
LES RELATIONS ENTRE LE THERMALISME FRANÇAIS ET LES CAISSES NATIONALES D'ASSURANCE MALADIE *PASSÉ – PRÉSENT - AVENIR*

Raymond Viale

Maire-Adjoint de Dax

Vice-Président de la Fédération thermique et climatique française (FTCF)

Vice-Président de la Commission sociale de la Fédération mondiale du thermalisme et du climatisme (FEMTEC)

INTRODUCTION

Il faut comprendre ce sujet par **les relations entre le Thermalisme et l'Assurance Maladie**, la création, somme toute récente, des caisses nationales n'ayant pas fondamentalement changé la donne. Les conditions juridiques de prise en charge du thermalisme sont antérieures à la création de la CNAMTS et les déclarations très récentes de cet organisme, jusque là défenseur quasi inconditionnel du thermalisme médical, étant des propositions de réflexion dans l'immense chantier de rénovation de la protection sociale.

Quoi qu'il en soit, les liens avec l'assurance maladie sont tellement mal compris, de part et d'autre, qu'au lieu de permettre l'harmonieux accès des assurés sociaux aux soins thermaux, ils stérilisent et étouffent le thermalisme et même la seule crénothérapie.

Nous allons méthodiquement présenter cette réglementation en sachant bien que la politique de santé publique comme le niveau de protection sociale sont de la compétence de l'État. Les caisses n'interviennent que dans la mise en pratique des décisions retenues par les pouvoirs publics. Il est important de connaître la réglementation ; le rôle de chacun est de réfléchir à un nouveau souffle du thermalisme français.

LE PASSÉ

Avant les ordonnances de 1945, le thermalisme social ne visait que les bénéficiaires de l'aide sociale. Les assurés sociaux en étaient exclus.

Les ordonnances de 1945 allèrent très loin en instituant la couverture en prestations légales :

Des frais de thermalisme

- Prix de journée des maisons d'enfants à caractère sanitaire et des hôpitaux thermaux.
- En cas de thermalisme libre avec honoraires médicaux, forfait thermal, forfait d'hébergement, frais de pharmacie et frais de transport

De la perte de salaire éventuelle

Ce principe est confirmé par une circulaire du ministère du travail du 5 janvier 1950 qui autorise la Sécurité sociale à prendre en charge la majorité des dépenses thermales.

Cette politique mise en œuvre du jour au lendemain fut ou parut génératrice d'abus. On chercha donc une juste mesure : elle sembla une régression sociale et une brimade économique pour les villes thermales qui s'étaient mises à investir.

L'ordonnance du 30 décembre 1958 prise dans le cadre d'un plan de redressement, dit plan Piney, limite la participation des Caisses aux frais de séjour en hôpital thermal et maisons d'enfants incluant les frais thermaux. Elle décide aussi que les cures doivent se faire pendant les congés payés et que toute prise en charge est restreinte aux ressortissants d'un plafond de ressources très bas. C'est aller d'un excès à l'autre, si tant est que la vision généreuse de l'après-guerre ait été un excès.

Un correctif permit la prise en charge des frais du thermalisme libre au titre des prestations supplémentaires : c'était lier la prise en charge d'un traitement à des conditions de ressources (Arrêté du 4.3.59).

Le décret du 29 avril 1960 inscrivit à nouveau les frais médicaux et d'établissement parmi les prestations légales, donc pour tous.

Le décret du 21 Août 1967 permet la prise en charge d'indemnités journalières au titre des prestations supplémentaires (donc avec plafond de ressources).

Les décrets du 6 février 1969 les réintègrent dans les prestations légales mais en maintenant un plafond de ressources différent de celui des prestations supplémentaires.

LE THERMALISME SOCIAL

Il est convenu de rassembler sous l'étiquette « thermalisme social » un certain nombre de principes qui ont fait l'objet d'études par la commission du Thermalisme siégeant autrefois au Ministère du Travail et créée au sein du Comité technique d'action sanitaire et sociale.

Cette commission fut le prélude à la création du Haut comité du thermalisme et du climatisme créé par les arrêtés des 15 et 21 février 1988 et suivants.

Les principes qui se font jour dans divers textes ministériels ont trouvé leur première expression publique lors du congrès d'Aix-les-Bains en 1947.

On peut les regrouper sous 3 rubriques :

Le premier principe tend à permettre l'accès de la crénothérapie à des malades qui ne pouvaient en bénéficier. Les dispositions réglementaires vont procurer des remboursements convenables alors qu'ils étaient très insuffisants avant 1945.

Le thermalisme n'a jamais été l'apanage de certaines couches de la société puisque aussi bien toute la gamme des hébergements y a toujours coexisté.

Cependant, sans le thermalisme social, peu à peu le thermalisme aurait été réservé aux personnes assez fortunées d'une part et aux indigents hébergés dans les hôpitaux thermaux d'autre part.

Le groupe intermédiaire est celui des assurés sociaux qui versent des cotisations en vue d'être indemnisés de leurs frais de maladie. Puisqu'ils peuvent prétendre au remboursement de leurs dépenses de santé ou à des revenus de substitution à une perte de salaire, ils doivent bénéficier de la crénothérapie.

Le deuxième principe qui dérive de celui-ci est que ne doivent bénéficier de la thérapeutique thermale que l'assuré social ou son ayant droit atteint d'une affection légitimant une cure.

Il apparaît en effet aussi injuste qu'un malade qui nécessite une cure en soit privé pour des raisons financières que de dire que tout assuré social ou membre de sa famille, parce qu'il paie des cotisations, puisse prétendre à une crénothérapie qui ne serait pas justifiée. C'est ce qu'une circulaire ministérielle de l'époque résume en disant que la cure thermale ou climatique ne peut être « une forme déguisée de congés payés ».

De ces deux principes, se dégage une conception thermale qui, sans s'opposer à l'ancienne, se montre plus restrictive sous un certain angle et plus étendue sous un autre. Si les indications de la crénothérapie sont très larges, allant d'un traitement spécifique à la mise en forme ou au plaisir de l'eau, celles du thermalisme social sont plus limitées, réservées au traitement de la maladie ou de ses conséquences directes.

Ainsi est posée la nécessité d'un *troisième principe* qui est celui du contrôle médical des demandes de cures thermales. S'il est exceptionnel qu'un assuré social se fasse opérer sans en avoir besoin, l'attrait de certaines stations peut conduire à des abus.

C'est ce qui fut à la base de la formalité de demande d'entente préalable qui peu à peu avait organisé la cure en trois phases :

- Une première période : prescription par le médecin traitant de la demande d'entente préalable, examen éventuel par le médecin-conseil et accord de la caisse. C'est dans cette phase que le médecin traitant doit respecter l'article 9 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, devenu l'article L 162-1-2 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le principe de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

L'Arrêté du 12 mars 1997 a supprimé pour 2 ans la formalité de l'entente préalable tout en maintenant la prescription médicale. Sa validité fut prorogée régulièrement.

- La deuxième période est celle de la cure qui entraîne des frais de déplacement, d'hébergement, de surveillance médicale et de soins à l'établissement.

- La troisième période est plus virtuelle ; c'est celle d'une éventuelle postcure et celle du contrôle après cure. Elle est celle de l'évaluation malheureusement négligée aujourd'hui.

Nous vivons toujours ces principes comme en vivent les 120 000 emplois que l'on attribue au thermalisme, comme en bénéficient les millions de curistes, malades ou handicapés qui retrouvent la santé, un mieux-être, un équilibre qu'ils ont vainement cherchés ailleurs.

LE PRÉSENT

Il est courant de dire que c'est en France que les liens sont les plus étroits avec

l'Assurance Maladie, ce qui va de pair avec la médicalisation puisqu'il s'agit de soins remboursables.

Effectivement plus de 95% des curistes sont pris en charge par un régime d'Assurance Maladie, plus de 99% effectuent leur cure sous surveillance médicale.

Cette réalité dont il faut tenir compte pour toute réforme, est une façade et un peu un leurre. Les assurés sociaux se privent pour bénéficier de ces soins coûteux par le déplacement qu'ils nécessitent.

En France sont pris en charge à 65% les soins de l'établissement et à 70% les honoraires médicaux. Les frais de déplacement et l'hébergement ne sont pris en charge au forfait qu'en prestations extra-légales, sous conditions de ressources. Il en est de même, en dehors de la législation des accidents du travail ou des soins de longue durée, pour les indemnités journalières.

Cures thermales et assurance maladie : dispositif juridique

Historique

Le remboursement des frais exposés par les assurés sociaux et leurs ayants droit à l'occasion d'une cure thermale n'était prévu ni dans la loi du 30 avril 1930 ni dans le décret-loi du 28 octobre 1935 et les textes qui les ont modifiés. Toutefois les commentateurs de la loi du 30/4/30 ont estimé, pour la plupart, que ces frais devaient être pris en charge par les caisses d'Assurance sociale, dans la mesure où cette forme de thérapeutique était jugée nécessaire à l'état du malade. C'est ce que firent les caisses, mais d'une façon empirique, compte tenu notamment du fait qu'aucune règle précise et qu'aucun tarif de responsabilité n'étaient légalement fixés.

L'article 22 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 modifiée, reprenant les dispositions antérieures, ne mentionnait pas non plus expressément les frais de cure thermale parmi les prestations en nature couvertes au titre de l'assurance maladie.

Toutefois l'article 10 du RAP du 29 décembre 1945 visait formellement ces frais, parmi ceux soumis à l'accord préalable de la caisse pour donner lieu à remboursement. Il en était de même de l'article 8 de la Nomenclature générale des actes professionnels.

De plus, les articles 47 à 49 constituant un chapitre spécial de la nomenclature et l'arrêté du 15 janvier 1947 (Journal officiel 25/1) modifié à différentes reprises prévoyaient les conditions dans lesquelles ces frais de cure thermale pouvaient être remboursés (inscription de la station à la NGAP et agrément de l'établissement thermal par la Commission régionale d'agrément).

La circulaire du 5 octobre 1950 faisait le point de la prise en charge. Mais l'ordonnance du 30 décembre 1958 (Journal officiel 31/12) ajoutant un deuxième alinéa à l'article L 283 de l'ancien Code de la Sécurité sociale, stipulait : « ... Les frais de toute nature afférents à des cures thermales ou climatiques ne sont pas couverts par l'assurance maladie. ». Ce texte abrogeait implicitement toutes les dispositions réglementaires antérieurement en vigueur, relatives aux modalités de participation des Caisses de Sécurité sociale aux dépenses de cette nature. Néanmoins, limitant cette disposition, l'article 2 de l'ordonnance rectificative du 4 février 1959 (Journal officiel 8/2) ajoutait au même article L 283

de l'ancien code un troisième alinéa ainsi rédigé :

« ... *Qu'il s'agisse de remboursement à l'acte ou de remboursement forfaitaire, ces frais sont imputés sur les fonds d'action sanitaire et sociale dans les conditions et les limites qui seront précisées par arrêté interministériel....* ».

L'arrêté susvisé, intervenu le 4 mars 1959 (Journal officiel 6/3) prévoyait en substance que la participation des caisses primaires aux frais de cure thermique est une participation forfaitaire assurée au moyen de quatre prestations supplémentaires inscrites à leur règlement intérieur.

Il résultait de ces mesures que les caisses de Sécurité sociale ne pouvaient plus participer en principe au titre des prestations légales, aux frais de cures thermales.

Toutefois, les prestations de l'Assurance Maladie pouvaient encore être servies dans certaines hypothèses.

La promulgation de ces différents textes ayant entraîné de vives protestations, il avait été décidé que le problème du remboursement des frais de cures thermales serait reconsidéré à l'occasion de l'étude des mesures à prendre en vue d'aboutir à la réforme d'ensemble de l'Assurance Maladie.

Le 29 avril 1960 paraissait au Journal officiel le décret n°60.412 qui, abrogeant les articles 5 de la loi de finances rectificative pour 1959, rétablissait l'article L 283 de l'ancien Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 1959.

L'article 2 du décret n° 60.142 du 29 avril 1960 précise par ailleurs :

« ... *les frais mentionnés à l'article L 283 de l'ancien Code de la Sécurité Sociale ne comprennent, en ce qui concerne les cures thermales, que les frais de surveillance médicales desdites cures et les frais de traitement dans les établissements thermaux* ».

Il s'ensuit que dorénavant seuls peuvent être pris en charge au titre des prestations légales, les frais de cures thermales suivants : honoraires médicaux et frais d'hydrothérapie. Les autres frais, hébergement et transport, ne sont remboursés qu'au titre des prestations supplémentaires et aux seuls assurés dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.

Textes Actuels

Concernant les établissements thermaux : les conventions

L'article L 321- 1 du Code de la Sécurité sociale qui s'est substitué à l'article L 283 de l'ancien code de la Sécurité sociale ne vise plus expressément les cures thermales mais les « frais de traitement dans les établissements de soins ».

Les modalités d'application du décret 60-124 du 29 avril 1960 ont fait l'objet de plusieurs arrêtés interministériels du 8 juin 1960 (Journal officiel du 9/6) dont l'un précise notamment dans son article 2 : « *les frais de traitement dans les établissements thermaux sont réglés sur la base de forfaits fixés par des conventions ... les conventions déterminent la nature du traitement et les pratiques de soins thermaux incluses dans les forfaits* ».

Une première convention a été conclue le 4 mai 1948 entre la Fédération nationale des

organismes de sécurité sociale (FNOSS) et le Syndicat national des établissements thermaux (SNET).

La seconde convention a été conclue le 26 juin 1972 entre la CNAMTS, l'Union des caisses centrales de la mutualité sociale agricole et le Syndicat national des établissements thermaux de France (Le projet avait été précédemment approuvé par le Conseil d'administration de la CNAMTS, sous réserve de quelques modifications le 22 février 1972).

Ce texte n'a pas été soumis à l'approbation ministérielle.

La convention de 1972 prévoit notamment :

- Les conditions de prise en charge de la cure par l'Assurance Maladie (agrément de la station, inscription à la Nomenclature générale des actes professionnels et adhésion à la convention...).
- L'instauration d'une commission technique du thermalisme composée de 3 syndicats thermaux et des 3 caisses nationales chargées de définir le ou les traitements-types de la station et leurs modifications ultérieures.
- Les conditions de déroulement de la cure
- La création d'une Commission nationale de conciliation chargée de donner un avis consultatif aux caisses nationales signataires en cas de litiges susceptibles d'amener la dénonciation de la Convention signée avec un établissement thermal.
- L'élaboration d'un avenant particulier à chaque établissement fixant notamment les tarifs servant de base au remboursement de la cure. L'article 6 de la Convention précise que ces tarifs sont fixés d'un commun accord entre les régimes sociaux et l'établissement concerné, compte tenu des prix fixés pour les curistes libres en application de la réglementation en vigueur.

La convention de 1972 a été modifiée à plusieurs reprises :

- Le 31 décembre 1974 (effet au 1^{er} janvier 1975) la CANAM devient partie signataire à la suite de la promulgation d'un arrêté qui prévoit la prise en charge des cures thermales par le régime des travailleurs non salariés.
- Le 20 novembre 1981 (effet au 1^{er} janvier 1982) l'UNET (Union nationale des établissements thermaux, syndicat né de la scission au sein du SNET), devient partie signataire.
- Le 3 avril 1985 (effet du même jour) le SATF (Syndicat autonome du thermalisme français) signe la convention.

Consciente qu'une mise à jour des dispositions conventionnelles s'imposait, en raison de leur éloignement dans le temps, la CNAMTS, en concertation avec les deux autres Caisses nationales et les Syndicats signataires avait élaboré un projet de convention qui a reçu l'accord de principe du Ministère de Tutelle le 12 juin 1986.

Les syndicats thermaux ont alors différé leur signature dans l'attente d'une réforme de la tarification des prestations thermales.

Une réforme devenait nécessaire pour obtenir une convention renouvelée.

Elle est le fruit des négociations entre les caisses nationales d'Assurance Maladie, la DGCCRF, la DGS et les syndicats professionnels thermaux, entreprises en 1990, de la mission thermale de 1993 « Ebrard, Cohen, Viale, Roquel » et du groupe de travail

Cohen-Viale de 1994/1995.

Une nouvelle convention entre la CNAM et les syndicats thermaux est signée le 5 mars 1997 pour une application en avril 1997.

Convention de 1997

Les articles L 162-39 à L 162-42 du code de la sécurité sociale – dont l’objet est de fonder juridiquement un cadre conventionnel rénové déterminant les obligations réciproques des Caisses nationales d’assurance maladie et des Établissements thermaux – régissent la présente convention.

En conséquence, les parties signataires définissent ainsi qu’il suit, les objectifs de la présente convention nationale thermale :

- Garantir à tous les assurés sociaux l’égal accès à un thermalisme de qualité, tant sur le plan thérapeutique que sur celui de la sécurité sanitaire et des normes existantes pour les installations.
- Concourir à une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses thermales à la charge des régimes d’assurance maladie.
- Garantir aux établissements thermaux, adhérant à la présente convention, que les prestations leur incombant seront dispensées aux assurés sociaux dans des conditions économiques dépourvues de distorsions de concurrence d’origine conventionnelle.
- Assurer la prise en compte conventionnelle des évolutions légales et réglementaires éventuelles concernant le thermalisme.
- Tenir compte des processus d’évaluation et d’expérimentation de nature à renforcer l’efficacité thérapeutique des traitements thermaux.
- Dans la période transitoire fixée par la convention, mettre en place, par étapes annuelles, l’harmonisation des traitements thermaux et de leurs tarifs de responsabilité.

Points marquants de cette convention qui doit être prorogée de 1 an en 2002

cf article 13 : Ne pas dispenser de soins aux assurés, pris en charge dans le cadre de la présente convention, hors la prescription médicale, et corrélativement prendre toutes dispositions afin de ne pas porter atteinte au libre choix par le curiste du médecin qui assure la surveillance de la cure (médecin thermal).

cf article 14 : Chaque établissement thermal dispose, pour chacune des orientations thérapeutiques dispensées, d’un (ou deux) traitement(s) conforme(s) aux normes établies pour l’orientation thérapeutique concernée. Ces traitements-types se présentent sous la forme de forfaits de soins.

Dans certaines orientations, deux forfaits différents sont proposés au choix du prescripteur :

- un forfait n°1, sans séances de soins de kinésithérapie, qui correspond au nombre total de séances de soins devant être délivrées pendant la cure, dans l’indication considérée ;
- un forfait n°2, qui correspond au nombre total de séances de soins devant être délivrées pendant la cure, moins 18, complété par un forfait de 18 séances de soins de kinésithérapie.

Ces 18 séances de soins de kinésithérapie sont, soit identiques, soit composées de 9

séances de 2 soins de kinésithérapie différents.

Exceptionnellement, seules 9 séances de soins de kinésithérapie peuvent être délivrées. Elles doivent, dans ce cas, être complétées par 9 autres séances de soins d'hydrothérapie choisies dans la liste de soins de la station, sans majoration du forfait n°2.

La prise en charge mentionnée à l'article 4 prévoit selon la prescription médicale, le traitement à suivre dans l'orientation thérapeutique qui a motivé la cure principale, assortie le cas échéant d'un traitement dans une autre orientation thérapeutique dite secondaire. Pour chaque curiste, le médecin thermal qui assure la surveillance médicale de la cure choisit parmi la gamme des pratiques figurant au traitement-type de la station, celles qui seront effectuées pendant la durée de la cure. Les soins quotidiens peuvent être différents dans leur nature et dans leur nombre au cours de la cure.

Le médecin thermal a la possibilité de prescrire des soins en sus et indépendamment du traitement-type. Ceux-ci sont tarifés librement et ne sont pas remboursés.

Le traitement est pris en charge sous forme d'un forfait à l'exclusion de tout autre supplément en dehors des honoraires médicaux (forfait médical de surveillance et pratiques médicales complémentaires).

L'établissement établit la liste des soins proposés pour chaque orientation thérapeutique, cette liste doit obligatoirement être validée par les médecins thermaux. Le forfait thermal est composé des soins choisis parmi cette liste et prescrits par le médecin en fonction de la pathologie et dispensés aux curistes par l'établissement. Le plateau technique de l'établissement doit permettre d'assurer à chacun et dans chaque orientation thérapeutique un traitement répondant aux règles de composition des forfaits.

cf article 17 : Le remboursement ne peut intervenir que si le nombre de séances de soins fixé à l'article 14 pour l'orientation thérapeutique considérée est délivré, sauf si exceptionnellement l'état médical du curiste le contre-indique.

Les soins prescrits par le médecin au cours de la cure et donnant lieu à remboursement le sont sur les imprimés réglementaires de prescription. Les imprimés de facturation doivent comporter le détail des soins prescrits ou se voir joindre la prescription.

cf article 20 : Une cure interrompue pour raisons médicales attestées par certificat médical du médecin thermal ou en cas de force majeure dûment établie, est prise en charge au *prorata temporis*. Une cure interrompue pour d'autres raisons ne donne lieu à aucune prise en charge.

La convention nationale thermale est donc un contrat administratif qui lie les caisses et les représentants des établissements thermaux. Pour la 1^{ère} fois, dans ses annexes, cette convention précise quelques normes de soins et quelques qualifications du personnel.

Concernant les médecins thermaux

Les honoraires sont pris en charge au titre des prestations légales en assurance maladie, en accidents du travail et maladies professionnelles. Pendant la cure, le médecin thermal assure les soins et la surveillance de son malade. Il reçoit donc des honoraires pour les actes qu'il prescrit et exécute qui sont sous forme soit :

- d'un forfait de surveillance médicale,
- de pratiques médicales complémentaires.

Le forfait de surveillance médicale :

Il a été instauré par un arrêté du 8 juin 1960. Il est défini ainsi dans la Nomenclature générale des actes professionnels (Titre XV – Chapitre IV – Article 2) : *Le forfait de surveillance médicale des cures thermales rémunère tous les actes accomplis pendant la durée normale de la cure et se rapportant directement à l'affection ayant provoqué la cure.* Les seuls actes médicaux et paramédicaux qui peuvent être remboursés en sus de ce forfait de surveillance médicale sont :

- les actes qui se rapportent à une affection différente de celle ayant motivé la cure (SDAM 257/73, ENSM 112/73 du 10/10/73, BJ 41-73).
- les médicaments, même s'ils se rapportent à l'affection ayant motivé la cure (SDAM 257/73, BJ 41-73).
- les actes de biologie (actes en B) même s'ils se rapportent à l'affection ayant motivé la cure (SDAM 25/7/73, BJ 41-73). Par contre, les actes nécessaires au prélèvement sanguin sont compris dans le forfait (lettre min. 23/6/64).
- un ECG pour les cures effectuées à Royat au titre de l'orientation thérapeutique : maladies cardio-vasculaires (lettre min. 11/6/79, SDAM 867/79, ENSM 326/79).
- les traitements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles dispensés aux grands brûlés effectuant une cure thermale à La Roche-Posay ou à Saint-Gervais, sous réserve que ces traitements aient été prescrits par le médecin traitant au moment de la demande de cure (circ.DGR 2356-89,ENSM 1285-89).
- les pratiques médicales complémentaires (voir chapitre suivant).

Cas particuliers de double handicap :

- lorsqu'une des deux affections est surveillée par un médecin spécialiste qualifié, le praticien surveillant l'affection principale est rémunéré par un forfait et le praticien surveillant l'affection secondaire par un demi forfait (DGR 1733-85, ENSM 942-85)
- lorsqu'un seul praticien assure la surveillance des deux affections, il est rémunéré par un seul forfait.

Cas du médecin spécialiste :

Il doit respecter l'exercice exclusif de sa spécialité et ne peut prendre en charge un curiste que si celui-ci bénéficie d'une prise en charge dans une orientation relevant strictement de sa spécialité (réponse ordinaire du 21.12.2001).

Les pratiques médicales complémentaires

Les pratiques médicales complémentaires ont été instaurées par un arrêté du 4 juillet 1960 modifié par un arrêté du 4 avril 1979. Elles sont définies à la Nomenclature générale des actes professionnels, Titre XV – Chapitre IV - Article 3 : *Un tableau indique les pratiques médicales thermales qui lorsqu'elles sont effectuées dans certaines stations limitativement énumérées et pour l'orientation thérapeutique précisée, donnent droit à un honoraire spécial s'ajoutant au forfait de surveillance médicale.* Ces pratiques médicales sont cotées en K et le tableau précise pour chacune d'entre elles le coefficient et le nombre de séances maximum.

Cas des chirurgiens-dentistes

Depuis l'arrêté du 13 mars 1986 (JO 19.3.86) ils peuvent prescrire une cure thermale pour affection des muqueuses bucco-linguales. L'arrêté du 13 mars 1986 (JO 19.3) autorise la prescription d'une cure thermale pour traitement des parodontopathies, en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales. Si la prescription de la cure peut être faite par un chirurgien-dentiste, les frais de surveillance médicale de la cure ne peuvent être payés qu'à un médecin thermal.

L'AVENIR

La mission Thermale de 1993 que nous avaient confié Simone Veil et Philippe Douste-Blazy constitue un tournant décisif qu'aucune des autres missions n'a permis. Elle a fait le point après 50 ans de thermalisme social.

Il avait permis l'accès des soins à quantité de personnes tout en écartant beaucoup par sa rigidité et l'inadéquation de ses textes avec la vie professionnelle et la morbidité actuelles. Il avait paupérisé les stations par des tarifs indigents, une impossibilité d'adaptation aux impératifs professionnels ou familiaux des patients, en se substituant à toute autre activité.

La mission Thermale a modernisé la prise en charge en donnant des chances égales à toutes les stations qui ne se diversifient plus que par leur résultat médical et l'attrait de leur accueil.

Elle a ainsi permis de débloquer une situation par la convention de 1997.

Mais il faut aller plus loin, sortir d'une réforme économique qu'est la convention de 1997 en y ajoutant une réforme sanitaire. Le résultat d'une cure est le fruit de l'application à bon escient des produits de la station.

Il faut hiérarchiser dans chaque station, pour chaque orientation, les pratiques au vu de leur efficacité et de leur complémentarité. Il faut normaliser, autant que faire se peut, les pratiques ainsi que les personnels et les matériels qui permettent leur application.

Cela ne remet pas en cause une tarification par orientation, sauf à la réévaluer en fonction non seulement du coût de la vie mais des frais que la mise en œuvre de bonnes pratiques entraîne.

Bien entendu, il faut constamment évaluer le résultat en terme scientifique comme en terme d'économie de la santé. Pour cela à chacun de prendre sa part, intellectuelle et financière comme nous l'avions proposé dès 1993, avec l'appui de l'INSERM.

Tout cela concerne **le thermalisme** que l'on peut qualifier de **thérapeutique**, celui que la France connaît presque exclusivement depuis l'avènement de la Sécurité sociale.

Il nous faut réfléchir aussi, avec les caisses, les assureurs, les consommateurs et les pouvoirs publics à l'apport considérable que peuvent apporter de nombreuses stations en termes de prévention, d'éducation.

Et aussi, en réactualisant l'esprit de l'Arrêté du 23 vendémiaire an VI : *les eaux minérales étant un don de la nature, elles appartiennent à tous et font partie des ressources*

publiques, faire comprendre aux caisses comme aux pouvoirs publics l'apport considérable que les villes d'Eaux peuvent faire au tourisme sans nuire aucunement à leur vocation sanitaire.

L'achèvement d'une bonne réforme reste un chantier considérable, d'un modernisme et d'une parfaite actualité.

