l'eau sur une région du corps.

Agrément : Autorisation donnée par une commission régionale d'agrément* pour une durée de trois ans tacitement renouvelables et permettant à un établissement thermal* de dispenser des soins aux assurés sociaux pour des orientations thérapeutiques* reconnues et dans le respect des dispositions de sécurité, d'hygiène et de qualification des personnels.

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.

Arrêté préfectoral : Moyen par lequel sont fixés chaque année les tarifs maxima* de chaque soin, dans le respect de la circulaire interministérielle*, ainsi que les montants des forfaits thermaux*.

Autorisation d'exploitation : Faculté de livrer ou d'administrer au public les eaux d'une source thermale* telles qu'à l'émergence*, reconnue par arrêté du ministre de la santé, en principe pour une durée de trente ans, après avis de l'Agence du médicament et de l'Académie nationale de médecine.

Balnéothérapie : Traitement médical par les bains.

Boue thermale : Boue végéto-minérale obtenue par maturation d'une boue dans un bassin où circule une eau minérale* (synonyme : péloïde).

Captage : Opération consistant à amener l'eau à un point déterminé.

Circulaire interministérielle : Moyen par lequel les ministères de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale indiquent chaque année aux préfets les taux de la hausse tarifaire applicable à chaque catégorie de soins* et de tarifs*.

Climatisme : Ensemble des questions relatives aux stations dont le climat a une valeur curative.

N.B. : les mots ou expressions suivis d'un astérisque sont définis par ailleurs dans le lexique.

Commission de la nomenclature : Instance placée auprès de la CNAM et chargée, notamment, de donner un avis sur l'inscription des stations thermales* et de leurs orientations thérapeutiques* au titre XV de la nomenclature générale des actes professionnels*.

Commission régionale d'agrément : Instance composée de représentants des administrations, des caisses de sécurité sociale et des établissements de soins et chargée de se prononcer sur les agréments*.

Commission technique du thermalisme : Instance paritaire créée par la convention nationale thermale* et destinée à statuer, après avis d'un groupe médical paritaire, sur les demandes de traitements types* présentées par les établissements thermaux*.

Convention nationale thermale : Conclue le 26 juin 1972 entre les caisses nationales d'assurance maladie, d'une part, et les syndicats* des établissements thermaux, d'autre part, elle définit les conditions de prise en charge* des soins thermaux par les caisses. Des avenants conclus avec chacun des établissements précisent les traitements types* et les forfaits thermaux* pris en charge, dans le respect des arrêtés préfectoraux*.

Crénothérapie : Ensemble des traitements internes et externes utilisant les eaux thermales* et leurs produits dérivés (gaz thermaux, vapeurs d'eau minérale, boues thermales*).

Cure thermale : Ensemble des thérapeutiques appliquées à un malade durant un séjour dans une station thermale* pour une durée comprise entre dix-huit et vingt-et-un jours.

Demande d'entente préalable : Formulaire adressé au contrôle médical de la CPAM de l'assuré, mentionnant l'indication thérapeutique* retenue ainsi que la station thermale* choisie et visant à obtenir la prise en charge des frais médicaux et thermaux de la cure. Celle-ci est acquise si la caisse n'a pas répondu dans les vingt-et-un jours.

Dérogation tarifaire : Mécanisme instauré par une circulaire de 1979 et permettant aux arrêtés préfectoraux* de prévoir, après décision de la DGCCRF, une augmentation supplémentaire des tarifs pour les établissements thermaux* ayant effectué des investissements entraînant une amélioration du confort des curistes ou de la qualité des prestations dispensées, à l'exclusion des investissements de capacité, des réparations ou des investissements de productivité.

Eau minérale : Eau de source naturelle présentant des qualités thérapeutiques propres, indépendamment de ses caractéristiques physico-chimiques.

Eau thermale : Eau minérale* de source chaude, ou, par extension, toute eau minérale*.

Émergence : Point de sortie d'une source (synonyme : griffon).

Établissement thermal : Etablissement public, en régie ou privé utilisant sur place ou par adduction directe, pour le traitement des malades, l'eau ou les dérivés d'une ou plusieurs sources thermales* ayant fait l'objet d'une autorisation d'exploitation*.

Fangothérapie : voir Pélothérapie*.

Fédération thermale et climatique française : Structure ayant pour vocation de regrouper les différents intervenants du thermalisme* et du climatisme* français (syndicats*, communes, médecins, ...).

Forfait de surveillance thermale : Montant faisant office de rémunération de la surveillance, par le médecin thermal, de l'ensemble des actes effectués pendant la cure thermale* et qui se rapportent directement à l'affection ayant motivé celle-ci (420 francs en 1996).

Forfait d'hébergement : Montant destiné à compenser une partie des frais d'hébergement engagés par le curiste, fixé pour 1996 à 984 francs et pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre de l'action sanitaire et sociale des caisses, sous réserve d'un ticket modérateur de 35 % et sous un plafond, fixé, pour 1996, à 96 000 francs par an.

Forfait thermal : Ensemble de pratiques thermales, inscrites dans le traitement type* et habituellement suivies en fonction des indications thérapeutiques* propres à chaque station, dont le prix est fixé d'un commun accord entre les caisses de sécurité sociale et l'établissement thermal* concerné.

Griffon : voir Emergence*.

Grille des appellations normalisées : Description des soins thermaux* établie par la Commission technique du thermalisme*.

Haut comité du thermalisme : Instance créée par un décret du 4 mai 1983, composée majoritairement de représentants de la profession et chargée d'une mission de réflexion sur le thermalisme, le climatisme* et les soins en milieu marin. A ce titre, le Haut comité émet un avis sur les orientations thérapeutiques* des stations thermales* et sur leur inscription sur la liste des stations thermales* justifiant l'intervention de l'assurance maladie.

Hydrologie : Etude des eaux ayant un pouvoir thérapeutique.

Hydrothérapie : Utilisation externe d'une eau minérale* ou ordinaire, fondée sur ses propriétés physiques.

Illutation : Application de boue thermale*.

Indemnités journalières : Prestations en nature de l'assurance maladie versées sous conditions de ressources (revenus inférieurs à 13 435 francs par mois pour le second trimestre de 1996).

Indication : Cas où un traitement est indiqué.

Nomenclature générale des actes professionnels : Cotation de la valeur des actes médicaux au regard du système conventionnel, établie par voie réglementaire et présentée sous forme de lettres-symboles (K par exemple) éventuellement assorties de coefficients.

Orientation thérapeutique : Spécialisation médicale d'une station thermale*. Une même station ne peut, en principe, se voir reconnaître, par arrêté du ministre de la santé, que deux orientations parmi les douze existantes (ex. : rhumatologie, voies respiratoires).

Péloïde : voir Boue thermale*.

Pélothérapie : Traitement par les boues thermales* (synonyme : fangothérapie).

Piscine thermale : Bassin alimenté exclusivement par une source thermale* naturelle, située dans un établissement thermal* ayant reçu l'agrément* et non traitée par l'adjonction de désinfectants.

Pratiques médicales complémentaires : Soins médicaux pouvant être adjoints au forfait de surveillance thermale*, dans des stations thermales* limitativement énumérées par la nomenclature générale des actes professionnels*, ces soins étant eux-mêmes inscrits dans la nomenclature.

Prestations supplémentaires : Prise en charge, sous condition de ressources, des frais d'hébergement et de transport, financée par le budget d'action sanitaire et sociale des caisses, à hauteur du forfait d'hébergement* et du prix du billet SNCF de seconde classe.

Prise en charge : Engagement des caisses d'assurance maladie de rembourser, sous réserve d'un ticket modérateur*, les soins thermaux engagés par les assurés, dans la limite du forfait thermal* et des prestations supplémentaires* éventuelles, ainsi qu'un forfait d'hébergement*.

SATF : Syndicat Autonome du Thermalisme Français, regroupant l'ensemble des établissements de la Chaîne thermale du soleil, qui ont accueilli 107 000 curistes en 1994.

SNET : Syndicat National des Etablissements Thermaux, dont les adhérents ont accueilli 145 000 curistes en 1994.

Soin thermal : Pratique prescrite par un médecin thermal dans le cadre d'un forfait thermal* ou de suppléments* et faisant intervenir, à des fins curatives, l'eau ou les dérivés d'une source thermale* (ex. : cure de boisson, bain, gargarisme, etc.).

Source thermale : Issue naturelle ou artificielle par laquelle une eau thermale souterraine se déverse à la surface du sol.

Station thermale : Commune comprenant une ou plusieurs sources thermales* exploités par un ou plusieurs établissements thermaux*.

Suppléments : Soins thermaux* pouvant être prescrits par le médecin thermal* en plus du forfait thermal*, afin d'adapter le traitement à des cas particuliers

Syndicats thermaux : UNET*, SNET* et SATF*, regroupant 91 établissements et ayant accueilli 88 % des curistes en 1994.

Tarif conventionnel : Tarif déterminé par la CNAMTS, sur le fondement des arrêtés préfectoraux*, au moyen d'un avenant à la convention tarifaire qui la lie à chaque établissement thermal* et après application, le cas échéant, d'un abattement forfaitaire* variable.

Tarif maximum : Plafond applicable aux soins délivrés aux curistes sans prise en charge, fixé chaque année par arrêté préfectoral* dans le cadre d'une circulaire interministérielle*, mais sous réserve de dérogations tarifaires*.

Thalassothérapie : Utilisation thérapeutique de l'eau de mer, froide ou chauffée, avec ou sans adjonction de boues, de sables ou d'algues marins.

Thermalisme : Science de l'utilisation et de l'exploitation des eaux minérales* et, par extension, tout ce qui concerne l'aménagement et l'exploitation des stations thermales*.

Ticket modérateur : Part des dépenses de la cure thermale* non prises en charge par l'assurance maladie et réglée directement par l'assuré social à l'établissement thermal*. Cette part est actuellement de 35 %.

Traitement type : Ensemble de soins déterminé, pour chaque établissement thermal et pour chaque orientation thérapeutique*, par la commission technique du thermalisme*.

UNET : Union Nationale des Etablissements Thermaux, dont les adhérents ont accueilli 282 000 curistes.