

Rapport sur le thermalisme français

Rapport présenté par Pierre DELOMENIE
Inspecteur général des affaires sociales

Rapport n°2000119
Octobre 2000

Sommaire

INTRODUCTION	2
PREMIÈRE PARTIE – LE CONSTAT	4
1.1 UN CADRE JURIDIQUE BAROQUE	4
1.1.1 <i>L'eau minérale naturelle : une législation dépassée, une connaissance insuffisante</i>	4
1.1.2 <i>L'établissement thermal : un quasi-inconnu pour le code de la santé publique</i>	8
1.1.3 <i>La prise en charge par l'assurance maladie : des dispositions complexes, voire discutables, une absence de contrôle</i>	10
1.1.4 <i>De l'eau minérale aux machines à sous : le charme discret d'une station classée</i>	15
1.2 UN SECTEUR HÉTÉROGÈNE ET MAL CONNU, TRÈS DÉPENDANT DE L'ASSURANCE MALADIE	16
1.2.1 <i>Des stations à l'activité très variable</i>	16
1.2.2 <i>Un impact économique réel mais mal cerné</i>	21
1.2.3 <i>Un coût pour l'assurance maladie modéré et en progression limitée</i>	23
1.3 UN INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE CONTESTÉ	25
1.3.1 <i>Une évaluation médicale insuffisante</i>	25
1.3.2 <i>dont les conséquences peuvent être dramatiques pour le thermalisme français</i>	27
DEUXIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS	30
2.1 LA NÉCESSAIRE RÉNOVATION DU CADRE JURIDIQUE DOIT ÊTRE CONDUITE POUR GARANTIR LA SÉCURITÉ DES PERSONNES ET LA QUALITÉ DES PRATIQUES.....	30
2.1.1 <i>La qualité des produits</i>	30
2.1.1.1 L'eau minérale	30
2.1.1.2 Les autres produits	31
2.1.2 <i>La qualité des pratiques</i>	32
2.1.2.1 Les établissements thermaux	32
2.1.2.2 Le personnel	34
2.1.3 <i>La qualité des prescriptions et de l'évaluation du risque</i>	36
2.2 LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE NE PEUT PLUS SE CONCEVOIR SANS UNE VÉRITABLE ÉVALUATION DE L'INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE DES CURES THERMALES	37
2.2.1 <i>L'organisation et le financement de la recherche</i>	37
2.2.2 <i>La prise en charge par l'assurance maladie</i>	40
2.2.2.1 Thermalisme et nomenclature générale des actes professionnels.....	40
2.2.2.2 Thermalisme et convention.....	42
2.2.2.3 Thermalisme, entente préalable et contrôle.....	42
2.3 LA PÉRENNITÉ DU THERMALISME FRANÇAIS NÉCESSITE DE PLUS UNE DIVERSIFICATION DE SES ACTIVITÉS DANS LE CADRE D'UNE POLITIQUE THERMALE COHÉRENTE.....	43

LISTE DES ANNEXES

ANNEXES

Introduction

Lors de son intervention du 22 mars 2000 sur le thermalisme à l'Assemblée Nationale (annexe n° 1), Mme Martine AUBRY, ministre de l'emploi et de la solidarité, indiquait que l'objectif du gouvernement était de « moderniser l'activité thermale pour qu'elle soit plus efficace, plus sûre, et plus pérenne ».

La ministre de l'emploi et de la solidarité précisait ensuite que, dans cette optique, la mission qui m'était confiée devait notamment apporter, en concertation avec les professionnels et les élus, des réponses sur les conditions de formation et d'intervention des professionnels du thermalisme, les conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements thermaux, le développement des études permettant de mieux apprécier le service médical rendu et enfin les conditions d'admission au remboursement d'une station, de ses orientations en matière de soins et de ses pratiques médicales complémentaires.

Le présent rapport s'inscrit dans une longue lignée d'études consacrées au thermalisme français. Pour s'en tenir aux dix dernières années, il faut citer :

- « Le thermalisme », de MM. PEYRAFITTE et EBRARD, 1990 ;
- le rapport de la mission thermalisme présidée par M. EBRARD, 1994 ;
- « Les interventions publiques dans le domaine du thermalisme », Cour des comptes, 1995 ;
- « L'avenir du thermalisme français », de M. BONREPAUX, 1996 ;
- « Le thermalisme en France », Observatoire national du tourisme, 1999.

Sur des sujets plus spécifiques existent notamment pour la même période :

- « Rapport de la commission chargée de déterminer le montant des forfaits thermaux par indication thérapeutique », présidée par M. COHEN, 1995 ;
- « Principes méthodologiques d'évaluation des orientations thérapeutiques d'un établissement thermal », ANAES, 1996 ;
- « Rapport sur l'Institut d'hydrologie et de climatologie », M. QUENEAU, 1997 ;
- « Le développement touristique des stations thermales », M. COHEN, 1998 ;
- « Contrôle du laboratoire national des études hydrologiques et thermales », IGAS, 1999 ;
- proposition n° 23 « cures thermales » du plan stratégique de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, 1999.

Après avoir étudié ces différents documents, auxquels il sera largement fait appel, et pris contact avec les responsables administratifs et professionnels du thermalisme au niveau national, ainsi qu'avec les groupes d'élus concernés, le rapporteur a procédé à la visite d'un échantillon de stations et d'établissements thermaux, en privilégiant les entretiens avec les élus, les responsables administratifs et syndicaux, ainsi qu'avec des représentants du personnel des établissements.

La composition de l'échantillon n'a pas visé à une stricte représentativité, au sens statistique du terme, des stations thermales françaises mais plutôt à permettre d'appréhender la grande variété de situations différant par la taille des stations, leurs

orientations thérapeutiques et pratiques médicales complémentaires, le statut des établissements, leur situation dans des régions peu ou prou concernées par le thermalisme, l'existence de certaines spécificités (maisons d'enfants à caractère sanitaire, « hôpital thermal »...).

Au total, 13 stations situées dans 7 régions ont été visitées et la liste des personnes entendues (plus de 350) figure en annexe n° 2.

Dans sa première partie consacrée au constat, le rapport traite successivement du cadre juridique du thermalisme, de l'activité des établissements et de ses conséquences en termes d'impact économique et de coût pour l'assurance maladie, ainsi que de l'intérêt thérapeutique des cures thermales.

Les propositions résultant de cet état des lieux sont détaillées dans la deuxième partie et articulées autour des trois axes sécurité, efficacité, pérennité retenus par le Gouvernement.

Première partie – Le constat

1.1 Un cadre juridique baroque

Le thermalisme et, de manière plus générale, le champ des eaux minérales, est régi par des textes nombreux, dispersés, parfois anciens, avec des zones d'ombre voire de carence, qui forment un cadre juridique baroque à l'activité thermique.

Seront successivement envisagées les réglementations de l'eau minérale naturelle, de l'établissement thermal, de la prise en charge par la sécurité sociale des cures thermales et le statut des stations hydrominérales.

1.1.1 L'eau minérale naturelle : une législation dépassée, une connaissance insuffisante

➤ Définition

- L'eau minérale naturelle est définie par l'article 2 du décret n° 89-369 du 6 juin 1989 comme : « Eau possédant un ensemble de caractéristiques qui sont de nature à lui apporter ses propriétés favorables à la santé. Elle se distingue nettement des autres eaux destinées à la consommation humaine par sa nature, caractérisée par sa teneur en minéraux, oligo-éléments ou autres constituants et par certains effets, par sa pureté originelle, l'une et l'autre caractéristiques ayant été conservées intactes en raison de l'origine souterraine de cette eau qui a été tenue à l'abri de tout risque de pollution. Elle provient d'une nappe ou d'un gisement souterrain exploité à partir d'une ou plusieurs émergences naturelles ou forcées. Elle témoigne, dans le cadre des fluctuations naturelles connues, d'une stabilité de ses caractéristiques essentielles, notamment de composition et de température à l'émergence, qui n'est pas affectée par le débit de l'eau prélevée ». En théorie, une eau minérale répond donc à quatre critères : aspect naturel (« pureté originelle »), composition spécifique, constance de la composition, propriétés favorables à la santé.
- L'étude des textes régissant le domaine des eaux minérales montre qu'ils sont nombreux et variés, souvent anciens, parfois techniquement obsolètes et qu'ils ont des bases juridiques remontant dans certains cas au XIX^{ème} siècle : ordonnance royale du 18 juin 1823 portant règlement sur la police des eaux minérales et décret du 28 janvier 1860 modifié portant règlement d'administration publique relatif à la surveillance des sources et des établissements d'eaux minérales naturelles notamment. Ajoutons que la transposition en droit français de la directive européenne 80/777/CEE du 15 juillet 1980 modifiée par la directive 96/70/CE du 28 octobre 1996 concernant l'exploitation et la mise dans le commerce des eaux minérales naturelles n'est pas achevée, de même que l'intégration dans les procédures spécifiques à l'eau minérale naturelle des dispositions de la loi du 3 janvier 1992 modifiée sur l'eau.

- Le caractère naturel de l'eau minérale est précisé par le décret n° 57-404 du 28 mars 1957, modifié notamment par des décrets de 1989 et 1998, qui stipule que l'eau minérale naturelle, telle qu'elle se présente à l'émergence, ne peut faire l'objet d'aucun traitement ou adjonction autres que ceux autorisés par arrêté ministériel et relatifs à différents cas (séparation des éléments instables, élimination ou incorporation ou réincorporation de gaz carbonique, séparation des composés du fer, du manganèse, du soufre, de l'arsenic et des produits indésirables), ces traitements ne devant pas modifier la composition de l'eau dans ses constituants essentiels ni ses caractéristiques microbiologiques. Toutefois, pour la séparation des composés visés supra, les arrêtés d'application ne sont pas encore pris, les textes communautaires nécessaires n'ayant pas été publiés.

➤ **Autorisation**

- Toute forme d'exploitation d'une eau minérale naturelle est soumise à autorisation, l'exploitation pouvant revêtir différentes formes : exploitation à la source (à l'émergence), avec ou sans traitement, après transport par canalisation, après mélange d'eaux minérales aux propriétés analogues et de même origine géologique, pour embouteillage (à la source ou à distance, d'une seule eau ou d'un mélange). Chaque forme d'exploitation d'une eau minérale est régie par une procédure spécifique.
- Initialement, aucune limite n'a été fixée pour la durée des autorisations. Seul l'article 5 du décret du 28 janvier 1860 modifié, toujours en vigueur, prévoit la possibilité de suspension ou de révocation par le ministre dans trois cas. Le décret précité de 1957 ne prévoit pas explicitement de durée pour les diverses autorisations prévues. Toutefois, et parce qu'un avis de l'Académie de médecine du 10 avril 1900 (annexe n° 3) proposait que les concessions d'eau minérale soient limitées à trente ans, les arrêtés fixent maintenant la durée de l'autorisation à trente ans. L'absence de délai réglementaire pour la « révision » d'une autorisation, si elle peut s'expliquer pour partie par l'existence d'un contrôle des sources minérales exploitées (article 1 de l'arrêté du 14 octobre 1937 modifié) n'apparaît pas judicieuse, et même la durée de trente ans mériterait d'être revue au regard d'une bonne gestion des autorisations.
- L'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale naturelle est subordonnée au respect de prescriptions qui concernent :
 - + les examens géologiques et hydrologiques au lieu de captage, mais également la description des travaux prévus ;
 - + les examens physiques, chimiques et physico-chimiques de l'eau, et notamment ceux qui permettent sa caractérisation en eau minérale naturelle ;
 - + les examens microbiologiques, qui visent à mettre en évidence l'absence des parasites et des micro-organismes pathogènes, et de pollution témoin d'une contamination fécale, sans caractériser véritablement le microbisme naturel ;
 - + des examens cliniques et pharmacologiques.

- L'instruction de la demande d'autorisation comporte deux étapes :

+ l'une, départementale, fait intervenir le service des mines, un laboratoire agréé par le ministre chargé de la santé pour le contrôle des eaux minérales, un laboratoire agréé par le ministre pour la détermination de la radio-activité s'il y a lieu, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le conseil départemental d'hygiène et le préfet ;

+ l'autre, nationale, à laquelle prennent part, dans le cas d'une utilisation thermale, la direction générale de la santé, le conseil général des mines si des travaux complémentaires de captage et d'aménagement sont nécessaires, l'agence française de sécurité sanitaire des aliments et l'académie nationale de médecine.

- L'application de ce dispositif montre de nombreuses défaillances :

+ délais importants d'instruction des dossiers ;

+ exploitation de sources non autorisées, même si la situation semble s'être un peu améliorée depuis l'époque où elle était relevée par la Cour des comptes : toutefois, aucun fichier national à jour des sources d'eau minérale naturelle exploitées ou autorisées n'existe ;

+ insuffisante caractérisation de la source aux plans physico-chimique, chimique et microbiologique lors de son autorisation, limitée à des recherches classiques et de surcroît effectuée sur un nombre limité de prélèvements couvrant une période réduite ; la relation entre la composition de l'eau et les couches géologiques traversées n'est en général pas étudiée de manière assez détaillée ;

+ imprécisions importantes sur le volume de la ressource, son alimentation et donc son renouvellement ;

+ rôle ambigu de l'académie nationale de médecine, dont le décret du 28 mars 1957 modifié ne précise pas le domaine d'intervention ; en pratique, l'académie se prononce plus sur la sécurité (qualité notamment microbiologique de l'eau) que sur les propriétés favorables pour la santé, ou que sur les indications ou contre-indications relatives à l'utilisation de ces eaux minérales naturelles. L'absence de véritable expertise de nature médicale de sa part amène donc à s'interroger sur le rôle qui lui est dévolu et sa justification.

- Les sources d'eaux minérales naturelles autorisées sont souvent mal protégées, ne bénéficiant trop fréquemment ni de déclaration d'intérêt public ni de périmètre de protection : il est vrai que les procédures actuellement en vigueur (décret du 8 septembre 1856, modifié en dernier lieu en 1930) sont désuètes, voire inapplicables, ce qui incite les administrations à une attitude dissuasive et rebute les propriétaires des sources de présenter des dossiers de demande. Les chiffres fournis par la direction générale de la santé sont éloquentes : actuellement, il y a environ 700 sources d'eau minérale naturelle recensées, dont 400 sont réellement exploitées, et de l'ordre de 160 sources déclarées d'intérêt public. Quarante-cinq périmètres de protection ont été institués, dont les superficies, très variables, s'échelonnent entre un hectare et plusieurs centaines d'hectares. A l'intérieur de ces périmètres existent,

à côté des sources déclarées d'intérêt public, environ 150 sources d'eau minérale naturelle autorisées qui n'ont pas fait l'objet d'une telle déclaration, et ne sont donc pas juridiquement protégées.

➤ **Contrôle**

- Le suivi de la qualité de l'eau minérale naturelle autorisée est également largement améliorable :

+ en effet, il repose sur un réseau de laboratoires agréés, agrément dont les bases juridiques et techniques sont dépassées. Si le principe de l'intervention de laboratoires agréés trouve son fondement dans le décret du 28 janvier 1860, modifié en dernier lieu sur ce point par le décret du 30 avril 1930, la liste des laboratoires agréés pour le contrôle des eaux minérales figure dans l'arrêté du 14 octobre 1937, modifié, en ce qui concerne cette liste, par les arrêtés des 12 décembre 1950 et 12 avril 1955. Dans ces conditions, il est aisément compréhensible, sinon excusable, qu'interviennent dans le domaine du contrôle des eaux minérales d'autres laboratoires que ceux figurant sur cette liste, certes agréés par le ministère chargé de la santé mais pour l'analyse d'autres types d'eaux. Quoiqu'il en soit, dans un cas comme dans l'autre, les éléments décisionnels pris en compte pour la délivrance de l'agrément ne sont pas formalisés et apparaissent obsolètes à une époque où les exigences de qualité sont de plus en plus fortes. Cette défaillance du ministère chargé de la santé est partiellement compensée par le fait que certains de ces laboratoires, soit de leur propre initiative soit pour être agréés par d'autres ministères, se sont organisés de manière à assurer la maîtrise de leurs résultats (mise en place d'un système d'assurance qualité, audit par des intervenants extérieurs, participation à des analyses d'intercomparaison..) ;

+ des établissements thermaux, seuls ou collectivement dans une région, ont développé de leur côté des systèmes d'autocontrôle, essentiellement axés sur la recherche de contaminations microbiennes. Si l'on ne peut que se féliciter de ce type de démarche, il est toutefois regrettable que les règles de communication de ces résultats aux services de tutelle ne soient pas déterminées au niveau national et ne fassent l'objet que d'accords locaux de nature variable ;

+ feu le « laboratoire national des études hydrologiques et thermales », chargé de gérer le fichier sanitaire central des eaux minérales (cf. arrêté du 14 octobre 1937), n'a jamais procédé à une exploitation des données physico-chimiques et chimiques des quelques 6000 résultats d'analyses transmis chaque année par les laboratoires agréés, se limitant à l'exploitation des données bactériologiques ; or, la stabilité des caractéristiques physico-chimiques et chimiques des eaux minérales est un point important de leur définition, alors que différentes études, du BRGM notamment, ont montré des fluctuations non négligeables des sources étudiées ;

+ il est vrai que les dispositions de l'article 17 du décret de 1957 relatives à la constatation « d'une variation » dans les caractéristiques de l'eau d'une source minérale sont trop imprécises pour sensibiliser les autorités chargées de la surveillance et du contrôle et les engager vers la demande « d'un nouvel examen des propriétés de l'eau par l'Académie de médecine ». Mais le maintien du thermalisme dans l'arsenal thérapeutique pris en charge par la collectivité ne peut s'accommoder d'un pareil laxisme.

- Enfin, le rapporteur ne peut que déplorer, après tant d'autres, que deux produits thermaux, les boues et les gaz, ne fassent l'objet d'aucune réglementation et donc d'aucun contrôle de la part des pouvoirs publics. Il y a là une lacune qui devient réellement scandaleuse et que rien ne peut justifier.

1.1.2 L'établissement thermal : un quasi-inconnu pour le code de la santé publique

➤ L'établissement

- L'ordonnance royale du 18 juin 1823 sur la police des eaux minérales stipule en son article premier : « toute entreprise ayant pour effet de livrer ou d'administrer au public des eaux minérales naturelles ou artificielles, demeure soumise à une autorisation préalable et à l'inspection d'hommes de l'art... ». Cette exigence fut reprise en dernier lieu dans le décret du 28 mars 1957 qui précise en son article premier « sont soumis à autorisation... les établissements thermaux... » et à l'article vingt « Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles sont données les autorisations concernant... les établissements thermaux... ». Le règlement d'administration publique n'a jamais été pris, mais la récente codification de la partie législative du code de la santé publique a repris, en son article L 1322-1, cette exigence d'autorisation sans préciser d'ailleurs la nature des textes d'application. Les établissements thermaux ne sont donc à ce jour soumis de fait à aucune autorisation ni à aucun encadrement de leur fonctionnement par un texte de nature strictement sanitaire. Par contre, ils doivent répondre aux exigences du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 « complétant le décret n°46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux », et plus précisément à celles de l'annexe XXVI « conditions techniques d'agrément des établissements thermaux privés ».
- L'intervention des services sanitaires déconcentrés de l'Etat se fait essentiellement sur la base de l'arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif à l'analyse des sources d'eaux minérales, pris en application du décret du 28 janvier 1860 modifié. Cet arrêté permet de procéder à des prélèvements d'eau minérale à l'émergence et aux points d'usage pour en vérifier la qualité. Après les incidents et accidents infectieux des années 1990 (Gréoux-les-Bains, Aix-les Bains notamment), les dispositions de 1937 furent complétées par les arrêtés du 16 mai 1989 puis du 20 juillet 1992 et plus récemment encore par l'arrêté du 19 juin 2000. Ce dernier reprenait les propositions d'un groupe de travail de la section des eaux du conseil supérieur d'hygiène publique de France afin d'augmenter la fréquence des prélèvements et de diminuer les limites autorisées. Pour aider les professionnels du thermalisme à maîtriser le risque microbien en améliorant l'hygiène des soins dispensés aux curistes et leur fournir un instrument de dialogue avec les services déconcentrés du ministère chargé de la santé furent publiées en 1995 des « Recommandations de bonnes pratiques sanitaires dans les établissements thermaux », document élaboré par un groupe de travail regroupant toutes les parties intéressées, mais dépourvu de toute portée juridique.
- L'obsolescence de l'annexe XXVI du décret de 1956 et l'absence de texte sanitaire autre que ceux visant la qualité de l'eau minérale ont amené la saisine de l'AFNOR

par les professionnels, afin d'élaborer des normes permettant d'améliorer la qualité des prestations délivrées dans les établissements thermaux. Six normes ont donc été adoptées, ayant pour titres : terminologie, maîtrise de la ressource en eau minérale naturelle, distribution et transport, maîtrise de l'hygiène, maîtrise de la qualité de la boue, services au curiste. Elles pourraient à terme être utilisées dans le cadre d'une certification, par l'AFNOR, des établissements thermaux. Certains établissements ont déjà été certifiés mais selon la norme ISO 9002, de portée très générale.

➤ **Le personnel**

- Cette carence de texte sanitaire et l'obsolescence du décret de 1956 expliquent également qu'intervienne dans les établissements thermaux un personnel dénué de spécificité et au rôle mal défini.
- Il en est ainsi des médecins thermaux, dont l'exercice n'est soumis à aucune condition particulière, notamment de qualification. En pratique, les médecins thermaux sont essentiellement des généralistes. Quant au médecin « attaché à chaque établissement thermal en qualité de directeur ou de conseiller technique » (article 11 de l'annexe XXVI du décret de 1956), son rôle n'est défini nulle part et est en pratique très variable. L'indépendance des médecins (prescriptions et contrats) est un sujet d'inquiétude souligné dans différents rapports. Des documents communiqués par la fédération française des curistes médicalisés témoignent, sous réserve de vérifications, de dérives répréhensibles. L'ordre national des médecins, sous la signature de son président, a confirmé au rapporteur que certains médecins, « malgré les pressions exercées sur eux, avaient signalé des atteintes inadmissibles à la déontologie médicale avec des éléments ne permettant pas de douter de la véracité de leur affirmation ».
- Si le même article 11 indique également « qu'une infirmière diplômée d'Etat, au moins, doit se trouver en permanence à l'établissement pendant les heures de cure », son rôle n'est pas précisé et donne lieu à des interprétations très différentes selon les établissements.
- Quant aux agents thermaux, l'article 11 prescrit : « Le personnel doit posséder des connaissances techniques suffisantes pour que soit assurée l'application correcte des traitements prescrits ». Ce n'est que récemment que des textes ont essayé de mieux préciser ce rôle, en l'occurrence la convention collective du thermalisme en son titre XI (classification et définition des emplois thermaux), mais surtout la convention entre établissements thermaux et assurance maladie par son annexe IV « grille des appellations normalisées des soins thermaux ». Aucune exigence de formation n'existe pour ce personnel, qui est la cheville ouvrière des établissements thermaux (environ 70 % à 75 % des effectifs). Les formations qui leur sont dispensées peuvent l'être soit par des organismes publics (GRETA), soit par des organismes de formation privés, soit en interne par l'établissement thermal lui-même, totalement ou partiellement.
- Pour les masseurs kinésithérapeutes, leur rôle est défini tant par l'annexe IV précitée que par leur monopole professionnel. L'interdiction qui leur est faite d'exercer à titre libéral dans les établissements, semble limiter, selon les syndicats et les directeurs d'établissements, les possibilités de recrutement.

➤ Les maisons d'enfants à caractère sanitaire

- Le problème des maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) dépasse largement le cadre du thermalisme, puisqu'elle accueillent des enfants non seulement en cure thermale, mais aussi diabétiques, épileptiques, souffrant de déficience temporaire somatopsychologique ou d'affections non tuberculeuses des voies respiratoires. Les maisons reçoivent, dans les catégories précitées et sur certificat médical, des enfants de 3 à 17 ans révolus.
- Comme pour les établissements thermaux, des textes déjà anciens puisque datant de 1956 (décrets des 18 août et 10 septembre) définissent, dans le cadre du code de la santé publique, les conditions d'autorisation et de fonctionnement de ces maisons. L'articulation de ces textes avec des législations plus récentes (lois hospitalières des 31 décembre 1970 et 31 juillet 1991, ordonnance du 24 décembre 1996) est parfois délicate. Pour la prise en charge des assurés sociaux, les maisons d'enfants à caractère sanitaire sont régies, comme les établissements thermaux, par le décret du 9 mars 1956, notamment par ses annexes XIV, XV (cures thermales) et XVI, aujourd'hui largement dépassées.
- Une réflexion d'ensemble sur les missions, le fonctionnement et la tutelle des MECS paraît donc nécessaire.

➤ Les « hôpitaux thermaux »

- Cette appellation recouvre des réalités très différentes allant de l'établissement hospitalier à la structure d'hébergement. En fait, il n'existe pas, juridiquement et pratiquement, d'hôpitaux thermaux, mais plutôt des services qui utilisent pour partie dans leur arsenal thérapeutique de l'eau minérale naturelle soit in situ dans l'hôpital soit en hébergeant des curistes traités dans un établissement thermal proche. Différents contrôles des caisses d'assurance maladie ayant montré une utilisation abusive de ces capacités en lit, elles sont aujourd'hui en nette régression.
- Quant au ministère de la défense, il a fermé aujourd'hui la totalité de ses hôpitaux thermaux, le dernier en date étant celui de Lamalou-les-Bains.

1.1.3 La prise en charge par l'assurance maladie : des dispositions complexes, voire discutables, une absence de contrôle

La prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie trouve son origine dans la circulaire n° 240 SS 1947 du 14 août 1947 relative au remboursement par les caisses primaires de sécurité sociale des frais d'hydrothérapie en cas de cure thermale. Depuis lors, à l'exception d'un court intervalle de quasi déremboursement (de l'ordonnance du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959 au décret du 29 avril 1960), les cures thermales font partie des prestations prises en charges par l'assurance maladie.

La participation de l'assurance maladie aux frais de cures thermales est subordonnée à des conditions relatives d'une part à la station thermale, d'autre part à l'établissement thermal et enfin au patient.

➤ La station thermale

- Les soins thermaux ne sont pris en charge que pour les stations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), Titre XV « Actes divers » - Chapitre IV « Cures thermales » et, pour chaque station, limités aux orientations thérapeutiques reconnues à ces stations et également inscrites à la NGAP. Les soins de base peuvent être complétés par des pratiques médicales complémentaires (PMC) qui sont des actes médicaux (effectués exclusivement par des médecins) eux aussi inscrits à la NGAP, et expressément liés à certaines orientations thérapeutiques, dans certaines stations.
- Il existe actuellement en France 107 stations thermales inscrites à la NGAP, dont 101 étaient en activité lors de la saison 2000.
- Les orientations thérapeutiques sont actuellement au nombre de 12 :
 - + rhumatologie et séquelles des traumatismes ostéo-articulaire (RH),
 - + voies respiratoires (VR),
 - + maladies cardio-artérielles (MCA),
 - + maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques (AD),
 - + gynécologie, maladies de l'appareil génital (GYN),
 - + dermatologie (DER),
 - + affections des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées (AMB),
 - + troubles de croissance (TDE),
 - + maladie de l'appareil urinaire et maladies métaboliques (AU),
 - + phlébologie (PHL),
 - + thérapeutique des affections psycho-somatiques (PSY),
 - + neurologie (NEU),

le traitement des parodontopathies pouvant être prescrit en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.

- Les stations ont 1, 2, 3 ou 4 orientations thérapeutiques, le cas le plus fréquent étant de 2 ou 3 orientations par station. Lorsqu'une station est autorisée pour plusieurs orientations thérapeutiques, il est possible à un médecin de prescrire des soins de cure dans deux orientations thérapeutiques différentes, en précisant l'affection « dominante » : c'est ce qu'il est convenu d'appeler le « double handicap ». La convention précise alors la composition des soins et les forfaits correspondant à la première et à la seconde orientation.
- Pour l'orientation « affections des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées », la situation originale des chirurgiens-dentistes vaut d'être soulignée. En effet, si l'arrêté du 13 mars 1986 modifiant la NGAP leur donne la possibilité de prescrire des cures dans cette orientation, ils ne peuvent effectuer leur suivi en bénéficiant du forfait médical correspondant, malgré un avis favorable de la commission de nomenclature en date des 11 mai et 22 juin 1999. Il conviendrait de ne pas laisser subsister une telle anomalie.

- Les pratiques médicales complémentaires inscrites à la NGAP sont au nombre de 9 :
 - + douches filiformes (DER, AMB),
 - + douches médicales (PSY),
 - + douches pharyngiennes (VR),
 - + insufflations de trompe (VR),
 - + méthode de déplacement de Proëtz (VR),
 - + injections de gaz thermaux (MCA, RH),
 - + injections d'eau minérale (RH, DER),
 - + drainage manuel des stases veineuses dans le bain (PHL),
 - + columnisation du vagin (GYN).

Pour des raisons de sécurité sanitaire (essais de stérilité non satisfaisants), la direction générale de la santé a, en 1997, demandé aux stations pratiquant les injections d'eau minérale de mettre fin à cette pratique qui n'était pas dénuée de risque pour les patients.

- Au plan juridique, l'inscription d'une nouvelle station thermale (ce qui implique la reconnaissance d'une orientation thérapeutique), l'octroi d'une nouvelle orientation thérapeutique à une station thermale existante, et l'octroi d'une pratique médicale complémentaire pour une station déjà inscrite pour une ou plusieurs orientations thérapeutiques suivent la même procédure : inscription à la NGAP après avis du haut comité de thermalisme (créé par le décret du 4 mai 1983, il n'a pas été renouvelé ni prorogé depuis 1992), et du conseil d'administration de la CNAMTS (depuis 1997, il se prononce défavorablement sur les demandes, demandant une réflexion d'ensemble sur l'évaluation des besoins du thermalisme). La commission permanente de la NGAP, dont la consultation n'est pas obligatoire pour l'inscription à la NGAP, a fait savoir par écrit en février 1996 qu'elle ne souhaitait pas prendre position sur ces demandes faute de disposer de l'avis d'une instance compétente en la matière et les derniers dossiers de demande ne lui ont pas été transmis. Par ailleurs, comme l'a déjà souligné la Cour des comptes, il n'est pas prévu par la réglementation une procédure spécifique de modification ou de retrait d'une orientation thérapeutique ou d'une pratique médicale complémentaire.
- Au plan médical et scientifique, il faut d'abord relever le lien direct entre la station et l'orientation thérapeutique, sans qu'apparaisse entre les deux la source d'eau minérale, avec ses caractéristiques physico-chimiques, chimiques et microbiologiques ; or des sources de composition variable peuvent exister au sein d'une même station, ce qui laisse la voie libre à des substitutions a priori discutables, sans qu'il y ait changement d'orientation thérapeutique. Ensuite, il faut remarquer que la notion même d'orientation thérapeutique apparaît singulièrement discutable : il suffit d'en lire le libellé (cf supra) pour constater qu'ils correspondent à des domaines très vastes, recouvrant des réalités pathologiques extrêmement variées, contrastant singulièrement avec les indications thérapeutiques très précises retenues dans d'autres domaines comme celui du médicament par exemple. Enfin, il faut souligner l'absence totale de textes définissant (mais la critique est valable pour l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature) les critères d'inscription à la nomenclature des stations et de leurs orientations thérapeutiques, et l'examen de quelques dossiers récents suffit à convaincre de la faiblesse des arguments médicaux invoqués, voire de leur absence.

C'est dire que les dernières modifications de la NGAP pour le thermalisme (4 en 1996, 2 en 1997, 1 en 1998, 2 en 1999) alors que 24 dossiers sont en instance apparaissent comme des décisions prises en opportunité, de surcroît juridiquement discutables. Rien n'a donc changé depuis le rapport de M. BONREPAUX qui évoquait alors « un régime de non-droit proche de l'arbitraire pur et simple ».

➤ **L'établissement thermal**

- L'établissement thermal doit pour la prise en charge des cures thermales avoir reçu l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et avoir adhéré auprès de la CNAMTS, pour le compte de l'ensemble des régimes de protection sociale, à la convention destinée à organiser les rapports entre les établissements thermaux et les caisses d'assurance maladie.
- L'autorisation de dispenser les soins aux assurés sociaux, prise en application de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale, est destinée à permettre la vérification des conditions de fonctionnement de l'établissement qui doivent être conformes aux prescriptions techniques fixées par voie réglementaire (annexe XXVI du décret du 9 mars 1956 modifié). Cet agrément, limité dans le temps ou non selon les commissions, est délivré par une commission régionale d'agrément (CRA) prévue aux articles R 162-22 et R 162-23 du code de la sécurité sociale, composée de représentants de l'Etat, des caisses d'assurance maladie et des établissements thermaux. Le décret n° 97-372 du 18 avril 1997 ayant abrogé les articles R 162-22 et R 162-23 précités, les décisions des commissions régionales d'agrément prises depuis cette date apparaissent juridiquement discutables. Quant au plan technique, le référentiel constitué par l'annexe XXVI est tout aussi contestable du fait de son obsolescence sur certains points et de son imprécision sur d'autres.
- L'article 28 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 a enfin créé une base juridique indiscutable pour les relations conventionnelles entre les établissements thermaux et l'assurance maladie (articles L. 162-39 à L. 162-41 du code de la sécurité sociale). En application de ces articles a été signée le 5 mars 1997 une convention thermale entre la CNAMTS, le CCMSA et la CANAM d'une part, le SATF, le SNET et l'UNET d'autre part. Cette convention a été approuvée par arrêté du 30 avril 1997.

La convention détermine notamment les soins thermaux pris en charge et les forfaits de rémunération correspondants :

+ en ce qui concerne le premier point, un effort d'harmonisation a été effectué, visant à une obligation d'un nombre de soins quotidiens, déclinés selon la nature de l'orientation thérapeutique. Chaque établissement établit la liste des soins proposés pour chaque orientation thérapeutique, en respectant la contrainte du nombre de soins et la conformité des soins à la grille des appellations normalisées (annexe IV de la convention) qui définit pour chaque soin sa durée maximale, le mode d'intervention du personnel soignant nécessaire, le matériel nécessaire, les orientations thérapeutiques pour lesquelles il peut être délivré ;

+ pour ce qui est des forfaits, ils ont également été harmonisés en trois ans et donc, depuis 1999, les tarifs fixés par orientation thérapeutique sont communs à

l'ensemble des stations thermales. Les tarifs de responsabilité sont égaux aux tarifs dus par les assurés aux établissements pour les soins de cure pris en charge. Des prestations de confort peuvent être proposées par l'établissement, et des soins supplémentaires prescrits par le médecin thermal, en sus du traitement type. Prestations de confort et soins supplémentaires sont tarifés librement et non pris en charge par l'assurance maladie.

Si la convention thermale de 1997 présente un progrès indéniable par rapport à la situation préexistante, il est regrettable toutefois qu'on n'ait pas procédé à cette occasion à la confirmation de l'utilité médicale des pratiques thermales et qu'un contrôle, par les services médicaux des caisses, de l'application de la convention n'ait pas eu lieu.

- Un arrêté du 8 juin 1960 a fixé la durée normale d'une cure thermale de 18 jours à 21 jours, durée reprise par la convention puisque les soins doivent être répartis sur 18 jours.

➤ **Le patient**

- La NGAP prévoit (chapitre IV, article premier) que « la caisse d'assurance maladie ne participe aux frais d'honoraires médicaux et aux frais de traitement dans un établissement thermal agréé que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de prendre en charge la cure thermale ». Par arrêté interministériel du 12 mars 1997, la formalité de l'entente préalable a été suspendue pour une durée de 2 ans à compter de la date de publication du texte. L'arrêté du 2 novembre 1999 a prorogé, pour un an supplémentaire, cette suspension.

- La suspension de l'entente préalable a été préconisée dans de nombreux rapports et basée sur trois constats :

- + le faible nombre de refus d'ordre médical, de l'ordre actuellement de 1% à 2% pour le régime général, qui peut s'expliquer par le nombre élevé de demandes (de l'ordre de 500 000), qui amène un contrôle très partiel. Ces taux variaient de 30% à 15% dans les années cinquante et soixante, de 15% à 10% durant les années soixante-dix, pour descendre en dessous de 5% dans les années quatre-vingt ;

- + la très forte variabilité du taux de refus d'une caisse primaire à une autre, qui trouve sans doute son origine dans l'absence de référentiel médical permettant d'harmoniser l'approche des médecins conseils ;

- + la pertinence limitée de ce contrôle, qui ne porte que sur le principe de la cure. En effet, la véritable prescription est celle du médecin thermal, qui est l'ordonnateur réel des dépenses de cure, puisqu'il peut prescrire, outre les soins thermaux classiques entrant dans le forfait, des pratiques médicales complémentaires et des suppléments (ces derniers à la charge des curistes).

- De ce fait, actuellement, la prise en charge de la cure s'effectue au vu d'une prescription médicale et d'une demande de prise en charge administrative, l'avis du médecin conseil n'étant requis que pour les situations particulières suivantes :

- + cure à l'étranger,

- + cure avec hospitalisation (sauf pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire),

+ cure liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

- Enfin, si aucun texte réglementaire n'impose de délai minimal entre deux cures suivies pour une même orientation thérapeutique, la CNAMTS a demandé, par circulaire du 13 août 1979 « de veiller pour l'avenir à ce que restent exceptionnels les cas où deux prises en charge pour une affection identique seraient délivrées pour une année civile déterminée, et à ce que même alors un délai raisonnable (de l'ordre de 11 mois) sépare ces deux cures ».
- Certaines prestations peuvent être soumises à des conditions de ressource. Il en est ainsi par exemple, pour le régime général, des frais de transport et d'hébergement. En 1995, dernière année pour laquelle les chiffres sont disponibles, 184 000 personnes avaient bénéficié du forfait d'hébergement, et 172 000 du forfait transport. Peut alors s'appliquer la règle dite « de la station la plus proche », qui trouve son fondement juridique dans l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

1.1.4 De l'eau minérale aux machines à sous : le charme discret d'une station classée

- L'article L 2231-3 du code général des collectivités territoriales précise en particulier : « Les communes, fractions de communes ou groupe de communes qui possèdent sur leur territoire soit une ou plusieurs sources d'eaux minérales, soit un établissement exploitant une ou plusieurs sources d'eau minérale peuvent être érigés en stations hydrominérales », par décret en conseil d'Etat, après avis du conseil général et sur avis favorable du conseil municipal.
- Ce classement, qui implique certaines contraintes, permettra aux communes d'instituer une taxe de séjour, forfaitaire ou non, pour chaque nature d'hébergement. Elle permet également à ces communes de bénéficier d'une dotation supplémentaire pour tenir compte des charges résultant pour elles de l'accueil saisonnier de la population non résidente à titre principal (article L. 2334-7 du code général des collectivités territoriales). Les élus d'une commune classée peuvent bénéficier de majorations d'indemnités (art. L 2123-22 du code général des collectivités territoriales). De plus, ces communes peuvent être surclassées à leur demande dans une catégorie démographique supérieure, en tenant compte de la population touristique moyenne. Ce surclassement a notamment une incidence sur le nombre et la qualification des agents communaux, et donc leur rémunération.
- Mais de plus, en vertu de l'article premier de la loi du 15 juin 1907, les communes classées en station thermale sont autorisées à ouvrir sur leur territoire des casinos pratiquant des jeux de hasard, qui peuvent jouer un rôle dans les recettes municipales, surtout depuis le développement des machines à sous. En effet, les communes exercent un prélèvement sur le produit brut des jeux dans la limite de 15% et déduction faite d'un abattement de 25% . De plus, elles bénéficient d'un reversement de 10% du prélèvement opéré par l'Etat sur le produit brut des jeux réalisé par l'établissement ; le montant de ce reversement ne peut toutefois avoir pour effet d'accroître de plus de 5% le montant des ressources ordinaires de la commune. Enfin, il faut relever que l'article 4 de la loi du 15 juin 1907 prévoyait un prélèvement de 15% sur le produit brut des jeux « au profit d'œuvres d'assistance,

de prévoyance, d'hygiène ou d'utilité publiques » : cet article semble n'avoir jamais été abrogé ou modifié, ni être entré en vigueur. La liste des casinos autorisés dans les stations thermales figure en annexe n° 4.

1.2 Un secteur hétérogène et mal connu, très dépendant de l'assurance maladie

1.2.1 Des stations à l'activité très variable

➤ Le parc thermal français

- Le parc thermal français se compose de 107 stations inscrites à la nomenclature générale des actes professionnels, dont 101 sont en activité cette année. La population de ces stations est en général assez faible, puisque 80% des stations ont moins de 5 000 habitants et la moitié moins de 2 000 habitants ; l'activité thermique est alors souvent pour elles l'activité économique la plus importante. Ces stations, bien qu'elles soient donc le plus souvent de petites communes rurales ou montagnardes, sont relativement bien desservies puisque, dans un rayon de 50 km, 82% disposent d'un accès autoroutier, 94 % ont une gare ferroviaire et 80% au moins un aéroport.
- Comme le montre la carte figurant en annexe n° 5, les stations thermales sont très inégalement réparties sur le territoire français, puisque seules quatre d'entre elles sont au nord d'une ligne La Rochelle – Metz. L'annexe n° 6 donne la répartition des stations par région, avec l'indication pour chacune d'elles du nombre de curistes type «sécurité sociale» (cures de 18 jours) accueillis en 1999 : est ainsi mise en évidence le rôle prépondérant de cinq régions : Aquitaine (10 stations, 93.355 curistes), Auvergne (10, 64.616), Languedoc-Roussillon (13, 92.936), Midi-Pyrénées (18, 77.725) et Rhône-Alpes (15, 92.775). Ces cinq régions représentent donc environ 70 % des stations en activité et près de 75 % des curistes reçus.

Le tableau ci-dessous récapitule l'évolution de l'importance de ces cinq régions dans la fréquentation totale en 1977, puis durant les cinq dernières années :

Région	Pourcentage du nombre total de curistes					
	1977	1995	1996	1997	1998	1999
Aquitaine	9,54	14,71	15,10	15,49	16,18	17,04
Auvergne	22,68	14,18	13,61	12,78	11,98	11,79
Languedoc-Roussillon	9,64	14,76	14,98	15,26	15,84	16,96
Midi-Pyrénées	15,92	14,30	14,16	13,96	14,18	14,18
Rhône-Alpes	18,97	18,01	17,82	17,60	16,06	16,93

Source : CEGI (1977) et UNET.

Ces données mettent en évidence pour la période récente :

- . un déclin modéré de Rhône-Alpes, mais très net de l'Auvergne ;
- . une quasi-stabilité pour Midi-Pyrénées ;
- . une progression notable d'Aquitaine et de Languedoc-Roussillon.

L'évolution est la même, mais beaucoup plus marquée, si l'on remonte à 1977, année où l'Auvergne était encore la première région thermale de France.

- Une étude analogue par département met en évidence le rôle particulier de sept d'entre eux (Alpes-Haute-Provence, Hautes-Pyrénées, Hérault, Landes, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales et Savoie) qui représentent chacun de 5 % à 15 % de la fréquentation de curistes et au total environ 59 % de ces curistes.
- La répartition des quelques 132 (114 d'après les syndicats qui en regroupent certains appartenant aux mêmes sociétés) établissements thermaux en activité cette année recoupe de très près celles des stations puisque 80 % des stations n'ont qu'un établissement thermal, une quinzaine en ayant de deux à quatre. Un cas totalement atypique est celui de Dax, qui compte à elle seule 17 établissements thermaux, et un service hospitalier thermal.

Le statut de ces établissements thermaux est très divers : dans le bilan social de la branche thermalisme établi par la délégation patronale UNET-SNET-SATF en septembre 2000, le statut juridique des 55 établissements étudiés est le suivant :

Société anonyme	32
SARL en nom propre	9
Société d'économie mixte	7
Régie municipale	4
Société en nom collectif	1
Association	1
Etablissement public	1

Ces établissements sont représentés par trois syndicats dont la représentativité est la suivante :

<i>Syndicat</i>	<i>Stations</i>	<i>Etablissements</i>	<i>% de fréquentation</i>
Union Nationale des Etablissements Thermaux	41	50	43,11
Syndicat National des Etablissements Thermaux	34	37	29,28
Syndicat Autonome du Thermalisme Français	21	21	25,47
Non syndiqués	5	6	1,61

Source : UNET

➤ La fréquentation des stations thermales

- Il est difficile de retracer avec précision l'évolution de la fréquentation des stations thermales, du fait des variations de champ des statistiques disponibles. De plus, depuis 1991, l'UCANSS ne publie plus de séries statistiques et d'analyses sur la fréquentation des stations thermales, ce qui est une perte importante pour la connaissance de ce secteur. Pour l'essentiel, on peut estimer que la fréquentation a plus que doublé entre les années soixante (aux environs de 300 000 curistes) et les années quatre-vingt-dix (aux environs de 650 000 curistes), pour diminuer depuis et fluctuer entre 540 000 et 570 000 depuis 1996.
- L'annexe n° 7 donne, pour l'année 1999, la fréquentation de chacune des stations, en différenciant les cures type « sécurité sociale » (18 jours) exprimées en nombre de curiste et nombre de journées, et les autres séjours, exprimés en nombre de

jours. L'analyse de ces chiffres montre une très grande hétérogénéité des stations thermales sur deux critères :

+ le premier est celui de l'activité cures « type sécurité sociale », estimée par le nombre de curistes. En effet, d'après ces données, le tableau suivant peut être dressé :

<i>Nombre de stations</i>	<i>Fréquentation (Nbre de curistes « sécurité sociale »)</i>
17	Inférieure à 1000
43	Comprise entre 1000 et 5000
19	Comprise entre 5000 et 10 000
10	Comprise entre 10 000 et 20 000
4	Comprise entre 20 000 et 50 000
1	Supérieur à 50 000

Il met en évidence la nette prépondérance (60 sur 93) des stations recevant moins de 5 000 curistes, alors que 15 stations seulement dépassent les 10 000 curistes ;

+ le second vise à apprécier la diversification de l'activité des stations thermales par le rapport du nombre de journées « autres séjours » sur la fréquentation totale exprimée en nombre de journées.

<i>Nombre de stations</i>	<i>Diversification (exprimée en % du nombre de journées)</i>
15	Inférieure à 1 %
48	Comprise entre 1 % et 5 %
12	Comprise entre 5 % et 10 %
8	Comprise entre 10 % et 20 %
6	Comprise entre 20 % et 50 %
2	Supérieure à 50 %

. Ce tableau dénombre une nette majorité de stations aux activités thermales très peu diversifiées donc basée quasi-uniquement sur des curistes pris en charge par la sécurité sociale. Parmi celles qui sont très diversifiées se trouvent essentiellement des stations ayant une faible activité thermique globale, dont certaines ont par contre une forte activité d'embouteilleur d'eau minérale (Evian, Vittel, Contrexéville). Au total, pour l'ensemble des stations, les cures de 18 jours ont représenté 95,9% des journées en 1999.

. Cette évaluation de la diversification par le nombre de journées, seule possible d'après les données disponibles, est bien évidemment trop fruste même si elle est très parlante. Il faudrait en réalité connaître, tant pour la partie prise en charge par l'assurance maladie que pour les autres activités, le nombre de curistes, le nombre de journées, le chiffre d'affaires correspondant et la participation aux bénéficiaires. De même, pour certains établissements, sociétés ou « holdings », il faudrait compléter cette approche par l'apport, en chiffre d'affaires et participation aux bénéficiaires, d'activités non thermales mais liées à la réputation de l'eau minérale thermique et l'utilisant soit comme produit soit comme matière première : eau minérale embouteillée, lignes de produits cosmétiques...

- L'annexe n° 8 reprend la fréquentation des vingt-cinq premières stations françaises qui représentent 71 % de la fréquentation, avec l'indication de leurs orientations. Ces chiffres montrent la part considérable prise par l'indication rhumatologie,

puisque seules trois stations ne la possèdent pas. Une seule de ces stations a des activités thermales diversifiées représentant plus de 10 % de son nombre total de journées.

Le tableau ci-dessous retrace la répartition de la fréquentation en fonction des orientations thérapeutiques en 1991, puis durant les deux dernières années : il montre la croissance relative de deux orientations (rhumatologie et dermatologie) et la décroissance ou la stabilité de l'ensemble des autres. En 1999, rhumatologie et voies respiratoires représentent près de 80 % de la fréquentation alors que troubles de croissance, urologie, gynécologie et affection des muqueuses bucco-linguales en représentent moins de 1%.

<i>Orientation thérapeutique</i>	<i>1991</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>
Rhumatologie	55,7	63,09	64,74
Voies respiratoires	21,1	15,27	14,23
Appareil urinaire/appareil digestif	7,9	8,23	7,62
Phlébologie	7,1	4,41	4,81
Dermatologie	2,6	4,24	4,05
Affections psycho-somatiques	1,7	1,90	1,93
Maladies cardio-artérielles	2,7	2,15	1,88
Troubles de croissance	0,1	0,30	0,31
Neurologie	0,7	0,30	0,30
Gynécologie	0,3	0,09	0,09
Affection des muqueuses bucco-linguales	0,1	0,04	0,05

Source : UCANSS (1991) et SNET/UNET

Les chiffres communiqués ultérieurement par le SATF se distinguent essentiellement des précédents par la part très importante de l'orientation « voies respiratoires », qui représente environ 25 % des curistes recensés. Pour ce syndicat, rhumatologie et voies respiratoires représentent environ 88% des curistes.

- Peu de données existent sur la typologie des curistes. Dans son rapport sur le thermalisme en France, l'observatoire national du tourisme indique que 80 % des curistes ont plus de 50 ans, et 50 % plus de 64 ans ; il en résulte donc une forte majorité de retraités (56 %). La part des curistes étrangers dans cette fréquentation est estimée très faible (0 % à 2 %), ce que semblent corroborer les demandes d'information ayant trait au thermalisme reçues par les offices de tourisme, qui émanent à 99 % de Français. Ce résultat peut sembler étonnant pour un pays qui est la première destination touristique du monde et qui dispose, d'après ses représentants, d'un thermalisme de très haute qualité.
- L'observatoire national du tourisme, dans son rapport déjà cité, juge que « pour 26,5% des stations thermales, leur fréquentation est due à plus de 80 % au thermalisme. Pour 24,5 % des stations thermales, le thermalisme représente entre 50 % et 80 % de la fréquentation. Par conséquent, plus de la moitié des stations thermales dépendent du thermalisme car plus de la moitié de leur fréquentation provient de cette activité... Seulement 10 % des stations thermales estiment la part du thermalisme dans leur fréquentation inférieure à 10 % ».
- Cette activité est également caractérisée par sa saisonnalité puisque, selon la même source, seulement près de 12,5 % des établissements thermaux restent ouverts toute

l'année, ce qui explique la part importante, dans le personnel, des salariés sous contrat à durée déterminée (environ 72%).

➤ Les comparaisons internationales

- Il est difficile de comparer la situation française à ce qui existe à l'étranger. Il n'existe en effet malheureusement sur le sujet que des données très fragmentaires, dont l'interprétation est d'autant plus délicate qu'elle demande de connaître dans le détail ce qui est décompté et les modalités d'une éventuelle prise en charge par le système de protection sociale. De ce fait, dans le cadre de cette mission, une fiche d'enquête a été transmise par l'intermédiaire de la délégation des affaires européennes et internationales du ministère de l'emploi et de la solidarité aux conseillers pour les affaires sociales. Il ressort des données recueillies que la position vis-à-vis des cures thermales en Europe peut être illustrée par l'exemple de trois pays.
- L'Angleterre, où il n'existe plus de station thermale, ne prend pas en charge les cures thermales.
- L'Espagne, où les traitements thermaux ne sont pas pris en charge au titre des prestations sanitaires, mais peuvent l'être dans le cadre d'un programme de thermalisme social réservé aux retraités. Les cures, d'une durée de 15 jours, sont attribuées parmi les demandeurs en fonction de plusieurs critères : nécessité médicale appréciée au vu de la prescription, situation économique et âge. Le nombre de places réservées à ce programme est passé de 13 000 en 1989 à 75 000 en 1999, année où ont été recensés au total 200 000 curistes. Si en 1989, la part moyenne prise en charge était de 50 % du coût de la cure, en 1999 cette part était descendue à 40 %. Le voyage aller-retour du domicile à la station thermale est à la charge des intéressés.
- En République Fédérale d'Allemagne, la situation, extrêmement complexe, est détaillée dans l'annexe n° 9. Retenons pour l'essentiel :
 - + l'existence de 265 stations de cure, dont 135 stations thermales et bains de boues ;
 - + environ 9 000 000 de curistes en 1997, dont près de 2 500 000 pour les cures thermales (les cures décomptées étant celles supérieures à 4 jours) ;
 - + les curistes thermaux pris en charge soit par l'assurance maladie soit par l'assurance vieillesse étaient près de 1 150 000 en 1999 (44%) mais seulement 776 000 en 1997 (32 %) ; cette chute brutale est sans doute à relier à la décision de la sécurité sociale de ne plus prendre en charge qu'une cure tous les quatre ans au lieu d'une cure tous les trois ans et à l'augmentation du ticket modérateur ;
 - + l'assurance maladie est compétente pour les cures qui visent à conserver, rétablir ou améliorer l'état de santé de l'assuré (soit environ un tiers des cures prises en charge) alors que l'assurance vieillesse l'est pour les cures qui visent à améliorer la capacité de travail, entamée par une maladie ou un handicap (soit les deux tiers des cures financées par la sécurité sociale) ;
 - + la durée des cures, auparavant de quatre semaines, est désormais limitée à trois semaines.

1.2.2 *Un impact économique réel mais mal cerné*

➤ **L'emploi**

- Si les bienfaits économiques de l'activité thermale pour la vie économique locale sont indiscutables, l'impact réel du thermalisme au plan national est cependant mal connu. En effet, si des études, plus ou moins détaillées, ont parfois été effectuées au niveau local ou régional, les études nationales sont rares et déjà anciennes. Sont disponibles deux rapports commandés par le ministère chargé du tourisme :

+ « Le thermalisme et ses principaux aspects économiques », par la CEGI (compagnie d'études économiques et de gestion industrielle), 1978 ;

+ « Inventaire et évaluation de l'offre de tourisme de santé », direction de l'industrie touristique, 1988.

Certaines données ont pu être actualisées par l'enquête, réalisée en 1998, par l'observatoire national du tourisme, en liaison avec la fédération thermale et climatique française.

- Encore faut-il être conscient des limites des différentes estimations réalisées.

En effet, le premier rapport a combiné quatre voies d'approches complémentaires :

. une enquête détaillée auprès d'un échantillon aléatoire de 715 curistes en traitement en août et septembre 1978 dans 9 stations thermales ;

. une enquête approfondie auprès d'un échantillon de 17 stations thermales dans le courant de l'été 1978 (les 9 stations visées au point précédent figurant dans les 17) ;

. une enquête par correspondance, plus succincte, auprès des autres stations thermales, avec un taux de réponse de 21,7 % pour les mairies, de 46,88 % pour les établissements thermaux et de 44,79 % des syndicats d'initiative et offices du tourisme ;

. une étude bibliographique.

Pour le second rapport, l'évaluation des agrégats économiques repose sur la confrontation :

. des informations recueillies via une enquête courrier auprès de l'ensemble des stations thermales (50 réponses obtenues) ;

. d'informations, documentaires et statistiques recueillis auprès des organisations professionnelles ;

. d'informations recueillies par voie directe d'entretien auprès des professionnels du secteur.

Enfin, l'enquête réalisée par l'observatoire national du tourisme s'adressait à l'ensemble des stations thermales. Les résultats, incomplets puisque toutes les stations n'avaient pas répondu et que pour celles qui avaient répondu la totalité des renseignements demandés n'était pas systématiquement renseignée, ont été croisés avec des données recensées par les syndicats thermaux.

- Les résultats peuvent être synthétisés de la façon suivante, les emplois étant exprimés en équivalent annuel et les années entre parenthèses étant celles auxquelles se rapportent les données du rapport.

	1978 (1977)	1988 (1986)	1998 (1997)
Nombre de curistes	502 675	650 000	555 000
Emplois directs (hors médecins)	6 000	6 500	8 000
Emplois directs pour 100 curistes	1,2	1	1,44
Emplois indirects	10 000	-	-
Emplois induits	16 000	-	-

Pour les auteurs du rapport de 1978, après pondération, ce sont 17 000 équivalents emplois/an qui sont à imputer au thermalisme.

- M. BONREPAUX dans son rapport fait état de diverses évaluations ainsi résumées :

Emplois directs, indirects et induits	120 000
Emplois directs et indirects	60 000
Emplois directs et indirects (ETP)	40 000
Emplois directs	10 000 (dont 1 000 médecins)

- Pour M. COHEN, le nombre d'emplois directs, indirects et induits (permanents et saisonniers) générés par le thermalisme est évalué à quelque 100 000 personnes.
- La fragilité de ces chiffres, illustrée par les variations, difficiles à expliquer, du nombre d'emplois directs pour 100 curistes, amène à relativiser certains calculs tendant à chiffrer les conséquences économiques d'un éventuel déremboursement des cures thermales et à souhaiter que soit réalisée une étude approfondie sur le sujet, une véritable réactualisation des données de 1978 apparaissant préférable aux actualisations approximatives réalisées depuis.

➤ Les investissements

- C'est pourquoi, à l'occasion de ce rapport et avec l'aide de la DATAR, a été élaboré et envoyé aux préfetures de région (secrétariat général aux affaires régionales) un questionnaire portant sur l'emploi, le chiffre d'affaires et les investissements publics dans le domaine thermal. Les difficultés rencontrées pour collationner des données sûres, l'hétérogénéité des réponses démontrent à nouveau la nécessité d'une étude d'envergure sur une branche professionnelle aussi mal connue.
- Toutefois, il est évident que le développement des stations thermales et la modernisation des établissements thermaux ont représenté des investissements importants, auxquels ont été largement associés les financements publics, en particulier régionaux.

. Un exemple significatif est donné par la région Midi-Pyrénées, qui a une action très structurée dans le domaine du thermalisme. L'annexe n° 10 retrace pour les Xème et XIème plans les montants des investissements générés et des subventions régionales dans les trois volets d'intervention relatifs au thermalisme : thermalisme/tourisme/urbanisme. L'annexe n° 11 détaille la répartition des investissements pour le volet thermal. Au total, sur 10 ans, les investissements se sont élevés à près de 675 millions de francs, dont 145 millions de subventions régionales.

. Un autre exemple peut être celui de la région Auvergne qui a elle aussi contribué, dans le cadre des contrats de plan Etat-Région, à soutenir l'activité et le développement de ses stations thermales. Les plans thermaux ont en effet porté sur 55 MF (1984-1988), 56 MF (1986-1993), 38 MF (1994-1999), et il est prévu 80 MF pour le dernier contrat de plan (2000-2006).

. Quant au nouvel établissement thermal d'Aix-les-Bains, c'est près de 300 MF d'investissements qu'il a mobilisé, dont 60% fournis par l'Etat (80 MF), la région (30 MF), le département (30 MF) et la commune (40 MF).

- C'est à l'aune du montant de ces investissements qu'il convient de rapporter la médiocrité des sommes consacrées à la recherche, notamment clinique. Si investir dans l'hébergement et le cadre de vie est nécessaire, si améliorer la qualité sanitaire des établissements est indispensable, il n'en faut pas oublier pour autant qu'en amont la maîtrise de la ressource et l'évaluation de l'intérêt thérapeutique sont également impératifs.

1.2.3 Un coût pour l'assurance maladie modéré et en progression limitée

La prise en charge des cures thermales, comme pour de nombreuses autres prestations, est variable suivant les différents régimes de sécurité sociale.

Pour le régime général, la prise en charge s'effectue comme suit :

	Montant	Taux de remboursement		Plafond de ressources* (revenus maximum pour bénéficiaire des prestations supplémentaires de l'assurance-maladie)
		Maladie	Maladie 100 % Accident du travail Invalidité	
<i>Prestations légales</i>				
Honoraires médicaux	Forfait de 420 F	70 %	100 %	Pas de plafond de ressources
Traitement thermal	Tarifs forfaitaires fixés par convention entre l'établissement et la CNAMTS	65 %	100 %	Pas de plafond de ressources
Pratiques médicales complémentaires	A la séance	70 %	100 %	Pas de plafond de ressources
<i>Prestations supplémentaires</i>				
Frais de séjour	Base de remboursement Sécurité Sociale Forfait de 984 F	65 %	100 %	Plafond de ressources applicable*** Assuré seul 96 192 F Majoration de 50 % par personne à charge 48 096 F
Frais de déplacement**	Base : tarif SNCF, 2 ^{ème} classe, aller-retour	65 %	100 %	
Indemnités journalières (arrêt de travail)	Montant des indemnités journalières accordées en cas de maladie			Plafond de ressources applicable Assuré seul 176 400 F Majoration de 50 % par personne à charge 88 200 F

Source : UNET

* Le plafond s'applique aux ressources de toute nature, perçues du 01/01/99 au 31/12/99 par l'assuré, son conjoint et autres ayants droits à charge de l'assuré.

** Peut être étendu à la personne accompagnante si sa présence est nécessaire en raison de l'état de santé ou du jeune âge du curiste.

*** Assurance maladie et invalidité.

Ce tableau appelle les commentaires suivants :

- en ce qui concerne les soins d'hydrothérapie (forfait du traitement thermal), la participation de l'assuré, initialement fixée à 20 %, a été portée à 30 % par le décret du 19 octobre 1967, puis à 35 % par le décret du 29 juillet 1993 ;
- pour ce qui est des forfaits, leur montant a été fixé par arrêté du 23 février 1993 pour les frais de séjour et par arrêté du 1^{er} avril 1990 pour les honoraires médicaux ;
- les montants des plafonds de ressource pour bénéficier des frais de voyage et du forfait d'hébergement datent de l'arrêté du 23 février 1993 ;
- les montants des forfaits applicables pour l'année 2000 ont été fixés par l'arrêté du 25 août 2000 et figurent dans le tableau ci-dessous :

Orientation thérapeutique	Forfait n° 1 (en francs)	Forfait n° 2 (en francs)	Forfait kinésithérapie (en francs)				
			Sans kinésithérapie	9 séances		18 séances	
				Individuel	Collectif	Individuel	Collectif
Voies respiratoires.....	2 541	2 083	597	240	1 195	478	
Rhumatologie.....	2 883	2 306	597	240	1 195	478	
Neurologie.....	2 883	2 306	597	240	1 195	478	
Dermatologie.....	2 562	2 050	597	Néant	1 195	Néant	
Affections des muqueuses bucco-linguales..	1 367	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	
Affections psychosomatiques.....	2 541	2 083	597	Néant	1 195	Néant	
Gynécologie.....	2 552	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	
Phlébologie.....	2 670	2 136	597	Néant	1 195	Néant	
Maladie cardio-artérielles.....	2 883	2 306	597	240	1 195	478	
Affections digestives.....	2 722	2 069	597	Néant	1 195	Néant	
Affections urinaires.....	2 722	2 069	597	Néant	1 195	Néant	
Troubles du développement de l'enfant.....	1 815	1 489	Néant	240	Néant	478	

- L'annexe n°11 retrace les évolutions des prestations de l'assurance maladie concernant les soins de cure thermale (frais de cures thermales, forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires) de 1994 à 1999 inclus. Globalement, tous régimes compris, les prestations fournies représentent en 1999 environ 1,35 milliards de francs, en progression, en francs courants, de 8,5 % par rapport à 1994. Ces prestations « légales » représentaient en 1999 environ 0,21% des dépenses incluses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Pour être exhaustif, il faudrait ajouter le coût des cures thermales pour le risque « accidents du travail ». Pour le régime général, le montant des prestations versées à ce titre a été de 22,2 MF en 1998 et de 20,6 MF en 1999. En ce qui concerne les prestations supplémentaires, leur coût ne cesse de décroître dans le régime général, du fait notamment de la non revalorisation du plafond de revenus depuis 1993, et représentait, en 1999, 126 millions de francs.
- Les comptes nationaux de la santé permettent une autre approche de la place des cures thermales dans les dépenses de santé des français, et plus précisément dans la consommation de soins et biens médicaux.

Les résultats pour les dix dernières années en sont synthétisés dans le tableau ci-dessous, où la consommation est exprimée en millions de francs :

Soins et biens médicaux	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Cures thermales	4 980	5 228	5 431	5 559	5 418	5 338	5 259	5 331	5 487	5 806
- forfait soins	1 666	1 711	1 749	1 816	1 792	1 766	1 752	1 854	1 905	2 028
- hôtellerie	3 314	3 517	3 682	3 743	3 626	3 572	3 507	3 477	3 582	3 778
Consommation de soins et de biens médicaux	514 895	549 513	584 866	618 938	636 842	668 676	685 091	697 360	723 940	749 472
Part des cures thermales dans la consommation de soins et de biens médicaux	0,97 %	0,95 %	0,93 %	0,90 %	0,85 %	0,80 %	0,77 %	0,76%	0,76 %	0,77 %

Après une forte décroissance de 1990 à 1995, la part des cures thermales dans la consommation de soins et de bien médicaux semble se stabiliser depuis 1996, ce qui recoupe les données sur le nombre de curistes.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution de la consommation de cures thermales en décomposant l'évolution en valeur en ses composantes prix et volume.

	90-95	1997	1998	1999
Valeur	1,4	1,4	2,9	5,8
Prix	2,4	0,9	1,2	1,7
Volume	-1,0	0,5	1,7	4,0

Source : comptes nationaux de la santé

Ces évolutions, à l'exception de l'année 1999, sont inférieures à celles des soins ambulatoires concernant les soins de médecins, de dentistes, d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), les analyses médicales et les cures thermales.

L'année 2000 devrait être marquée par une évolution modérée, puisque les forfaits n'ont augmenté que de 1% et que les syndicats estiment à 5% environ la baisse du nombre de curistes.

1.3 Un intérêt thérapeutique contesté

1.3.1 Une évaluation médicale insuffisante

- Si un consensus fort existe quant à l'efficacité du thermalisme sur l'économie locale des villes et stations thermales, il n'en est pas de même sur son intérêt thérapeutique. Le débat n'est d'ailleurs pas nouveau, puisque dans sa leçon inaugurale de la chaire d'hydrologie de la faculté de pharmacie de Paris, prononcée le 23 mai 1958, le professeur MORETTE notait : «après MONTAIGNE, qui pensait que l'usage des eaux pouvait se montrer salubre en médecine bien que l'on y constatait « une bonne part de confusion et d'incertitude comme il se voit partout ailleurs en cet art », le thermalisme a eu ses critiques et ses sceptiques. On sait que VOLTAIRE soutenait que les voyages aux eaux n'avaient été inventés que pour la distraction des femmes qui s'ennuyaient chez elles, ce qui ne l'empêcha pas, pour son compte, de fréquenter Plombières ».

- Cette contestation est devenue de plus en plus forte, au fur et à mesure que la médecine se dégageait de son empirisme traditionnel pour s'orienter vers une médecine scientifique, fondée sur des faits avérés et démontrés. Le thermalisme n'a pas suivi cette évolution, continuant de s'appuyer essentiellement sur sa tradition, séculaire voire millénaire, sur le nombre et l'opinion des curistes, sur l'expérience des praticiens thermaux, sur des évaluations classiques mettant peu en œuvre des essais répondant aux exigences modernes de l'évaluation thérapeutique, en particulier l'essai en simple ou double aveugle contre placebo.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation :

- + l'absence d'obligation de fait d'évaluer les propriétés bénéfiques pour la santé pour l'octroi de l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale et de démontrer l'efficacité d'une cure thermale pour l'inscription d'une station et de ses orientations thérapeutiques à la NGAP ;

- + le désintérêt du monde hospitalo-universitaire pour des techniques jugées désuètes et surtout consacrées à des pathologies chroniques qui ne sont pas un centre d'intérêt majeur des hôpitaux, surtout universitaires ;

- + les difficultés réelles, mais dont il ne faut pas faire un obstacle absolu, de transposer au thermalisme une méthodologie initialement développée pour le médicament ;

- + l'absence de concurrence internationale, si sensible dans d'autres secteurs.

- En conséquence, depuis longtemps déjà, tous les rapports consacrés au thermalisme soulignent la nécessité d'asseoir sa crédibilité scientifique et médicale en développant une évaluation de qualité, tandis que parallèlement les institutions consultées par les pouvoirs publics exprimaient des avis toujours réservés :

- + ainsi, en 1988, le haut comité médical de la sécurité sociale émettait des réserves sur le rétablissement de la crénothérapie dans le cursus des études médicales « en raison de l'absence habituelle de consensus scientifique sur les effets de cette thérapeutique » ;

- + ainsi, en 1995, l'INSERM, sollicité pour mettre en œuvre une proposition du rapport EBRARD en réalisant « une expertise collective destinée à dégager, parmi les publications françaises et étrangères consacrées aux effets bénéfiques des cures thermales, les bases méthodologiques qu'il convient de retenir pour mener des essais thérapeutiques en matière de thermalisme », renonce à effectuer cette expertise « faute de données pertinentes » ;

- + ainsi, en 1996, l'ANAES chargée à son tour de « dégager les principes méthodologiques qu'il convient de mener pour obtenir la reconnaissance d'une orientation thérapeutique pour une eau minérale et, par conséquent, pour un établissement thermal » note-t-elle : « Ainsi, la littérature sur le thermalisme est abondante, mais difficile à identifier et de qualité très inégale. Très peu d'études sont valides méthodologiquement. Aucun résultat définitif ne peut être tiré de ces études et plusieurs auteurs mentionnent la nécessité de poursuivre les efforts d'évaluation de

l'activité des cures thermales ». Cette appréciation explique sans doute que le document publié par l'ANAES en décembre 1996 reste à un haut niveau de généralités et qu'aucune suite ne fut donnée à cette étape initiale d'une démarche évaluative en matière de thermalisme. Il faut d'autant plus regretter la diffusion quasi-confidentielle de cette analyse de l'ANAES.

- La crédibilité du thermalisme en tant que thérapeutique a été ébranlée de surcroît par la « déspecialisation » des stations thermales. Traditionnellement en effet, du moins en France, les orientations thérapeutiques d'une station, limitées à une voire deux, étaient liées à la composition chimique de son eau minérale et une bonne part des travaux scientifiques réalisés dans la première moitié du XXème siècle fut consacrée à établir des relations plus ou moins étroites entre l'hydrologie d'une part, la biochimie, la physiologie, la pharmacodynamie et enfin la clinique d'autre part. Cette construction n'a pas résisté à l'évolution de la demande, déclinante dans certains domaines en raison de l'efficacité croissante d'autres thérapeutiques, croissante dans d'autres du fait notamment du vieillissement de la population et de l'efficacité relative ou des effets indésirables des autres approches. Ainsi, sous l'œil bienveillant des pouvoirs publics, de nombreuses stations thermales ont bénéficié de nouvelles orientations thérapeutiques, notamment en rhumatologie. S'il faut saluer cette adaptation de l'offre à la demande, il est toutefois regrettable qu'elle n'ait pas été étayée par des études scientifiques et médicales convaincantes.
- Dans ce contexte, les efforts réalisés par certaines stations ou établissements thermaux, en liaison avec l'université, en particulier mais pas uniquement dans le domaine de la rhumatologie, ne sont guère pris en compte, d'autant plus qu'ils ne débouchent pas sur des résultats spectaculaires. D'une certaine manière, ils viennent même renforcer le débat, parfois passionné, sur le champ et la méthodologie des études. Quelle composante de la cure thermale étudier ? Quels effets sont-ils liés aux propriétés physiques et chimiques de l'eau, aux autres produits thermaux (boues, gaz), aux techniques utilisées, à l'environnement ? Faut-il uniquement étudier l'effet global de la cure ? Quelle est la méthodologie à retenir : essai explicatif, essai pragmatique ? Quelle place accorder aux études médico-économiques ?

Le débat n'a pas de fin et n'en aura pas sans qu'une approche collective et concertée ne se substitue à des visions souvent partielles ou partiales.

1.3.2 dont les conséquences peuvent être dramatiques pour le thermalisme français

- Cette insuffisance d'évaluation médicale selon les critères méthodologiques couramment admis en cette fin de siècle nourrit le débat sur la prise en charge, par l'assurance maladie, des frais de cure thermale. En effet, compte tenu de ces données, deux choix sont envisageables et chacun d'entre eux a été illustré par les positions des caisses nationales d'assurance maladie :

+ le premier consiste à tirer les conséquences de la non démonstration de l'efficacité du thermalisme, en l'assimilant implicitement à une démonstration de l'inefficacité : il aboutit à la proposition n° 23 du plan stratégique de la CNAMTS (déremboursement des cures thermales), soutenue par la CANAM ;

+ le second réside, avant de prendre une telle décision, en la demande de l'évaluation de l'apport des pratiques thermales, et de leurs conséquences en termes médicaux et économiques : c'est la réflexion de la commission santé de la MSA, qui paraît effectivement raisonnable lorsqu'une activité traditionnelle doit répondre à de nouveaux critères de référence, qui, jusqu'ici, ne lui ont jamais été imposés ni par l'administration ni par les caisses nationales d'assurance maladie dans le cadre des procédures d'autorisation ou d'admission au remboursement.

Du fait du coût de l'hébergement, la prise en charge par l'assurance maladie des cures thermales est généralement estimée en moyenne à environ 25 % des frais de cure. Il est cependant probable que, tant pour des raisons économiques que surtout psychologiques, un déremboursement des cures thermales se traduirait par une diminution forte de la fréquentation des établissements thermaux, ce que semblent montrer les précédents des années 1959 et 1968, consécutifs aux ordonnances de 1958 et 1967.

- Mais la conséquence la plus grave à terme de cette insuffisance de l'évaluation est le profond fossé qui s'est creusé entre les milieux hospitalo-universitaires et thermaux, ce qui se traduit par un autre débat plus fondamental sur l'enseignement de la crénothérapie au cours des études médicales, et en particulier lors du second cycle de ces études. Même si le maintien de cet enseignement est acquis sous la forme « prescription d'une cure thermique » dans le cadre du module « Synthèse clinique et thérapeutique », les débats auxquels il a donné lieu et la solution retenue illustrent bien les termes de la controverse et les limites que rencontre un tel enseignement, faute d'études suffisamment rigoureuses. Or, à terme, l'attitude des médecins prescripteurs sera sans doute décisive pour l'avenir du thermalisme, au fur et à mesure que les générations acquises au thermalisme s'effaceront, et elle sera déterminée en grande partie par la place que leurs études donneront à la crénothérapie par rapport à des thérapeutiques dont l'intérêt sera démontré. La faible fréquentation des capacités en hydrologie, délivrées actuellement par sept universités (Aix Marseille 2, Bordeaux 2, Clermont-Ferrand 1, Grenoble 1, Montpellier 1, Nancy 1, Toulouse 3) à quelques dizaines de médecins chaque année, illustre également cette désaffection du milieu médical, ainsi que le faible nombre de spécialistes parmi les médecins thermaux.

*
* *

En conclusion, ce constat, dont l'analyse est partagée, à des nuances près, par de nombreux interlocuteurs et transparaît, plus ou moins nettement selon l'origine des auteurs, des rapports consacrés au thermalisme, traduit une situation bloquée, caractérisée par :

- l'indifférence des administrations centrales du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale ainsi que des caisses nationales d'assurance maladie. Pour l'essentiel, elles se limitent en effet à gérer les affaires courantes, en raison d'enjeux sanitaires et financiers jugés mineurs, cette activité apparaissant de surcroît comme un legs encombrant du passé ;

- l'immobilisme des professionnels, peu enclins à évoluer, en particulier dans les domaines pourtant cruciaux de l'évaluation médicale et de la diversification, et attendant des pouvoirs publics des efforts qui relèvent de leur initiative ;
- l'interventionnisme des élus, au nom de l'emploi et de l'aménagement du territoire, qui contribue à renforcer les deux attitudes précédentes.

Il en résulte que, malgré les propositions des nombreux rapports suscités par les pouvoirs publics, aucune évolution notable ne s'est produite, faute de la définition d'une politique thermique d'envergure, dépassant le règlement de problèmes ou de cas particuliers. Dans la seconde partie du rapport seront donc envisagés les principaux aspects que pourrait revêtir une telle politique, à partir du triptyque sécurité, efficacité, pérennité.

DEUXIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS

Dès lors que le gouvernement a décidé de conforter l'activité thermale et sa prise en charge par l'assurance maladie, il convient d'en tirer les conséquences afin de pallier les insuffisances et dysfonctionnements relevés dans la première partie de ce rapport, et d'assurer l'avenir d'un thermalisme modernisé.

Pour ce faire seront successivement étudiées :

- la rénovation du cadre juridique ;
- la prise en charge par l'assurance maladie ;
- les conditions de la pérennité du thermalisme français.

2.1 La nécessaire rénovation du cadre juridique doit être conduite pour garantir la sécurité des personnes et la qualité des pratiques

Garantir la sécurité des personnes (curistes certes, mais aussi personnels des établissements thermaux) et la qualité des pratiques (médicales et para-médicales) implique d'agir au niveau :

- des produits thermaux,
- des établissements et de leur personnel,
- de la prescription médicale et de l'évaluation des risques liés aux cures.

2.1.1 La qualité des produits

2.1.1.1 L'eau minérale

Le produit princeps qui est à l'origine de l'activité thermale, et, en principe, de l'efficacité des cures thermales est l'eau minérale dont il a été souligné, dans la première partie (cf. I.1.1.) à quel point la législation était dépassée et la connaissance insuffisante.

Ce constat implique que dans les nouveaux textes en préparation, depuis des années déjà, soient pris en compte l'exigence :

- d'une meilleure connaissance qualitative de l'eau minérale, physique, chimique, microbiologique, appuyée sur un nombre d'analyses recouvrant une durée d'exploitation suffisante et mieux mise en relation avec la composition des couches géologiques traversées ;
- d'une meilleure connaissance quantitative de la ressource disponible et de ses origines, afin de cerner précocement les problèmes que poserait le développement des activités thermales classiques ou diversifiées et les arbitrages éventuellement nécessaires sur l'utilisation de l'eau minérale naturelle ;

- d'une protection efficace des captages (périmètres de protection, périmètre sanitaire d'urgence) pour permettre le maintien de la qualité originelle de l'eau minérale ;
- d'une surveillance efficace, en routine, de la qualité des eaux à l'urgence et aux points d'usage. Ce suivi demande notamment :

. la refonte des conditions d'agrément par le ministère chargé de la santé des laboratoires d'analyses d'eau, en définissant une nouvelle organisation générale du réseau des laboratoires agréés ainsi que l'articulation de l'agrément délivré par le ministère chargé de la santé avec l'accréditation accordée par le COFRAC, qui devrait être une condition nécessaire mais non suffisante de l'agrément ;

. une exploitation systématique des résultats des contrôles officiels afin d'avoir un véritable suivi de la qualité des eaux minérales qui ne se limite pas à la microbiologie ; dans cette optique, ces résultats devraient être intégrés à la banque de données SISE-EAUX ;

. la prise en compte de l'ensemble des problèmes posés par l'utilisation de l'eau dans les thermes. En effet, si après les graves incidents infectieux constatés dans les années 1985-1990 de nouvelles normes et modalités de contrôle ont été définies en dernier lieu par l'arrêté du 19 juin 2000, il n'en demeure pas moins que l'un des problèmes les plus délicats, celui des piscines thermales, n'est pas encore réglé et fait l'objet de positions variées des directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Il est vrai qu'il pose, mais les exigences de l'arrêté du 19 juin 2000 ne le font-elles pas déjà, la question de la conciliation du niveau des exigences sanitaires, aujourd'hui microbiologiques, chimiques peut-être demain, avec le caractère naturel de l'eau minérale et l'absence de traitement qui en est le corollaire ;

. le développement, par les exploitants, de l'autocontrôle qui peut être continu à l'urgence (débit, température, conductivité, PH par exemple) et périodique à l'urgence ou aux points d'utilisation (contrôles bactériologiques et physico-chimiques) et la définition de l'articulation de cet autocontrôle avec les contrôles officiels. Compte tenu du flou actuel sur la communication de ces résultats d'autocontrôle aux services de l'Etat, il importe de bien en prévoir les conditions de mise à disposition et de transmission, voire de prise en compte, en particulier en cas de non conformité, dans la nouvelle réglementation, ainsi que les rôles respectifs de chacun (exploitant, services de l'Etat) quant aux décisions à prendre en conséquence de ces résultats ;

. l'affichage systématique, dans les établissements thermaux, des résultats des contrôles afin d'en informer les curistes.

2.1.1.2 *Les autres produits*

- Si la réglementation est encore insuffisante pour l'eau minérale, elle est totalement inexistante pour les autres produits thermaux, en particulier les boues et les gaz, pour lesquels il n'existe aucun texte applicable. Ce vide juridique est d'autant plus inacceptable que l'utilisation des boues est en pleine expansion dans les

établissements thermaux français. La norme X 50-914 de l'AFNOR « Maîtrise de la qualité des boues » ne peut combler ce vide, du fait qu'ayant pris en compte dans le même texte les deux catégories de boues utilisées, boues maturées et boues extemporanées, elle a du renoncer de ce fait à tout véritable caractère normatif. Or, même si certains pensent qu'au plan de la sécurité sanitaire les risques infectieux sont peu importants avec ces produits, ce qui est discutable pour les boues, surtout réutilisées, il n'en demeure pas moins que la qualité des pratiques thermales, et donc leur efficacité éventuelle, est liée à la qualité de ces produits et à leur constance dans le temps.

- C'est pourquoi il est impératif que des normes soient édictées afin de garantir la qualité de ces produits, comme c'est déjà le cas depuis longtemps pour l'eau minérale ; du fait des liens de ces produits avec cette dernière, la direction générale de la santé devrait être chargée de cette mission plutôt que l'AFSSAPS, l'accessoire suivant le principal. Il va de soi, une fois ces normes élaborées, que ces produits devraient faire l'objet du même suivi en routine (autocontrôle et contrôle officiel) que l'eau minérale.

2.1.2 La qualité des pratiques

Garantir la maîtrise des pratiques nécessite d'agir sur le fonctionnement des établissements thermaux et sur la formation des personnels qui y interviennent.

2.1.2.1 Les établissements thermaux

- Moderniser l'activité thermale afin qu'elle soit plus sûre et plus efficace ne peut se réaliser sans reprendre les conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements thermaux, actuellement totalement obsolètes. Le partage naturel des compétences amène à proposer que les conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements thermaux relèvent désormais du code de la santé publique, et non plus du code de la sécurité sociale, dans lequel ne devraient plus se trouver que les textes directement liés à la prise en charge des cures.
- Les syndicats des établissements thermaux, à la suite du rapport du docteur EBRARD en 1994, estiment que les établissements thermaux devraient bénéficier du statut d'établissement de santé. Une telle assimilation des établissements de santé et des établissements thermaux ne semble ni possible ni souhaitable compte tenu des spécificités de ces derniers. Des règles particulières adaptées à ces spécificités paraissent préférables et dans l'esprit de l'article L 1322-1 du code de la santé publique qui prévoit que « sont soumis à autorisation les exploitations d'eau minérale naturelle, les industries d'embouteillage, les établissements thermaux, les dépôts d'eau minérale naturelle. »

Pourraient être ainsi précisés, au niveau législatif :

- la définition des établissements thermaux ;
- le principe d'une autorisation d'une durée limitée, cinq ans par exemple, préalable à l'ouverture de l'établissement, accordée par l'autorité administrative compétente (préfet de région) au vu d'un

dossier justificatif, l'autorisation valant agrément de l'établissement pour la prise en charge des assurés sociaux ;

- le principe d'un contrôle par les agents administratifs, techniques et médicaux des services déconcentrés du ministère chargé de la santé ;
 - la possibilité pour l'autorité compétente d'ordonner la fermeture partielle ou totale de l'établissement si les conditions d'autorisation cessent d'être remplies, ou de prendre toute mesure propre à remédier à une situation mettant en cause la qualité des pratiques ou la sécurité des personnes ;
 - l'obligation pour ces établissements de mettre en place un système d'assurance-qualité, de participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, de procéder à l'analyse et l'évaluation de leur activité et de communiquer les informations nécessaires à la vérification de la bonne utilisation des fonds publics ;
 - les sanctions pénales relatives au non respect des dispositions précédentes.
- Un décret en Conseil d'Etat déterminerait alors les conditions d'application de ces dispositions, et notamment les modalités d'autorisation et de fonctionnement des établissements thermaux. Pour certaines dispositions plus détaillées, le décret pourrait renvoyer à des bonnes pratiques rendues obligatoires par arrêté, en privilégiant donc l'obligation de résultats, ce que permet le renvoi à des bonnes pratiques, par rapport à la description minutieuse des moyens à mettre en œuvre. Sur le plan technique et sanitaire, des éléments utiles sont disponibles dans les « Recommandations de bonnes pratiques sanitaires dans les établissements thermaux » (DGS, 1995), ainsi que dans les normes NF X 50 910 à 915 (AFNOR, 2000) et permettent d'élaborer relativement rapidement les textes nécessaires. Pour ce qui est du fonctionnement médical des établissements, les lacunes sont beaucoup plus importantes, du fait de l'imprécision de l'article 11 de l'annexe XXVI du décret du 9 mars 1956, seul texte disponible.

Dans le cadre du nouveau statut des établissements thermaux, il paraît nécessaire :

- d'instaurer une instance médicale de concertation regroupant l'ensemble des médecins thermaux, à l'image des conférences médicales des établissements privés de santé ;
- de confirmer et de préciser le rôle d'un médecin coordonnateur ou conseiller technique dans chaque établissement, le modèle pouvant être ici celui du médecin coordonnateur d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999). Ses fonctions pourraient comprendre :
 - . d'être l'interlocuteur médical du directeur d'établissement, des administrations et des prescripteurs ;
 - . d'élaborer avec la direction et les médecins thermaux, les pratiques thermales de l'établissement (composition des traitements, organisation des traitements...) et de veiller à leur qualité ;
 - . d'initier et de surveiller les travaux scientifiques visant à évaluer l'efficacité et l'intérêt du traitement thermal ;

- . la responsabilité du système de veille épidémiologique de l'établissement, ainsi que des mesures d'hygiène ;
 - . la responsabilité technique de la ou des infirmières, ainsi que l'élaboration du document de coordination entre les médecins thermaux et l'infirmière (type fiche médicale) ;
 - . d'élaborer avec la direction et les médecins thermaux, le programme de formation continue des agents de l'établissement.
- de confirmer la nécessité de la présence en permanence d'une infirmière dans l'établissement, interface indispensable entre l'équipe médicale et les curistes. Dans un souci d'efficacité, le nombre d'infirmières pourrait être modulé en fonction de la capacité d'accueil journalière ou de la capacité maximale instantanée. Ces deux capacités devraient être fixées dans l'autorisation de l'établissement en fonction de la ressource en eau disponible (débit fixé dans l'autorisation d'exploitation de la source), de la typologie des soins dispensés, du nombre de postes de soins et des autres équipements, ainsi que, pour la première, de l'amplitude d'ouverture d'établissement.
- L'élaboration de ce cadre réglementaire, totalement indépendant des normes élaborées par l'AFNOR à la demande de la profession, permettrait de conserver à la certification des établissements thermaux par l'AFNOR son caractère strictement volontaire et privé, tout en donnant à l'Etat les moyens juridiques et techniques de sa politique sanitaire. Quant à l'accréditation des établissements thermaux, elle apparaît pour le moins prématurée en l'état actuel des référentiels disponibles et de la charge de travail de l'ANAES
 - Faire autoriser l'établissement thermal par le préfet de région a l'avantage de la cohérence avec la démarche actuelle tendant à faire du niveau régional un pôle important de réflexion et de décision en matière sanitaire. Mais cette procédure ne permet pas de mettre en place une régulation de l'offre de soins thermaux fondée sur une véritable démarche de planification, la confrontation de l'offre et de la demande n'ayant pas de sens au niveau régional. Cet inconvénient ne semble pas dirimant, car, outre que le système actuel d'agrément par la CRA est déjà régional, seule une inscription à la NGAP d'indications thérapeutiques précises, basée sur une évaluation rigoureuse de l'intérêt médical des cures, permettra une régulation rationnelle et légitime de l'offre.
 - Parallèlement à la mise en place d'une réglementation pour les établissements thermaux, il conviendrait de rénover également celle des maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) ouvertes aux enfants curistes, source d'interrogations et de difficultés pour les services concernés.

2.1.2.2 *Le personnel*

- Les médecins thermaux : il apparaît logique de réserver le rôle de médecin thermal aux médecins compétents en thermalisme, c'est-à-dire titulaires de la capacité en hydrologie et climatologie médicale, ou ayant la qualification en médecine thermale délivrée par l'ordre national des médecins. Cette exigence, qui devrait s'inscrire dans un calendrier permettant aux praticiens déjà investis dans le thermalisme de s'engager dans cette formation, peut-être à rénover, garantirait un contexte plus

favorable à la qualité des pratiques et à une véritable évaluation médicale du thermalisme dont les médecins thermaux se désintéressent trop souvent. Cette évolution, jointe à une redéfinition du contenu du forfait thermal, pourrait justifier une éventuelle réévaluation de ce dernier. La demande de certains syndicats d'établissements thermaux de développer la mise à disposition de cabinets médicaux intégrés doit être examinée avec soin : en effet, si cette pratique permet d'assurer une permanence médicale dans l'établissement qui ne peut que profiter aux curistes, elle peut également contribuer à limiter l'indépendance des médecins vis à vis des établissements, indépendance qui déjà dans l'état actuel du thermalisme devrait être un sujet de préoccupation véritable pour le ministère chargé de la santé, les caisses d'assurance maladie et l'ordre national des médecins.

- Les infirmières : une meilleure coordination entre médecin et infirmière doit pouvoir être réalisée, permettant des échanges réguliers et amenant des conduites ciblées lors de la mise en route du traitement, lors de pathologies préexistantes nécessitant des consignes spécifiques, lors de la survenue de pathologies intercurrentes. En fonction de l'organisation et des spécificités de l'établissement thermal, l'infirmière peut jouer un rôle précieux en matière d'hygiène du personnel et des curistes.
- Les masseurs-kinésithérapeutes : leur pratique dans les établissements thermaux ne posant ni plus ni moins de problèmes que leur exercice libéral classique, l'évolution doit concerner en priorité le contenu des forfaits de kinésithérapie thermique, dont il est prévu qu'il fasse l'objet d'un groupe de travail conventionnel spécifique.
- Les agents thermaux : si la formation des agents thermaux s'avère très hétérogène, il paraît tout à fait prématuré et inadapté d'envisager pour eux une formation sanctionnée par un diplôme national, tant à cause de l'hétérogénéité actuelle des pratiques d'un établissement à l'autre, que des débouchés, a priori limités, d'une telle formation et d'une connaissance insuffisante de l'évolution probable du secteur.

. La signature en septembre 1999 d'une convention collective du thermalisme, étendue en mars 2000, et la création dans ce cadre d'une commission permanente de l'emploi incitent à confier aux partenaires sociaux une réflexion sur la formation initiale et continue des agents thermaux. Une harmonisation des formations actuelles devrait être recherchée, en particulier par la définition d'une formation minimale sur les aspects généraux et communs du thermalisme. Cette réflexion devra prendre en compte les évolutions envisagées sur la validation des acquis professionnels, ainsi que l'avis favorable de la commission technique d'homologation des titres et diplômes de l'enseignement technologique à l'homologation d'un diplôme « Assistant en hydrothérapie et remise en forme ».

. Il pourrait être envisagé l'élaboration d'un contrat étude-prospective pour cette branche, compte tenu de la mauvaise connaissance de ce secteur (cf. I.2.2.), afin d'éclairer les pouvoirs publics et les partenaires sociaux sur les évolutions possibles, quantitatives et qualitatives, de l'emploi thermal, et donc sur les qualifications et les besoins en formation qui en découlent.

2.1.3 *La qualité des prescriptions et de l'évaluation du risque*

- L'adéquation de la prescription de la cure à la pathologie du curiste conditionne tant le bénéfice thérapeutique escompté que la pertinence de la dépense prise en charge par la collectivité. Pour les caisses d'assurance maladie qui continuent à exercer un contrôle sur les prescriptions, la qualité des prescriptions demande à être largement améliorée, ce qui est aisément compréhensible compte tenu du rôle important, d'après les études réalisées, que joue le futur curiste dans la prescription et le choix de la station.
 - Réserver la prescription des cures thermales aux spécialistes de l'affection en cause et aux médecins compétents en thermalisme (capacité ou qualification) est de ce point de vue une idée séduisante mais qu'il ne paraît pas opportun de retenir. En effet, une telle mesure serait une dérive supplémentaire vers l'hyperspécialisation, dénoncée par ailleurs, et apparaîtrait paradoxale à un moment où l'on parle de plus en plus du médecin généraliste comme pivot du système de santé et où la CNAMTS s'est engagée dans la voie du médecin référent.
 - Elaborer des RMO (Références Médicales Opposables) dans le domaine du thermalisme apparaît également exclu compte tenu de la faiblesse du substrat scientifique disponible. L'amélioration de la qualité de la prescription ne semble pouvoir être obtenue que par l'élaboration de «bonnes pratiques de prescription», par des groupes tripartites (médecins conseils, sociétés savantes, médecins thermaux), synthétisant l'état actuel de l'art et de la science, validant les études et travaux existants afin de constituer une première base consensuelle. Dans ce cadre, l'un des travaux médicaux urgents à conduire est une harmonisation des critères conduisant à la contre-indication pour une cure, car les conduites tenues, d'après les propos recueillis, s'avèrent multiples, autant pour les contre-indications générales, absolues et relatives, que pour les contre-indications spécifiques. Il faut noter de surcroît que, s'il est envisagé de rétablir, sous une forme ou sous une autre, l'entente préalable, ces bonnes pratiques seraient le référentiel indispensable à l'application d'une telle mesure.
 - Le maintien de l'enseignement de la crénothérapie au sein du deuxième cycle des études médicales, ne peut que contribuer à cette qualité recherchée de la prescription, à condition de bien préciser la place du thermalisme dans la filière de soins, en s'appuyant notamment sur les études scientifiques validées par la communauté médicale.
- Les conférences nationales de la santé ont insisté, notamment en 1997 et en 1998, sur la nécessité de diminuer l'incidence des affections iatrogènes, l'iatrogénie étant définie comme étant «toute pathogénie d'origine médicale au sens large, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence». Réaliser les études nécessaires pour qualifier et quantifier les phénomènes des affections iatrogènes dans le domaine du thermalisme apparaît d'autant plus nécessaire que malgré certaines initiatives, le plus souvent limitées au risque infectieux, le sujet a suscité peu d'intérêt, comme le montrent un article récent et les entretiens réalisés dans les établissements thermaux. Dans ces

conditions, il est proposé de confier à l'Institut de veille sanitaire (IVS) un mandat d'évaluation du risque lié au suivi des cures thermales, qui permettrait ainsi de cerner de façon indiscutable certaines des actions à mener, au-delà des classiques mesures d'hygiène, pour assurer une meilleure sécurité sanitaire aux curistes.

2.2 La prise en charge par l'assurance maladie ne peut plus se concevoir sans une véritable évaluation de l'intérêt thérapeutique des cures thermales

Evaluer rigoureusement l'apport des pratiques thermales et leurs conséquences en termes médicaux et économiques s'impose pour justifier leur prise en charge par la collectivité et assurer la pérennité du thermalisme français.

Seront successivement examinés dans ce but :

- l'organisation et le financement de la recherche,
- la prise en charge par l'assurance-maladie.

2.2.1 L'organisation et le financement de la recherche

- Le dernier demi-siècle a été marqué par l'émergence d'une médecine scientifique, fondée sur les preuves et accordant de moins en moins de crédit à l'aspect empirique des pratiques et des produits. Dès lors, la médecine a changé d'univers, avec le souci de plus en plus prégnant de comprendre avec précision les mécanismes d'action, d'évaluer scientifiquement les effets et de codifier les prescriptions.
- Cette nouvelle orientation n'a pas été prise par le monde thermal, et tous les rapports récents reprennent, tel un leitmotiv, la nécessité d'asseoir scientifiquement l'intérêt médical de la crénothérapie pour pallier la perte d'image du thermalisme et justifier sa prise en charge par l'assurance maladie. Dans l'organisation et le financement de la recherche, la plupart des rapports ont privilégié le recours à des structures publiques (INSERM, Institut d'hydrologie et de climatologie) et donc à un financement public. Cette approche, qui n'a pas été mise en oeuvre, paraît en réalité totalement inadéquate :
 - au plan du financement, faire supporter à l'Etat ou à des structures qui en dépendent à des titres divers le coût de la recherche thermique ne se justifie en rien et serait l'exposer à des demandes alors justifiées de divers producteurs de produits de santé, industries pharmaceutique et biomédicale par exemple, qui financent eux-mêmes les études permettant la mise sur le marché et l'admission au remboursement de leurs produits ;
 - en ce qui concerne l'organisation, confier à un institut spécialisé le pilotage et la réalisation de la recherche dans un domaine spécifique apparaît comme le plus sûr moyen de circonscrire et de faire dépérir cette recherche. L'histoire de l'institut d'hydrologie et de climatologie en est d'ailleurs un parfait exemple. Un récent rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'éducation nationale sur le

devenir de l'Institut national de transfusion sanguine illustre également les limites d'une telle approche.

➤ La solution préconisée est la création d'un fonds pour l'évaluation de la crénothérapie, qui financerait les études nécessaires à partir de ressources mutualisées sous le contrôle de l'Etat et des caisses nationales d'assurance-maladie.

- Au plan juridique, le fonds pourrait prendre la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) réunissant l'Etat, les trois caisses nationales d'assurance-maladie et les trois syndicats d'établissements thermaux.

. Les GIP ont fait la preuve de leur utilité pour gérer des solutions transitoires et la durée de ce GIP pourrait ainsi être limitée, par exemple à 5 ans ou 10 ans, c'est à dire au temps nécessaire pour mettre en place des objectifs, des méthodologies et des règles d'interprétation et de publication des résultats acceptés par l'ensemble des parties prenantes et ainsi dépasser les actuels débats scholastiques. Ensuite, le GIP serait dissous et lui serait substitué un processus de droit commun.

. La structure GIP permet également d'associer facilement des financements de différentes natures, tout en étant soumise à une procédure de contrôle rigoureuse (contrôle d'état, commissaire du gouvernement). Le financement majoritaire, à hauteur de 80 % par exemple, serait assuré par les établissements thermaux suivant une clé de répartition à définir (x F pour chaque curiste pris en charge par la sécurité sociale paraissant la plus simple), les caisses nationales d'assurance maladie et l'Etat assurant le reste du financement avec la participation, si elles le souhaitent, des collectivités territoriales intéressées. Lors de la présentation de son plan stratégique, la CNAMTS avait d'ailleurs envisagé de participer au financement de l'expertise du service médical rendu par les cures dans les orientations dont le déremboursement était proposé : parmi d'autres, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville de la CNAMTS pourrait être utilisé à cette fin. Quant à l'Etat, il pourrait tout à la fois participer en consacrant des activités de l'INSERM, voire du CNRS, à l'approche clinique, mais aussi clinico-économique du thermalisme, ou en utilisant des fonds de la recherche, notamment du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique).

- Le GIP serait doté d'un conseil d'administration et d'un conseil scientifique. Le conseil d'administration du GIP pourrait comprendre, outre les membres fondateurs déjà cités, des personnalités qualifiées désignées par l'assemblée générale des membres fondateurs, ainsi que des représentants des mutuelles, des élus et des curistes. Le conseil scientifique serait composé de méthodologistes des essais cliniques, d'épidémiologistes, d'économistes, de médecins spécialistes dans les principales orientations thérapeutiques du thermalisme, et de médecins thermaux. Il ne comprendrait que des personnalités qualifiées, à l'exclusion de toute représentation institutionnelle.

. Le conseil d'administration serait chargé de définir les champs d'utilisation des crédits (caractérisation des eaux minérales, recherches fondamentales sur les mécanismes d'action, recherche biologique et recherche physiologique, recherche clinique, recherche médico-économique...), la répartition du financement entre ces domaines et les objectifs prioritaires.

. Sur cette base, le conseil scientifique définirait les protocoles méthodologiques à retenir, en précisant notamment les principes dégagés par l'ANAES en décembre 1996, les méthodes et cahiers des charges des appels d'offre aux équipes intéressées, et sélectionnerait les projets.

➤ Un tel dispositif devrait permettre un pilotage national de la recherche sur un sujet controversé en associant l'ensemble des parties intéressées, condition indispensable pour réussir, tout en préservant une recherche décentralisée. Quatre observations doivent cependant être formulées :

- au plan de la recherche, il est indispensable de privilégier l'appréciation du service médical rendu et donc, pour chaque orientation (ou plutôt pour chaque indication thérapeutique) de prendre en compte, comme pour les médicaments, les critères suivants (art R163-3-1 du code de la sécurité sociale) :
 - . efficacité et effets indésirables,
 - . place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles,
 - . gravité de l'affection,
 - . caractère préventif, curatif ou symptomatique,
 - . intérêt pour la santé publique ;
- pour cerner les indications, au sein des orientations, qui méritent le plus d'être étudiées, le conseil scientifique aurait tout intérêt à faire exécuter sur les bases méthodologiques qu'il aurait lui-même déterminées, un premier tri soit par les sociétés de spécialités médicales soit par des groupes de travail tripartites tels que ceux évoqués précédemment (cf. 2.1.3) ; à cet égard, la réflexion que la société française de rhumatologie a décidé d'entreprendre sur « l'état actuel des données scientifiques concernant l'intérêt du thermalisme pour la prise en charge thérapeutique d'une affection de l'appareil locomoteur » paraît particulièrement intéressante, tant par son approche que parce qu'elle intéresse la première orientation thérapeutique thermale ;
- en tout état de cause, pour assurer la crédibilité de cette recherche, il importe que tous les résultats des études réalisées, qu'ils soient en faveur ou au détriment du thermalisme soient publiés, sous une forme à déterminer par le conseil scientifique, et largement diffusés afin d'éviter des effets pervers bien connus dans le domaine du médicament ;
- quant à l'ordre de grandeur du financement nécessaire, si l'on considère qu'une étude de qualité a un coût de 2 MF à 5 MF, qu'il y a 12 orientations

thérapeutiques et pour simplifier 5 grandes catégories d'eau, un budget annuel de 70 MF paraît un minimum, car ne permettant en théorie que d'étudier en trois ans chaque catégorie d'eau dans une indication pour chaque orientation thérapeutique. Cela reviendrait, avec la clé de répartition évoquée ci-dessus, pour les établissements thermaux à un financement de 100 F par curiste pris en charge par la sécurité sociale et par an, ce qui ne paraît pas excessif comparé aux dépenses de promotion des établissements.

2.2.2 *La prise en charge par l'assurance maladie*

- La prise en charge par l'assurance maladie des cures thermales met en œuvre trois procédures :
 - inscription de la station thermale, des orientations thérapeutiques et des pratiques médicales complémentaires à la NGAP ;
 - définition des traitements thermaux, associés aux orientations thérapeutiques, et du montant des forfaits dans le cadre conventionnel ;
 - autorisation des établissements thermaux à accorder des soins aux assurés sociaux ;

alors qu'une quatrième, l'entente préalable, est actuellement suspendue.

- Il a été vu supra (cf I.2.1.) qu'il était proposé de remplacer l'actuelle autorisation des établissements thermaux à accorder des soins aux assurés sociaux, prévue dans le cadre du code de la sécurité sociale, par une autorisation de nature sanitaire, valant agrément pour les assurés sociaux. Restent donc à examiner les trois autres procédures.

2.2.2.1 *Thermalisme et nomenclature générale des actes professionnels*

Au vu du constat, trois questions sont posées :

- qu'inscrire ?
- sur quelle base ?
- selon quelle procédure ?

➤ **qu'inscrire ?**

- Les concepts de station et d'orientation thérapeutique apparaissent singulièrement imprécis par rapport aux exigences de la médecine moderne. Celui de station, parce que dans une même station peuvent se trouver des sources d'eaux minérales aux compositions différentes et qui dans la conception actuelle peuvent avoir droit aux mêmes orientations thérapeutiques, ce qui paraît en contradiction avec le principe de spécialisation des stations, basées sur les caractéristiques de leurs eaux. Celui d'orientation thérapeutique, car il correspond non aux classiques indications thérapeutiques, mais quasiment à des spécialités médicales et l'on a du mal à concevoir des agents ou des pratiques actifs contre des ensembles de pathologies aussi larges et variés.

- L'entrée dans le XXI^e siècle du thermalisme ne peut s'effectuer, quant à la prise en charge par la collectivité, du moins dans le cadre de l'assurance maladie, qu'en substituant au diptyque station-orientation thérapeutique le triptyque station-catégorie d'eau-indication thérapeutique. Ne pas s'orienter dans cette direction reviendrait à reconnaître que le thermalisme n'est, somme toute, qu'une banale hydrothérapie et il faudrait alors en tirer toutes les conséquences. Le chaînage devrait même être complété par l'établissement pour chaque indication thérapeutique d'un schéma de forfait de soins incluant, si possible, les pratiques médicales complémentaires y afférant.
- Les pratiques médicales complémentaires, quant à elles, s'apparentent à des actes médicaux classiques et ne posent pas les mêmes problèmes de définition.

➤ **sur quelle base ?**

- La seule approche possible pour justifier la prise en charge par l'assurance maladie des cures thermales est l'étude du service médical rendu, déjà citée (cf. 2.2.1).
- En attendant les résultats du programme de recherche précédemment évoqué, la méthode d'examen et de validation, par exemple par des groupes de travail (cf. 2.1.3. et 2.2.1), pourrait s'inspirer de celle préconisée par l'ANAES pour l'évaluation des actes du catalogue commun des actes médicaux : comparaison avec la prise en charge retenue dans d'autres pays, données scientifiques identifiées sur l'efficacité/sécurité des traitements, avis d'experts par utilisation d'un consensus formalisé d'expert.

➤ **selon quelle procédure ?**

- Si l'on peut concevoir un processus d'admission au remboursement des cures thermales spécifique qui ne passe pas par l'inscription à la NGAP, il n'en est pas de même pour les pratiques médicales complémentaires, qui, en tant qu'actes médicaux, ne peuvent relever que de la NGAP. Comme il est peu souhaitable de dissocier ces composantes, et qu'il serait même intéressant d'étudier leur intégration dans le cadre de forfait liés à des indications thérapeutiques, il ne peut qu'être proposé le maintien d'une inscription à la NGAP.
- Toutefois, compte tenu de la spécificité du thermalisme et de la charge de travail de la commission de nomenclature, il paraît nécessaire de disposer d'une commission scientifique spécialisée capable d'apprécier le service médical rendu par les cures thermales.

Cette commission pourrait être constituée de :

- . du directeur général de la santé ou de son représentant ;
- . du directeur général de l'INSERM ou de son représentant ;
- . d'un médecin choisi sur une liste de deux noms proposés par l'Académie nationale de médecine ;
- . de trois médecins, choisis sur une liste de trois noms proposés respectivement par la CNAMTS, la CANAM et la MSA ;

. de dix personnalités choisies en raison de leur compétence médicale, scientifique ou économique dans le domaine de la médecine.

- Cette commission se substituerait :

. à l'académie nationale de médecine, pour apprécier les effets favorables à la santé d'une eau minérale naturelle lors de la procédure d'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale naturelle ;

. au haut comité du thermalisme pour la prise en charge par l'assurance maladie.

L'inscription à la NGAP se ferait donc sur proposition de cette commission, après avis de la commission de la nomenclature et du conseil d'administration de la CNAMTS.

2.2.2.2 *Thermalisme et convention*

- La convention signée en 1997 par les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats thermaux a présenté un très gros effort pour définir, clarifier, rationaliser et forfaitiser des pratiques thermales particulièrement hétérogènes et foisonnantes. L'objectif principal, pour la prochaine convention, devrait être d'assurer la qualité des soins. En effet, tous les soins n'ont ni le même coût pour l'établissement thermal ni sans doute le même effet sur le curiste ; l'un des effets pervers du dispositif forfaitaire est d'entraîner des évolutions non souhaitables dans la composition des forfaits, par exemple en substituant des soins collectifs à des soins individuels. Il convient alors de mieux définir le contenu médical des forfaits (chaînage et hiérarchie des soins), en particulier par l'élaboration d'un référentiel des pratiques complétant la grille des appellations normalisées des soins thermaux (annexe 4 de la convention) : ce référentiel pourrait reprendre les pratiques médicales complémentaires figurant à la NGAP. Quant à la durée des cures thermales et leur éventuelle fragmentation, objet d'échanges stériles depuis des années, c'est dans le cadre de la recherche et des essais à mener qu'il sera possible d'apprécier si des évolutions sont justifiées.
- Lors de l'élaboration de cette nouvelle convention, il serait également souhaitable d'étudier l'impact de la déconnexion des tarifs de responsabilité et des tarifs publics, demandée par les syndicats thermaux et envisagée par certaines caisses.

2.2.2.3 *Thermalisme, entente préalable et contrôle*

- La prise en charge des cures thermales était subordonnée jusqu'en 1997 à un accord préalable des organismes d'assurance maladie. Cette formalité a été suspendue pour deux ans en 1997, puis pour un an supplémentaire en 1999, seule la notion de prescription médicale étant maintenue. Une étude sommaire réalisée par la direction des statistiques et des études de la CNAMTS montre que « s'agissant de la suppression de l'entente préalable et de ses effets éventuels sur l'évolution des dépenses liées aux cures thermales, aucune inflexion de tendance véritable ne semble se dessiner à partir de 1997. Le taux de progression de ces dépenses est

relativement fort en 1997, mais il est plus faible en 1998 (surtout relativement à d'autres dépenses) et davantage encore en 1999 ». Dans ces conditions, la suppression de l'entente préalable généralisée ne semble poser aucun problème. Il serait par contre souhaitable d'étudier l'intérêt d'ententes préalables ciblées, par exemple en fonction du nombre de cures précédemment suivies et de leurs résultats. De même, les caisses pourraient également être invitées à surveiller les prescriptions dans des orientations thérapeutiques multiples.

- Mais la suppression de l'entente préalable s'inscrit dans un mouvement plus vaste, qui préfère substituer au contrôle a priori, jugé formel et illusoire, un contrôle a posteriori paré de toutes les vertus.

Et certes, en s'appuyant sur l'article L 315.1 du code de la sécurité sociale et sur l'article 20-3 de la convention, le service médical des caisses a les moyens de contrôler les établissements thermaux, l'activité des professionnels et la qualité des soins dispensés puisqu'il peut :

- vérifier à tout moment la réalité des prestations,
 - vérifier l'absence de faute, de fraudes et d'abus,
 - procéder à l'analyse au plan médical des établissements, contrôler les protocoles de soins et la qualité des soins délivrés,
 - analyser l'activité des professionnels de santé, donc vérifier l'opportunité des prescriptions et le respect des non indications.
- Si l'entente préalable est définitivement supprimée, il conviendrait donc de mettre en oeuvre un véritable programme de contrôle des établissements thermaux par les services médicaux des caisses, contrôle pour l'instant quasiment inexistant .

2.3 La pérennité du thermalisme français nécessite de plus une diversification de ses activités dans le cadre d'une politique thermique cohérente

- Les actions évoquées ci-dessus sont certes de nature à consolider l'activité thermique pour qu'elle réponde mieux à l'attente des curistes et des professionnels du secteur. Mais le développement de la sécurité et le renforcement de la crédibilité médicale apparaissent comme des conditions nécessaires mais non suffisantes pour assurer la pérennité du dispositif thermique français. En effet, si le champ d'activité du thermalisme médical évoluera en fonction de l'évaluation du service médical rendu, et donc de l'évolution des autres thérapeutiques disponibles pour les pathologies traitées, il est difficile d'imaginer un développement important du nombre de curistes dans le cadre d'un thermalisme restant strictement médical. De plus, la modernisation des équipements, le renforcement de la formation des personnels, le développement de l'évaluation médicale nécessiteront des investissements non négligeables dont il est illusoire de penser qu'ils pourront être financés par la revalorisation des tarifs de prise en charge par l'assurance maladie.
- Cette nécessité d'une diversification maîtrisée, venant en complément de l'activité médicale, a déjà été soulignée par M. BONREPAUX dans son rapport d'information sur la situation du thermalisme français et détaillée par M. COHEN dans son rapport

consacré au développement touristique des stations thermales. L'étude de l'activité des stations (cf. 1.2.1) a montré que cette diversification était encore très limitée, les exemples étrangers ayant peu fait école en France.

- Certes, quelques cas méritent d'être signalés (Thermapolis à Amnéville, Calicéa à Saint-Paul-les-Dax) mais il existe en France d'autres sites (au moins une demi-douzaine) où des activités analogues pourraient être implantées.
 - Certes, des actions ont été menées pour améliorer l'offre touristique tant au plan régional, dans le cadre en particulier des contrats de plan Etat/Région qu'au plan national, à l'initiative du secrétariat d'état au tourisme (circuits des villes d'eaux de France, diagnostics touristiques stratégiques des stations thermales notamment).
 - Mais ces efforts ne peuvent avoir que des effets limités, tant en raison de leur aspect parcellaire que du fait du scepticisme, pour ne pas parler de l'hostilité, d'une majorité de responsables d'établissements thermaux et de certains élus qui soupçonnent les pouvoirs publics de ne vouloir favoriser ces activités que pour les substituer à terme au thermalisme médical, après déremboursement des cures.
- Face à ces interrogations, à ce blocage et du fait de l'importance de l'enjeu, il importe que le gouvernement affiche clairement une politique thermale lisible, cohérente et durable, qui permette aux professionnels d'avoir une perspective à long terme. Cette politique devrait avoir pour objectif de diversifier les activités du thermalisme et des stations thermales dans le cadre de l'aménagement du territoire, pour exploiter au mieux le savoir-faire des professionnels, ainsi que les équipements souvent modernisés dont la France dispose, parallèlement au maintien d'un thermalisme médical renouvelé.

Dans cette optique, il est proposé d'inscrire le thermalisme à l'ordre du jour d'un prochain comité interministériel d'aménagement du territoire. Le comité pourrait confier à la délégation à l'aménagement du territoire (DATAR) une mission d'expertise d'envergure pour, après étude de la situation en France et dans les principaux pays européens, établir une typologie des stations thermales, aujourd'hui inexistante, et définir les orientations et les moyens d'une véritable politique de diversification adaptée aux différentes situations. Du fait des multiples aspects à prendre en compte, un comité de pilotage interministériel serait sans doute souhaitable. Alors pourraient être réunies les conditions de la réconciliation des intérêts, aujourd'hui vécus comme contradictoires, de la santé publique, de l'assurance maladie et de l'aménagement du territoire.

Pierre DELOMENIE

Lors de son intervention du 22 mars 2000 sur le thermalisme à l'Assemblée nationale, Mme Martine AUBRY, ministre de l'emploi et de la solidarité, indiquait que l'objectif du gouvernement était de moderniser l'activité thermale pour qu'elle soit plus efficace, plus sûre et plus pérenne et qu'une mission était diligentée à cette fin.

I.- Le constat

Le constat est celui d'un secteur en déshérence, hétérogène et mal connu, régi par un cadre juridique baroque, et dont l'intérêt thérapeutique est contesté.

- **Au plan juridique**, la réglementation est composée de textes nombreux, souvent anciens et obsolètes, qui ne permettent pas une gestion satisfaisante du thermalisme. Des dysfonctionnements patents et nombreux, signalés pour certains d'entre eux depuis des années déjà, caractérisent l'autorisation et le contrôle des exploitations d'eau minérale naturelle, l'agrément des établissements thermaux et l'encadrement de leur fonctionnement, la prise en charge par l'assurance maladie des stations thermales, de leurs orientations thérapeutiques et des pratiques médicales complémentaires.
- **Au plan économique**, l'activité des établissements thermaux, qui n'est connue pour l'essentiel qu'à travers les statistiques des syndicats professionnels, est assurée pour 96 % du nombre total des journées par des curistes pris en charge par l'assurance maladie. Une dépendance aussi prononcée du système de protection sociale apparaît comme originale par comparaison avec d'autres pays européens. Cette activité non diversifiée et déclinante (environ 540.000 curistes) s'exerce dans des stations à la fréquentation très variable, cinq régions représentant environ 70 % des stations et 75 % des curistes. Deux orientations thérapeutiques (rhumatologie et voies respiratoires), sur les douze reconnues, représentent environ 80 % de la fréquentation. L'impact économique du thermalisme, indiscutable, est cependant mal connu, qu'il s'agisse de l'emploi qui lui est lié, directement ou indirectement, ou des investissements, privés ou publics, qui lui sont consacrés.
- **Pour l'assurance maladie**, le coût des cures thermales apparaît modéré dans l'absolu (1,5 milliards de francs environ) et en progression limitée, mais est à mettre en relation avec un intérêt thérapeutique contesté qui amène à s'interroger sur la justification de leur prise en charge. En effet, le thermalisme, durant les cinquante dernières années, n'a malheureusement pas suivi l'évolution de l'évaluation des produits de santé et des thérapeutiques et s'est progressivement éloigné de l'université. Il en résulte que, trop souvent, les publications concernant les cures thermales ne sont pas au niveau méthodologique retenu de nos jours, ce qui amène une perte de crédibilité scientifique et médicale du thermalisme, avec ses conséquences au niveau de l'enseignement de la crénothérapie et du recrutement des médecins thermaux.

II.- Les propositions

Les propositions ont pour objectif de garantir la sécurité des personnes et la qualité des pratiques, d'organiser la recherche et de rationaliser la prise en charge par l'assurance maladie, et enfin d'assurer la pérennité du thermalisme français.

- **Garantir la sécurité des personnes et la qualité des pratiques** implique une rénovation totale de la réglementation. Pour l'eau minérale, les propositions visent à une meilleure connaissance qualitative et quantitative de la ressource, à sa protection et à une surveillance efficace de sa qualité. Les autres produits thermaux (boues et gaz) devraient également être soumis à des normes adaptées. Il est préconisé des dispositions spécifiques pour l'autorisation et le fonctionnement des établissements thermaux, dépassant un système essentiellement fondé sur la seule police sanitaire, pour disposer d'instruments d'évaluation, en particulier sur le plan médical, et de transparence de l'utilisation des fonds publics. Des propositions sont également faites sur la formation des médecins thermaux et des agents thermaux. L'amélioration de la qualité des prescriptions devrait être obtenue par l'élaboration de « bonnes pratiques de prescription », permettant ainsi de disposer des référentiels médicaux qui font actuellement défaut. Enfin, l'Institut de veille sanitaire se verrait confier un mandat d'évaluation du risque lié au suivi des cures thermales.
- **L'organisation de la recherche** préconisée est basée sur la création d'un fonds pour l'évaluation de la crénothérapie qui, à partir de ressources mutualisées, financerait des études décentralisées. Le fonds, à l'existence transitoire, serait abondé principalement par les établissements thermaux, mais aussi par l'Etat et l'assurance maladie, voire les collectivités territoriales intéressées. Le rapport explicite sa forme juridique, les grandes lignes de son organisation et de son fonctionnement autour d'un conseil d'administration et d'un conseil scientifique, ainsi que les recherches à mener et leur financement.
- **Pour la prise en charge par l'assurance maladie**, il est envisagé, pour l'essentiel, de la subordonner à l'évaluation du service médical rendu par une commission scientifique spécifique et indépendante, qui se substituerait au haut comité du thermalisme et à l'académie nationale de médecine. Devraient également être mis à l'étude une meilleure définition du contenu des forfaits thermaux, par un chaînage et une hiérarchisation des soins, la substitution à l'entente préalable généralisée de surveillances plus ciblées, ainsi qu'un véritable contrôle de l'activité des établissements thermaux par les services médicaux des caisses.
- **Mais, en conclusion**, il faut souligner que ces mesures techniques sont certes nécessaires mais pas suffisantes pour assurer la pérennité du thermalisme français. Seule une politique thermale lisible, cohérente et durable, donnant à l'ensemble des acteurs une perspective à long terme, permettra d'atteindre cet objectif en menant parallèlement la rénovation du thermalisme médical et la nécessaire diversification des activités du thermalisme et des stations thermales. Sur ce dernier aspect, il est proposé de confier à la DATAR une mission pour définir notamment les orientations et les moyens d'une véritable politique de diversification adaptée aux différentes situations.

ANNEXE 2

Liste des personnes entendues

AU NIVEAU NATIONAL

Assemblée Nationale (Groupe d'études sur le climatisme et le thermalisme)

M. BOCQUET, député du Nord, président
M. DUFAU, député des Landes, vice-président
M. BONREPAUX, député de l'Ariège
M. NAYRAL, député de l'Hérault
M. PRORIOL, député de Haute-Loire
M. QUENTIN, député de Charente-Maritime

Sénat (Groupe d'études sur le thermalisme et le climatisme)

M. CABANEL, sénateur de l'Isère, président
M. BELOT, sénateur de Charente-Maritime
M. DERIOT, sénateur de l'Allier
M. LESBROS, sénateur des Hautes-Alpes

Association nationale des maires de communes thermales

M. CASTELLS, président, maire de Bagnères-de-Bigorre
M. TEILLOT, secrétaire, maire de La Bourboule

Ministère de l'emploi et de la solidarité

Cabinet de Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité

M. MAQUART, conseiller technique
M. METTENDORF, conseiller technique

Cabinet de Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés

M. MIGNON, conseiller technique

Inspection générale des affaires sociales

Mme le Dr. ROQUEL, inspecteur général
M. le Dr. PICARD, inspecteur

Direction générale de la santé

M. le Pr. ABENHAIM, directeur général
Mme DE MASSON D'AUTUME, chef de service « Prévention, programme de santé
et gestion des risques »
M. le Dr. COQUIN, sous-directeur « veille sanitaire »
M. MICHELON, sous-directeur « gestion des risques des milieux »
M. SAOUT, chef du bureau 7 A « Eaux et aliments »
Mme CARMES, bureau 7 A
Mme LEFTAH, bureau 7 A

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

M. COUTY, directeur

M. LENAIN, chef de service « organisation des soins, établissements et financement »

Mme le Dr. ROUSSEAU, chef du bureau O2 « organisation de l'offre régionale de soins et populations spécifiques »

Mme CHARRE, bureau O2

Mme AUVERT, bureau F1 « Etudes et synthèses financières relatives aux activités de soins »

Direction de la sécurité sociale

M. BRIET, directeur,

M. BRAS, directeur

M. GODINEAU, chef du bureau 1B « Relations avec les professions de santé »

Mme THAUVIN, bureau 1B

Direction de l'administration générale, du personnel et du budget

M. TROTTMANN, sous-directeur « budget et finances »

M. BEOTIS, adjoint au sous-directeur

M. POTHIER, chef de la cellule des établissements

M. GODIN, cellule des établissements

Délégation aux affaires européennes et internationales

M. MAIRE, délégué

M. FRANCOIS, chargé des conseillers pour les affaires sociales

M. MILANO, conseiller pour les affaires sociales, République Fédérale d'Allemagne

Direction de la recherche et des études statistiques

M. CUENOT, chef de service

M. GEFFROY

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

M. JOHANNET, directeur général

M. le Pr. ALLEMAND, médecin conseil national

M. le Dr. GUILHOT, médecin conseil

Mme le Dr. HERMET, médecin conseil

M. le Dr. LAPORTE, médecin conseil

M. le Dr. MARTY, médecin conseil

M. LENORMAND, directeur des statistiques et des études

Mme COTTE, direction déléguée aux risques, département de l'offre de soins

M. PLANQUET, direction déléguée aux risques, département de l'offre de soins

Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes

M. POSTEL-VINAY, directeur général

M. DACHICOURT, sous-directeur « gestion du risque »

M. le Dr. DELIGNE, médecin conseil régional, caisse maladie régionale du Nord

Caisse Centrale de Mutualité sociale agricole

M. LENOIR, directeur général
M. MEYER, directeur de la protection sociale
M. le Dr. PINCHANZON, conseiller technique national
Mme ANDRES, département maladie
Mme AUBRY, département statistiques

Commission de la nomenclature générale des actes professionnels

M. le Pr. EFCAT, président
Mme le Dr. ZIZINE-HUBERT, secrétaire général

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins

M. le Pr. MATILLON, directeur général
M. le Dr. PAZART

Institut national de la santé et de la recherche médicale

M. le Pr. GRISCELLI, directeur général
Mme DEGAYE, directeur du département « animation et partenariat scientifique »

Institut de veille sanitaire

M. le Pr. DRUCKER, directeur général

Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

Inspection générale des finances

M. COHEN, inspecteur général

Direction du budget

M. BANQUY, sous-directeur, 6^{ème} sous-direction

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

Mme BUCHE, chef du bureau E1

Direction de la prévision

Mme DESTAIS, bureau D3

Association française de normalisation

Mme BRUN, département « Management et entreprises »
Mme LANVIN, direction « certification »

Ministère de l'intérieur

Direction des libertés publiques et des affaires juridiques

Mme MUCCHIELLI, chef du bureau « prévention et protection sociales »

Direction générale des collectivités locales

M. SOETEMONT, chef du bureau « statuts et réglementation »

Ministère de l'éducation nationale

Direction de l'enseignement supérieur

M. PLANCHON, chef du bureau des formations de santé

Ministère de l'équipement, des transports et du logement, secrétariat d'Etat au tourisme

Direction du tourisme

M. BOISADAM, préfet, directeur
Mme MERCHADOU, chef du bureau des politiques territoriales

Agence française de l'ingénierie touristique

M. de MONBRISON FOUCHERE, directeur technique

Observatoire national du tourisme

M. MONFERRAND, directeur

Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement

Direction de l'eau

M. FEVRIER, sous-directeur « programmation et action régionale »

Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale

M. GUIGOU, délégué
M. JACOB, chargé de mission sur le secteur santé
Mme JACQUET-MONTSARRAT, chargée de mission sur les secteurs tourisme et montagne
M. MOULIN, conseiller du délégué

Syndicats et organismes professionnels

Union nationale des établissements thermaux

M. EBRARD, président
Mme GAINOT-MORTREUX

Syndicat national des établissements thermaux

M. MOULIN-ROUSSEL, président
Mme CRUSSAIRE, déléguée générale

Syndicat autonome du thermalisme français

M. GUERARD, président
M. DELTENRE

Syndicat national des médecins thermalistes

M. le Dr. BERTHIER, président

Fédération nationale des médecins thermaux

M. le Dr. CHALIE, président

Fédération thermale et climatique française

M. le Dr. EBRARD, président
M. THONNAT, secrétaire général

Société française d'hydrologie et de climatologie

M. le Dr. AUTHIER, président
M. le Dr. GRABER-DUVERNAY, vice-président
Mme le Dr. JEANBRUN, secrétaire générale

Centre international de recherche et d'enseignement de climatologie

M. le Dr. GARREAU, secrétaire

Société française de thermalisme et de thalassothérapie pour la santé bucco-dentaire

M. VERGNES, président
M. BROUSTINE, secrétaire

Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs

Mme BRESSON

Thermalliance

M. BLANCHARD, président
M. FRIES, vice-président, directeur des thermes de Balaruc
M. ROUBICHOU, président de la mutuelle générale de l'équipement et des transports
Mme TERMES, directrice des thermes de Neyrac et de Vals
M. ZANICHIELI, fédération des mutuelles de France.

Fédération française des curistes médicalisés

M. GROUZARD, président
M. le Dr. ENGEL

Académie nationale de médecine

M. le Pr. SUREAU, président

M. le Pr. LAROCHE, président de la commission XI « Climatisme, thermalisme, eaux minérales »

Ordre national des médecins

M. le Pr. GLORION, président

M. le Dr. GRUNWALD, secrétaire général adjoint

Personnes qualifiées

M. le Pr. BOULANGE, président de la commission AFNOR « Thermalisme-qualité dans les établissements thermaux »

M. le Pr. DANGOUMAU, ancien directeur de la pharmacie et du médicament, ancien président du conseil supérieur d'hygiène publique de France, ancien directeur général du laboratoire national de la santé

M. le Pr. DELCAMBRE, ancien président de la société française de rhumatologie

M. le Pr. GIRARD, conseiller d'Etat, ancien directeur général de la santé

M. le Pr. HARTEMAN, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France

M. le Pr. LAUGIER, professeur honoraire des universités

M. le doyen ROLLAND, président de la conférence des doyens de faculté de médecine

M. le doyen VITAL-DURAND, président de la commission pédagogique nationale

Mme le Dr. BUESTEL, médecin inspecteur de santé publique

AU NIVEAU LOCAL

Région Aquitaine

Département des Landes

M. DUFAU, député des Landes
M. BELLOCQ, conseiller régional
M. FORTE, maire de Dax
M. le Dr. VIALE, adjoint au maire de Dax
M. PENICAUT, maire de Saint-Paul-les-Dax
M. LEON, maire d'Eugénie-les-Bains
Mme VIELLE, maire de Préchacq-les-Bains
M. SANS, préfet des Landes
M. de l'HERMITE, secrétaire général de la préfecture
M. CASTERAN, directeur de l'administration générale et de la réglementation
M. COGEZ, sous-préfet de l'arrondissement de Dax
Mme POUSSINES, secrétaire générale de la sous-préfecture
M. SOLETTI, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
M. LAYLLE, ingénieur du génie sanitaire
M. le Dr. LAPORTE-ARRAMENDY, médecin inspecteur de santé publique
M. DEVAUX, inspecteur du travail, direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
M. FRUQUIERE, direction régionale de l'industrie et de la recherche
M. BESSE, direction départementale de l'agriculture et de la forêt, chef de la mission intensives de l'eau
M. CASSOUDEBAT, directeur des actions de l'Etat
M. BEROT, président du syndicat des établissements thermaux des Landes
Mme LATHIERE, directrice des thermes des Tercis
M. AINCIART, CFDT, responsable régional « Emploi et formation professionnelle »
M. JAURREY, CFDT
M. LECASTREYRES, CFDT
Mme BARRABES, FO, Union locale de Dax

Dax

M. VEYRIER, directeur général, Thermale de France
M. le Dr. GRILLON, médecin thermal
Mme IDIART DE COSTER, infirmière
M. JAURREY, délégué syndical, CHSCT, responsable thermal
M. SALLES, directeur du centre hospitalier de Dax
M. le Dr. TESSIER, centre hospitalier de Dax
M. le Dr. BLANCHARD, centre hospitalier de Dax
M. le Pr. NGUYEN BA, directeur de l'Institut du thermalisme, université Bordeaux 2
Mme OHAYON, directrice du laboratoire d'analyse et de surveillance des eaux minérales, université Bordeaux 2
Mme le Dr. DUBOURG, Institut du thermalisme
Mme LE BACON, Institut du thermalisme
Mme TRAN VAN CHUOI, Institut du thermalisme
Mme MICHEL, conseil général des Landes
M. ESTOURNES, conseil général des Landes

Saint-Paul-les-Dax

M. PONTEINS, directeur général du groupe Thermes-Adour
M. le Dr. LARSEN, médecin thermal
Mme AUZOU, infirmière
M. CRISTOFARI, masseur-kinésithérapeute
Mme SOUS, déléguée syndicale, comité d'entreprise, comptable
Mme LABOUDIGUE, agent thermal
Mme BELLECQ, agent thermal

Eugénie-les-Bains

M. et Mme GUERARD, compagnie plénière et thermale d'Eugénie-les Bains
M. PFEIFFER, médecin thermal
M. VIGNERON, médecin thermal
M. ROUGERIE, médecin thermal
M. MONSEGO, médecin thermal
Mme PERRIN, infirmière
Mme GUIONNET, diététicienne
Mme FERRER, masseur-kinésithérapeute
Mme BASTIAT, agent thermal
Mme DESCHAMP, agent thermal

Région Auvergne

M. FILHOL, vice-président du conseil régional,
M. CULTIAUX, préfet de la région Auvergne, préfet du Puy de Dôme,
M. VIDIL, secrétaire général aux affaires régionales,
M. LOPEZ, directeur régional des affaires sanitaires et sociales,
M. RIGUIDEL, ingénieur du génie sanitaire,
Mme DEMAY, déléguée régionale au tourisme,
M. TEISSIER, direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation
professionnelle,
Mme MOURAGUES, direction régionale de l'environnement,
M. DOLQUES, direction générale de l'industrie et de la recherche,
M. SAUMUREAU, groupement d'établissements scolaires RIOM-VOLVIC,
Mme le Pr. PEPIN, unité d'enseignement et de recherche de pharmacie,
M. le Dr. BARIS, médecin conseil régional,
M. BARRY, président de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie Auvergne,
M. DOS, directeur général des services du conseil régional
M. TEILLOT, président de Thermauvergne, conseiller régional, maire de la Bourboule,
Mme LEPRAT, présidente du GIE Auvergne Thermale,
M. BERAUD, directeur de Thermauvergne, administrateur du GIE Auvergne Thermale,
Mme CHADES, responsable du laboratoire d'autocontrôle,

Département de l'Allier

M. FERTIER, sous-préfet de l'arrondissement de Vichy,
M. LEREMBOURE, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales,

Vichy

Mme LEPRAT, directrice des établissements thermaux de Vichy
M. BONNEFOY, adjoint de direction des établissements thermaux de Vichy,
M. le Dr. SAUTARÉL, médecin conseil des établissements thermaux,

Mme DI NATALE, infirmière,
M. COURTINAT, masseur-kinésithérapeute,
M. GERMAIN, masseur-kinésithérapeute,
M. SAVY, attaché de direction,
M. HOLZER, responsable qualité,
Mme BLOT, responsable qualité,
M. DUBERT, secrétaire général eau du groupe CASTEL,
Mme BARNABE, comité d'entreprise, agent thermal,
M. HUART, délégué du personnel, CHSCT, agent thermal,
Mme TERRET, comité d'entreprise, responsable d'étage,
Mme VALLAUDE, déléguée syndicale, opératrice de saisie,
Mme DIEULANGARD, déléguée du personnel, comité d'entreprise, agent thermal,
M. GOUGAT, délégué du personnel, CHSCT, services techniques.

Département du Puy de Dôme

M. de CHALUP, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales,
M. BLINEAU, ingénieur du génie sanitaire,
M. AUDIGIER, CGT, union départementale
M. BELIN, CFE-CGC, secrétaire départemental « Santé »
Mme PONOY, FO, trésorière départementale
M. ROYET, FO, secrétaire départemental

La Bourboule

MECS François et Suzon

M. Olivier FOUROT, directeur
Mme Dr. FOUROT-BAUZON, médecin responsable
Mme VIGIER, infirmière
Mme BOUABEL, élève-infirmière
Mme DUVAL, élève-infirmière
M. ROUSTIT, responsable des sports
M. TRONQUAL, coordinateur
Mme FOURET, monitrice
M. Hubert FOUROT, président du syndicat national des établissements médicaux pour
enfants

Les grands thermes – Thermes Choussy

M. BOURGEOIS, directeur général
M. FERRANDI, directeur général adjoint
M. LE DOEUFF, directeur adjoint
M. JUILLARD, responsable technique

Royat

M. MATHEVET, adjoint au maire
M. BARRON, directeur administratif de l'établissement thermal
M. MERERE, directeur du développement
M. GIRARD, chef des services techniques
Mme DUCROT, chef du service accueil et soins
Mme le Dr. MOREL, médecin thermal
M. le Dr. BERTHIER, médecin thermal
M. le Pr. BAGUET, directeur de l'Institut de recherches cardiologiques de Royat
Mme FABRY, chercheur
M. le Dr. MONNET, chercheur

Région Lorraine

Département de la Moselle

Mme MALGORN, préfet de la région Lorraine, préfet de la Moselle,
Mme BOURGEOIS, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales,
M. le Dr. MATHIS, médecin inspecteur de santé publique,
M. JAMES, ingénieur du génie sanitaire,

Amnéville

M. le Dr. KIFFER, maire d'Amnéville,
M. PAINI, directeur de l'établissement thermal et de Thermapolis
Mme TANTINI, responsable de Thermapolis,
M. le Dr. ETHEVE, conseiller médical,
Mme le Dr. GEROLD, médecin thermal,
Mme DAVRAINVILLE, responsable hygiène-qualité,
Mme ZIEGELMEYER, infirmière, responsable des soins,
Mme ANDRE, infirmière,
Mme SACCO, agent thermal,
Mme ZINK, comité d'entreprise, agent thermal
Mme ADOLPH, masseur-kinésithérapeute,
M. LOIZEAU, masseur-kinésithérapeute.

Région Midi-Pyrénées

M. DENARD, conseiller régional
M. BOUCAULT, préfet de la région Midi Pyrénées, préfet de Haute-Garonne
M. ALBERTINI, secrétaire régional pour les affaires régionales
M. RIGAUX, directeur régional des affaires sanitaires et sociales
Mme BAUDINAT, ingénieur du génie sanitaire
M. CATS, direction régionale de l'industrie et de la recherche
M. MATHIS, délégué régional au tourisme
M. LABORDE, SCATM
Mme NIEL, direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports
Mme BLANQUIER, conseil régional, mission thermalisme et tourisme de santé

Département des Hautes-Pyrénées

M. MASSOURE, conseiller général du canton de Luz-Saint-Sauveur
M. COLL, maire d'Argelès
M. PACOU, maire de Cauterets
M. PADDEN, président de la communauté des communes de Saint-Savin
M. CARNAC, vice-président du syndicat des thermes de Barèges
M. MIR, maire de Saint-Lary
M. CASTELLS, maire de Bagnères-de-Bigorre
M. DASTUGUE, maire de Capvern-les-Bains
M. BASTION, préfet
Mme CONCA, sous-préfet de Bagnère-de-Bigorre
M. FUZERE, sous-préfet d'Argelès-Gazost
M. REVEL, secrétaire général, sous-préfet de Tarbes
Mme REVEL, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
Mme LAPALISSE, médecin inspecteur de santé publique
M. MAUDET, ingénieur du génie sanitaire
M. BAILLES, technicien sanitaire
M. CASTEROT, technicien sanitaire
M. DELAPORTE, CFDT, secrétaire général de l'union départementale
M. AMBROSI, CGT, union départementale
M. URBAN, CGT, Saint-Lary
Mme GUEROL, CGT, Capvern-les-Bains
Mme TANA, CGT, Bagnères-de-Bigorre
Mme GOMEZ, CGT, Bagnères-de-Bigorre

Bagnères-de-Bigorre

M. TABONE, directeur de l'établissement thermal des « Grands thermes »
Mme PIQUEMAL, directeur adjoint
M. le Dr BRUNSCHWIG, médecin thermal
M. le Dr. WARREN, médecin thermal
M. le Dr. CABAGNAC, médecin thermal
M. le Dr. BOISSIER, médecin thermal
Mme PONCINI, infirmière
M. GENEST, masseur-kinésithérapeute
M. HOURNARETTE, masseur-kinésithérapeute
M. PYO, service technique, délégué du personnel, CGT
Mme GOMEZ, accueil, déléguée du personnel, CGT
Mme ABADIE, agent thermal, déléguée du personnel, CGT
Mme VERDOUX, agent thermal, comité d'entreprise, CGT
Mme BAYLAC, agent thermal, comité d'entreprise, CGT
M. BEGARIE, service technique, CGT
Mme BARTHE, agent thermal, CGT
Mme LHIES, agent thermal, CGT
Mme TANA, agent thermal, CGT
Mme CONCAN, agent thermal, CGT

Saint-Lary

M. VEYRIER, directeur général, Thermale de France
Mme LAPLACE, directeur de l'établissement thermal
M. le Dr. GARCIA, médecin thermal
M. URBAN, délégué du personnel, CGT

M. LLOPIS, masseur-kinésithérapeute

Région Basse-Normandie

Département de l'Orne

M. MARTIN, secrétaire général de la préfecture de l'Orne,
M. RENAULT, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales,
Mme CHAZOLON, médecin inspecteur de santé publique
Melle LUCAS, ingénieur d'études

Bagnoles-de-l'Orne

M. le Dr. JAMBON, maire de Bagnoles de l'Orne, médecin thermal,
M. MOULIN-ROUSSEL, président de l'établissement thermal,
M. PROVENT, directeur des thermes,
M. ANDRE, directeur administratif et financier,
M. ESNAULT, responsable service technique, comité d'entreprise,
Mme POUSSIER, surveillante générale,
M. le Dr. CHAMBON, médecin thermal, responsable de la formation,
M. le Dr. CURTIT, médecin thermal,
M. le Dr. GEORGES, médecin thermal,
M. le Dr. LE FAUCONNIER, médecin thermal,
Mme NICOL, responsable du laboratoire d'autocontrôle,
Mme CROCHARD, infirmière.
Mme BREYNE, cadre administratif, comité d'entreprises,
Mme HAVARD, agent technique, comité d'entreprise,
M. JOURDAN, agent blanchisserie, comité d'entreprise,
Mme LAINE, agent thermal, comité d'entreprise,
Mme PENNETIER, agent thermal, comité d'entreprise,
Mme PUGNANT, agent thermal, comité d'entreprise,

Région Poitou-Charentes

Département de la Vienne

M. PAOLANTONI, secrétaire général de la préfecture de la Vienne,
M. BOUVET, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales,
Mme le Dr. PERRIN, médecin inspecteur de santé publique,
M. DOUCELIN, ingénieur du génie sanitaire,

La Roche-Posay

M. BARRE, maire de la Roche-Posay,
M. PORTE, adjoint au maire,
M. LESREL, président de la société hydrominérale de La Roche-Posay,
Mme COURTOT, responsable d'exploitation des thermes,
M. AINOUCHE, responsable assurance-qualité,
M. MEUNIER, responsable du laboratoire d'autocontrôle
M. le Dr. DELAIRE, médecin thermal,
Mme le Dr. DELREZ, médecin thermal,
Mme le Dr. DUBREUIL, médecin thermal,
Mme le Dr. GAUCHER, médecin thermal,
M. le Dr. RAYSSAC, médecin thermal,
M. le Dr. ROBCIS, médecin thermal,
M. le Dr. SARRAZIN, médecin thermal,

M. DELTOUR, agent d'accueil, délégué du personnel,
Mme GACHET, agent thermal, déléguée du personnel.

Région Rhône-Alpes

M. GILLERY, secrétariat général aux affaires régionales
M. PAUL, directeur régional des affaires sanitaires et sociales
M. MAISONNY, ingénieur du génie sanitaire
M. DUCASTELLE, délégué régional au tourisme
M. BONNOT, direction régionale de l'industrie et de la recherche
M. VIGOUROUX, BRGM

Département de l'Isère

M. RONDEPIERRE, préfet de l'Isère
M. ANDREA, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
Mme le Dr. REY, médecin inspecteur de santé publique
M. AGRICOL, FO
M. ALESSANDRI, FO
M. GILQUIN, FO, secrétaire de l'union départementale
M. PERSICO, CFE-CGC, responsable santé
M. PIGNON, CFDT, secrétaire général de l'union départementale
M. TESTUD, CFDT

Allevard-les-Bains

M. LANGENIEUX-VILLARD, maire d'Allevard-les-Bains, conseiller régional
M. BERANGER, directeur du domaine thermal
M. le Dr. OUDOT, médecin conseil
Mme DAZY, infirmière
Mme LAARMAN, infirmière
Mme GERBAUD, masseur-kinésithérapeute
Mme TARDIF, surveillant

Uriage

Mme MANCRET, conseillère municipale
M. ASSOULY, président directeur général
Mme BENET-SUARD, responsable de l'établissement thermal
M. le Dr. REBUFFET, médecin thermal
Mme ASSORIN, infirmière
M. RENAUD, masseur-kinésithérapeute

ANNEXE N° 13

Liste des sigles

AFNOR	Association Française de Normalisation
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
BRGM	Bureau de Recherche et de Géologie Minière
CANAM	Caisse Autonome Nationale d'Assurance Maladie
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
COFRAC	Comité Français d'Accréditation
CRA	Commission Régionale d'Agrément
DATAR	Délégation à l'Aménagement du Territoire
DGS	Direction Générale de la Santé
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GRETA	Groupement d'établissements de l'éducation nationale (pour la formation continue)
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISO	International Standard Organisation
IVS	Institut de Veille Sanitaire
MECS	Maison d'Enfant à Caractère Sanitaire
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PMC	Pratiques Médicales Complémentaires
RMO	Références Médicales Opposables
SATF	Syndicat Autonome du Thermalisme Français
SNET	Syndicat National des Etablissements Thermaux
UCANSS	Union des Caisses Nationale de Sécurité Sociale
UNET	Union Nationale des Etablissements Thermaux