

Session n° 3 : La diversification sanitaire des stations thermales

ACCUEIL /

ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX DE L'OFFRE MÉDICALE ET SANITAIRE EN STATION THERMALE

Claude-Eugène BOUVIER, Délégué général du CNETH

Madame, Monsieur, bonjour,

Merci de vous être joints à nous pour cette troisième table ronde qui sera consacrée, comme vous l'avez vu, à la diversification médicale et sanitaire des stations thermales. Je suis Claude Eugène Bouvier, délégué général du CNETH.

Chaque orateur va disposer de douze minutes et puis nous ferons ensuite une petite synthèse avec un échange avec la salle. Et nous avons également la chance d'accueillir à cette table le docteur Daniel HABOLD qui représente l'Etat déconcentré puisqu'il est conseiller médical du directeur de l'offre de soins à L'ARS Nouvelle Aquitaine, et il lui appartiendra de faire la synthèse de cette table ronde en toute fin de réunion.

Alors, lorsque nous avons préparé le programme avec Jean-François Beraud, il m'a semblé évident qu'il fallait également qu'il y ait une présentation de ce que pouvait être la diversification médicale des établissements. Ne comptez pas sur moi pour alimenter la polémique entre les anciens et les modernes. Car il y a cette espèce de bataille d'Hernani sur le thermalisme : est ce qu'il faut du plus de bien être, ou plus de médical ? Il faut bien sûr les deux. Et de la même façon que Jean-François dit « on marche sur deux jambes », on respire aussi avec deux poumons. C'est vrai qu'il y a un poumon qui est un peu plus un peu plus volumineux que l'autre, mais ils finissent par se rejoindre dans la trachée pulmonaire.

Voilà, tout peut être en fait concilié et je pense que la stratégie gagnante est celle de l'hybridation, tout simplement. On sait que dans le monde végétal, dans le monde animal aussi, ce sont souvent les êtres hybrides qui sont les plus résistants et qui s'adaptent le mieux à leur environnement.

Alors cette polémique, que nous n'aurons pas, peut être liée justement à une imprécision dans les termes. Et cette imprécision, j'ai tenté de l'expliquer ici puisque la diversification peut se développer au moins à trois niveaux : au niveau de l'établissement thermal stricto sensu, au niveau de l'exploitant thermal qui, outre ses activités médicales conventionnées peut développer

d'autres types d'activités, notamment dans l'hébergement. Et puis enfin il y a la diversification au sens large au niveau de la station thermale.

Alors avant de vouloir diversifier, il faut bien sûr consolider les fondations et revenir peut être aux fondamentaux, c'est à dire mieux valoriser la production des preuves scientifiques du SMR thermal, et l'actualité récente nous oblige à le faire. Je prends l'exemple de cette dépêche que vous avez sous les yeux et qui a fait couler beaucoup d'encre. Pour vous inviter à réfléchir en fait sur ce que peut être la déformation d'une nouvelle initiative par la presse. La dépêche de l'AFP critiquait l'étude Thermarthrose, qui est un peu l'étude princeps, réalisée il y a déjà de nombreuses années, dont on est particulièrement fiers. Cette étude a été critiquée au motif que le groupe témoin n'avait pas été mesuré et n'avait pas été évalué dans les mêmes conditions que le groupe intervention. Ce qui est faux puisque le principe de cette étude c'était de mesurer la cure plus les exercices physiques versus les exercices physiques uniquement. La mesure et l'évaluation de la réalisation de l'atteinte des objectifs des exercices physiques était exactement faite de la même façon dans les deux groupes. Donc déjà erreur sur le constat. Et puis cette dépêche s'est transformée progressivement, notamment dans la Provence, par ce que vous voyez à l'écran : l'absence de groupe témoin, ce qui est le contraire même du paradigme de toutes les études menées par l'Afreth. Nous privilégions systématiquement les essais contrôlés, c'est à dire avec groupe témoin et, qui plus est, randomisé. Donc c'est vrai que quand on lit ce genre de choses, je crois qu'on a légitimement le droit d'être irrité.

Alors, bien sûr, il faudra poursuivre l'effort de recherche. Et l'Afreth va s'y employer. Nous avons une réunion hier avec le professeur Jean-Louis Montastruc, nouveau président du Conseil scientifique, et avec Madame la Présidente Renée-Claire Mancret. Nous avons décidé, non pas de baisser les bras, mais de réorienter l'effort de recherche en identifiant les priorités, c'est à dire en essayant de voir là où, potentiellement, nous étions défailants dans le rapport de valeur probante sur certaines indications. Et nous avons clairement identifié, et vous le savez, l'ORL et les voies respiratoires, les maladies digestives. Il y en a malheureusement d'autres mais celles-ci sont prioritairement identifiées.

Donc très clairement, et comme vous l'avez vu, nous ne refusons pas bien sûr le débat et l'évaluation par la Haute Autorité en Santé. Nous disons simplement qu'il faut s'y préparer : il faut négocier la méthodologie, clarifier la façon dont la HAS va intervenir et sous quel délai. Est ce qu'elle va raisonner sur une orientation ou sur une indication ? Je crois en tout cas qu'il ne faut pas se tromper de débat. La presse a relayé un débat qui, à mon sens, n'est pas le bon, c'est à dire celui de l'efficacité. Il y a déjà une différence, comme vous le savez, entre l'efficacité et l'efficience ; l'efficience étant le rapport de l'efficacité aux moyens qui se sont développés pour atteindre un résultat. Il y a une troisième notion qui est l'effectivité, c'est à dire l'efficacité

en vie réelle. Vous avez des médicaments qui sont très efficaces mais dont l'effectivité est faible parce que la compliance à la posologie par exemple, n'est pas respectée.

Ce qui n'est pas le cas pour le coup dans les cures thermales, puisqu'il y a une parfaite identification de l'identité entre l'efficacité et l'effectivité. Mais surtout, nous, nous devons être jugés sur un autre concept. Qui est celui de l'utilité. Concept qui intègre à la fois l'efficacité mais également l'utilité publique de cette thérapeutique. Prenons un exemple simple. La plupart d'entre vous connaissent ce médicament qui est l'euphytose dans lequel il y a un certain nombre d'ingrédients qui sont utilisés pour traiter les troubles mineurs d'insomnie. En soi, on n'est pas du tout certain qu'il soit efficace, mais par contre il est très utile. Il est très utile parce que les gens le prennent et évitent ce faisant de prendre des benzodiazépines et des somnifères. Donc c'est un médicament utile. La médecine thermique, c'est également une médecine à la fois efficace mais également utile à la collectivité et plus encore si on intègre la dimension prévention.

Alors quels sont les atouts de cette médecine thermique ? Ils sont nombreux. On a la chance d'être situé à un niveau intermédiaire entre le niveau micro qui est celui des comportements individuels et le niveau macro, là où se déploient les politiques de santé publique. Et nous sommes dans ce niveau intermédiaire, mezzo en quelque sorte, qui est celui d'une collectivité, la collectivité des curistes qui, en plus, est relativement homogène.

J'évoquerai ici quelques particularités de cette médecine.

Volontairement, je l'appelais médecine molle, pour ne pas dire médecine douce, pas non plus pour faire plaisir à Dali, mais parce que c'est une médecine qui s'oppose à la médecine dure des biotechnologies. C'est une médecine de la chronicité. Et vous le savez, 80% de l'augmentation des dépenses de santé sont liées aux maladies chroniques. Donc on est vraiment dans le cœur de sujet de la santé publique. C'est une médecine holistique parce qu'elle s'intéresse à l'individu dans son intégrité, dans son intégralité. Et ce n'est pas simplement une médecine des appareils ou des organes. Et enfin, c'est une médecine intégrative parce qu'elle allie ce qu'on appelle désormais *evidence based medicine*, c'est à dire la médecine fondée sur les preuves, et puis une médecine complémentaire. Donc voilà quatre caractéristiques qui font que cette médecine est d'une modernité totale. Et en plus, elle est au cœur de l'écologie médicale. C'est à dire finalement une médecine qui est économe de ses moyens. Et qui, en quelque sorte, honore la nature, comme le disait le frère Minguet hier puisque notre ressource est une ressource naturelle. Écologie médicale aussi, parce que dépourvue de iatrogénie et d'effets secondaires. Voilà beaucoup des atouts de cette médecine thermique.

Mais par contre, il y a un certain nombre de handicaps qu'il nous faut évoquer. Le premier étant cette absence de reconnaissance des pouvoirs publics. On est dans l'angle mort du système de santé. Et si on devait apporter la preuve de cela, c'est que quand vous regardez par exemple les recommandations de la HAS sur la plupart des pathologies, à nul endroit il est fait mention de

la médecine thermale, sauf peut-être dans la lombalgie où il y a une recommandation sur le thermalisme. En dehors de cela, nous sommes totalement absents du paysage.

Autre exemple, et vous l'avez vécu pendant la crise sanitaire, tous les décrets qui sont parus ont totalement oublié les établissements thermaux. On est complètement absents du paysage, donc il faut bien sûr pouvoir être mieux identifiés dans le parcours de santé. Il faut être davantage connecté avec les patients, bien sûr, et les médecins.

Donc, le dossier médical du patient, l'espace santé maintenant, va le permettre. Il faut conserver la relation en période intercurrente et il faut bien sûr pouvoir enrichir la cure thermale en passant de la cure thermale à l'intervention thermale : le thermalisme augmenté dont parlait Michel Duprat ce matin.

Il faut décloisonner cette médecine thermale qui est une médecine hors sol et arriver à la reconnecter avec les territoires. Et il faut la reconnecter, bien-sûr avec les autorités, les ministères et les élus. Alors il faudra aussi être plus innovant. Et là, de façon assez provocante et de façon parallèle, je vous ai relaté l'évolution de la rhumatologie et des soins en urologie.

Donc la rhumatologie, vous voyez les principales étapes, je ne vais pas les reprendre. Mais retenons que le docteur Jacques Forestier, le grand père de notre ami Romain, a été l'un des pionniers de cette rhumatologie. Et puis ensuite, il y a eu la clinique de rhumatologie à Cochin et il y a eu un certain nombre de molécules de la cortisone bien sûr, le méthotrexate et les biothérapies qui ont fait que la rhumatologie a progressé à vitesse grand V.

Et dans le même temps, que se passait-il en hydrologie ? J'ai pris l'exemple de la douche filiforme dont plusieurs stations revendiquent la paternité. Historiquement, je l'attribue à La Bourboule, mais je sais que Saint-Gervais conteste cette version des faits. Toujours est-il que dans le même temps, qu'est-ce qu'on a fait ? On a peut-être augmenté le nombre de jets, on a augmenté la pression de cette douche filiforme. En fait, pas grand-chose ! La grille des soins thermaux est totalement sclérosée depuis de nombreuses années. Il y a cent-un soins et depuis au moins 2003, il n'y a eu aucune nouvelle introduction de soins. La dernière fois que nous avons voulu introduire un soin, on s'est fait retoquer en nous disant « ce n'est pas possible, c'est trop compliqué. Il faut demander l'avis de la HAS, il faut demander l'avis de l'Académie de médecine ». Donc l'innovation, notamment sur les soins, est actuellement bloquée et il faut faire évoluer ce point là.

Il faut être également être plus fiers de ce que nous sommes. Voici un extrait du sondage Harris qui a été mené, dont vous aurez communication dans peu de temps. Cette étude menée auprès de 2200 personnes révèle à quel point les personnes qui ne sont pas nécessairement des curistes ont une perception de l'efficacité de la cure thermale. C'est plus que des bons résultats, c'est un véritable plébiscite entre 80 et 90 %.

Donc, même si nous subissons des critiques ici ou là, je crois qu'on peut être légitimement fiers et partager cette fierté avec nos curistes. Il faut être plus offensif également. Et puis clairement

dire qu'on n'est pas réellement le problème dans la gestion et la maîtrise des dépenses publiques, mais qu'on est peut-être une partie, même minime, de la solution dans l'équilibrage des comptes de l'assurance maladie. Vous en avez la preuve arithmétique ici. D'un côté, vous avez pour 163 millions (alors ce sont les données de 2021) qui sont les ressources fiscales et sociales consommées par la médecine thermique, c'est à dire les honoraires qui sont versés aux médecins thermaux et la prise en charge des forfaits thermaux. Alors certes, il faudrait y ajouter les subventions publiques, mais globalement, reprenez ce chiffre de 163 millions. Et d'un autre côté, vous avez les cotisations sociales. Ce sont des chiffres extraits de l'Observatoire qui vous a été présenté ce matin. Donc, vous voyez, au final, qu'entre cotisations sociales, taxes, TVA, on est à pratiquement 120 millions d'euros. Donc, vous avez un delta de l'ordre de 40 à 50 millions d'euros en année pleine. Il serait certainement supérieur, mais enfin, c'est le chiffre qu'il faut retenir. Même à 80 millions d'euros de prise en charge de 600 000 curistes, le coup ramené au curiste est quand même très marginal.

Donc voilà quelques raisons d'être optimistes. Et je voulais terminer en vous disant que, certes on a traversé une crise ; je crois qu'on a, passez-moi l'expression, « accumulé les emmerdements » depuis trois ans avec la crise sanitaire, avec la crise énergétique, avec la pénurie sur le recrutement des personnels, avec l'amendement Meynier, et j'en passe. Mais ce qui est paradoxal, c'est qu'on n'a jamais été aussi forts. Je le pense, parce que la profession est restée unie. On a su répondre. Et puis nos adversaires ont peut-être oublié une chose. Je fais référence à un proverbe africain. Ils ont voulu nous enterrer, mais ils ont oublié que nous étions des graines.

Voilà, merci.