

La Presse Thermale et Climatique

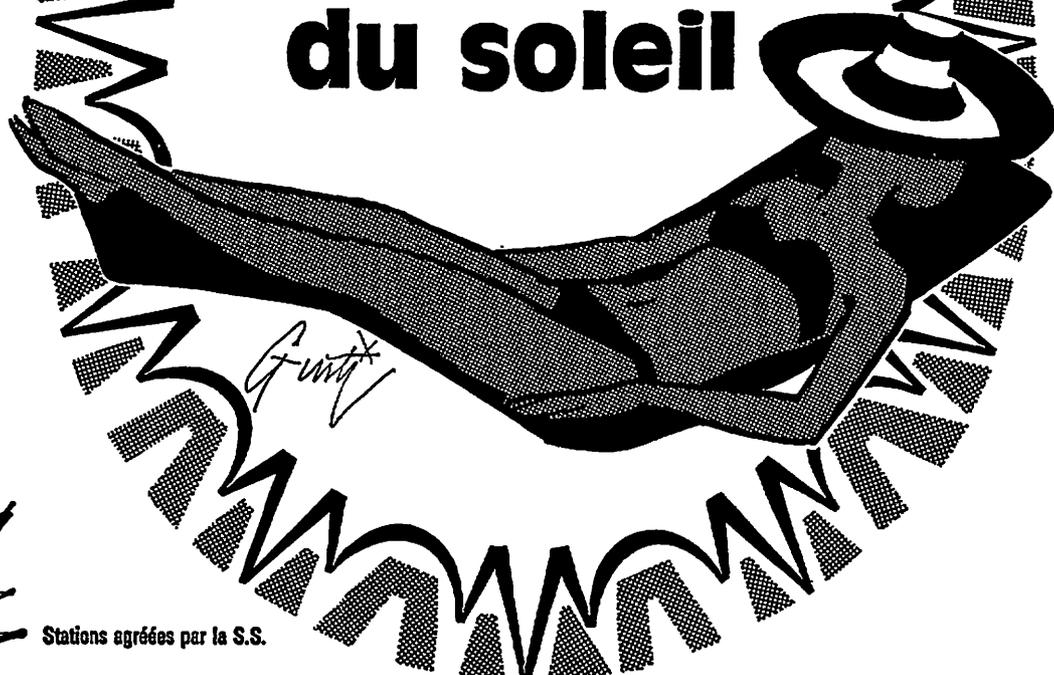
LES JOURNÉES NATIONALES
DU THERMALISME

Organe officiel
de la Société
Française d'Hydrologie
et de Climatologie Médicales

JOYAUX DU THERMALISME FRANÇAIS ENTRE OcéAN ET MÉDITERRANÉE

les stations de détente de la

chaîne thermale du soleil



Stations agréées par la S.S.

BARBOTAN-LES-THERMES Station de la jambe malade, circulation veineuse, phlébites, varices. Rhumatismes, sciaticques, traumatologie. Station reconnue d'utilité publique. Avril - Novembre.

EUGÉNIE-LES-BAINS Colibacillose, maladies de la nutrition, du tube digestif et des voies urinaires - Obésité, pré-gérontologie. Rhumatismes - Avril - Octobre.
Landes

ST-CHRISTAU Muqueuses, dermatologie, stomatologie
Basses-Pyrénées Avril - Octobre - Altitude 320 m.

MOLITG-LES-BAINS Affections de la peau, voies respiratoires, rhumatismes, obésité, pré-gérontologie. Station-pilote de la relaxation. Climat méditerranéen tempéré. Altitude 450 m. Ouvert toute l'année.
Roussillon

GRÉOUX-LES-BAINS Rhumatismes, voies respiratoires, arthroses, traumatologies, arthrites. Altitude 400 m. Climat méditerranéen tempéré. Ouvert toute l'année.
Alpes de Provence

Demandez la documentation sur la station qui vous intéresse à :

MAISON DU THERMALISME 32 Av. de l'Opéra, Paris 2^e Tél. 073 67-91 et Société Thermale de chaque station

LA PRESSE THERMALE ET CLIMATIQUE

ORGANE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

Ancienne GAZETTE DES EAUX

Fondateur : Victor GARDETTE

COMITÉ DE PATRONAGE :

Professeur ARNOUX. — Professeur J.M. BERT. — Professeur Agrégé F. BESANÇON. — Professeur Agrégé CORNET. — Professeur DARNAUD. — Professeur Ch. DEBRAY. — Professeur DELÉPINE, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. — Professeur J.-J. DUBARRY. — F. FRANÇON, Membre correspondant de l'Académie de Médecine. — Professeur GIBERTON. — Professeur G. GIRAUD, Membre de l'Académie de Médecine. — Professeur GONIN. — Professeur GRANDPIERRE, Directeur du Centre d'Enseignement et de Recherches de Médecine aéronautique de Paris. — GRISOLLET, Ingénieur en Chef de la Météorologie, Chef du Service d'Etudes Climatiques de la ville de Paris. — Professeur JUSTIN-BESANÇON, Membre de l'Académie de Médecine. — LEPAPE, Professeur au Collège de France. — Professeur RIMATTEI, Membre correspondant de l'Académie de Médecine. — Professeur SANTENOISE. — R. SOYER, Assistant au Muséum National d'Histoire naturelle. — DE TRAVERSE, Chef de Laboratoire Hôpital Cochin. — Professeur R. WAITZ.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : Jean COTTET. — *Secrétaire général* : René FLURIN.

Biologie : P. NEPVEUX. — Veines : J. LOUVEL. — Cœur : A. PITON; M^{me} Y. BOUCOMONT. — Dermatologie : P. BAILLET. — Hépatologie et Gastro-Entérologie : G. BONNET, H. DANY, J. DE LA TOUR. — Gynécologie : Y. CANEL. — Entérologie : P. VENDRYES. — Médecine sociale : Ch. BERLIOZ. — Neuro-psychiatrie : J.-C. DUBOIS, J. DUCROS, L. VIDART. — Pathologie ostéo-articulaire : A.-C. BÉNITTE, F. FORESTIER, J. FRANÇON. — Pédiatrie : CHAREIRE, M. FONQUERNIE. — Néphrologie et Urologie : J. COTTET, J. FOGLIERINI, P. PRUNIER. — Climatologie : W. JULLIEN. — Voies respiratoires : A. DEBIDOUR, R. FLURIN, P. MOLINÉRY, J. PASSA, E. PERPÈRE, F. CLAUDE.

COMITÉ MÉDICAL DES STATIONS THERMALES :

R. APPERCE, G. EBRARD, G. GODLEWSKY, P. LAOUENAN, A. MATHIEU DE FOSSEY.

SOMMAIRE

In mémoirium : le Doyen Robert CUVELIER, par G. ÉBRARD 39

LES JOURNÉES NATIONALES DU THERMALISME

Programme des travaux 42

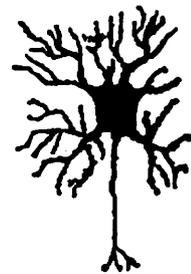
Suite du sommaire page III

l'antalgique neurotrope des grands syndromes douloureux

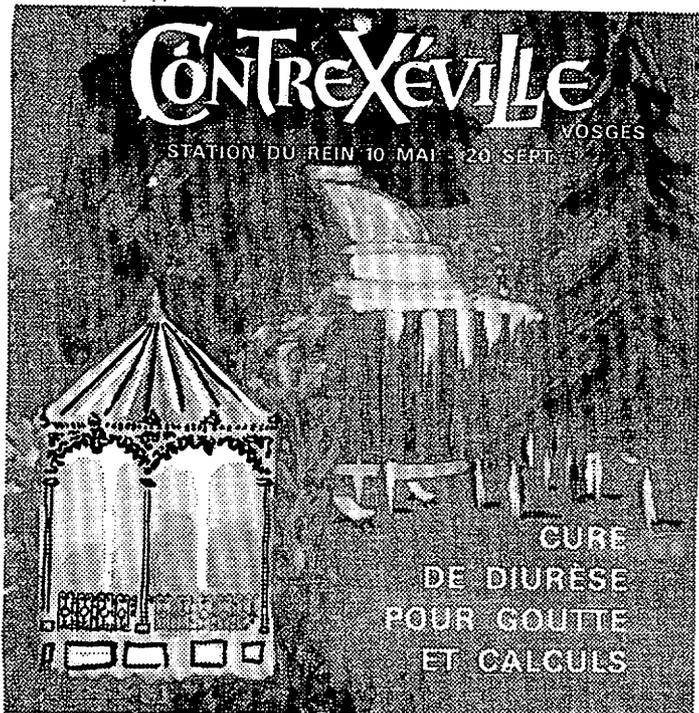
novobédouze dix mille

Soluté injectable I.M et I.V. à 10.000 mcg d'hydroxocobalamine base anhydre par amp. de 2 ml

Algies intenses d'origine nerveuse centrale ou périphérique, d'origine arthrosique ou rhumatismale et d'origine artéritique - Une ampoule par jour ou tous les deux jours en injection intramusculaire lente et profonde par séries de 6 à 12 injections. Le NOVOBEDOUZE Dix Mille peut être utilisé par voie intraveineuse. Le mode d'administration normal demeure la voie intramusculaire qui assure une résorption lente, des taux plasmatiques élevés et durables ainsi qu'un stockage hépatique important. - Boîte de 4 ampoules - V. NL 3672 - Séc. Soc., Art. 116, A.M.G. - Prix : 28,05 F.



Laboratoires du Docteur E. BOUCHARA - 8, Rue Pastourelle - PARIS



CONTREXEVILLE

(VOSGES)

LA PLUS DIURÉTIQUE DES EAUX DE DIURÈSE

Il est recommandé de prescrire tous les 3 mois une cure d'un mois de Source Pavillon, à raison de 3 verres matin et soir à jeun, en régime déchloruré. Entre les cures de Pavillon, la Source Légère pourra être utilisée comme eau de table.

Les sources de Contrexéville (Pavillon, Légère, Souveraine) sont bien connues depuis deux siècles pour leurs propriétés hautement diurétiques. Elles appartiennent aux groupes sulfaté calcique vosgien. Ce sont des eaux froides (11°) dont le débit pratiquement illimité peut faire face à une demande qui s'accroît sans cesse. La production actuelle est de 100 millions de bouteilles par an. Elle est assurée par la nouvelle usine de 30.000 mètres carrés.

La cure à domicile s'avère très satisfaisante dans la majorité des cas. En effet les procédés ultra-modernes de captage et d'embouteillage de l'eau lui assurent une conservation parfaite et prolongée pour tous les troubles relevant d'une intoxication chronique : obésité, cellulite, arthritisme, vieillissement, avec la source Pavillon de préférence. Un travail récent a en outre démontré l'excellente action préventive de Contrexéville Légère contre l'obésité gravidique et ses séquelles du post-partum.

La cure à la station sera préconisée surtout aux malades organiques : lithiasiques urinaires et biliaires, gouteux, urémiques, infections urinaires, arthrosiques.

La cure est essentiellement une cure de boisson qui sera complétée par toute la gamme des moyens physiothérapeutiques dispensés à l'Etablissement Thermal.

La rénovation entreprise depuis cinq ans à la station, la gamme étendue des hôtels, le climat frais, et les magnifiques forêts environnantes, font de Contrexéville un séjour de repos et de relaxation. Il est prudent de conseiller dans la mesure du possible la cure en début et en fin de saison (mai-juin et septembre), la plus grande activité diurétique étant obtenue aux périodes fraîches plus qu'aux grandes chaleurs.

SOMMAIRE

(suite)

JOURNÉE DU MARDI 19 JANVIER

Séance du matin

Discours d'ouverture des Journées Nationales du Thermalisme, par G. ÉBRARD	44
Discours de Monsieur Robert BOULIN, Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale	45
L'effort de la Société d'Hydrologie et de Climatologie Médicales dans le domaine de la statistique, par A. DEBIDOUR	49
Le traitement thermal dans la bronchite chronique, par R. JEAN	51
La spasmophilie digestive et la cure bicarbonatée sodique, par J. de LA TOUR	54
Les critères d'efficacité des cures thermales en rhumatologie, par J. MAUGEIS de BOURGUESDON	58
Les débats	60

Séance de l'après-midi

Le rendement thérapeutique des cures thermales, leur rendement médico-social, par J. CARRIÉ	62
Les débats	68
Conclusion des débats, par Cl. LAROCHE	71

JOURNÉE DU MERCREDI 20 JANVIER

Séance du matin

La place du thermalisme dans les grandes options de la thérapeutique, par R. CUVELIER	77
Les débats	81

Séance de l'après-midi

Rapport, par J. CARRIÉ	87
Les débats	89
Conclusion de la journée du 20 janvier : La place de la prescription thermale dans un plan thérapeutique de longue haleine, par F. BESANÇON	96

JOURNÉE DU JEUDI 21 JANVIER

Séance du matin

Allocution de A. COSTE-FLORET	104
Le thermalisme français à l'heure de l'informatique, par M. LEINEKUGEL	105
Les aspects médicaux de la station thermale, par P. MOLINERY et R. FLURIN	105
L'équipement des stations thermales, par F. KNECHT	109
Les débats	114

Séance de l'après-midi

Propagande et promotion des stations thermales, par F. KNECHT	118
Les débats	121
Discours de M. ANTHONIOZ	121
Conférence de P. RIBEYRE : « Pourquoi le thermalisme ? »	128

Fin des travaux consacrés aux Journées Nationales du Thermalisme

INFORMATIONS	132
------------------------	-----

RÉPERTOIRE DES ANNONCEURS

Bouchara - Novobédouze, p. I. — Bourbonne-les-Bains - Sous un climat, 4^e couv. — Contrexeville - La plus diurétique, p. II. — Divonne-les-Bains - Station de détente, p. V. — Enghien - Le soufre thermal, p. V. — Evian - La grande station du rein, p. VI. — Excerpta-Medica - Réhabilitation, p. IV. — Sté d'Hydrologie, 3^e couv. — Lamalou-les-Bains - Centre thermal, p. VII. — Luchon - Station pilote, p. VII. — Maison du Thermalisme - Joyaux du thermalisme, 2^e couv. — Seri - Etudes, Conseils techniques, p. VIII. — C¹e Fermière de Vichy - Les boues végéto-minérales, pp. IX, X. — Vittel, p. VIII.

EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE, 15, RUE SAINT-BENOIT - PARIS-VI^e

Téléphone : 222-21-69

C. C. Postal Paris 370-70

ABONNEMENTS :

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
174, Boulevard Saint-Germain --- PARIS-VI^e --- 548-54-48

FRANCE : 27 F. — ÉTRANGER : 32 F.

Le numéro : 6,50 F.

REHABILITATION AND PHYSICAL MEDICINE

*Important, up-to-date,
and scientifically accurate abstracts of reports from the world's biomedical literature
dealing with Rehabilitation and Physical Medicine
are brought to your desk in this monthly publication.*

First published in 1958,

Rehabilitation and Physical Medicine currently contains some 2,750 abstracts each year.

Main chapter headings :

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. GENERAL PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION | 11. SOCIAL WELFARE, LEGISLATION |
| 2. ANATOMY | 12. HOUSING AND HOMEMAKING |
| 3. PHYSIOLOGY | 13. RECREATION |
| 4. KINESIOLOGY | 14. PHYSIOTHERAPY |
| 5. BIOMECHANICS, PHYSICS AND ENGINEERING | 15. BALNEOLOGY AND CLIMATOTHERAPY |
| 6. FUNCTION TESTS | 16. OCCUPATIONAL THERAPY |
| 7. REHABILITATION OF SOMATIC DISORDERS | 17. ACTIVITIES OF DAILY LIVING |
| 8. REHABILITATION OF MENTAL DISORDERS | 18. PROSTHESIOLOGY |
| 9. EDUCATION OF THE DISABLED | |
| 10. VOCATIONAL REHABILITATION | |

Specimen copies are available on request.

Annual Subscription Rate :

U.S. \$ 35.00/£ 14.13.od. Sterling/Dfl. 126,00

EXCERPTA MEDICA, Herengracht 119-123, Amsterdam, The Netherlands

ORDER FORM

Please send this order form to : EXCERPTA MEDICA,
Herengracht 119-123, Amsterdam, The Netherlands

Please enter my subscription to
REHABILITATION AND PHYSICAL MEDICINE
Annual subscription rate : US \$ 35.00/£ 14.13. od. Sterling/Dfl. 126,00

Please send me a specimen copy

Cheque enclosed : Please bill me

Name :

Address :

.....

IN MEMORIAM

LE DOYEN ROBERT CUVELIER

Par le Docteur Guy EBRARD

Président de la Fédération Thermale et Climatique Française

Au moment où se déroulaient les Journées Nationales du Thermalisme, nul ne se doutait que le Doyen Cuvelier qui en était l'un des principaux animateurs serait foudroyé quelques semaines plus tard par une mort soudaine et inopinée. Tous ceux qui avaient préparé avec lui ces assises du thermalisme français et singulièrement la Fédération Thermale et Climatique Française et son Président ont ressenti douloureusement ce deuil.

Adeptes convaincus des thérapeutiques thermales, il n'avait pas hésité malgré la lourde et double charge de son enseignement et de ses travaux de chercheur et de savant à consacrer une partie importante de ses activités à la cause de la rénovation du thermalisme français.

A vrai dire, dès le début de sa brillante carrière sa vocation d'hydrologue s'était affirmée.

Né le 9 janvier 1910 à Haubourdin (Nord) le Professeur Robert Cuvelier fit ses études secondaires et supérieures à l'Université de Lille. L'école de biochimie lilloise, l'internat des hôpitaux (1930-34) devaient lui assurer une solide formation biologique et clinique. En 1937, il soutenait sa thèse de doctorat en médecine. De 1937 à 1939, il occupa le poste de préparateur puis d'assistant d'hydrologie à la Faculté de Lille.

Sa carrière, comme celle de tous les hommes de sa génération, devait être interrompue par la dernière guerre mondiale. En 1939, il est mobilisé comme médecin de bataillon, puis comme médecin-chef de régiment et, fait prisonnier, il reste en captivité pendant un an et demi.

Libéré en 1941, il prend une part active à la Résistance dans les groupes des maquis du sud de la Nièvre.

A la Libération, il devient médecin consultant à Vichy. En 1949, il est nommé Professeur titulaire de la chaire d'hydrologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand. Puis il passe le concours d'agrégation (section hydrologie) en 1955 et est alors nommé titulaire de la chaire d'hydrologie et de climatologie de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie. De 1956 à 1965, il devait assumer les fonctions de Doyen de cette Faculté.

Entre-temps, Robert Cuvelier était devenu chef du service de néphrologie et des maladies métaboliques du C.H.U., et il organisait le service d'épuration extra-rénale.

Co-directeur, depuis 1959, de l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie de l'Université de Clermont-Ferrand, il avait organisé l'enseignement de l'attestation d'études d'hydrologie et de climatologie médicales et créé, par ailleurs, un cours international de vacances pour les étrangers qui avait lieu chaque année depuis 1957.

Le Professeur Robert Cuvelier était Chevalier de la Légion d'Honneur, Officier de l'Ordre du Mérite, Commandeur des Palmes Académiques.

Il était également Président du Conseil Supérieur du Thermalisme dont il avait orienté les travaux avec efficacité, notamment dans le domaine du thermalisme social. Depuis qu'il assumait cette charge il avait instauré une collaboration étroite avec la Fédération Thermale et Climatique Française à laquelle il prêtait l'appui de son incontestable autorité de savant.

Le rapport magistral qu'il présenta aux Journées Nationales du Thermalisme sur : « La place du Thermalisme dans les grandes options de la thérapeutique moderne » et qui est publié ci-après est en quelque sorte le testament intellectuel de Robert Cuvelier. Nous ne le relisons donc pas sans tristesse.

Mais la personnalité morale du Doyen Robert Cuvelier n'était pas moins attachante que sa personnalité de savant. Son intelligence éclairait une conscience sans rides. Sa modestie égalait sa bonté.

Homme de tact, discret et désintéressé, sa probité avec tout un chacun n'avait d'égale que sa fidélité avec ses amis.

Il voulut bien me compter parmi les siens, durant les dix dernières années de sa vie.

C'est avec émotion et affection que j'évoque un souvenir qui restera pour tous un exemple.



DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

Station de détente ouverte toute l'année

1° INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

A) Les manifestations anxieuses :

d'étiologie diverse : surmenage, conflits, constitution, frustration affective, et d'expression différente : soit névrotique (névrose d'angoisse, phobique, obsessionnelle), soit psychosomatique (asthénie, insomnie, névrose d'organe), soit dépressive réactionnelle.

B) Les dépressions endogènes à leur période de convalescence.

C) Les états psychotiques à leur sortie de clinique en période de réadaptation.

2° TRAITEMENT.

Il fait appel :

à l'éloignement du milieu,
à la psychothérapie médicale surtout explicative et de soutien,
à l'hydrothérapie de détente assurée par le médecin lui-même et adaptée à chaque malade, aux méthodes de relaxation dirigée, type training autogène de Schultz,
à la physiothérapie.

3° SITUATION.

Divonne est située sur le versant oriental du Jura à 18 km de Genève. Altitude 500 m. Climat sédatif et tonique.

4° RENSEIGNEMENTS.

ÉTABLISSEMENT THERMAL — TÉLÉPHONE 170-173

LE SOUFRE THERMAL

THÉRAPEUTIQUE IDÉALE
POUR LES AFFECTIONS
DES VOIES RESPIRATOIRES

ENGLISHIEN

TÉL. 964-00-20

evian

la grande station du rein
au climat sédatif exceptionnel

station touristique, thermale et climatique

- **tous les plaisirs de l'eau**
ski nautique - canotage - voile - natation
- **toutes les distractions**
casino - théâtre - music-hall
- **tous les sports**
équitation - golf - tennis - pêche
- **établissement thermal ouvert toute l'année**
cure de détente intégrale - session de 9 jours

Hôtels de toutes catégories - Palais des congrès
Syndicat d'Initiative d'Évian - tél. 426-427 - telex n° 31.748



oooooooooooooooo

l'apport de l'eau d'evian en médecine générale

A son extrême pureté bactériologique, l'eau d'evian - source Cachat - joint une incomparable légèreté due à sa minéralisation faible et équilibrée. Sa diffusibilité et son pouvoir diurétique remarquable, en font une eau qui convient à tous, sans jamais être contre-indiquée.

evian
source Cachat

LES JOURNEES NATIONALES DU THERMALISME

Les JOURNÉES NATIONALES DU THERMALISME se sont déroulées les 19, 20 et 21 janvier 1971 à PARIS à la Maison de la Chimie (28, rue Saint-Dominique). Elles ont été organisées par la FÉDÉRATION THERMALE & CLIMATIQUE FRANÇAISE avec le concours des maires des stations thermales. Elles étaient placées sous le haut patronage de Monsieur Robert BOULIN, ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, de Monsieur Marcel ANTHONIOZ, secrétaire d'Etat au Tourisme et de Monsieur Bernard LAFAY, secrétaire d'Etat auprès du ministre du Développement industriel et scientifique. Elles ont été présidées par le docteur Guy EBRARD, Président de la FÉDÉRATION THERMALE & CLIMATIQUE FRANÇAISE, assisté de Présidents de séance dont les noms figurent ci-après dans le compte rendu des travaux.

Ces travaux, tout en conservant et, dans une certaine mesure, en accentuant le caractère scientifique de ceux des « Journées Thermales » des années précédentes ont été orientés vers un objectif de propagande en vue de dégager les grandes lignes d'un programme d'action pour une relance du thermalisme français.

Dans cet esprit, ces journées s'adressaient d'abord au corps médical car la crédibilité au thermalisme est essentiellement son affaire. Faute d'une information suffisante en matière d'hydrologie, les médecins eux-mêmes, conquis par les progrès spectaculaires de la chimiothérapie dont ils commencent, cependant, à soupçonner les risques, doutent de l'efficacité de la crénothérapie. La cure thermale est, en définitive, trop rarement prescrite. Il importait, dès lors de créer un dialogue entre les médecins prescripteurs, entre les médecins conseils de la Sécurité sociale et entre les médecins des stations thermales, avec le concours des maîtres éminents qui enseignent dans les chaires d'hydrologie.

Les deux journées des 19 et 20 janvier ont donc été consacrées aux problèmes médicaux du thermalisme.

Au cours de la journée du mardi 19 janvier, il a été traité de l'utilisation de la statistique dans le secteur thermal. La démonstration de l'efficacité des cures thermales et de leur rendement thérapeutique doit reposer, en effet, sur des bases scientifiques : or les statistiques établies par la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales prouvent que les cures thermales amènent une diminution des dépenses de la Sécurité sociale par la réduction de l'absentéisme et freinent la consommation pharmaceutique. Mais les méthodes de travail dans ce domaine doivent être perfectionnées et il semble qu'une utilisation plus rigoureuse des documents dont on dispose puisse être définie. Les principes d'une méthodologie reposant sur l'exploitation par l'informatique des dossiers des malades sont à définir.

Les animateurs de cette journée ont été le docteur DEBIDOUR, Président de la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie médicales, le docteur CARRIE, médecin-conseil régional de la Sécurité sociale à LIMOGES et le professeur Claude LAROCHE qui a tiré les conclusions des débats.

La deuxième journée, celle du mercredi 20 janvier, a été consacrée aux problèmes médicaux et sociaux du thermalisme. Les animateurs ont été le professeur CUVELIER, professeur à la faculté de médecine de CLERMONT-FERRAND, le docteur CARRIE déjà cité et le professeur François BESANÇON, médecin à l'hôpital de Vaugirard.

La troisième journée, celle du 21 janvier, était placée sous les auspices des maires des stations thermales

et avait pour thème : « la promotion et l'avenir des stations thermales : actions à mener dans le domaine de l'équipement et de la propagande ». Elle s'adressait non seulement aux maires, en tant qu'animateurs des stations, mais à toutes les catégories d'activités qui concourent au développement du thermalisme : établissements thermaux, hôteliers des stations thermales, casinos et syndicats d'initiative de ces mêmes stations, sociétés d'exploitation des eaux minérales.

L'importance économique du thermalisme est, en effet, aussi évidente que son importance médicale et sociale. Or, notre thermalisme avec en moyenne 400 000 curistes par an, alors que l'ITALIE en reçoit 1 250 000 et l'ALLEMAGNE 1 650 000 et le chiffre d'affaires de 800 millions (N.F.) est au-dessous de ses possibilités économiques. Manque de rentabilité des exploitations thermales, blocage des prix, mais aussi insuffisance de l'effort d'équipement par rapport aux pays concurrents du nôtre : telles sont les principales causes. L'objectif qui s'impose est donc que sans rien sacrifier du caractère scientifique du thermalisme français, le capi-

tal inestimable que constituent les sources thermales retrouve, dans un contexte et un environnement renouvelés, la prospérité et le succès auprès de la clientèle qu'il connaissait il y a cinquante ans.

Les deux rapporteurs de ces journées ont été monsieur LEINEKUGEL, Ingénieur-conseil et principalement monsieur François KNECHT, Président de l'I.R.I.E.C., membre du Conseil économique et social.

Enfin, la FÉDÉRATION THERMALE & CLIMATIQUE FRANÇAISE se proposant également d'informer le public, cette troisième journée s'est clôturée par une conférence de monsieur Paul RIBEYRE, Sénateur-maire de VALS-LES-BAINS, ancien ministre de la Santé publique sur le sujet : « POURQUOI LE THERMALISME ? ».

En définitive c'est cette question même qui, sous le triple aspect médical, social et économique, a été posée au cours de ces trois journées. Mettre en lumière les déficiences, les possibilités et les espérances du thermalisme français : tel a été le but des JOURNÉES NATIONALES DU THERMALISME.

*
*
*

PROGRAMME DES TRAVAUX

MARDI 19 JANVIER 1971

10 h : Séance d'ouverture.

Allocution de M. BOULIN, Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité sociale.

10 h 30 : Début des travaux.

Président de séance : Docteur Guy EBRARD.

THÈME : Colloque sur les statistiques thermales avec le concours de la Caisse Nationale d'Assurances Maladies, des Présidents et Directeurs des Caisses de la Sécurité Sociale et des régimes particuliers, du Contrôle Médical des Caisses.

LE MATIN :

1^o L'effort réalisé par la Société d'Hydrologie dans le domaine de la statistique.

Par le Docteur DEBIDOUR, Président de la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales.

2^o Débat sur la méthodologie prospective de la statistique des cures thermales.

L'APRÈS-MIDI :

Statistiques concernant :

1^o le rendement thérapeutique des cures thermales ;

2^o leur rendement médico-social (réduction de l'absentéisme - sous-consommation médicale et pharmaceutique).

Par le Docteur CARRIE, Médecin-Conseil Régional de la Sécurité sociale.

17 h : Conclusion des débats par le Professeur Claude LAROCHE.

MERCREDI 20 JANVIER 1971

JOURNÉE MÉDICO-SOCIALE

Président : Professeur SOURNIA, Médecin-Conseil National de la Caisse Nationale d'Assurances Maladies.

Participants : Les Médecins-Conseils Régionaux de la Sécurité sociale et les Médecins-Conseils Départementaux ; — les médecins consultants des stations thermales ; — les médecins prescripteurs ; — les représentants du Corps Médical (Ordre des médecins, Syndicats médicaux, Société d'Hydrologie Médicale, Société Médicale des Hôpitaux, Société des Hôpitaux libres, etc.).

9 h 30 : Conférence du Doyen CUVELIER, Professeur à la Faculté de Médecine de CLERMONT-FERRAND, Président du Conseil Supérieur du Thermalisme : « La place du thermalisme dans les grandes options de la thérapeutique moderne ».

Discussion.

15 h 30 : Présidence : Doyen CUVELIER.

Problèmes administratifs et sociaux du thermalisme.

Rapporteur : Docteur BENTEJAC, Médecin-Conseil National adjoint de la Caisse Nationale d'Assurances Maladies.

Dialogue avec les Médecins des stations thermales, les médecins prescripteurs, les différentes catégories de représentants du Corps Médical, l'Institut d'Hydrologie, la Société d'Hydrologie, le Syndicat National des Etablissements Thermaux.

18 h : Entretien post-universitaire par le Professeur François BESANÇON, Médecin de l'Hôpital de Vaugirard : « La place de la prescription thermale dans un plan thérapeutique de longue haleine ».

**JEUDI 21 JANVIER 1971
JOURNÉE DES MAIRES
DES STATIONS THERMALES**

Sous la Présidence effective de Monsieur Marcel ANTHONIOZ, SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU TOURISME, Maire de DIVONNE-LES-BAINS et de Monsieur Paul RIBEYRE, Ancien Ministre de la SANTÉ PUBLIQUE, Sénateur-maire de VALS-LES-BAINS.

THÈME : la promotion et l'avenir des stations thermales : actions à mener dans le domaine de l'équipement et de la propagande.

Cette journée était destinée non seulement à permettre aux maires de faire le point des grands problèmes qui les intéressent, mais à établir le dialogue avec les différentes catégories d'activités intéressées au thermalisme et à joindre le grand public.

LE MATIN :

9 h 30 :

1^o Président de séance : Monsieur Alfred COSTE-FLORET, Conseiller d'État, Président du Syndicat

National des Etablissements Thermaux, Maire de LUCHON.

Rapport de Monsieur LEINEKUGEL : « Le Thermalisme français à l'heure de l'informatique ».

Discussion.

2^o Président de séance : Docteur LACARIN, maire de VICHY, Président de la Fédération Thermale du Centre.

« L'équipement des stations thermales », par Monsieur KNECHT, Président de l'I.R.I.E.C., membre du Conseil Économique et Social, auteur de l'étude sur « la situation du thermalisme français » diligentée par le Commissariat Général au Tourisme et la Fédération Thermale et Climatique Française.

Discussion.

L'APRÈS-MIDI :

15 h : Président de séance : Docteur Guy EBRARD : « La propagande thermale et la promotion des stations », par Monsieur KNECHT.

Discussion et dialogue des maires avec les parlementaires, délégués par les groupes du thermalisme et du tourisme des deux Assemblées, avec les représentants des professions intéressées au thermalisme (Etablissements thermaux, Hôteliers, Casinos, Syndicats d'initiative, Société d'Exploitation des eaux minérales, etc.).

18 h 30 : Conférence par Monsieur Paul RIBEYRE, Ancien Ministre de la SANTÉ PUBLIQUE, Sénateur-maire de VALS-LES-BAINS :

« Pourquoi le thermalisme ? ».

**JOURNÉE DU MARDI 19 JANVIER
SÉANCE DU MATIN**

La journée du 19 janvier a été marquée par la présence de Monsieur Robert BOULIN, ministre de la Santé publique qui a ouvert les travaux et présidé la première partie de la séance du matin.

Il a été accueilli par le Docteur EBRARD, Président de la Fédération Thermale & Climatique Française, entouré des membres du bureau du Conseil d'administration. Plus de 450 personnes assistaient à cette séance inaugurale. Parmi les personnalités présentes on notait : Monsieur DANNAUD, Commissaire au Tourisme, Monsieur le Préfet HELY, directeur de cabinet de Monsieur le Préfet de Paris qu'il représentait, le représentant du secrétaire d'Etat au Développement industriel et scientifique, Monsieur Paul RIBEYRE, sénateur-maire de Vals-les-Bains, ancien ministre de la Santé publique, Monsieur Paul COSTE-FLORET, ancien ministre de la Santé publique (maintenant membre du Conseil constitutionnel), les membres de la Société d'Hydrologie

et de Climatologie Médicales, très particulièrement son Président le Docteur DEBIDOUR, Monsieur Alfred COSTE-FLORET, Président du Syndicat National des Etablissements Thermaux, le Docteur MOLINÉRY, Président du Syndicat National des médecins thermaux, enfin de nombreux parlementaires du groupe « thermalisme » des deux Assemblées.

Le Docteur EBRARD a exprimé au Ministre sa gratitude et celle de toutes les personnalités participant aux Journées Nationales du Thermalisme pour sa présence au milieu d'elles et pour avoir bien voulu accepter d'inaugurer les travaux de ces journées. Rappelant le rôle que joue le thermalisme sur le plan de la santé, sur le plan social et sur le plan économique, il a formulé le souhait qu'une collaboration de plus en plus étroite s'instaure entre le corps médical, les professionnels et le Ministre de tutelle pour une rénovation de ce secteur.

Il a prononcé le discours suivant :

**DISCOURS D'OUVERTURE
DES JOURNÉES NATIONALES
DU THERMALISME**

par le Docteur Guy EBRARD

Président de la Fédération Thermale
& Climatique Française

Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la
Sécurité Sociale,

Monsieur le Commissaire au Tourisme,

Monsieur le Secrétaire d'État au Développement
Industriel et Scientifique,

Monsieur le Président du Groupe d'Études du Ther-
malisme à l'Assemblée Nationale,

Messieurs les Parlementaires,

Messieurs les Présidents,

A l'ouverture de ces Journées Nationales, nous vous
remercions de votre présence et nous vous souhaitons
une déférente et cordiale bienvenue.

Vous encouragez ceux qui se sont dévoués à leur
succès, les Maires qui en supportent essentiellement
la charge financière, les cinq cents participants inscrits
en provenance de nos provinces les plus lointaines.

Je salue nos amis étrangers qui nous ont fait l'hon-
neur de réunir leur colloque international dans le
cadre de nos propres manifestations en faveur du
thermalisme.

Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la
Sécurité Sociale, je tiens à vous exprimer la recon-
naissance de la Fédération Thermale et Climatique
Française.

Vous avez bien voulu comprendre, en nous recevant
en décembre 1969, que le thermalisme allait un peu
à la dérive et qu'il était grand temps de prendre la
barre.

Pour la première fois depuis de nombreuses années,
nous avons trouvé en vous, après la brève et bénéfique
intervention au poste que vous occupez de M. Schu-
mann, un Ministre de tutelle qui assume sa respon-
sabilité.

Bien coordonné avec vous par l'intermédiaire de
votre collaborateur M. Boyon que je tiens à remercier,
vous avez choisi, en la personne du Professeur Cuve-
lier, le Président du groupe de travail dont nous avons
souhaité la constitution.

Durant quelques mois, s'appuyant sur quelques
bonnes volontés, échangeant documents et points
de vue, discutant des solutions, ce fut pour le groupe
de travail l'étape de la confrontation et de la réflexion ;
ceci aboutit en août dernier à la publication d'une
plaquette « Thermalisme », prenant sa place dans la
définition d'une politique de la Santé.

Cette mise à jour, aussi complète et aussi docu-
mentée, n'aurait pu être possible sans le concours du
Commissariat au Tourisme et je tiens à l'en remercier.

C'est en effet le substantiel concours financiers de
cette Administration qui a permis à notre Fédération,
d'effectuer conjointement avec elle, une importante
étude comparative avec la situation en Italie et en

Allemagne qui a nourri les conclusions du groupe de
travail que vous avez constitué ; ceci souligne les
relations étroites qui doivent exister entre le ther-
malisme et les autres secteurs de la vie économique,
notamment le tourisme.

Aujourd'hui, Monsieur le Ministre de la Santé
Publique, vous connaissez toutes les données du pro-
blème.

En remettant en activité le 14 Mai 1970 le Conseil
Supérieur du Thermalisme, — ce qui était depuis
longtemps souhaité, — votre déclaration de principe
nous a prouvé que vous aviez bien pris la mesure
des difficultés du thermalisme et la dimension de
ses possibilités pour rattraper la clientèle libre et
étrangère.

Nul doute que dans un instant vous ne voudrez
nous faire connaître les premières mesures de relance
que vous comptez prendre. Plusieurs d'entre elles
dépendent, il est vrai, de plusieurs de vos collègues :

— Éducation Nationale car une politique cohérente
de l'enseignement et de la recherche hydrologique,
dotée de moyens suffisants, doit appuyer vos efforts.

— Mesures financières permettant de rentabiliser
nos établissements et nos hébergements, donc de les
moderniser, à moins de se résigner à offrir le spectacle
de stations vétustes et démodées en comparaison
des équipements étrangers plus attractifs.

Il s'agit d'une longue route. Nous devrions la prendre
avec une plus grande volonté d'aboutir durant le
VI^e Plan.

Pour mener à bien cette tâche, il était fondamental
que le thermalisme français retrouve un tuteur con-
vaincu pour lui-même et donc convaincant pour les
autres, dont la caution et le soutien rendront au corps
médical français tout entier, confiance dans la valeur
séculaire de nos sources. Car l'importance sanitaire
de nos stations ne saurait laisser les médecins français
indifférents ; ils doivent être des prescripteurs convain-
cus d'une thérapeutique qui, si elle est correctement
appliquée, est bénéfique pour le malade et garde,
malgré les bouleversements de la pharmacopée, une
place de choix.

A l'instant ou d'ailleurs chacun s'inquiète à juste
titre du poids toujours croissant des médicaments
dans le budget de la nation, il est important de rap-
peler que toutes les dépenses confondues du thermal-
isme ne dépassent pas les 0,77 % du budget général
de l'assurance maladie et que la contrepartie de cette
dépense s'accompagne souvent d'une baisse de la
consommation des médicaments et d'une réduction
de l'absentéisme professionnel, bénéfique pour le
malade : le thermalisme est donc en même temps
rentable pour le budget social.

Représentant 20 % du capital thermal de l'Europe,
nos 110 stations thermales françaises font vivre
250 000 personnes, représentant une capacité d'accueil
de 220 000 chambres, soit 10 000 000 de nuitées et
que l'industrie thermale avoisinant un chiffre d'affaires
de 1 milliard de francs nouveaux dépasse celle du
cinéma et des jouets et se hisse presque au niveau
de la bijouterie et de la joaillerie.

Il y a donc un ensemble de raisons concordantes
qui motivent l'intérêt des pouvoirs publics au soutien
de nos stations thermales.

Sans aucun doute, le thermalisme a besoin d'une cure de rajeunissement. Pour la mener à bien, vous serez aidé et soutenu par un corps universitaire et un corps médical éprouvés et des professionnels convaincus.

Mais ce retour aux sources, en un temps où l'on veut protéger la nature, n'est-il pas entre les mains du ministre de la Santé, un instrument concret d'une politique de l'environnement et de l'aménagement du territoire.

Dans cette tâche qui vise à préserver l'équilibre physique et moral des Français, vous pouvez compter sur le concours dévoué de la Fédération Thermale et Climatique Française et des participants à ces Journées Nationales.

(Applaudissements).

Le Ministre prend à son tour la parole. Dans le discours important et attendu qu'il devait prononcer, Monsieur Robert Boulin, après avoir à son tour souligné l'importance du capital thermal français, la place de choix de la crénothérapie dans la thérapeutique moderne et sur le plan médico-social, a solennellement annoncé un certain nombre de mesures qu'il comptait prendre dans l'immédiat pour favoriser une relance du thermalisme français.

Avant de donner le texte intégral du discours du Ministre, nous croyons opportun d'énumérer brièvement ces mesures :

— *intervention auprès du ministre de l'Education Nationale pour la création d'au-moins un poste de chargé de cours d'hydrologie dans les unités d'enseignement et de recherches médicales qui n'en sont pas pourvues ;*

— *promesse, dans l'avenir, d'intervenir pour que les titulaires de l'attestation d'hydrologie et climatologie médicales obtiennent la reconnaissance de leur titre par l'Ordre National des Médecins ;*

— *reprise de l'étude sur le statut des médecins thermaux ;*

— *reconstitution de la commission consultative du thermalisme social ;*

— *projet de décret rétablissant les indemnités journalières ;*

— *circulaire rétablissant à titre définitif les bureaux payeurs ;*

— *démarches auprès du Ministre de l'Economie et des Finances :*

a) *pour la réduction de la T.V.A. au même taux que l'hôtellerie,*

b) *pour l'octroi du bénéfice de la patente saisonnière ;*

— *démarches auprès du secrétaire d'Etat au Tourisme pour une amélioration de l'aide aux investissements thermaux ;*

— *circulaire aux Préfets pour leur recommander la mise en place dans les stations d'une commission permanente consultative.*

Telles sont les mesures dont l'exécution à plus ou moins long terme a été annoncée par Monsieur Robert Boulin.

Voici maintenant le texte de son discours :

DISCOURS DE MONSIEUR ROBERT BOULIN MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

C'est un très grand plaisir pour moi que d'assister à l'ouverture de vos Journées Nationales du Thermalisme.

Permettez-moi tout d'abord de saluer et d'exprimer ma gratitude à toutes les autorités et éminentes personnalités du monde médical, scientifique, économique ou politique dont la présence ici témoigne éloquemment, s'il en était besoin, de l'intérêt qu'elles portent au thermalisme, en même temps qu'elle atteste de la vitalité de cet important secteur de notre patrimoine naturel. Je veux également saluer les personnalités étrangères qui représentent un grand nombre de pays, l'Algérie, la Tunisie, la Bulgarie, l'Italie, le Portugal, la Tchécoslovaquie et la Suisse, et je les remercie au nom du Gouvernement français d'avoir bien voulu participer à ces Journées. Je me dois également d'adresser des remerciements pour son aimable invitation et la qualité de son accueil à la Fédération Thermale et Climatique Française, à qui revient, en liaison avec les Maires des stations thermales, l'initiative de ces Journées d'études et tout particulièrement à son Président dynamique, mon ami le Docteur Ebrard, en lui disant combien j'ai été sensible aux paroles qu'il vient de prononcer.

Par le but qu'elle s'est fixée et qu'elle poursuit inlassablement depuis sa création votre Fédération se trouve en effet tout naturellement appelée à collaborer d'une façon étroite avec les pouvoirs publics attachés à la réalisation du même objectif : développement et mise en valeur de cette richesse inestimable que constitue le thermalisme et dont la nature a si généreusement doté notre pays. Cette collaboration fructueuse se resserrera encore à l'avenir, j'en suis persuadé, et j'en forme d'ailleurs le souhait, ceci pour le plus grand bien de nos malades et la prospérité de tous.

Le colloque qui va s'ouvrir sera, je crois, l'occasion de dresser une sorte de bilan, de faire le point de l'acquis sur ce long chemin déjà parcouru ensemble et surtout de fixer pour l'avenir quelques lignes d'action directrice vers lesquelles devront converger nos efforts communs. Un semblable travail de réflexion, animé par un esprit de critique constructive, c'est-à-dire débouchant sur des idées nouvelles, me paraît non seulement souhaitable et opportun mais aussi, bien entendu, salutaire. Mon propos ne sera pas, devant un auditoire aussi averti que le vôtre, de vous vanter les mérites et les vertus thérapeutiques des eaux minérales, vertus que vous avez d'ailleurs vous-mêmes si largement contribué par vos travaux scientifiques à mettre en lumière ou à préciser. D'aucuns cependant prétendent que la crénothérapie, face aux moyens thérapeutiques nouveaux en laboratoire, est devenue désormais un mode de traitement désuet et dépassé. Mais d'autres voix s'élèvent, et qui viennent d'éminents spécialistes, et cette enceinte même en portera sans doute les échos, pour nous dire d'une façon bien plus encourageante que si, dans certains cas, la thérapeutique thermale a vu ses indications traditionnelles dépassées, elle n'en conserve pas moins sur son terrain

propre sa pleine et entière justification et en tout cas toute sa valeur et son actualité. Et sans doute faut-il croire qu'une thérapeutique qui peut se targuer d'un passé aussi prestigieux, qui a résisté au travers des siècles à l'assaut d'innombrables et puissantes drogues est bien autre chose qu'une simple mode ou un engouement passager et qu'elle doit réellement posséder à son actif quelque vertu spécifique.

Comment d'ailleurs pourrions-nous mettre en doute cette vertu bienfaisante des eaux minérales alors même que l'Académie Nationale de Médecine, dont chacun connaît la rigueur en la matière, déclarait solennellement, « que le traitement thermal constitue une thérapeutique normale d'un certain nombre d'états pathologiques et qui, comme telle, mérite d'être prescrite, appliquée, dirigée, surveillée et contrôlée. »

Oui, la crénothérapie exercée par un corps médical de valeur garde une place de choix dans l'arsenal thérapeutique moderne, parce qu'elle est utile et efficace. Nul doute qu'elle la conservera dans l'avenir, surtout à une époque où la civilisation urbaine et mécanique qui est la nôtre n'a que trop tendance à assujettir l'homme à des conditions de vie de plus en plus éprouvantes. J'en voudrais pour preuve le traitement des affections broncho-pulmonaires, oto-rhino-laryngologiques, digestives ou de l'appareil urinaire, sans parler de ces grands fléaux sociaux qui assaillent l'homme d'aujourd'hui. tel le rhumatisme, le surmenage, les troubles fonctionnels et psycho-somatiques, les atteintes de l'appareil loco-moteur. Aussi parmi tous les moyens de lutte contre la maladie et destinés à soulager les souffrances humaines, mis en œuvre sans relâche par le département dont j'ai la charge, la crénothérapie, art millénaire, tient-elle toujours un bon rang. Mais les bienfaits de la médecine thermale ne se constatent pas seulement au niveau du malade, ce qui pour nous demeure l'essentiel, ils apparaissent également au niveau des organismes payeurs, légitimement soucieux de la rentabilité des efforts financiers qu'ils consacrent en faveur de leurs ressortissants, ainsi qu'au niveau de l'économie générale pour laquelle il ne peut être indifférent d'éviter des arrêts de travail ou de réduire les invalidités. A cet égard laissez moi vous féliciter du choix, particulièrement judicieux, que vous avez fait dans vos thèmes de réflexion. J'en ai pris connaissance avec beaucoup d'intérêt et c'est ainsi que j'ai vu que vous aviez mis l'accent non seulement sur le caractère éminemment médical du thermalisme, mais aussi sa valeur par une étude méthodique, par la statistique. Ce problème est important parce qu'il se rattache directement au rendement des cures thermales — disons plutôt à la démonstration de ce rendement — à la fois sur le plan thérapeutique et sur le plan médico-social.

Nous sommes, qu'on le déplore ou non, dans un siècle impitoyable de chiffres et de tests ou tout doit être quantifié. Le thermalisme, comme toutes les autres activités économiques et humaines, ne peut échapper à cette loi inéluctable et doit obéir à son tour à des modes d'appréciation et d'expression scientifiques et rigoureux. Ce sera d'ailleurs pour lui une bonne occasion de faire valoir cette crédibilité si dénigrée par certains. Cependant l'utilité et les bienfaits du thermalisme, pour importants qu'ils soient du point de vue de la santé publique, ne se limitent pas à

leur aspect spécifiquement médical. Ils comportent également des incidences notables dans de nombreux secteurs de l'activité nationale, industrie d'embouteillages des eaux minérales, hôtellerie, tourisme, main-d'œuvre, activités annexes, tant il est vrai que les établissements thermaux, généralement situés dans des régions éloignées des pôles de développement industriel, constituent de véritables centres nerveux dont le rôle d'entraînement et l'effet multiplicateur s'étendent parfois bien au delà de leur propre sphère d'implantation.

Cet aspect économique du thermalisme est loin d'être négligeable en raison précisément de la prospérité que procure la clientèle de nos stations à ces stations elles-mêmes et aussi, bien entendu, au pays tout entier. Ceci prouve combien est justifiée la sollicitude que nous portons tous, secteur public et secteur privé, à une activité qui nous tient à cœur et qui, de surcroît, s'harmonise parfaitement avec l'intérêt général.

Un millier de sources en exploitation, cent quarante établissements thermaux distribuant une gamme de cures d'une infinie variété, une centaine de stations dûment classées hydro-minérales et pourvues des aménagements et moyens techniques nécessaires pour le traitement et la guérison des malades, voilà un précieux capital qu'il importe de préserver et de faire fructifier au maximum, je dirais même, impérativement, à l'heure de la compétition européenne.

L'intérêt de notre action commune, dans ce domaine, se présente sous un double aspect. Médical d'abord, car en dépit des progrès spectaculaires, réalisés par d'autres branches de la thérapeutique, et notamment la chimiothérapie, une place importante est toujours réservée à cette discipline séculaire. Je ne pense pas être démenti en disant que vous affirmerez cette continuité dans le recours au traitement thermal tout en ayant le souci de l'intégrer dans une médecine moderne. Du point de vue social ensuite, puisque des malades chaque jour de plus en plus nombreux peuvent trouver dans nos stations thermales, grâce à la grande diversité et à la qualité de leurs eaux, une thérapeutique appropriée que les dispositions libérales de notre régime de protection sociale mettent aujourd'hui — et je ne pense pas abuser des mots — pratiquement à la portée de tous. Permettez-moi au passage de rappeler un anniversaire que nous avons célébré il y a trois mois à peine, celui de l'avènement de la Sécurité sociale. De la Sécurité sociale qui, en instituant et en garantissant voici 25 ans le droit à la santé pour tous les travailleurs salariés, sans distinction de ressources, ouvrait au thermalisme une ère véritablement nouvelle à la fois capitale et pleine de promesses ; elle permettait en effet à tous les éléments de la population bénéficiaires de ces prestations de faire appel, sous réserve bien entendu de la justification médicale, aux soins thermaux comme à toutes les autres thérapeutiques. Mais, depuis, le thermalisme social a fait son chemin et les mesures de prise en charge se sont étendues progressivement à de nouvelles couches de la société. Elles se sont amplifiées graduellement pour atteindre à l'heure actuelle l'immense majorité de nos concitoyens.

Quelques chiffres très éclairants suffisent à cet égard à mesurer l'impact de la Sécurité sociale. Alors que

nous comptions vers les années 1950 quelques 67 000 cures effectuées par des assurés sociaux, le nombre de ceux-ci est passé en 1970, qui est le dernier recensement dont je dispose, et pour une durée de cure de 21 jours, à 280 886 sur un chiffre total de curistes de 421 079 ; ce qui signifie qu'il a été multiplié par 4,4 au cours de la période considérée.

La clientèle thermale française est, dans ses grandes lignes, actuellement composée de 70 % de curistes assurés sociaux et de 30 % de curistes libres, c'est-à-dire dire subvenant par eux-mêmes à leurs frais de traitement. Encore y-a-t-il lieu de noter que dans plusieurs stations il n'est pas rare que le pourcentage des assurés sociaux s'échelonne entre 80 et 90 %. C'est dire combien, depuis ces dernières décennies, le thermalisme a subi une mutation considérable, il a pris un visage nouveau, il est devenu de par sa dimension même un phénomène social, ce qui ne veut pas dire pour autant que, devenu social, il doive abandonner l'idée de satisfaire la clientèle fortunée. Nous pouvons à bon droit nous réjouir de voir que, grâce à l'action conjuguée des organismes de prévoyance sociale et des pouvoirs publics, avec l'appui des instances médicales ou professionnelles, l'une de nos dernières thérapeutiques naturelles, la dernière peut-être, a été rendue accessible à tous ceux dont l'état de santé le requiert.

Cependant, malgré une croissance remarquable, en longue période, le thermalisme manifestait depuis quelques années, sans toutefois que cette situation apparaisse alarmante, des signes d'essoufflement. Il fallait donc aller au fond des choses, cerner les véritables causes du malaise, afin d'y répondre dans les meilleures conditions, sans chercher pour autant une guérison illusoire. Après avoir reçu une délégation de la Fédération Thermale et Climatologique Française, conduite par le Docteur Ebrard, j'ai constitué sous la Présidence du Professeur Cuvelier un comité d'experts chargé d'examiner l'ensemble du problème et de formuler dans un esprit réaliste et largement prospectif toutes les propositions qui lui sembleraient opportunes et cela dans tous les domaines : conception médicale, enseignement, recherche, organisation des soins, environnement, prix, fiscalité, crédits. Ce comité a fourni un gros travail et qu'il me soit permis publiquement d'en remercier à nouveau ses auteurs. Il m'a remis effectivement ses conclusions. Je les ai fait largement diffuser. Le programme d'action qui m'a été proposé comprend plusieurs types de mesures, mesures nouvelles et mesures visant à corriger la situation existante. Suivant les grandes orientations de ce rapport, je vais vous indiquer maintenant les différentes interventions auxquelles elles ont donné lieu de ma part ; ces dernières peuvent être regroupées sous 5 têtes de chapitre.

Dans l'ordre médical, afin de renforcer la formation thermale des praticiens prescripteurs, j'ai demandé à mon collègue de l'Éducation nationale d'une part de procéder à la création d'au moins un poste de chargé de cours d'hydrologie dans chacune des unités d'enseignement et de recherche médicales qui en sont présentement dépourvues, c'est-à-dire 14 ; d'autre part de mentionner explicitement l'enseignement de l'hydrologie dans le programme des disciplines du 2^e cycle des études médicales.

Dans le même ordre d'idée je suis tout disposé à appuyer, le moment venu, toute démarche de la part des titulaires de l'attestation d'études d'Hydrologie et de Climatologie Médicales en vue d'obtenir la reconnaissance de leur titre par l'Ordre National des Médecins. Je m'emploie également à l'examen des problèmes posés par la formation du personnel d'exécution des pratiques thermales. Et en ce qui concerne le statut des hôpitaux thermaux, son étude a été reprise pour qu'il soit en harmonie avec les nouvelles dispositions de la loi hospitalière récemment votée. Enfin, j'ai demandé à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale d'apporter son concours pour définir un programme général de recherche thermale.

Dans le domaine social, la commission consultative du Thermalisme social sera reconstituée prochainement, en liaison avec la Caisse Nationale d'Assurances Maladie. Cette commission aura pour tâche, entre autres, d'examiner les différentes propositions du groupe de travail en matière de prise en charge, de prescription, de durée et renouvellement des cures et des traitements complémentaires. Elle devra me faire connaître sa position dans un délai de 3 mois. Par ailleurs, un projet de Décret, tendant au rétablissement des indemnités journalières en cas de cure thermale sans condition de ressources, est actuellement soumis à l'avis du Conseil d'État. Quant aux bureaux payeurs, ils ont fait l'objet d'une circulaire que je viens de signer adressée aux directions régionales de la Sécurité Sociale les rétablissant à titre définitif et selon le régime en vigueur avant 1967, c'est-à-dire qu'ils pourront effectuer les remboursements aux curistes assurés sociaux, même si ces derniers ne sont titulaires que de prestations légales : honoraires de surveillance médicale et frais de traitement thermal.

Enfin dans le domaine financier, j'ai demandé à mon collègue le Ministre de l'Économie et des Finances d'envisager la réduction du taux de la TVA pour les établissements thermaux par alignement sur celui de l'hôtellerie de tourisme, l'octroi du bénéfice de la patente saisonnière pour ces mêmes établissements et la révision des tarifs dans un sens incitatif à la modernisation et à la liberté totale des prix pour la classe de luxe. En outre j'ai saisi le Secrétaire d'État au Tourisme auquel est rattachée la dotation du FDES d'un certain nombre de propositions tendant à améliorer le régime d'aide aux investissements en faveur des établissements thermaux : amortissement des prêts sur 20 ou 30 ans, taux préférentiel de 5 % pour tous les maîtres d'ouvrage publics ou privés, raccourcissement du délai d'instruction des dossiers.

Dans le domaine de l'information, je viens de signer un arrêté instituant une commission du visa de l'information thermale qui aura à se pencher sur tous les problèmes délicats de son ressort et sera de nature à améliorer par là-même, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de nos frontières, l'image de marque du thermalisme.

Dans le domaine de l'organisation des stations, je viens de recommander instamment par voie de circulaire qui est actuellement en cours de diffusion aux Préfets des régions thermales, de mettre en place dans chacune de leurs stations, une commission consultative permanente dont le rôle se situera au niveau de l'ani-

mation générale et de la coordination. Il s'agit également de marquer dans les faits, et pas seulement dans les textes, cette volonté de relance du thermalisme qui nous anime tous.

J'ai le plaisir de vous annoncer qu'en ce qui concerne la station de Vichy, dont on sait l'importance pour le thermalisme français, l'État et la compagnie fermière sont arrivés à un accord sur l'orientation de la politique. La convention qui sera signée très prochainement montrera par l'esprit auquel elle se réfère, par l'importance des travaux dont elle prescrit l'exécution et par le souci de moderniser et d'adapter aux exigences de la vie moderne les installations et les pratiques, ce que peut apporter au thermalisme une collaboration saine de l'État, des collectivités locales, et du secteur privé. Je ne doute pas que les réalisations qui apparaîtront à Vichy dans les cinq prochaines années donneront au thermalisme français le coup d'envoi d'une nouvelle partie à gagner et que d'autres stations à la suite de Vichy se lanceront dans l'effort de rénovation qui est indispensable pour l'avenir.

Voilà donc pour l'essentiel, Mesdames et Messieurs, ces mesures promotionnelles qui marquent une politique active en matière d'enseignement, d'équipement, de formation et de perfectionnement professionnel des prestations sociales et qui répondent au souci du Ministre de promouvoir le renouveau du thermalisme, en rejoignant amplement, au moins je l'espère, vos aspirations légitimes. J'entends pour ma part poursuivre résolument sur la voie ainsi tracée, donner vie à cette nouvelle politique thermale, et c'est pourquoi je sollicite avec insistance votre concours ; car de chacun d'entre nous dépendra sa réussite ou son échec. Nous sommes en réalité tous concernés, promoteurs publics ou promoteurs privés, cette relance est notre grande affaire ; mais je vous le dis sans ambage, il serait extrêmement regrettable de s'en remettre entièrement aux bonnes dispositions de la puissance publique pour la réalisation de nos objectifs, prendre la relève d'une initiative privée insuffisante ou défaillante et faire jouer à l'État un rôle qui n'est manifestement pas uniquement le sien. La recherche concerne le corps médical des stations thermales qui ne peut s'en remettre entièrement à des instituts parfois lointains. Il est directement concerné par ce domaine et doit apporter une participation active ; en outre tous ceux qui sont intéressés au développement du thermalisme et à l'essor des eaux thermales, devraient contribuer à cette recherche qui conditionne la survie du thermalisme. Nous devons tous ensemble participer à l'accomplissement de cette politique nouvelle si nous voulons gagner la bataille du Thermalisme. Il faut sans répit poursuivre obstinément, avec des méthodes objectives et rigoureuses, l'étude du mécanisme d'action de la crénothérapie pour compléter et étayer l'observation clinique. Il faut ensuite diffuser le plus largement possible le résultat de vos travaux et enfin sur le plan matériel répondre aux besoins des curistes par un effort allant sans cesse dans le sens de la modernisation de notre potentiel de soins et de l'équipement de nos stations thermales.

Pays thermal par excellence, la France se doit d'affronter avec ses plus belles armes la concurrence étrangère au moment même où se profilent de prometteuses perspectives au sein du marché commun,

pour y conquérir la place à laquelle elle peut légitimement prétendre. Mais de tout cela je sais que vous êtes fermement convaincus de longue date, connaissant votre foi, tout le dévouement et les soins que vous consacrez à la défense de nos ressources naturelles. Vous en parlerez abondamment dans les jours qui viennent et je ne doute pas que vos efforts d'information, vos rapports, vos communications, apporteront une contribution fructueuse à l'enrichissement et au renforcement de cette discipline.

C'est à des rencontres telles que la vôtre que revient le mérite de faire progresser en cette période de mutation constante, la science médicale et de donner l'élan nécessaire à un nouveau départ. Soyez en tout cas assurés que moi-même, responsable de la Santé, je ne manquerai pas d'examiner de la façon la plus attentive les recommandations et les conclusions auxquelles vous serez parvenus et d'apporter dans toute la mesure de mes moyens une solution à vos préoccupations. Laissez-moi enfin vous formuler un regret, c'est celui de devoir vous quitter dans les minutes qui suivent, appelé par d'autres obligations gouvernementales. Mais mes collaborateurs ne manqueront pas de me rapporter fidèlement le résultat de vos discussions. Je ne voudrais pas davantage prolonger l'ouverture de votre séance, aussi, avant de nous séparer, je forme des vœux pour le bon déroulement et la pleine réussite de vos travaux, conscient qu'ils marqueront une étape importante dans le devenir de l'une de nos meilleures richesses et pour le plus grand bien de la santé des hommes.

Le Docteur EBRARD remercie le Ministre. Il le fait dans les termes suivants :

« Mesdames, Messieurs,

« Avant d'interrompre pour quelques instants
« la séance, afin de permettre à Monsieur le Ministre
« de nous quitter, je voudrais en sa présence et en
« votre nom lui exprimer les sentiments qui, je crois,
« sont unanimement partagés par ceux qui ont bien
« voulu assister à cette séance inaugurale. Monsieur
« le Ministre, vous avez tenu le langage du tuteur
« du thermalisme. Vous avez répondu à l'attente de
« ce public inquiet et concerné qui est venu ici avec
« confiance vous entendre en annonçant des mesures
« concrètes dont la portée immédiate est certaine,
« notamment pour le déroulement de la saison pro-
« chaine, et vous avez dressé le bilan des mesures
« à venir dont l'issue dépend de vos collègues. Vous
« avez enfin donné le coup d'envoi du thermalisme
« français en donnant la mesure et l'espoir de la
« grande rénovation de la station de Vichy. Ceci étant
« dit, Monsieur le Ministre, c'est une longue route à
« parcourir, vous en avez marqué aujourd'hui un
« jalon encourageant et précieux, et pour la poursuivre
« avec vous je puis vous assurer, après vous avoir
« entendu, et plus encore qu'avant de l'avoir fait,
« que vous trouverez près de vous, confiants et soli-
« daires, les participants à ces journées nationales ».

Le Ministre quitte alors la salle.

La séance est suspendue dix minutes.

A la reprise de séance, le Docteur EBRARD donne la parole au Docteur DEBIDOUR, Président de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES, sur le sujet suivant :

**« L'EFFORT [DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE
ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES
DANS LE DOMAINE DE LA STATISTIQUE] »**

Messieurs les représentants des Pouvoirs publics,
MM. les Parlementaires,
MM. les Maires,
Mes chers Collègues,

Depuis de nombreuses années, la Société Française d'Hydrologie a conscience de l'importance des méthodes statistiques appliquées à la crénothérapie. Elle sait parfaitement qu'elles sont un de ses plus solides supports face à ceux qui persistent à vouloir l'ignorer et ceux qui en sont les adversaires résolus et souvent, reconnaissons-le, de mauvaise foi.

Le Président EBRARD m'ayant ces dernières semaines chargé de vous faire part des efforts réalisés par notre Société dans le domaine de la statistique, je me suis donc particulièrement penché sur ce problème et ma curiosité m'a amené à chercher à titre anecdotique et documentaire ce qui depuis ces dix dernières années pouvait se rapporter à la statistique dans différents travaux publiés par nos collègues thermaux de toutes les disciplines. Eh bien j'ai eu le plaisir de constater que mes recherches n'étaient pas vaines. Plus d'une vingtaine de ces travaux, articles, communications ou rapports, font appel à la statistique. Je ne vous en ferai pas, rassurez-vous, l'énumération, craignant à la fois de lasser votre patience et de faire de possibles omissions. Mais je ne peux m'empêcher de vous dire que j'ai tout de même été fort impressionné. Si certaines de ces publications, par ailleurs très documentées, représentent un gros travail, du moins peuvent-elles paraître discutables sur le plan statistique à la lumière de ce que l'on exige aujourd'hui. Il en est d'autres, plus solidement étayées, qui restent pleines d'enseignement et dénotent à la fois un grand courage et une grande perspicacité.

Comme l'a fort bien dit le Professeur Cuvelier, « l'étude du rendement thérapeutique des cures thermales est un problème déjà fort ancien » assuré jusqu'à présent par les seuls médecins thermaux qui se sont appliqués à dégager les effets sélectifs du traitement thermal, ses contre-indications, le rôle des différentes techniques et de ce passionnant travail, poursuivi pendant de longues années et par plusieurs générations, est née cette clinique hydrologique sur laquelle repose aujourd'hui la crénothérapie. Il ne s'agit donc pas de rejeter purement et simplement ce passé ni de le tourner en dérision. Ce travail de pionniers mérite notre respect et doit être considéré comme la base même de la crénothérapie, thérapeutique à part entière, comme l'a dit tout à l'heure Monsieur le Ministre, que nous souhaitons tous moderniser et adapter à la vie et aux besoins de notre société contemporaine et voir s'insérer dans un véritable plan thérapeutique d'ensemble.

En 1967, notre collègue et ami le Docteur Vendryès, de Châtel-Guyon, fit toucher à la Société d'Hydrologie l'intérêt et les promesses de l'informatique. Une

commission composée d'une quinzaine d'entre nous se réunit à plusieurs reprises et dans un exposé remarquable le Docteur Vendryès, à l'occasion des dernières Journées du Thermalisme en 1969, fit un large exposé de ses travaux et des différentes propositions sur le problème de l'informatique dans le thermalisme, et sans doute, parmi vous, en est-il qui s'en souviennent.

Il est en effet facile de prévoir le rôle important que l'informatique doit jouer. Depuis déjà plusieurs années la médecine a largement fait appel à elle notamment dans l'exploitation des dossiers des malades, on peut donc penser que la médecine thermale ne peut et ne doit pas échapper à cette évolution et ceci en particulier du fait de sa structure elle-même, étant donné le grand nombre des curistes — plus de 400 000 — dispersés dans des stations variées, utilisant différentes techniques et différents eaux thermales. Pour cette commission de l'informatique de notre société est apparu comme souhaitable que l'on donne à cette information thermale une orientation très médicale. Il faudrait donc que toutes les activités des stations fassent un effort commun et ne perdent pas de vue qu'elles ont toutes une vocation identique, celle de soigner, si possible de guérir et, en tout cas au moins, de soulager ceux qui ont recours à elles.

Messieurs, pour que le thermalisme survive, je pense que la crénothérapie doit en rester l'âme. C'est donc vers elle, et ceux qui ont charge de la prescrire, de l'interpréter, de la mieux faire connaître, que devraient se porter les efforts de tous à commencer par les Pouvoirs publics qui devraient prendre conscience de sa réelle importance sur le plan économique et social ; mais je crois que M. le Ministre tout à l'heure nous a déjà rassurés sur ce plan.

La Société d'Hydrologie sait parfaitement ce que l'on attend d'elle ; elle le fait de son mieux mais avec les moyens dont elle dispose, moyens hélas les plus limités quant à ses possibilités matérielles. Elle entend poursuivre sa tâche, en souhaitant trouver autour d'elle les appuis qui lui sont indispensables pour la mise sur pied et la réalisation de travaux statistiques valables, sérieux, non contestables. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette dernière considération. Les statistiques, telles qu'elles se concevaient autrefois, n'ont aujourd'hui aucune valeur de crédibilité. Et ce qu'on pourrait espérer en tirer risquerait d'aller exactement à l'inverse du but poursuivi, autrement dit, des dépenses inutiles, du temps perdu et, par surcroît, un risque de contre-publicité. Cette impression nous l'avons fortement ressentie l'année dernière lors de la journée consacrée aux méthodes statistiques et leur application en médecine thermale qu'avait organisée la Société Française d'Hydrologie à laquelle quelques-uns d'entre vous ont, je crois, participé. Cette journée, présidée par le Professeur Cuvelier, Président du Conseil Supérieur du Thermalisme, fut animée par le Professeur Daniel Schwartz, enseignant de statistiques médicales à la Faculté de Paris, Directeur de Recherche de l'Institut National de la Statistique et de la Recherche Médicale, personnalité incontestée de cette spécialité.

L'association des mots statistique et thermalisme aujourd'hui représente une date importante. Ce fut là son premier propos. Et après avoir exprimé certaines réserves sur sa propre connaissance du thermalisme, il nous entraîna avec cette clarté et ce brio que

nous lui connaissons, dans les multiples arcanes de cette science nouvelle, en passant en revue les différents aspects méthodologiques des essais thérapeutiques cliniques. Pour lui l'utilisation rigoureuse de la méthode statistique peut être adaptée à la médecine thermale. Il a toutefois admis que l'application d'un protocole strict étant beaucoup plus délicate que dans les autres statistiques, la solution du problème doit être encore plus rigoureuse, la difficulté majeure tenant au fait que dans ce domaine plus que dans tout autre, le problème qui se présente n'est ni totalement pragmatique, ni totalement explicatif. Une large discussion suivit à laquelle participèrent, outre plusieurs de nos collègues thermaux, un certain nombre d'universitaires ou de médecins hospitaliers non thermaux. Discussion au cours de laquelle il nous est clairement apparu que les difficultés qu'il y avait à mettre sur pied un travail statistique solide n'étaient pas l'apanage de la seule médecine thermale.

Il n'entre pas dans mes intentions de vous développer ici le thème général de l'informatique médicale et des problèmes posés par la statistique. Ce serait là déborder le cadre de cet exposé destiné avant tout à vous donner, beaucoup plus simplement, la conclusion pratique qu'entend leur donner la Société Française d'Hydrologie. Comme je vous le disais au début de cet exposé, on demeure absolument stupéfait, disons-le, quelque peu attristé, lorsqu'on mesure la somme extraordinaire de travail qu'ont déjà pu accomplir certains de nos collègues pour essayer de mettre sur pied des statistiques dont on sait aujourd'hui qu'elles n'apportent pas la rigueur indispensable exigée de nos jours. Ces statistiques ont des orientations sincères, certainement bénéfiques, certainement honnêtes, mais qui aux yeux des statisticiens n'apportent rien d'autre qu'une incitation à la mise en chantier de nouveaux travaux basés cette fois sur une méthodologie indiscutable, avalisée en quelque sorte par des professionnels de la statistique, avec une programmation précise. Mais comme je vous le disais tout à l'heure, de telles réalisations nécessitent des mises de fonds importantes, et comme vous pouvez le penser ce n'est pas la seule Société d'Hydrologie qui pourrait y faire face. Il nous faut donc particulièrement insister sur l'intérêt qu'il y aurait à limiter au maximum ces différentes études statistiques. Je sais que cela peut sembler pénible à certains d'entre nous, qui ne voient, disons-le, que l'aspect publicitaire de ces travaux. Pourquoi chercher tel type de maladie, pourquoi s'attarder donc sur telle ou telle station ? En réalité il s'agit là d'un très mauvais raisonnement et d'un très mauvais calcul. Car un travail statistique rigoureux, même s'il ne s'applique qu'à un seul type de maladie, donc n'intéressant *apparemment* que certaines stations, apportera bien davantage à la crénothérapie, donc à l'ensemble du thermalisme qu'une vaste série de travaux statistiques qui risqueraient de soulever les critiques justifiées, cette fois, des détracteurs — je dirais, professionnels — de la médecine thermale. Ce serait donc disperser des efforts vains, des efforts coûteux, finalement inutiles.

Comme l'avait très bien dit notre ami Cottet, la médecine thermale est une médecine particulière, hérissée de difficultés de tous ordres. Il ne faut pas pour autant renoncer, mais il ressort à l'évidence

qu'un tel travail ne peut en aucune façon être fait par des médecins isolés sans les supports scientifiques pouvant donner à leurs travaux une garantie absolue de fiabilité. Il s'agit donc d'un véritable travail d'équipe. Comme pour un médicament l'expertise concernant la crénothérapie doit répondre aux normes exigées, à savoir une observation avant, pendant, et après la cure par des équipes d'action concertée.

Le Professeur Wolfromm en a déjà fait l'expérience dans son service de l'Hôpital Rotschild et il est également le premier, avec nous, à en avoir mesuré toute la difficulté. Lors de la séance de la Société d'Hydrologie de l'an dernier trois groupes de médecins thermaux ont présenté une étude de critères d'efficacité de certaines cures thermales. Il s'agissait d'allergies respiratoires, de gastro-entérologie et de rhumatologie. Sans entrer dans le détail de ces rapports nous nous bornerons à rappeler que dès lors furent présentés deux projets d'enquête : l'un sur le traitement thermal des coxarthroses, ce projet nous le savons est en cours, mais comme il était facile de prévoir, butte toujours sur cette éternelle question des problèmes matériels. Il vous en sera parlé tout à l'heure.

Le second de ces projets avait trait aux critères d'efficacité dans le traitement des allergies respiratoires. S'il n'a pas encore trouvé de réalisation, du moins certains de ses auteurs ont-ils pu — si je peux utiliser l'expression — prendre le train en marche, s'associant à une enquête nationale sur la bronchite chronique. Cette chance nous l'avons eue grâce à l'intermédiaire de notre ami le Docteur Courbaire de Marclat, Secrétaire Général de la Médecine Préventive et Sociale auquel je tiens à exprimer toute notre reconnaissance et qui nous permet l'utilisation de fiches d'interrogatoires codés, très détaillées, reconnaissons-le, longues et parfois fastidieuses à remplir mais grâce auxquelles la crénothérapie a pu trouver une place officielle qui est un véritable document national, voire international. Ceux d'entre nous que cela intéresse vont entendre dans quelques instants notre collègue le Docteur Jean, d'Allevard, qui fut chargé de la présentation de ce rapport collectif lors des Journées Nationales d'Avignon sur la Bronchite chronique, organisées par la Médecine Préventive et Sociale au mois de novembre dernier, rapport qui a suscité beaucoup d'intérêt de la part de quelques 600 participants spécialistes, tant Français qu'étrangers. Vous entendrez ensuite le Docteur de la Tour, de Vichy, qui vous présentera un rapport fait en collaboration avec le Docteur Rozé, dans le service du Professeur Ch. Debray, sur la spasmodie digestive et la cure bicarbonatée sodique, rapport où, vous le verrez, il est largement fait appel au travail statistique. Enfin pour terminer vous entendrez l'exposé de nos collègues rhumatologues, présenté par le Docteur Maugeis, de Luchon, ayant trait au traitement des coxarthroses et nous montrant toute la difficulté que ce rapport a suscitées.

Messieurs, avec Daniel Schwartz, nous dirons qu'il est essentiel que les praticiens désireux de faire progresser la thérapeutique thermale soient d'abord profondément persuadés que les essais conduits sans contrôle statistique tant au stade de l'organisation qu'au moment de l'analyse, risquent d'être illusoire et même dangereux par leurs conclusions quelquefois

erronées. Il existe en effet actuellement dans le domaine statistique une méthode scientifique d'appréciation des traitements. Cette méthode est régie par des techniques très élaborées et ne résulte pas seulement de réflexions théoriques mais de l'expérience acquise par la réalisation de nombreux essais. Nous avons la grande chance d'avoir dans chacune de nos stations thermales, à notre disposition, un très grand nombre de malades, déjà sélectionnés, groupés, et nous pensons que sans aliéner le moins du monde son autonomie ni son esprit critique, ni non plus son jugement d'action, le médecin thermal d'aujourd'hui et de demain devra s'adapter tout comme ses autres confrères attachés à d'autres disciplines, à un langage nouveau, qui donnera plus de rigueur aux concepts et aux mots dont il se servira, ceci sans perdre le rôle essentiel qui lui incombe, à savoir l'interprétation et la critique qui restent sa part inaliénable. On voit donc là une des premières solutions qu'on pourrait trouver aux problèmes posés par la statistique en médecine thermique, mais ne nous ne faisons pas trop d'illusions, elle sera longue à mettre en place car, ne l'oublions pas, elle fait l'objet de multiples controverses et certains la tiennent encore pour fort discutée. Si ce scepticisme s'exerce surtout, et on peut le comprendre, sur ce qui concerne l'exploitation de la machine pour l'établissement du diagnostic, il n'en est pas à mon avis, de même en ce qui concerne l'exploitation des fichiers médicaux en vue d'opérations statistiques intéressant certains paramètres dont nous allons parler.

Pour concrétiser l'effort de notre Société, nous nous proposons de constituer sous son égide un ou plusieurs groupes de travail qui, en équipe avec des médecins prescripteurs, des médecins hospitaliers ou non, des médecins des caisses de la Sécurité sociale, et en relation bien entendu avec les chaires d'Hydrologie, mettrait sur pied une étude statistique qui porterait au maximum sur un, deux ou trois types de malades. Bien entendu ce travail ne serait entrepris qu'en étroite collaboration avec des statisticiens professionnels qui établiraient une méthodologie précise, fixeraient une programmation simplifiée, ce qui permettrait d'apprécier non seulement les résultats subjectifs d'une valeur essentielle du moins pour nos malades, mais surtout des résultats objectifs qui intéressent la société sur le plan économique.

Qu'il me soit permis de mettre fortement l'accent sur la très grande importance de ces critères dans la conjoncture actuelle. C'est sans nul doute le plus efficace et le meilleur argument que nous puissions avoir. Ces critères objectifs sont à notre sens d'un maniement plus facile et une statistique sérieuse peut donc être envisagée si, bien entendu, la liaison est solidement établie entre les différents groupes, les médecins prescripteurs, hospitaliers ou non, les médecins des caisses de Sécurité sociale, les médecins thermaux, en accord bien entendu avec les chaires d'Hydrologie. Il nous faut souligner ce qu'ont déjà réalisé nos collègues des caisses de Sécurité sociale. Leurs travaux se sont montrés particulièrement efficaces en faisant ressortir l'intérêt économique et social des cures thermales, à savoir la diminution de la consommation médicamenteuse et l'absentéisme. Il vous en sera parlé cet après-midi. En tout cas je profite de cette occasion pour les remercier publique-

ment et tout particulièrement en mon nom et ceux de mes collègues de la Société d'Hydrologie. Nous avons conscience de l'impact qu'a eu leur action sur une partie du corps médical et nous souhaitons qu'elle s'élargisse en particulier auprès des Pouvoirs publics.

Avant de clore cet exposé je voudrais paraphraser ce propos de mon vieil ami le Professeur Charles Debray qui a déjà tant fait pour le thermalisme : « on demande à la médication thermique beaucoup plus qu'on ne demande aux autres médicaments. On nous demande entre autres des preuves scientifiques de l'action de nos eaux. Eh bien nous en avons une de taille : c'est que cette thérapeutique dure depuis des siècles ». Et je pense que nous pouvons envisager en toute sérénité la mise en route de recherches statistiques les plus poussées qui ne peuvent qu'être favorables à la médication thermique et lui donner au regard des plus sceptiques des arguments irréfutables qu'ils ne pourront cette fois plus discuter. Messieurs, je vous remercie.

Le Docteur EBRARD félicite le Docteur DEBIDOUR pour ce remarquable exposé.

Puis avant d'ouvrir la discussion il donne la parole aux trois orateurs dont le Docteur DEBIDOUR vient de demander l'audition hors-programme, mais en complément de son propre rapport.

COMMUNICATION DU DOCTEUR JEAN D'ALLEVARD, SUR :

« LE TRAITEMENT THERMAL DANS LA BRONCHITE CHRONIQUE »

La bronchite chronique a une définition clinique reconnue par tous les pays de la Communauté Charbon-Acier : est atteint de bronchite chronique tout sujet qui tousse et crache tous les jours pendant au moins 3 mois consécutifs chaque année et cela depuis au moins 2 ans, à condition bien entendu de ne pas avoir en plus une affection respiratoire bien caractérisée.

La bronchite chronique, au cours de l'année 1970, est devenue en France une maladie vedette. Plusieurs colloques lui ont été consacrés, notamment les 18^e Journées Scientifiques Nationales qui se sont tenues en Avignon du 18 au 22 novembre 1970, sous l'égide de la Ligue Française de Médecine Préventive et Sociale. Pendant ces Journées, les orateurs ont souligné la fréquence et surtout la gravité de la maladie qui est comparable à la gravité de l'infarctus du myocarde bien que ce fait soit souvent méconnu en raison d'un véritable détournement des décès au profit de la cardiologie. On a aussi beaucoup insisté sur les conséquences économiques de la maladie qui fait perdre chaque année à l'industrie 16 millions d'heures de travail et sur les conséquences sociales d'une maladie qui pèse lourd dans le budget d'une nation en raison du prix des médicaments (antibiotiques et parfois corticoïdes), du coût des journées d'hospitalisation, de l'indemnisation des journées d'arrêt de travail, des soins de réanimation.

Tout comme les pneumologues, les médecins du travail, les médecins des Caisses d'Assurance Maladie, qui ont redécouvert la bronchite chronique, les médecins thermaux exerçant dans les stations à vocation respiratoire se sont penchés sur cette maladie, et ont établi un rapport pour les Journées d'Avignon.

A l'occasion des « Journées Nationales du Thermalisme », nous désirons commenter les principales conclusions de ce rapport.

MÉTHODOLOGIE.

Nous avons utilisé les dossiers de 1 509 malades atteints de bronchite chronique et ayant suivi au moins 3 cures dans l'une des quatre stations suivantes : Alleverd, Cauterets, Le Mont-Dore et Saint-Honoré, la dernière cure ayant eu lieu de 1965 à 1969. Ainsi pensons-nous avoir obtenu un éventail géographique représentatif à l'échelon national car ces différentes stations ont des lieux de recrutement de leurs malades différents, et un éventail hydrologique suffisant, ces quatre stations ayant des propriétés physico-chimiques et pharmacodynamiques de leurs eaux assez différenciées.

FRÉQUENCE GLOBALE (voir tableau I).

Si l'on considère le nombre total des curistes, adultes et enfants, fréquentant les *stations sulfurées*, la proportion de bronchiteux chroniques est de 13 % à St-Honoré, 14 % à Alleverd, et elle est de plus de 20 % à Cauterets. Si l'on ne retient que les curistes adultes, la proportion des bronchiteux chroniques s'élève notablement : elle est ainsi de 22 % à Alleverd et va jusqu'à 28 % à Cauterets.

TABLEAU I

Fréquence globale des bronchiteux chroniques dans 4 stations thermales

Alleverd	14 %
Saint-Honoré	13 %
Cauterets	20 %
Mont-Dore	8 %

Dans les stations *bicarbonatées sodiques* du Mont-Dore, on a la surprise de constater un pourcentage plus faible : 8 % au Mont-Dore, alors que 20 à 30 % de malades « fragiles des bronches » fréquentent cette station. Ceci s'explique par le fait que cette station reçoit une forte proportion d'asthmatiques. La distinction entre certains asthmes intriqués et certaines bronchites chroniques avec broncho-spasme est d'ailleurs parfois très difficile et un peu arbitraire.

Le grand nombre de bronchiteux chroniques fréquentant les stations sulfurées s'explique par le

recrutement bipolaire de ces stations : non seulement pneumologique, mais aussi et parfois surtout oto-rhino-laryngologique. Or, si l'on prend soin de bien interroger les malades venant en cure pour soigner une pharyngite chronique, une sinusite, une laryngite chronique, on s'aperçoit qu'un certain nombre d'entre eux rentrent dans le cadre bien défini de la bronchite chronique, mais celle-ci est méconnue du médecin qui a envoyé le malade en cure, et bien souvent aussi du malade, tant le fait de tousser le matin, surtout quand on est fumeur, est considéré par le public comme tout à fait anodin.

Le médecin thermal a ainsi la chance de voir des bronchiteux chroniques *au stade initial*, avant que ne s'installe l'essoufflement, à un stade où nous avons la conviction que la maladie est réversible. Il n'est pas surprenant non plus que le médecin thermal qui doit manier à la fois le stéthoscope et le miroir de Clar trouve souvent des lésions oto-rhino-laryngologiques dans la bronchite chronique (dans environ 75 % de nos malades), et il pourra ainsi voir l'effet de son traitement au niveau des voies respiratoires supérieures ce qui lui donnera une idée de ce qui se passe au niveau de la muqueuse des voies respiratoires inférieures.

FRÉQUENCE SUIVANT LE STADE ÉVOLUTIF.

Nous avons classé nos malades suivant quatre stades :

— *Stade I* : bronchorrhée seulement à la mauvaise saison ; 2 ou 3 bronchites annuelles.

— *Stade II* : bronchorrhée permanente, y compris pendant la belle saison. Aux bronchites hivernales s'associe souvent une dyspnée d'effort mais celle-ci reste modérée.

— *Stade III* : La dyspnée devient importante apparaissant dès le 2^e étage et même avant.

— *Stade IV* : La dyspnée apparaît dès le moindre effort, parfois même au repos. L'atteinte du cœur droit est déjà manifeste ou elle est imminente.

La répartition des malades suivant le stade évolutif varie suivant les stations (tableau II).

On comprend aisément, d'après ce que nous avons vu au chapitre précédent, pourquoi Cauterets, station avant tout oto-rhino-laryngologique, reçoit davantage

TABLEAU II

Répartition des malades dans les stations suivant le stade évolutif

	ALLEVARD	ST-HONORÉ	CAUTERETS	MONT-DORE
Stade I	18 %	35 %	38 %	30 %
Stade II	22 %	23 %	40 %	10 %
Stade III	56 %	40 %	20 %	20 %
Stade IV	4 %	2 %	2 %	40 %

de bronchiteux chroniques au stade I qu'Allevard, station plus orientée vers la pneumologie dont la majorité des malades est vue au stade III.

Au Mont-Dore, il y a une forte proportion de malades en grande insuffisance respiratoire, car ceux-ci sont considérés à tort comme des asthmatiques.

CHOIX DE LA STATION.

Il doit se faire en fonction de considérations cliniques :

1^o Quand l'infection et l'hypersécrétion sont les éléments cliniques prédominants, il faut conseiller plutôt une station sulfurée :

— sulfurées sodiques :

Cauterets
Luchon
Les Eaux-Bonnes
Amélie-les-Bains
Ax-les-Thermes

} dans les Pyrénées

Challes
Marlioz

} dans les Alpes

— sulfurées calciques :

Allevard, dans les Alpes,
Saint-Honoré, dans le Morvan.

2^o Quand la dyspnée, notamment la dyspnée paroxystique, est au premier plan du tableau clinique, le malade doit être d'abord dirigé vers une station chloro-bicarbonatée :

Le Mont-Dore
La Bourboule

} en Auvergne

Toutefois, les malades au stade IV, surtout en cas de défaillance ventriculaire droite, sont des contre-indications au traitement thermal.

Disons enfin que, suivant l'évolution, un même malade peut avoir besoin d'abord d'une station sulfurée puis d'une station bicarbonatée, et vice versa.

TRAITEMENT DANS LA STATION.

Quel est le mode d'action du traitement thermal de la bronchite chronique ?

Il apparaît comme une potentialisation de divers facteurs :

Il y a tout d'abord un *facteur spécifique fondamental* : l'eau thermale qui est le véhicule d'éléments minéraux et de gaz dont on imprègne jusqu'à une certaine saturation l'organisme du malade, et ceci par diverses voies : digestive (boissons) ; pulmonaire (inhalations, aérosols...) ; ou cutanée (bains), les pratiques thermales variant techniquement suivant les stations mais respectant finalement les mêmes principes.

Les eaux thermales ont une action propre, vérifiée depuis longtemps par l'expérimentation animale : action élective sur la sécrétion de mucus des eaux sulfurées ; action élective sur le broncho-spasme des eaux chlorobicarbonatées.

Mais il y a aussi toute une série de *facteurs non spécifiques* :

- environnement climatique non pollué,
- détente neuro-psychique,

— *rééducation respiratoire*, faite par des kinésithérapeutes spécialisés. La cure permet de commencer une rééducation que le malade poursuivra ensuite chez lui, ou de corriger une rééducation faite suivant de mauvais principes,

— hygiène respiratoire :

La lutte contre le tabac, dont la responsabilité dans la bronchite chronique, si elle n'est pas exclusive, est écrasante. Il faut essayer de mettre à profit le dégoût du tabac souvent constaté lors des premiers jours de cure, en relation avec les gargarismes, les douches pharyngées etc., pour désintoxiquer le malade. Le médecin thermal doit prêcher d'exemples et essayer de convaincre son malade : quelques beaux succès viendront compenser de nombreux échecs.

Dans la propagande anti-tabac, le combat individuel du médecin pourrait être utilement aidé par une propagande collective dans la station, comme la présentation de films.

La lutte contre l'obésité, qui est un facteur aggravant notable dans la dyspnée de ces malades, devrait être le deuxième chapitre de l'hygiène respiratoire. Malheureusement, il s'agit souvent d'un combat sans résultat, du fait de l'absence fréquente de coopération de la part des hôteliers.

Au cours des entretiens que le médecin thermal aura avec son malade tout au long de sa cure, il lui apparaît que le contact psychologique avec le bronchiteux chronique est facile, et que la relation malade-médecin n'a pas la même complexité que dans l'asthme.

RÉSULTATS.

Les résultats du traitement thermal chez les 1 509 malades ayant suivi trois cures a été apprécié globalement sur les quatre stations, en tenant compte de critères cliniques (importance de la bronchorrhée ; importance de la dyspnée ; fréquence des bronchites hivernales) et socio-économiques (absentéisme ; consommation médicamenteuse). Nous ne nous dissimulons pas qu'il s'agit de critères subjectifs où l'impression du malade et le coup d'œil du médecin jouent un large rôle mais nous pensons qu'il s'agit tout de même d'une approche de la réalité, dans une maladie dont le diagnostic est fait par l'interrogatoire du malade.

Les résultats des cures ont été appréciés, suivant le stade évolutif, en 3 catégories : très utile ; utile ;

TABLEAU III

Résultats du traitement thermal dans la bronchite chronique

	TRÈS UTILE	UTILE	INUTILE
Stade I	60 %	30 %	10 %
Stade II	30 %	55 %	15 %
Stade III	5 %	55 %	40 %

inutile. Nous avons cependant exclu le stade IV qui nous semble une contre-indication à la crénothérapie (tableau III).

On voit que le traitement thermal, chez les malades ayant fait l'expérience des trois cures successives, s'est révélé bénéfique 3 fois sur 4, et de façon d'autant plus brillante que le malade a été vu tôt dans l'évolution de sa maladie. Les résultats les plus probants sont obtenus sur la fréquence des poussées aiguës et sur la consommation médicamenteuse, et cela même à un stade assez avancé de la maladie. Mais une cure thermique n'est pleinement efficace que si le malade arrive en cure bien préparé, au besoin par un traitement médicamenteux préalable, afin qu'il puisse aborder en bonne condition la fatigue inhérente à une cure thermique pour les bronchites.

Aussitôt après celle du Docteur JEAN, la communication du Docteur DE LA TOUR est entendue. Il s'agit d'une étude sur la spasmophilie digestive et la cure bicarbonatée sodique effectuée au Centre de Recherches Hydrologiques de Vichy et à Paris en collaboration avec le Docteur ROZE, dans le service du Professeur Charles DEBRAY, titulaire de la chaire d'hydrologie à l'hôpital Bichat.

**COMMUNICATION PRÉSENTÉE
PAR LE DOCTEUR DE LA TOUR
SUR LA SPASMOPHILIE DIGESTIVE
ET LA CURE BICARBONATÉE SODIQUE**

La spasmophilie digestive est une réalité clinique. Dans ce groupe, ont été isolées la spasmophilie gastrique (Sergent, Mamou et Ch. Debray, 1935 ; Mamou et Klotz, 1963), la spasmophilie vésiculaire (Becquet et Willot, 1950 et 1951), la spasmophilie œsophagienne et colique (in Klotz, 1963).

Divers auteurs ont signalé au cours de cette affection des céphalées et des douleurs biliaires (Klotz,

1949 ; Justin-Besançon et Klotz, 1950 ; Fassio, 1952). En 1966, nous avons proposé de réunir sous le terme de *spasmophilie biliaire* (SB), un syndrome clinique caractérisé par des céphalées migraineuses, des douleurs de type biliaire et un signe de Chvostek.

Dans ce syndrome qui est assez fréquent (nous en avons recueilli 55 cas en une seule saison thermique, en 1965), on note habituellement l'abaissement du calcium sérique (surtout du calcium ionisé), et l'abaissement du magnésium sérique (1) ; il n'y a pas de variation du sodium et du potassium du sérum. *Ce syndrome de SB est remarquablement amélioré par la cure de Vichy* (surtout avec l'eau de Grande Grille). En même temps que l'amélioration clinique, on constate une normalisation du calcium sérique (notamment du calcium ionisé) et du magnésium sérique ; le sodium et le potassium du sérum ne varient pas.

Le tableau I donne une vue d'ensemble de ces modifications au cours de la cure. Il fournit pour chaque cation la moyenne des différences entre la fin et le début de cure, le nombre de cas étudiés, leur variance ; la colonne P donne le seuil de signification de la différence à la moyenne théorique zéro, qui est celle obtenue quand la cure n'a pas produit de variations.

Au cours de cette étude, en 1966, nous n'avions pas dosé le magnésium érythrocytaire. Or, celui-ci est a priori, plus intéressant que le magnésium sérique. On sait, en effet, que ce cation qui se rencontre surtout dans le squelette, puis dans le muscle et le système nerveux, est surtout contenu dans les cellules. Le sang

(*) Travail du Centre de Recherches Hydrologiques de Vichy.

(**) Chaire d'Hydrologie et Climatologie, Hôpital Bichat, 170, bld Ney, 75-Paris (18^e).

(1) On sait que ce sont les travaux de Rosselle et coll. (1959), de Durlach et coll. (1959) (in Durlach, 1969) qui ont souligné l'importance du magnésium dans les états spasmophiles.

TABLEAU I

Différences des taux sériques de quelques cations, entre la fin et le début de la cure de Vichy, dans la « spasmophilie biliaire »

ÉLÉMENTS DOSÉS	GRANDE GRILLE				HÔPITAL-CHOMEL			
	M	n	s ²	P	M	n	s ²	P
Calcium sérique total (mg/l)	+ 4,3	29	16,67	< 0,001	+ 6,6	26	22,20	< 0,001
Calcium salin (ionisé) (mg/l)	+ 2,6	29	17,50	< 0,01	+ 2,4	26	36,52	≠ 0,05
Calcium protéinique (mg/l)	+ 1,6	29	39,42	NS	+ 4,7	26	26,16	0,001
Magnésium sérique (mg/l)	+ 1,4	23	4,45	< 0,01	+ 1,04	23	6,13	0,06
Sodium sérique (g/l)	+ 0,006	29	69,60	NS	+ 0,009	26	73,32	NS
Potassium sérique (mg/l)	+ 2,3	29	278,82	NS	+ 4,6	26	597,16	NS

M = Moyenne.

n = Nombre de cas.

s² = Variance.

P = Seuil de signification de la différence entre la moyenne observée et la moyenne théorique zéro.

NS = Non significatif.

n'en possède qu'une petite partie (1/100 environ). La magnésémie sérique ne varie pas ou varie peu (elle s'abaisse pourtant dans la spasmodophilie, comme nous l'avons confirmé en 1966).

Le magnésium cellulaire le plus accessible est celui qui est contenu dans les globules rouges. Ce magnésium érythrocytaire (MgE) est présent à une concentration triple de celle du plasma. Certains auteurs pensent que la baisse du MgE est fonction du capital magnésique de l'organisme et n'est pas due à la fuite de l'ion vers le plasma (in Durlach, 1969).

Nous avons donc repris l'étude du magnésium érythrocytaire et sérique, ainsi que celle du calcium, dans un groupe de malades présentant des signes (cliniques ou biologiques de spasmodophilie), avec une symptomatologie digestive variable.

MATÉRIEL D'ÉTUDE.

Nos 79 patients comportent surtout des femmes (72 femmes et 7 hommes). La plupart sont des adultes : deux seulement ont moins de 20 ans. Leur âge varie de 14 à 62 ans.

Soixante-trois de ces malades étaient atteints de *spasmodophilie clinique (avec signe de Chvostek positif) et biologique* ; la majorité (38) avaient comme signe dominant des *céphalées migraineuses*. Les 16 autres de nos 79 patients présentaient une *spasmodophilie biologique* sans signe de Chvostek et des *céphalées migraineuses*, sans antécédent allergique : quatre d'entre eux avaient subi une cholécystectomie. Cinquante sur 79 étaient des « biliaires » : lithiase biliaire, cholécystectomie, maladie du siphon vésiculaire, douleurs de l'hypocondre droit de type biliaire. Aucun de nos patients n'avait été atteint de *crise de tétanie*. Treize seulement de nos 79 cas, accusaient des *antécédents allergiques*.

Les sources de Vichy utilisées furent Hôpital, Chomel, Grande Grille et Parc. Le mode de traitement le plus habituel fut l'association Hôpital-Chomel (33) ou Grande Grille (16). Le seul traitement utilisé fut l'eau de boisson.

Nous avons dosé chez tous nos patients le MgE et le magnésium sérique, et très souvent le calcium ionisé et le calcium protéique. Le dosage du magnésium a été fait par la technique de Masson au jaune titane, modifiée par Colin et Heyman (in Polonovski et Colin, 1963). Le MgE a été obtenu par différence entre le taux du magnésium du sang total laqué et celui du magnésium sérique, compte tenu de l'hématocrite. Le calcium total a été dosé par complexométrie (Patton et Reeder, 1956) et le calcium salin par la technique de Goiffon et Nèpveux (1946).

RÉSULTATS

Le tableau II donne, pour l'ensemble des sujets (79 cas) les moyennes du calcium sérique, du magnésium sérique et érythrocytaire, au cours de la cure de Vichy, au début et à la fin de la cure. Le tableau III donne les mêmes renseignements pour les malades avec signe de Chvostek positif (63 cas). Le tableau IV a trait aux malades avec signe de Chvostek dont les céphalées sont le signe dominant (38 cas) ou aux

TABLEAU II

Variations du calcium sérique et du magnésium sérique et érythrocytaire au cours de la cure de Vichy. Ensemble des sujets.

	MOYENNES (mg/l)		n	P
	Avant	Après		
Calcium total	95,3	97,3	62	NS
Calcium ionisé	33,3	36,1	62	0,05
Calcium protéique	62,0	61,0	62	NS
Magnésium sérique	20,3	20,3	79	NS
Magnésium érythrocytaire	47,6	55,2	79	0,001

n = Nombre de patients. P = Seuil de signification de la différence des moyennes avant et après cure.

TABLEAU III

Variations du calcium sérique et du magnésium sérique et érythrocytaire, au cours de la cure de Vichy, chez des spasmodophiles avec signe de Chvostek positif.

	MOYENNES (mg/l)		n	P
	Avant	Après		
Calcium total	93,7	96,9	50	0,05
Calcium ionisé	32,3	36,0	50	0,05
Calcium protéique	61,3	60,9	50	NS
Magnésium sérique	20,4	20,3	63	NS
Magnésium érythrocytaire	48,1	55,4	63	0,001

n = Nombre de patients. P = Seuil de signification de la différence des moyennes avant et après cure.

sujets qui ont des séquelles de cholécystectomie (18 cas).

Pour l'ensemble des malades (tableau II) le MgE s'élève de façon très significative (P = 0,001). Le magnésium sérique ne varie pas. Pour le calcium, seule est significative l'élévation du calcium ionisé (P = 0,05).

Les constatations sont identiques pour les *spasmodophiles avec Chvostek positif* (tableau III), où on note une augmentation très significative du MgE (P = 0,001), une augmentation significative du calcium total (P = 0,05) et ionisé (P = 0,05). Les modifications du magnésium sérique et du calcium protéique ne sont pas significatives.

Si on dissocie dans le groupe des sujets à signe de Chvostek positif ceux qui présentent des *céphalées migraineuses* et ceux qui ont des séquelles de *cholécystectomie* (tableau IV) on note que sont significatives, pour les premiers, l'élévation du calcium ionisé (P = 0,05) et celle du magnésium érythrocytaire

TABEAU IV

Taux moyens du calcium et du magnésium sérique et érythrocytaire au début et à la fin de la cure de Vichy, dans deux groupes de spasmophiles avec signe de Chvostek positif, les uns avec céphalées migraineuses et les autres avec séquelles de cholécystectomie.

CATÉGORIE CLINIQUE	CALCIUM TOTAL (mg/l)				CALCIUM IONISÉ (mg/l)				CALCIUM PROTÉIQUE (mg/l)				MAGNÉSIUM ÉRYTHROCYTAIRE (mg/l)				MAGNÉSIUM SÉRIQUE (mg/l)			
	D	F	n	P	D	F	n	P	D	F	n	P	D	F	n	P	D	F	n	P
Céphalées ou Migraines	94,3	93,4	32	NS	31,3	35,6	32	0,05	63,0	60,0	32	NS	47,7	56,6	38	0,001	20,5	20,3	38	NS
Cholécystectomisés	93,9	98,5	12	NS	33,8	35,7	12	NS	60,0	63,0	12	NS	47,7	53,7	18	0,01	20,9	20,4	18	NS

D = Début de cure ; F = Fin de cure ; n = Nombre de patients ; P = Seuil de signification de la différence des moyennes avant et après cure.

(P = 0,001) ; pour les cholécystectomisés, seule est significative (P = 0,01) l'élévation du magnésium érythrocytaire.

Nous n'avons pas noté pour le magnésium érythrocytaire de différence significative selon les diverses sources.

COMMENTAIRES

1) INTÉRÊT BIOLOGIQUE.

a) Élévation du magnésium érythrocytaire au cours de la cure.

Le fait essentiel que nous avons constaté au cours de la cure de Vichy est l'élévation du MgE. Cette élévation très significative porte sur la statistique globale (79 cas), sur les sujets à signe de Chvostek positif (63 cas) et enfin, parmi les sujets à Chvostek positif, aussi bien sur ceux qui se plaignent de céphalées migraineuses (38 cas) que sur ceux qui ont des séquelles de cholécystectomie (18 cas). Dans ce dernier groupe, la variation est très significative (P = 0,001) pour les spasmophiles avec céphalées migraineuses, et significative (P = 0,01) pour les séquellés de cholécystectomie.

b) Magnésium sérique.

Les variations se font dans le sens d'une augmentation, mais cette augmentation n'est pas significative. Ce point est en discordance avec nos constatations antérieures (1966). Cette différence tient très probablement à ce que, si le terrain est le même dans les deux groupes de patients (adultes femmes surtout : 48 femmes sur 55 en 1966, 72 femmes sur 79 en 1970), le syndrome est différent. En 1966, nous n'avions considéré que la spasmophilie biliaire, c'est-à-dire l'association de céphalées migraineuses, de douleurs de l'hypocondre droit et de signe de Chvostek. Dans le travail actuel, la symptomatologie digestive est variable, même dans les cas de symptomatologie biliaire (maladie du siphon, séquelles de cholécystectomie, lithiase biliaire) ; et pour les céphalées

migraineuses à Chvostek positif, les douleurs de type biliaire ne sont pas toujours associées.

c) Magnésium érythrocytaire et magnésium sérique.

Alors que les variations du magnésium sérique étaient en 1966 à la limite des tests de signification (P = 0,01 et P = 0,06 selon les sources), dans le travail actuel, la variation du MgE est très significative (P = 0,001). Ce fait souligne l'intérêt, en thérapeutique thermique, du dosage du MgE dans la spasmophilie et probablement aussi dans nombre de maladies digestives mal étiquetées.

d) Calcium ionisé.

L'augmentation du MgE s'accompagne d'une augmentation significative du calcium total et de sa fraction ionisée (P = 0,05), pour l'ensemble des malades dont le signe de Chvostek est positif, et d'une augmentation significative de la fraction ionisée du calcium (P = 0,05), tant pour l'ensemble des malades (79 cas) que pour le groupe des malades avec prédominance de céphalées (38 cas). Ce sont là des constatations analogues à celles que nous avons faites dans notre travail antérieur sur la spasmophilie biliaire.

2) INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE DE LA CURE BICARBONATÉE SODIQUE.

Ces 134 observations de spasmophilie digestive dont 55 ont déjà fait l'objet d'un travail en 1966, permettent donc d'affirmer que la spasmophilie digestive représente une bonne indication des eaux bicarbonatées sodiques.

La normalisation biologique est, en effet, allée de pair dans presque tous les cas avec une disparition des troubles cliniques. La cure de Vichy a donc une action non seulement sur la spasmophilie clinique (avec signe de Chvostek positif) mais encore sur la spasmophilie biologique (abaissement du magnésium et du calcium ionisé).

Le fait que nous n'ayons pas trouvé de différence entre les sources, à l'inverse de ce que nous avons

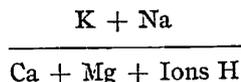
constaté en 1966 (Grande Grille agit plus sur la spasmophilie biliaire que Chomel et Hôpital) tient sans doute au fait que les malades que nous avons utilisés dans ce travail, avaient une symptomatologie clinique assez différente.

La spasmophilie digestive a de plus un grand intérêt pour la Thérapeutique Thermale. En effet, alors que *beaucoup de thérapeutiques avaient échoué*, en particulier les traitements digestifs, biliaires et vésiculaires (y compris la cholécystectomie qui avait été effectuée sans succès chez quelques-uns de nos patients), *la cure bicarbonatée sodique a toujours donné un résultat favorable*. Sans doute le résultat de la première cure n'est-il pas définitif, l'amélioration durant un temps variable, quelques mois, parfois un an. Aussi nous apparaît-il que la cure doit être répétée plusieurs années de suite.

3) MODE D'ACTION DE LA CURE THERMALE.

Ce mode d'action n'est pas connu. On sait que les eaux sulfatées calciques, qui contiennent une quantité importante de magnésium, ont une action favorable sur certains troubles digestifs du type de la spasmophilie. Leur action peut s'expliquer par un *apport du magnésium* (Boursier, 1966). Pour Vichy, il n'en est pas de même, car la quantité du magnésium dans les eaux de cette station, est faible (10 à 12 mg/l).

On peut supposer que la cure bicarbonatée sodique agit en *modifiant le rapport de LOEB*



par élévation du dénominateur (calcium et magnésium) ; on admet que cette modification a une action antitétanigène.

Les variations ioniques provoquées par la cure peuvent agir aussi en *abaissant les chronaxies nerveuses* (Glénard, Lescœur et Cuvelier, 1947) qui sont élevées dans la spasmophilie.

Nous ignorons la cause de l'élévation de la calcémie, notamment de la fraction ionisée, et de la magnésémie. S'agit-il d'une amélioration de la digestion sous l'effet de la cure, ce qui amènerait une meilleure absorption de l'ion calcique et magnésien ? S'agit-t-il de modifications hormonales (Blahos, 1969) ? S'agit-t-il de modifications ioniques cellulaires entraînant une amélioration des transferts cellulaires (Salet et Fournet, 1970) ?

On sait en effet, que les cations ont un rôle indispensable dans les réactions permettant les échanges cellulaires que celles-ci soient membranaires ou hyaloplasmiques. Bien que l'on sache peu de chose encore sur l'action du magnésium, on sait par exemple, que le rôle de cet ion est essentiel dans un grand nombre de réactions enzymatiques intracellulaires. Or, *la cure peut agir en modifiant les métabolismes cellulaires*. Il a en effet, été démontré que l'eau de Vichy avait un *pouvoir activateur sur les enzymes*. Peut-être une part de l'action de la cure est-elle due à l'élévation du magnésium intracellulaire.

Bien que l'étiologie de la carence magnésique soit inconnue (Maurat et coll., 1970), on peut se demander si l'élévation du MgE correspond à une élévation

du « pool » total du magnésium et en particulier de celui qui est contenu dans le *système nerveux*. Or, certaines de nos expériences semblent montrer une action centrale de la cure bicarbonatée sodique de Vichy sur le système nerveux négatif (Debray, 1969 et 1970).

Toutes ces explications ne sont pour le moment que des hypothèses.

RÉSUMÉ

Cette étude est basée sur 134 observations de spasmophilie digestive ; 55 de ces patients atteints de spasmophilie biliaire ont déjà fait l'objet d'un travail en 1966.

Dans les 55 cas de *spasmophilie biliaire* (douleur de l'hypocondre droit, signe de Chvostek positif, céphalée migraineuse), la cure de Vichy a donné un excellent résultat en même temps que s'élevaient le calcium ionisé et le magnésium sérique.

L'étude portant sur 79 patients atteints de *spasmophilie clinique et biologique* (63) ou *seulement de spasmophilie biologique* (16), confirme le bon effet de la cure bicarbonatée sodique.

Chez tous les sujets (79), on note une augmentation très significative du magnésium érythrocytaire. L'intérêt de ce dosage paraît, en thérapeutique thermale, plus grand que celui du magnésium sérique. Il existe dans la plupart des cas, une élévation significative du calcium ionisé.

Le mécanisme d'action de la cure est inconnu. Diverses hypothèses sont soulevées : élévation du rapport de Loeb ; modification des chronaxies ; augmentation du magnésium cellulaire dont le rôle est capital dans certaines réactions enzymatiques ; augmentation du capital magnésium cellulaire dans certains organes et en particulier dans le système nerveux central.

BIBLIOGRAPHIE

- BECQUET R., WILLOT Cl. — Les spasmophilies vésiculaires. *Rev. Méd. Chir. Mal. Foie, Panc., Rate* : I. 1950, 25, 10, 6-15 ; II. 1950, 25, 11, 5-20 ; III. 1950, 25, 12, 5-15 ; IV. 1951, 26, 1, 9-30 ; V. 1951, 26, 2, 5-12 ; VI. 1951, 26, 3, 15-32 ; VII. 1951, 26, 4, 5-16.
- BERENI J. — La spasmophilie digestive. *Gaz. Hôp. (Paris)*, 1966, 18, 1047-1052.
- BLAHOS J. — Rôle des hormones dans le métabolisme du magnésium. *Sem. Hôp. Paris*, 1969, 27, 1895-1900.
- BOURSIER B. — Crénothérapie des carences en magnésium par les eaux sulfatées calciques et magnésiennes. Indications cliniques. *Rein et Foie, Mal. Nutr.*, 1966, 8, 219-234.
- BOURSIER B. — La tétrate magnésienne. *Concours méd.*, 1966, 88, 5095-5104.
- DEBRAY Ch. — Les eaux minérales magnésiennes. Journées thérapeutiques de Paris, 1947. Doin éditeur, 1948, 265-290.
- DEBRAY Ch., LA TOUR (de) J., VAILLE Ch., ROZE Cl., SOUCHARD M. — Eau de Vichy, glycémie, sécrétion pancréatique externe et biliaire chez le Rat. *Rev. int. Hépat.*, 1969, 19, 2, 117-146.

- DEBRAY Ch., LA TOUR (de) J., VAILLE Ch., ROZE Cl., SOU-
CHARD M. — Pancréas exocrine et modificateurs de la
glycémie. II) Action de l'insuline, seule et en présence
d'eau bicarbonatée sodique, sur la sécrétion pancréa-
tique et biliaire chez le Rat. *Thérapie*, 1969, 24, 283-
295. III) Action du déoxyglucose, seul et en présence
d'eau bicarbonatée sodique, sur la sécrétion pancréa-
tique et biliaire chez le Rat. *Thérapie*, 1970, 25, 143-
159.
- DURLACH J. — Spasmophilie et déficit magnésique. Masson
édit., Paris, 1969.
- DURLACH J. — Récents progrès en pathologie magnésique.
Concours méd., 1969, 91, 8907-8918.
- FASSIO Et. — Le calcium dans les spasmopathies et les dys-
tonies digestives et biliaires. *Sem. Hôp. Paris*, 1952,
28, 3403-3410.
- FOURNET J.-P. — Le métabolisme du magnésium et sa patho-
logie. *Guide du praticien*, 1968, 93, 74-79.
- GOIFFON R., NEPVEUX F. — Le taux de calcium sérique pré-
cipité par de faibles concentrations d'oxalate. *Ann.
Biol. clin.*, 1946, 4, 245-246.
- JUSTIN-BESANCON L., KLOTZ H. — Étude critique de la no-
tion de spasmophilie chez l'adulte et le grand enfant.
Sem. Hôp. Paris, 1950, 26, 3173-3190.
- KLOTZ H. P. — Céphalalgie et migraine sur le terrain spasmophi-
le. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1949, 123-124.
- LA TOUR (de) J., ROZE Cl., NEPVEUX P., DEBRAY Ch. — La
spasmophilie biliaire. Action de la cure bicarbonatée
sodique. *Sem. Hôp. Paris*, 1966, 42, 536-540.
- LA TOUR (de) J. — Travaux récents sur la pharmacodynamie
des eaux minérales. *Prod. et Probl. Pharm.*, 1969, 24,
9, 529-537.
- LA TOUR (de) J., ROZE Cl., NEPVEUX P., DEBRAY Ch. —
Spasmophilie digestive, magnésium érythrocytaire et
Cure de Vichy. *Sem. Hôp. Paris*, 1970, 40, 2534-2537.
- MAURAT J. P., BIDARD DE LA NOE A. M., ROUSSELET F. —
Intérêt en pathologie de la détermination du magné-
sium globulaire. *Sem. Hôp. Paris*, 1970, 29, 2035-2041.
- PATON J., REEDER W. — New indicator for titration of cal-
cium with ethylene dinitrilotetraacetate. *Anal. Chem.*,
1956, 28, 6, 1026-1028.
- POLONOVSKI Cl., COLIN J. — Explorations biologiques en pé-
diatrie. Expansion Scientifique éd., Paris, 1963, 209-
210.
- SALET J., FOURNET J. P. — Les hypomagnésémies néonatales.
Sem. Hôp. Paris, 1970, 17, 837-845.
- SCHIRARDIN H., MISSON Ch. — Importance du magnésium
érythrocytaire dans le diagnostic et le traitement de
centaines tétaniques. *Sem. Hôp. Paris*, 1967, 43, 3252-
3257.

Après cette communication, la parole est donnée au
Docteur MAUGEIS DE BOURGUESDON, médecin rhuma-
tologue à Luchon sur :

« LES CRITÈRES D'EFFICACITÉ DES CURES THERMALES EN RHUMATOLOGIE »

Le docteur A. Debidour vient de vous exposer
l'effort réalisé depuis un an par la Société Française
d'Hydrologie & de Climatologie Médicales qu'il
préside, dans le domaine de la statistique. En effet,
en prélude à cette matinée « d'informatique » placée
sous l'égide de la Fédération Thermale & Climatique
Française, notre Société d'Hydrologie avait consacré
sa séance solennelle du 16 février 1970 aux « Méthodes
Scientifiques en Thérapeutique et à leur application
en Médecine Thermale ».

Au cours de cette journée de travail, les docteurs
Jean Françon, d'Aix-les-Bains, Rémy Louis, de
Bourbon-Lancy et moi-même, avons été chargés
d'esquisser les critères d'efficacité thérapeutique
des cures thermales en Rhumatologie. Nous avons
alors effectué un travail préliminaire de « débrouil-
lage » grossier, choisissant comme sujet d'enquête
la coxarthrose, qui constitue une excellente indication
de la crénothérapie et représente le type même de
l'affection organique, pour l'interprétation clinique
de laquelle les facteurs psycho-somatiques sont réduits
au minimum.

Dès la fin de notre dernière saison thermale, vou-
lant concrétiser ce que nous n'avions qu'ébauché,
nous nous sommes mis en relation avec les services
du Professeur Daniel Schwartz, Directeur du départe-
ment d'informatique médicale de l'Hôpital Paul
Brousse à Villejuif, dans le cadre de l'I.N.S.E.R.M.,
qui avait présidé l'an dernier nos séances de travail.
Mes confrères et moi-même avons déjà tenu plusieurs
réunions de travail, pour mettre au point un protocole
expérimental, qui puisse être à l'abri des critiques
et répondre aux objectifs que nous nous sommes fixés.
Ce protocole est en cours de réalisation à l'INSERM
et doit être pratiquement achevé à la fin de ce mois
de janvier 1971.

Ne croyez cependant pas pour autant que tous les
problèmes soient résolus, loin de là, car ils sont mul-
tiples et nous nous heurtons à des difficultés majeures,
dont certaines malheureusement vont nous contrain-
dre à abandonner, — momentanément, nous voulons
l'espérer, — la réalisation pratique de ce travail.

Mais avant que d'envisager ces difficultés, voyons
ce qui est possible et souhaitable, comme méthodo-
logie prospective en crénothérapie. Il est certain qu'un
essai à l'aveugle, — et a fortiori en double aveugle, —
tel que celui utilisé pour évaluer l'efficacité d'un médi-
cament quelconque, comparativement à un placebo,
est inapplicable en médecine thermale, où le malade
et le médecin connaissent le traitement.

Seul un *essai pragmatique*, cherchant à mettre
en évidence l'avantage d'un traitement par rapport
à un autre, est envisageable en crénothérapie ; pour
les résultats, nous ne pourrions donc pas, comme
pour un essai à l'aveugle, obtenir une différence statis-
tiquement significative, mais nous choisirons simple-
ment dans les deux séries comparatives, celle qui
donne le meilleur score ; il ne s'agit plus dès lors d'un
test statistique, mais d'une simple comparaison,
qui est la seule méthode utilisable en crénothérapie.

Toutefois, pour précisément donner plus de poids
à cette méthode moins parfaite et ne pas s'attirer
des critiques, il importe de mettre au point un proto-
cole extrêmement rigoureux et c'est ce que nous nous
efforçons de faire actuellement. Les résultats donne-
ront une appréciation globale à partir de différents
éléments, qui permettront d'obtenir finalement un
critère de jugement.

Pour que l'enquête soit aussi rigoureuse que possible,
les malades doivent se présenter au départ de la
même façon ; il faut donc que toutes les coxarthroses
retenues soient justiciables du même traitement et
les répartir au hasard par tirage au sort à partir de ce
moment : donc des arthroses de hanche soumises à

un traitement médical identique et acceptant le principe d'effectuer éventuellement une cure thermale ; l'une des séries, tirée au sort, bénéficiera de crénothérapie en plus du traitement médical commun aux deux séries.

Les malades devront ainsi être triés en service hospitalier, puis tirés au sort, être suivis jusqu'au moment du départ en cure, et à nouveau examinés au retour de cure, pour le bilan du traitement. Vous voyez que le rôle du médecin thermal n'est que modeste dans cette enquête, — qui d'ailleurs, à ce titre, gardera toute son impartialité, — puisqu'il se contentera d'effectuer les bilans intermédiaires, au cours de la cure thermale, qui seront de peu de poids pour l'appréciation du score final, essentiellement jugé sur les bilans initial et final, à l'échelon hospitalier.

Et c'est ici que nous voyons surgir les premières difficultés ; elles sont de deux ordres :

1^o *Difficultés inhérentes à tout essai prospectif.*

Les essais sont plus ou moins bien réalisés, même s'ils sont rémunérés, car il est lassant et fastidieux de remplir des questionnaires.

Les malades choisis doivent être susceptibles de suivre l'essai régulièrement et de se rendre à toutes les convocations.

Mais ce sont les *difficultés financières* qui, dans tous les essais en cours, arrêtent leur développement, comme nous le précisait encore hier, à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, le Professeur Decroix de Lille & le Professeur Agrégé Lacourreye : ce dernier doit interrompre une étude informatique en cours au CHU Necker-Enfants-Malades par manque de crédits, le coût de location des ordinateurs étant très élevé.

2) *Difficultés supplémentaires propres au Thermalisme.*

Le problème se complique en effet de singulière façon lorsqu'il s'agit d'une enquête thermale.

Nous venons de vous dire que la méthode pragmatique était seule envisageable pour toute enquête thermale ; les différences étant peu importantes entre l'efficacité de la crénothérapie et celle des autres traitements médicaux, il faut nécessairement envisager des séries de malades suffisamment longues pour parer à toute critique. Citons un ordre de grandeur : il faudrait un minimum de 200 malades dans chaque groupe étudié (groupe thermal et groupe témoin), ce qui aboutirait à un minimum de 400 malades pour l'enquête ; et nous nous heurtons ici à deux ordres de difficultés, pratiques et financières.

a) *Difficultés pratiques :*

— La série témoin comparative, utilisant des traitements médicaux courants de la coxarthrose, n'aura que peu de valeur en soi sur le plan pratique, et servira uniquement de référence par rapport à la série témoin.

— Alors que pour un essai médicamenteux, le malade ignore totalement si on lui administre un remède ou un placebo, ici il faut qu'il soit au départ,

en quelque sorte « conditionné » au thermalisme, puis-que acceptant cette hypothèse sur le plan social, avant d'être tiré au sort. Les malades rentrant dans la série témoin seront psychologiquement mécontents d'être frustrés de la cure thermale, et certains peuvent dès lors se désintéresser totalement de l'enquête et ne pas se rendre aux convocations. Il risque donc d'y avoir du déchet dans la série témoin, déchet qui compensera d'ailleurs celui inévitable de la série tirée au sort pour partir en cure et qui au dernier moment, pour des raisons professionnelles ou familiales, ne pourra ou ne voudra s'y rendre. Ce déchet prévu d'avance dans l'enquête thermale, conditionne encore davantage la nécessité d'envisager des séries d'études très importantes.

— Un autre inconvénient des essais pragmatiques, encore une fois seuls concevables ici, est de ne pouvoir donner qu'un score comparatif pour dire si la crénothérapie est plus intéressante que le traitement médical seul ; mais il ne peut être question d'en tirer d'élément d'appréciation, ni sur l'efficacité de la cure proprement dite, ni sur chaque élément constitutif de l'affection choisie, dès le moment qu'entrent en jeu plusieurs paramètres que l'on est contraint de grouper pour apprécier un résultat global. Cette objection importante diminue d'ailleurs en partie l'intérêt du travail.

— Mais la principale pierre d'achoppement réside dans le fait que le travail est suggéré par les médecins thermaux, mais effectué en réalité pour ses 5/6^e par les médecins des centres hospitaliers, auxquels est dévolu le rôle essentiel, que je vous rappelle : tri préalable des malades, tirage au sort, envoi au médecin thermal de la fiche du malade et surtout bilan initial et final, qui seuls seront pris en considération pour l'appréciation des résultats.

Lorsque l'on songe que la série témoin est entièrement à la charge de nos confrères hospitaliers et que dans la série thermale, nous médecins thermaux ne faisons qu'un bilan intermédiaire ne rentrant pas dans les critères d'appréciation, vous saisissez d'emblée que ce travail repose pour ses 5/6^e sur les médecins des centres hospitaliers. Pour tant de dévouement et d'amitié que manifestent à notre égard des confrères coopérants, dans les divers services de rhumatologie, il ne peut être question de leur demander de passer bénévolement un temps précieux à participer à une aussi vaste enquête, d'autant qu'ils s'aliéneraient ainsi une série de malades qui ne pourrait plus être utilisée pour une autre enquête thérapeutique qui, elle, serait rémunérée. Et c'est ici que nous abordons le deuxième et essentiel chapitre de difficultés.

b) *Difficultés financières :*

Pour asseoir sur une base solide un tel travail, il faut donc la collaboration de nos confrères hospitaliers, s'ajoutant au dépouillement et au traitement des informations ainsi recueillies ; l'ensemble suppose une contre-partie financière très importante qu'il est difficile de chiffrer.

CONCLUSIONS

Étant désireux de répondre aux critiques qui sont justement faites depuis des années et selon lesquelles les résultats que publient les médecins thermaux ne sont pas statistiquement valables à l'heure de l'informatique, nous avons voulu mener l'expérience jusqu'au bout et rédiger un protocole de travail qui va être prêt incessamment et que mes amis co-rapporteurs et moi-même avons d'ailleurs financé de nos bourses personnelles.

Nous pensons vous avoir démontré les impératifs

financiers auxquels nous nous heurtons, pour pouvoir lui donner l'application concrète que nous souhaitons et qui est le but de cette matinée de travail.

Il nous reste à nous tourner vers les pouvoirs publics, représentés ici par Monsieur R. Boulin, Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, pour qu'il veuille bien accorder à notre Société Française d'Hydrologie, les moyens financiers qui lui font défaut pour mener à bien de telles enquêtes et permettre ainsi à la crénothérapie, trop longtemps basée sur l'empirisme, de pouvoir enfin démontrer sans équivoque sa valeur thérapeutique, grâce au label de l'informatique moderne.

LES DÉBATS

Le Docteur ÉBRARD remercie les trois orateurs qui viennent de succéder à la tribune au Docteur DEBIDOUR.

Puis il propose d'ordonner les débats en débutant par la discussion sur les deux rapports du Président DEBIDOUR et du Docteur MAUGEIS DE BOURGUESDON qui, tous deux ont traité de la méthode statistique et de son application à la crénothérapie (tout en se plaçant, d'ailleurs, à des points de vue différents), puis d'aborder ensuite les échanges de vues sur les deux rapports du Docteur JEAN et du Docteur DE LA TOUR.

Le Docteur DEBIDOUR se déclare pleinement d'accord avec le Docteur MAUGEIS DE BOURGUESDON sur la méthode de travail qu'il vient de définir pour aboutir à une exploitation statistique valable, à l'heure de l'informatique, des résultats obtenus par la crénothérapie. Le moment était venu, dit-il, de faire cette mise au point. Le Docteur MAUGEIS DE BOURGUESDON a en outre souligné les difficultés que rencontre la mise en place de cette méthode de travail tant sur le plan pratique que sur le plan financier. Cependant, c'est un objectif à poursuivre, enchaîne-t-il. Dans cette voie, il faudrait d'ailleurs coordonner les activités des médecins hospitaliers, des médecins de la sécurité sociale et des médecins thermaux tout en circonscrivant, au début, les investigations à des secteurs très précis. La Société d'Hydrologie, quant à elle, s'emploiera à favoriser, avec la caution des professeurs d'hydrologie et dans le cadre du groupe de travail qu'elle a constitué, une telle réalisation.

Le Professeur François BESANÇON à son tour souligne certaines difficultés.

« Je crois, » dit-il « qu'il est possible d'avancer en prenant conscience » de certaines lacunes ».

D'une part les médecins thermaux ont de la difficulté à trouver leur place dans la vie hospitalière et quand ils nous font l'amitié de venir dans les services ils ont trop souvent l'impression de recevoir trop peu de responsabilités pendant le semestre qu'ils passent l'hiver avec nous. Ils pourraient faire davantage. Voilà une première lacune. Une seconde lacune c'est que dans les hôpitaux nous sommes insuffisamment organisés pour suivre les malades chroniques. Et si nous avons des leçons à prendre, ce sont dans

les centres anti-cancéreux. Là, il y a peu de malades perdus de vue, 3 ou 4 % seulement. Dans nos services hospitaliers, c'est tout à fait différent et les exemples concrets m'ont montré que dans l'anémie pernicieuse ou dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum nous avons des quantités de malades qui sont perdus de vue parce que nous ne nous sommes pas organisés pour les convoquer. Lorsque nous le faisons, c'est un fardeau personnel considérable pour les médecins hospitaliers et pour supporter ce fardeau nous avons besoin d'aide. Je crois que les médecins thermaux qui, s'ils apportent leur expérience des malades chroniques, s'ils apportent leurs nouvelles compétences dans les exigences de la thérapeutique clinique comme l'a fait la Société d'Hydrologie l'année dernière, s'ils apportent des recettes qu'ils iront chercher dans des centres anti-cancéreux (car actuellement ce sont nos maîtres dans ce domaine), les médecins thermaux peuvent apporter une compétence qui est rare actuellement dans les hôpitaux et une aide remarquable pour remplir certaines lacunes. Et d'autre part il peut ne pas y avoir de conflit entre des études thérapeutiques menées sur des médicaments nouveaux et des études thérapeutiques menées sur la cure thermale, car les exigences croissantes en matière de recherche médicamenteuse imposent de plus en plus des séries témoins qui devront donc être constituées, en tout état de cause. Je ne vais pas plus loin pour l'instant mais j'ai l'impression que les voies de l'avenir ne sont pas bouchées.

A son tour, le Docteur LIGNERAT intervient dans les termes suivants :

Docteur LIGNERAT : J'ai écouté avec une attention soutenue les exposés de nos amis qui se sont penchés sur une science informatique, une science de l'avenir, car on peut placer la médecine thermale dans l'avenir sur les rails de l'informatique. Il est certain qu'on risque de buter sur les difficultés que nous avons tous rencontrées, tant de personnel que d'équipes et de concours à demander à nos confrères hospitaliers ; surtout nous nous heurtons aux difficultés financières. La mariée est belle, il faut qu'elle soit la mariée, mais je pense qu'on ne doit pas partir sur un plan absolument général. Je crois que nos équipes —

et je crois que c'est aussi le rôle de la Société d'Hydrologie — doivent sélectionner les points d'impacts. L'affaire est trop coûteuse pour que chaque station se permette d'aller adresser des suppliques au Ministre ou aux diverses fédérations pour des subventions de fonctionnement et en outre de perturber — je dis bien perturber — les consultations des services hospitaliers et même les services d'hospitalisation. C'est demander un gros effort aux externes, aux internes et à nos chers patrons. Nos chers patrons donnent leurs ordres, mais donner des ordres, ce n'est pas toujours l'exécution. Nous connaissons leurs difficultés, nous connaissons l'amitié qu'ils ont pour nous mais ce qu'ils voudront surtout c'est que nous soyons précis, que nous ne fassions pas une jactance de l'informatique et que nous adoptions à ce niveau une méthode d'ordre, je la crois indispensable, mais je crois que c'est sous cet angle de la précision et de la sélection qu'il faut voir notre avenir.

Le Docteur EBRARD, après avoir remercié les deux orateurs, ouvre la discussion sur les rapports des Docteurs JEAN et DE LA TOUR.

Successivement interviendront le Professeur LAROCHE, le Docteur EBRARD, le docteur COTTET, auxquels répondront le Docteur DE LA TOUR et le Docteur FORESTIER.

Professeur LAROCHE :

« Je crois devoir prendre la parole en raison de l'intérêt remarquable de cette communication : un point essentiel que je tiens à souligner m'a, en effet, frappé : c'est que, si l'on examine les statistiques apportées par Monsieur Jean, on s'aperçoit que le thermalisme préventif qu'il devrait être : c'est une donnée capitale qui ressort des deux premières plaques qui nous ont été passées. Car on s'aperçoit qu'à Alleverd et à Saint-Honoré, 60 % et 42 % respectivement, des malades traités étaient aux stades 3 et 4, donc que la grande majorité des malades rentraient dans la catégorie de ceux dont on nous dit que les résultats dans la plaque 4, sont les moins bons, puisque le pourcentage d'efficacité monte de 10 à 40 %, en passant du stade 1 au stade 3. Or s'il y a un domaine où le thermalisme doit reprendre sa place, mais avec une compréhension moderne du problème, c'est la médecine préventive. Quand on lit ces chiffres on s'aperçoit que, sans aucun doute, on passe à côté de très nombreuses prescriptions de médecine préventive laquelle est, à mon avis, la part la plus importante de la médecine thermique de l'avenir.

Docteur EBRARD : Je remercie vivement le Professeur Laroche de cette courte intervention qui pose un problème majeur. Ce problème, nous l'avons posé lorsque nous nous sommes réunis dans ce groupe de travail que le Ministre avait souhaité. Dans le rapport que nous avons fourni, ces notions sont apparues très clairement. Elles soulèvent des problèmes importants qui ne sont pas seulement médicaux mais qui ressortissent également au domaine du thermalisme social, puisqu'elles modifient l'optique dans laquelle on choisit les malades qui vont en cure thermique. Il y a donc là un problème majeur à reprendre, celui

des indications du thermalisme social dans un domaine de la prévention qui est un problème extrêmement difficile, mais c'est un problème qui sera soumis à la Commission du Thermalisme Social dont la reconstitution a été annoncée ce matin. Par ailleurs je désire exprimer mon admiration pour le travail qui nous a été présenté par le Docteur de la Tour. Rien n'est jamais fini, et si je voulais je lui poserais quelques questions supplémentaires. Je lui demanderais par exemple s'il ne serait pas intéressant de suivre en même temps que le calcium ionisé et le calcium total, et le magnésium sérique et érythrocytaire, l'équilibre acide-base. Nous savons bien que l'équilibre acide-base, au cours des cures bicarbonatées-sodiques évolue et la modification de l'équilibre acide-base au cours de la cure, peut, peut-être, expliquer d'une part les variations du calcium ionisé, bien sûr, mais peut-être, également les variations de la répartition du magnésium entre les globules et le plasma. D'autre part le critère actuel de la tétanie, c'est l'électro-myogramme et c'est peut-être aussi dans cette direction qu'il serait intéressant de poursuivre des études jadis réalisées en particulier sur les chronaxies et leur évolution au cours de la cure de Vichy.

D^r COTTET : Je voudrais demander à M. de la Tour s'il a fait les mêmes examens biologiques chez des malades ne présentant pas du tout ce syndrome, dans des affections soignées également à Vichy, mais tout à fait différentes, et si les autres « sujets » qui, a priori, n'ont pas forcément les mêmes troubles biologiques suivent une évolution parallèle ou non ?

D^r DE LA TOUR : J'ai effectivement fait des dosages chez des malades qui ne présentaient absolument aucune symptomatologie clinique de spasmodophilie et dont certains n'avaient pas de signe de Chvostek positif, et il est arrivé souvent que les résultats soient normaux. Mais il est arrivé aussi que dans cette catégorie de malades, il y en ait pour lesquels les résultats n'étaient pas normaux et soit le calcium, soit le magnésium étaient abaissés. Je dois préciser que nous avons vu également remonter le magnésium, parce que c'est surtout du magnésium dont nous nous sommes occupés. Nous avons du reste donné le nom de spasmodophilie biologique à ce syndrome.

D^r FORESTIER : Je voudrais reprendre l'exposé de notre ami Maugeis de Bourgesdon à propos des coxarthroses, parce qu'il se trouve que je suis inclus actuellement dans un groupe de recherche sur l'évolution spontanée d'une part et l'évolution des cas traités par cure thermique des coxarthroses d'autre part, et ceci en corrélation avec un service hospitalier parisien, celui de Monsieur le Professeur Auquier. Et si, dans le cadre des résultats immédiats de la cure, nos méthodes possibles rencontrent toutes sortes de difficultés, surtout par rapport aux méthodes médicalementes, il en est tout à fait différemment en ce qui concerne les résultats *lointains*. Or je crois que dans un grand nombre d'affections que nous traitons par le thermalisme, spécialement la coxarthrose, les rhumatismes et au fond presque toutes les indications du thermalisme, nous traitons les malades chroniques et, dans ce domaine, les possibilités que nous avons ne sont en rien inférieures, elles sont au

contraire très supérieures. Car la fidélité des curistes qui viennent chez nous est considérable, nous les suivons souvent pendant 6, 8, 10, 12, 15 ans et je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de conditions, en dehors de la médecine thermique, qui offrent des durées de surveillance aussi importantes. Nous avons établi une statistique avec des statisticiens très sérieux spécialisés, avec une fiche d'exploration qui comporte 400 points différents ; certes, il s'agit de dossiers antérieurs, mais qui ont été suivis par une équipe médicale qui a commencé à travailler il y a 40 ans, à savoir celle qui a été fondée par Jacques Forestier, et selon des méthodes d'examen rigoureuses, notamment des examens de laboratoires qui sont toujours repris avec un ou plusieurs clichés radiographiques ; ces clichés figurent au dossier et ils ont été microfilmés ; ce sont des éléments très sérieux et les statisticiens nous ont dit que nous avons là un matériel qui permettait parfaitement de donner une statistique vala-

ble. Parallèlement la série-témoin était observée par ceux d'entre nous qui travaillent dans les services parisiens et je crois que la comparaison de l'un et l'autre va aboutir à des conclusions très intéressantes sur le plan scientifique.

Docteur EBRARD : Je remercie le Docteur Forestier de cette réflexion qui ramène à notre point de départ et qui nous montre une fois de plus les difficultés de cette étude du rendement de la crénothérapie mais qui nous montre aussi que les uns et les autres, c'est avec foi que nous la poursuivrons.

* * *

A la suite de cet échange de vues, le Docteur Ebrard lève la séance qui reprendra à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Au cours de cette séance le Docteur CARRIE, médecin conseil régional de la Sécurité sociale, chargé de cours d'hydroclimatologie à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Limoges, a présenté un rapport sur le rendement thérapeutique des cures thermales et leur rendement médico-social.

Nous en donnons ci-après le texte intégral.

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR LE DOCTEUR CARRIE SUR :

- LE RENDEMENT THÉRAPEUTIQUE DES CURES THERMALES.
- LEUR RENDEMENT MÉDICO-SOCIAL (réduction de l'absentéisme - sous consommation médicale et pharmaceutique).

Les statistiques médicales modernes, au travers de l'informatique médicale, sont plus que jamais à l'ordre du jour et en ce qui concerne la crénothérapie, la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie médicales y a déjà consacré une journée d'études le 16 février 1970.

Le compte-rendu qui en a été donné dans un numéro spécial de la « Presse Thermale et Climatique » est particulièrement instructif.

En préambule, il nous semble indispensable de rappeler, à nous Français, un certain nombre de vérités que nous devons avoir toujours présentes à l'esprit.

— Le thermalisme français a occupé, jusqu'à il y a une dizaine d'années, la première place dans le monde.

— Ce furent « les Grands Patrons » de la médecine

française qui donnèrent ce prodigieux essor à la crénothérapie dans notre pays (Billard, Fontes, D'As-tugue, Villaret, Chabrol, Rathery, Desgrez, Justin-Besançon, Polonowsky, Santenoise, pour ne citer que les anciens...).

— Il n'y a pas de nos jours une thérapeutique qui puisse s'enorgueillir de reposer sur des bases scientifiques et expérimentales aussi solides et anciennes (l'Hydrologie médicale expérimentale est à l'actif exclusif des savants français).

— Le chiffre d'affaires de notre thermalisme est encore de l'ordre de 1 milliard de francs ; il fait vivre près de 250 000 personnes et l'hôtellerie thermique représente 9,5 % du chiffre global des hôtels français classés tourisme.

Toujours en préambule, et vous voudrez bien nous en excuser, nous sommes en devoir de nous poser la question suivante : pourquoi en 1971 est-il aussi indispensable, aussi impérieux de parler de nouvelles statistiques ?

Les principales raisons en sont les suivantes :

— Le thermalisme français dépend presque entièrement de la Sécurité sociale des divers régimes (plus de 75 % de curistes et ce pourcentage ne peut aller que croissant).

— Le thermalisme français est en perte de vitesse par rapport à de plus jeunes que lui :

Allemagne Fédérale	1.650.000 curistes
Italie	1.250.000 curistes
alors que pour la France, il y a seulement	420.000 curistes

— L'évolution du thermalisme européen et même mondial se fait dans une conception nouvelle du thermalisme social fort bien définie par le Professeur Ott, Président de l'I.S.M.H. à l'ouverture de la séance inaugurale du Congrès International du Thermalisme

et du Climatisme Médical qui s'est tenu du 30 septembre au 5 octobre 1970 à Estoril (Portugal).

Il s'exprimait ainsi : « Dans beaucoup de pays, les changements sociaux et politiques ont mis le *traitement thermal et climatique dans le domaine des services sociaux*. Du point de vue médical, c'est une évolution favorable parce que les cures thermales et climatiques jouent un rôle important dans la prévention, la thérapeutique et la réadaptation, justement dans les maladies qui réduisent la capacité de travail, qui menacent le statut social de l'individu et qui coûtent cher à la société ».

Il ajoutait : « les indications des stations thermales et climatiques doivent être contrôlées par des méthodes scientifiques et cliniques, leurs résultats doivent être propagés chez les praticiens traitants et les médecins des assurances sociales ».

— La crénothérapie, cette thérapeutique depuis si longtemps éprouvée, se heurte depuis la dernière guerre à un certain discrédit, à un certain scepticisme de la part de médecins et sociologues qui veulent l'ignorer face aux médications modernes issues des grands laboratoires, mais dont le manque d'intérêt de certaines est souvent démontré par leur rapide disparition du marché pharmaceutique.

Une telle attitude de ces opposants semble dûe surtout à l'emprise actuelle d'une certaine médecine anglo-saxonne qui ne s'est nullement attachée à la recherche ou à l'exploitation d'eaux médicinales sur ses territoires. Dans un proche avenir, il pourrait en être autrement, car au récent congrès international de l'ESTORIL, on notait la présence d'une délégation de médecins des U.S.A., conduite par le Docteur S. Forster, qui ne souhaitait qu'à se laisser convaincre scientifiquement, tout au moins dans le cadre de la balnéologie de réadaptation.

C'est pour dissiper ces incompréhensions momentanées, mais tout aussi regrettables, qu'il est grand temps d'actualiser le *thermalisme français* ou plus précisément le thermalisme social qui lui a succédé.

En effet, si les moyens thérapeutiques modernes, surtout chimiques, s'adressent à des maladies, à des états graves nécessitant un effet rapide, la crénothérapie, quant à elle, s'adresse avec beaucoup plus d'efficacité aux maladies de l'équilibre, aux métabolismes, aux nombreux troubles fonctionnels précédant les maladies lésionnelles. C'est pour cela qu'il est indispensable et urgent de fixer la place du thermalisme dans l'échiquier thérapeutique moderne, d'autant que nous savons déjà qu'un mode thérapeutique n'en exclut pas forcément un autre, qu'il peut souvent y avoir déplacement d'indication ou même simplement complémentarité.

Pour en arriver à cette actualisation de la crénothérapie, pour la comparer aux autres thérapeutiques, il faut avoir recours aux méthodes scientifiques rigoureuses d'appréciation d'un traitement qui sont celles des essais thérapeutiques cliniques actuellement en usage.

La *statistique moderne* est un de ces moyens. Elle est en effet nécessaire chaque fois que l'on désire porter un jugement sur des résultats enregistrés lors d'une série de faits obéissant à certaines lois mais pouvant aussi être influencée par des facteurs inconnus.

Toutes nos connaissances n'étant que probables, la statistique (cette application du calcul des probabilités) revêt une certaine rigueur bien que, comme toute méthode scientifique, elle ne constitue aucune preuve en soi.

Lors de la Journée Scientifique du 16 février 1970, le Professeur Schwartz a remarquablement défini sa conception de la statistique thermale qui vise à apporter une solution scientifique, aussi approchée que possible, à l'appréciation d'un traitement crénotherapique (comparaison des traitements pour un ou plusieurs critères donnés — constitution de groupes comparables — notion d'effet placebo — méthode aveugle, double aveugle...).

Il a distingué dans les essais deux types qui intéressent l'un et l'autre la statistique thermale.

— *L'essai explicatif*, par lequel on cherche scientifiquement à individualiser une action bien définie ou un acte thérapeutique isolé,

— *l'essai pragmatique*, par lequel on cherche à apprécier l'intérêt du traitement dans sa totalité, y compris l'effet placebo.

Pour ce qui est du devenir immédiat du thermalisme, il nous appartient prioritairement d'étayer la valeur du thermalisme et du thermalisme social en particulier non seulement du point de vue effet thérapeutique mais aussi au point de vue social et économique.

Nos statistiques thermales doivent donc être menées par priorité dans le cadre de l'essai pragmatique étendu.

STATISTIQUES CRÉNOTHÉRAPIQUES

Nous envisagerons successivement, pour plus de commodité :

— les statistiques visant à établir le rendement thérapeutique des cures thermales,

— les statistiques visant à établir le rendement médico-social en matière de cures thermales (réduction de l'absentéisme — sous consommations médicale et pharmaceutique).

Antérieurement à 1947, nous ne trouvons guère que des statistiques du premier groupe, puis insensiblement et surtout après 1954, on voit apparaître puis se développer les statistiques à visées médico-sociales.

STATISTIQUES VISANT A ÉTABLIR LE RENDEMENT THÉRAPEUTIQUE DES CURES THERMALES

L'étude du rendement thérapeutique des cures thermales est aussi ancienne que le thermalisme lui-même. Elle est d'ailleurs plus ou moins intimement liée aux recherches expérimentales et plus particulièrement à celles du début de ce siècle.

En effet, des centaines de statistiques ont été établies sous cet angle par les médecins thermaux des principales stations thermales françaises. Ces praticiens thermaux, en publiant leurs observations, cherchaient

surtout à dégager les effets électifs du traitement thermal, la plus ou moins grande efficacité des pratiques de cure mises en œuvre, de même que les principales contre-indications.

De telles études ont eu un regain d'actualité dès 1947, suite à l'avènement du thermalisme social (1^{er} Congrès International du Thermalisme Social, Aix-les-Bains, 1947).

Dans sa circulaire 87 S.S. du 21 mars 1947, le Ministre du Travail faisait déjà savoir qu'il était important, pour l'avenir du thermalisme social, que les effets des cures soient dûment contrôlés et que des indications précises sur la spécialisation des stations soient recueillies de façon à vérifier scientifiquement le bien fondé de leurs indications (ceci d'ailleurs en s'appuyant sur la longue expérience du premier Centre de Triage Thermal fondé en 1928 par les professeurs Maurice Villaret et L. Justin-Besançon).

Tels étaient aussi les avis du Professeur Delore (1^{er} Congrès International du Thermalisme Social), du Professeur Santenoise (rapport établi en collaboration avec les Docteurs Berlioz et Bernier, présenté à la F.N.O.S.S. dès 1948 et à l'origine de la circulaire A 256-1948 de cet organisme et de la circulaire ministérielle 34 S.S. du 14 février 1949).

Cette orientation statistique a encore été précisée à l'occasion du 2^e Congrès International du Thermalisme (Lyon-Charbonnières, 1954) suite à notre rapport sur les examens de post-cure (Docteur Carrie, Docteur Broudeur).

Il ne peut être question de faire état de tous ces résultats statistiques mais à 10 % près, par excès ou par défaut, nous pouvons les résumer en nous reportant aux pourcentages publiés en 1954 par le Professeur Delore et le Docteur Milhaud de Lyon.

Ces auteurs font état de leurs observations au Centre de Triage Thermal de Lyon, au cours d'examens de contrôle ou d'expertises pratiqués à la demande des Caisses de Sécurité sociale de la Région Rhône-Alpes.

Cette statistique portait sur 1 420 cas et les résultats étaient établis selon la légende suivante :

Groupe I - Très bons résultats : guérison clinique, arrêt de l'évolution, disparition des troubles fonctionnels, des crises douloureuses ou autres, ou des principales manifestations cliniques ou biochimiques.

Groupe II - Bons résultats : Amélioration nette et durable portant sur la fréquence, l'intensité des troubles fonctionnels, des crises ou des poussées évolutives ; reprise ou maintien de l'activité professionnelle.

Groupe III - Effets favorables, mais temporaires ou partiels.

Groupe IV - Résultats apparemment nuls.

STATISTIQUES

a) Affections rhumatismales chroniques.

Résultats généraux :

Groupes I et II	: 39,43 %
Groupe III	: 43,65 %
Groupe IV	: 16,20 %

— Polyarthrites	40,9 %	du groupe I
— Spondylarthrites	66 %	du groupe I
— Arthroses diverses . . .	31,3 %	du groupe I
— Séquelles articulaires ou péri-articulaires de traumatismes	43,7 %	du groupe I

b) Troubles hépato-biliaires.

Groupes I et II	: 35,8 %
Groupe III	: 52,6 %
Groupe IV	: 11,5 %

c) Affections respiratoires.

Résultats généraux :

Groupes I et II	: 66 %
Groupe III	: 23,3 %
Groupe IV	: 5,1 %

— Asthme pur . . .	70 %	du groupe I et II
— Asthme intrique	53 %	du groupe I et II
— Bronchectasie . .	83,2 %	du groupe I et II

d) Maladies de l'intestin.

Groupes I et II	: 39,2 %
-----------------	----------

e) Affections veineuses.

Groupes I et II	: 44,6 %
Groupe III	: 50,7 %
Groupe IV	: 4,6 %

f) Troubles artériels.

Groupes I et II	: 40,7 %
Groupe III	: 57,4 %
Groupe IV	: 1,8 %

g) Dermatoses.

Groupe I	: 16,6 %
Groupe II	: 37 %
Groupe III	: 46,2 %

h) Reins et voies urinaires.

Groupes I et II	: 42,3 %
Groupe III	: 45,7 %
Groupe IV	: 11,9 %

En ce qui concerne le diabète, les résultats précis n'ont pu être chiffrés. Dans l'ensemble, les cures alcalines de Vichy et Vals donnent dans la plupart des cas une amélioration temporaire plus ou moins importante : abaissement de la glycémie et de la glycosurie, parfois disparition de l'aétonurie dans les formes légères.

Les auteurs n'ont pu réunir un nombre d'observations suffisant pour fournir un bilan valable en ce qui concerne les maladies du système nerveux (maladies organiques, névroses), ainsi que pour l'obésité, la goutte et les affections gynécologiques.

Sensiblement à la même époque, des études statistiques de ce genre ont été faites au point de vue contrôle médical du régime général de S.S. dans les régions de Clermont-Ferrand, Limoges et Lyon.

Certes, au premier abord, on pourrait constater une certaine divergence des résultats, mais celle-ci est plus apparente que réelle si on va au fond de la définition des appréciations toujours assez subjectives en matière de rendement thérapeutique.

Par souci d'objectivité, nous pouvons les présenter brièvement ainsi qu'il suit :

REGION DE CLERMONT-FERRAND (1948-1949)

Résultats globaux moyens portant sur 1 100 cas

AMÉLIORATION NETTE	AMÉLIORATION PARTIELLE	AMÉLIORATION MÉDIOCRE
30 %	45 %	25 %

Résultats propres aux affections rhumatismales 1950 à 1953

BONS RÉSULTATS	RÉSULTATS MOYENS	RÉSULTATS MÉDIOGRES
30 %	45 %	25 %

REGION DE LIMOGES (Année 1953)

EVAUX-LES-BAINS

Affections rhumatismales

EXCEL-LENTS	TRÈS BONS	BONS	MOYENS	MÉ-DIOGRES
9,2 %	59,7 %	20 %	6 %	5 %

REGION DE LIMOGES (Année 1953)

LA ROCHE-POSAY

Affections dermatologiques

EXCEL-LENTS	TRÈS BONS	BONS	MOYENS	MÉ-DIOGRES
9,5 %	40,8 %	27,4 %	8 %	14 %

REGION DE LYON (Année 1953)

AIX-LES-BAINS

GUÉRISON APPARENTE	TRÈS BONS	MOYENS	NUIS
10,6 %	25,7 %	35,6 %	28 %

Pour l'année 1954, nous nous garderons d'omettre de signaler :

— Le bilan thérapeutique du thermalisme social établi par le Professeur Fontan d'après les documents du Centre de Triage Thermal de Lille. Il signale entr'autres les résultats suivants :

Affections des voies respiratoires supérieures :

• 55 % de guérison ; 33,3 % d'amélioration et 11,11 % de maintien.

Pour les affections bronchiques.

• 40 % d'amélioration et 60 % de maintien.

Pour les asthmes purs.

• 55 % de guérison ; 25 % d'amélioration et 20 % de maintien.

Pour les asthmes intriqués.

• 37,5 % de guérison ; 25 % d'amélioration ; 6,25 % de maintien, mais aussi 12,5 % d'aggravation.

— Le bilan thérapeutique du thermalisme social établi par le Professeur Pieri et le Docteur A. Brun d'après 16 500 dossiers observés au Centre d'Orientation Thermale de Marseille avec 5 034 cas comportant des observations complètes avant le départ en cure et après visite de post-cure dans les 2 à 5 mois suivant celle-ci.

Les résultats sont sensiblement identiques.

— Enfin, le bilan du thermalisme social et la réhabilitation des traumatisés par les Docteurs Graber-Duvernay et R. Cayet qui ont repris les études faites en 1944 et 1945 à Aix-les-Bains, et qui cette fois portaient sur 900 traumatisés et qui ont démontré à nouveau, s'il était besoin, la supériorité de certaines eaux médicinales pour la réhabilitation des traumatisés

STATISTIQUES VISANT A ÉTABLIR LE RENDEMENT MÉDICO-SOCIAL EN MATIÈRE DE CURES THERMALES

C'est surtout depuis 1954, sous l'impulsion du Professeur Cuvelier de Clermont-Ferrand que vont s'établir et se développer des statistiques orientées dans cette voie.

Dès cette époque, il a en effet considéré, et c'est surtout valable pour le thermalisme social, que l'amélioration de la santé d'un sujet avait des effets indirects économiques et sociaux, notamment sur la consommation pharmaceutique, la consommation en actes médicaux et l'activité professionnelle (absentéisme).

C'est en juin 1967, au « Colloque de Contrexeville » sur le thermalisme social, que le Professeur Cuvelier a fixé les modalités précises de telles statistiques.

Il reprenait alors une orientation ébauchée en 1958 et nettement établie en 1963.

En 1958, le Professeur Cuvelier, les Docteurs Mouly, Eydieux et moi-même, nous avons présenté une étude sur l'« Intérêt médico-social du traitement thermal des artérites des membres inférieurs » appréciant outre l'amélioration clinique, l'amélioration de l'activité professionnelle.

Sur 112 observations, le pourcentage d'amélioration clinique était le suivant :

- 22 % de résultats très favorables,
- 56 % de résultats appréciables,
- 22 % de résultats médiocres ou nuls.

Sur le plan social, on constatait dans 78 % des cas une amélioration plus ou moins importante de l'activité professionnelle (régularisation de la continuation du travail ou réduction de l'absentéisme).

En 1963, sur l'initiative de la F.N.O.S.S., du Syndicat des Médecins Thermaux et de la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales, le Professeur Cuvelier lançait et ordonnait une statistique d'envergure nationale sur l'action médico-sociale de la crénothérapie dans le traitement de l'artérite des membres inférieurs et de la lithiase biliaire.

Cette enquête était destinée à apprécier à la fois les résultats thérapeutiques et l'influence de la crénothérapie, tant sur la consommation médico-pharmaceutique que sur l'activité professionnelle.

Un questionnaire médico-administratif très précis faisait collaborer à cette enquête le médecin traitant, le médecin thermal, le médecin-conseil et les services de prestations des Caisses de Sécurité sociale.

Deux lots de malades comparables étaient testés et suivis minutieusement. L'un avait recours à la crénothérapie, l'autre constituait le lot témoin. Pour ceux suivant un traitement crénothérapique, un double examen médical approfondi avait lieu, l'un avant la cure, l'autre en post-cure, de deux à cinq mois après.

Cette enquête fut menée pendant les années 1964, 1965 et 1966.

Elle ne fut exploitée, et encore en partie, que pour les artérites des membres inférieurs. Les premiers résultats nous furent fournis par le Docteur Berlioz, en 1967, à l'occasion d'une réunion de la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie médicales.

Le Docteur Berlioz indiquait alors qu'il ne s'agissait que d'une étude d'approche, demandant à être ultérieurement exploitée en profondeur, mais permettant de tirer déjà quelques renseignements utiles.

A stade égal, la crénothérapie a eu indiscutablement une influence bénéfique, d'une part sur la consommation médicale et pharmaceutique et d'autre part sur la fréquence des arrêts de travail au cours de chacune des trois années considérées.

C'est ainsi que chez les artéritiques du premier groupe, les dépenses de soins (frais de cure compris) ont été inférieures d'un tiers à ce qu'elles ont été pour le groupe témoin et que le nombre de jours d'arrêts de travail (durée de la cure comprise) est réduit sensiblement dans la même proportion en ce qui concerne le premier groupe par rapport au second.

Précisons que le lot témoin représentait 204 artéritiques et que le lot d'artéritiques ayant suivi les 3 cures représentait 386 sujets.

En annexe de cette statistique vraiment médico-sociale, nous pouvons citer celle, plus clinique, présentée en 1969 par les Docteurs Piton et Maruejol de Bains-Les-Bains, qui porte sur 456 artéritiques, dont 335 ont effectué une cure en 1966, 1967 et 1968.

Tableau de répartition par groupe et stade

	NOM- BRE	STADE I	STADE II	STADE III	STADE IV
Curistes	386	22 %	63 %	13 %	2 %
Non curistes	204	21 %	40 %	14 %	25 %

Tous ces malades étaient au stade II et III.

Les résultats obtenus sont résumés dans le tableau ci-dessous.

	NOMBRE DE MA- LADES	EXCEL- LENTS	BONS	MOYENS	NULS
Stade II	323	42 soit 13 %	191 soit 59 %	84 soit 26 %	6 soit 2 %
Stade III	12	1	9	2	0

Excellents - Lorsque le malade a récupéré des possibilités de marche normale, sauf légère gêne à la marche très rapide ou en côte après plus de 300 mètres, mais sans jamais être obligé de stopper.

Bons - Lorsque le périmètre de marche a considérablement augmenté, au moins triplé, avoisinant 1 km à la vitesse de 4 km heure environ. Pour le stade III, le résultat est bon si les douleurs de décubitus ont cessé avant la fin de la cure.

Moyens - Amélioration certaine de la marche et supérieure aux variations spontanées quotidiennes (300 à 500 mètres par exemple).

C'est enfin dans ce même cadre de recherches de résultats médicaux et sociaux économiques que trois importantes statistiques thermales ont été présentées en 1968 à la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie médicales.

Elles sont à l'actif des organismes de Sécurité sociale du régime Général.

I. — « INFLUENCE DES CURES THERMALES SUR LES DÉPENSES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES » PAR LE PROFESSEUR CLAUDE LAROCHE.

L'enquête portait sur 1 678 malades soignés en cure pour des affections O.R.L. — Sur l'ensemble, l'étude fait apparaître une diminution de plus de 10 % des dépenses pharmaceutiques dans l'année qui suit la cure thermale par rapport à la précédente. Cette statistique prouve en outre l'efficacité de la crénothérapie dont le bénéfice est évident dans 60 % des cas, chiffre qui dépasse largement celui que l'on attri-

bue aux « placebos » (30 %) dans les essais médicamenteux. L'influence sur les arrêts de travail est moins évidente, mais paraît cependant bénéfique chez les salariés jeunes de 25 à 44 ans. Il s'agissait là d'une enquête de type purement administratif qui a eu l'avantage d'apporter des chiffres qui prouvent l'efficacité de la crénothérapie en O.R.L., comme d'ailleurs le caractère très satisfaisant de la sélection des malades qui ont été envoyés en cure.

II. — « ENQUÊTE STATISTIQUE FAISANT RESSORTIR POUR LES ANNÉES 1965 ET 1966 LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA CRÉNOTHÉRAPIE DANS LES AFFECTIONS O.R.L. POUR LES CURISTES ORIGINAIRES DE LA RÉGION DU CENTRE-OUEST » PAR LES DOCTEURS CARRIE ET THARAUD.

Cette enquête établie en vue du Congrès de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie d'octobre 1967, portait sur 1 515 malades pour 1965 et 1 661 pour 1966.

Pour 1965, les résultats médico-sociaux étaient les suivants :

Très bons : 6,9 % (pas d'arrêt de travail ou de la fréquentation scolaire dans l'année suivant la cure. Plus de soins. Pratiquement guérison).

Bons : 61,5 % (pas d'arrêt de travail ou de la fréquentation scolaire. Quelques soins. Importante amélioration).

Assez bons : 24,1 % (un seul arrêt de travail ou de la fréquentation scolaire. Quelques soins à l'occasion d'une ou deux poussées subaiguës de l'affection en cause).

Médiocres : 6,5 % (deux ou trois arrêts de travail ou de la fréquentation scolaire de quelques jours au cours de poussées subaiguës).

III. — « INCIDENCES DE LA CRÉNOTHÉRAPIE SUR LES PRESTATIONS SOCIALES » PAR LE DOCTEUR CHARLES GAUNEL.

Il s'agit d'une importante analyse critique sur l'efficacité de la crénothérapie en regard de l'importance des prestations en espèces et des prestations en nature (période allant de 1963 à 1968). Les réductions de consommation des prestations ont été de :

— O.R.L.	41 %
— Affections broncho-pulmonaires	21 %
— Asthme et ses équivalents	53 %
— Rhumatismes inflammatoires	43 %
— Rhumatismes dégénératifs	24 %
— Séquelles traumatiques	13 %
— Diathèse goutteuse	15 %
— Affections cardiaques	18 %
— Hypertension artérielle	13 %
— Affections artérielles autres que l'hypertension	25 %
— Affections phlébologiques	65 %
— Affections hépatiques	55 %
— Affections des voies biliaires	28 %

Cette étude montrait en définitive que pour l'ensemble pathologique examiné qui représentait 85 % des curistes, la réduction globale de consommation des prestations est en moyenne de 33 % dans la période

de post-cure par rapport à la période de pré-cure.

Quant à l'absentéisme, il est au total réduit de 12 % et atteint 57 % si l'on ne considère que la population réellement active (hormis l'invalidité et les arrêts de longue durée).

En 1969, une autre statistique du même ordre fut présentée :

« Quelques résultats médicaux et socio-économiques concernant le Thermalisme Social dans la région Limousin-Charentes-Poitou » par le Docteur Carrie

Cette statistique portait sur 3. 164 malades, dont :

- 1 697 pour affections dermatologiques,
- 1 467 pour affections rhumatismales,

Pour l'eczéma de l'adulte et de l'enfant, soit 872 cas, on notait :

- 24,6 % de résultats très bons,
- 51,1 % de résultats bons,
- 17,8 % de résultats assez bons,
- 6,5 % de résultats médiocres ou nuls.

Pour les enfants pris isolément et en maison d'enfants pour cures thermales, on avait les pourcentage suivants :

- 70,52 % de résultats très bons,
- 17,34 % de résultats bons,
- 9,83 % de résultats assez bons,
- 4, % de résultats médiocres ou nuls.

Pour l'ensemble des années 1964, 1965, 1966, 1967 et pour 805 adultes traités à La Roche-Posay, les résultats globaux étaient les suivants :

RÉSULTATS	% 1964	% 1965	% 1966	% 1967	% GLOBAL
Très bons (1)	6,7 %	9,5 %	17,7 %	13,8 %	12,1 %
Bons (2)	52,1 %	57,1 %	51,0 %	51,5 %	53,1 %
Assez bons (3)	27,6 %	21,9 %	21,8 %	25,5 %	24,1 %
Médiocres (4)	12,8 %	10,5 %	8,3 %	8,2 %	9,8 %
Nuls	0,6 %	0,5 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %

Pour les affections rhumatismales non différenciées, les résultats étaient :

- 10,2 % de résultats très bons,
- 62,3 % de résultats bons,
- 23,7 % de résultats assez bons,
- 3,8 % de résultats médiocres ou nuls.

Pour l'ensemble des années 1964, 1965, 1966, 1967 et pour 778 curistes traités à Evaux-Les-Bains, les résultats globaux étaient les suivants :

RÉSULTATS	% 1964	% 1965	% 1966	% 1967	% GLOBAL
Très bons (1)	6,3 %	6,0 %	7,5 %	7,6 %	6,5 %
Bons (2)	63,3 %	59,0 %	55,0 %	60,7 %	60,5 %
Assez bons (3)	21,3 %	26,6 %	24,1 %	21,9 %	23,5 %
Médiocres (4)	5,2 %	4,7 %	10,8 %	7,9 %	6,6 %
Nuls	2,9 %	3,5 %	2,5 %	1,8 %	2,6 %

Pour ces statistiques, la légende d'appréciation était la suivante :

Très bons : Pas d'arrêt de travail ou de la fréquentation scolaire pendant l'année suivant la cure. Consommation médico-pharmaceutique négligeable. Pratiquement guérison.

Bons : Pas d'arrêt de travail ou de la fréquentation scolaire pendant l'année suivant la cure. Consommation médico-pharmaceutique réduite de plus de 75 % de celle des 6 mois précédant la cure. Bonne récupération fonctionnelle ou importante amélioration cutanée.

Assez bons : Une ou deux cessations de travail ou de la fréquentation scolaire, mais de courte durée et très inférieures à celles ayant pu précéder la cure. Consommation médico-pharmaceutique réduite de plus de 50 % et de moins de 75 %. Amélioration cutanée appréciable ou récupération fonctionnelle appréciable.

CONCLUSIONS

Il est bien certain que l'ensemble des statistiques exposées dans notre rapport, pour fort intéressantes

qu'elles soient, ne peuvent en 1971 présenter la rigueur scientifique que l'on est en droit d'exiger.

Ce n'est pas pour autant, que nous ne considérerons pas comme suffisamment démontrée la place qu'occupe et que doit occuper le thermalisme tant dans l'arsenal thérapeutique moderne que dans le cadre social d'aujourd'hui et de demain.

Toutes les statistiques présentées ont un caractère rétrospectif, ce qui n'est pas un vice en soi si l'on dispose de dossiers cliniques et administratifs très complets et précis, mais elles doivent être abandonnées au profit de statistiques prospectives uniformisées à l'échelon national.

Il est indispensable que de telles statistiques soient établies selon les données des essais thérapeutiques modernes, avec pour chaque type de station et pour chaque indication majeure, des critères rigoureusement définis et consignés sur un ensemble de fiches normalisées et si possible codées.

A ce travail, doivent être obligatoirement associés médecin traitant, médecin thermal, médecin-conseil et au besoin médecin spécialiste.

On doit surtout envisager ces statistiques en vue de faire évoluer le thermalisme dans ses conceptions actuelles parfois vraiment trop archaïques. Il doit en être de même dans le cadre du thermalisme social qui mérite d'être développé non pas seulement dans le domaine curatif mais aussi dans celui de la prévention et de la réhabilitation.

En cette ère nouvelle, il ne peut qu'être fait une place plus large aux maladies de l'environnement et à toutes celles, de plus en plus nombreuses, qui sont liées aux tensions et stress divers suscités par la vie moderne. Nul doute aussi que la société de demain recherchera des thérapeutiques préventives, de réparation et de rééquilibrage, de plus en plus attachées à la psycho-somatique.

Le thermalisme, devenu thermalisme social, a un bel avenir devant lui. Il doit rapidement s'adapter et progresser. Plus que jamais, il doit être pris en considération par les pouvoirs publics.

Puissent les statistiques de demain y contribuer grandement.

LES DÉBATS

Le Docteur EBRARD, après avoir souligné la qualité du rapport du Docteur CARRIE, la somme de travail qu'il représente, la documentation considérable qu'il comporte, enfin la ligne de doctrine qu'il trace, ouvre la discussion.

Un tel sujet ne pouvait que soulever des discussions nombreuses et passionnées.

Sont intervenus tour à tour :

- *Le Docteur DELOSSE, médecin-conseil régional adjoint de la Sécurité sociale à Bordeaux.*
- *Le Docteur DE MASCAREL, du Mont-Dore.*

- *Le Docteur GODONECHE, ancien consultant à La Bourboule.*
- *Le Docteur ROUX, médecin à La Bourboule.*
- *Le Docteur ALLAN, médecin à Vals-les-Bains.*
- *Le Docteur BAILLET, médecin à La Roche-Posay.*
- *Le Professeur CUVELIER.*
- *Le Docteur CAMBIEZ, médecin à Châtel-Guyon.*
- *Le Docteur CHOFFÉ, ancien sous-directeur de l'action sanitaire de la Sécurité sociale.*
- *Le Docteur DANY.*
- *Monsieur AUBRUN, représentant le régime agricole de la Sécurité sociale.*

- Le Docteur GUICHARD DES AGES, médecin à La Roche-Posay.
- Le Docteur DEBU, médecin conseil à la S.N.C.F.
- Le Docteur BOIS, de Divonne-les-Bains.
- Le Docteur JAILIBERT.

Docteur DELOSSE :

Dans une précédente journée du thermalisme à laquelle j'ai assisté, on avait déjà débattu très longuement du principe des statistiques, statistiques qui devaient non seulement s'appliquer à la consommation mais également aux résultats. Monsieur le Doyen Cuvelier était d'ailleurs intervenu à ce sujet. Je serais heureux de savoir, suivant ce qui avait été prévu à l'époque, si déjà quelques statistiques ont été faites, du moins si les caractères de ces statistiques ont été établis et comment nous pourrions au besoin, nous, apporter notre contribution à ce genre de statistiques ?

Le Docteur GODONECHE : faisant état de son expérience de praticien pendant 45 ans à La Bourboule considère que les statistiques devraient porter sur au moins trois années et sur des malades ayant suivi la cure pendant 3 années consécutives. Pour sa part il a fait porter un essai statistique sur 100 malades venus à La Bourboule trois années de suite et en a retiré les conclusions de résultats bons dans l'ensemble et nettement progressifs.

Le Docteur DE MASCAREL souligne le point suivant

Je relève, dit-il, la phrase suivante dans le rapport de Monsieur Carrie : « quant à l'absentéisme il est au total réduit de 12 %, et atteint 57 % si l'on ne considère que la population réellement active ». Ce qui tend à prouver que si le malade était envoyé beaucoup plus tôt dans les stations thermales, les résultats seraient bien meilleurs.

Docteur ROUX :

Je voudrais demander s'il a été fait, en ce qui concerne la discipline qui m'intéresse, une étude comparative entre d'une part les résultats de l'allergologie, comparés à ceux de la crénothérapie, et d'autre part l'impact financier des traitements allergologiques et des traitements crénotherapies. En se reportant sur 3 ans par exemple.

Docteur ALLAN, de Vals-les-Bains.

Monsieur Carrie a noté dans son rapport qu'il manquait de statistiques concernant le diabète et la diabétologie et l'efficacité des cures thermales dans le diabète. Il y aura une statistique prochainement publiée à la société d'hydrologie démontrant que les succès atteignent 72 %, cette étude ayant été confirmée par une étude analogue faite par le docteur Simon de Montpellier. Le but de ma question est le suivant : c'est de savoir dans quelle mesure nous pourrions nous mettre en relation avec les Caisses de Sécurité sociale de manière à être en mesure de juger de l'absentéisme ultérieur et de l'efficacité ultérieure des cures thermales, surtout des cures thermales libres, parce que les cures thermales faites

en hospitalisation concernent bien souvent des malades très graves qui ont, bien entendu un traitement beaucoup plus difficile à manier et qui, de ce fait, ont besoin de bilans beaucoup plus périodiques dans des milieux très spécialisés.

Le Docteur CARRIE répond alors aux 4 premières questions qui viennent d'être ainsi posées :

Docteur CARRIE :

Il y a tout d'abord une question très importante mais à laquelle je ne puis donner de réponse. C'est celle qui concerne les économies réalisées grâce aux cures thermales. D'après les exposés qui vous ont été faits vous apercevez que les statistiques sont fragmentaires et ne portent que sur un certain nombre de stations : si elles étaient poussées à l'échelon national elles permettraient peut-être d'avoir une idée approximative sur la question et je crois que dans l'avenir cette réponse sera possible. Pour l'instant c'est prématuré.

Je voudrais maintenant répondre à une question posée par mon ami de Mascarel. Contrairement à ce qui est généralement admis à l'heure actuelle sur le plan de la doctrine du thermalisme social, la crénothérapie n'est pas une thérapeutique que l'on doit appliquer quand les autres ont fait échec. Elle doit être essentiellement, et c'est son rôle, une médecine préventive. C'est un point de vue auquel on revient d'ailleurs : avant d'attendre pour recourir à la cure thermale de se trouver en présence d'une maladie confirmée il serait infiniment préférable de détecter chez les sujets examinés ceux qui sont susceptibles de devenir à plus ou moins longue échéance des malades graves, et d'appliquer la cure thermale à titre préventif. C'est là que la crénothérapie peut jouer son rôle essentiel, celui de modifier de façon durable les équilibres humoraux et ceux du système neuro-sympathique. Il me paraît par ailleurs anormal qu'à notre époque on puisse soutenir que la crénothérapie ne doit être appliquée que lorsque les autres thérapeutiques ont fait échec.

Il y a une question qui a été posée concernant le diabète. Les causes profondes du diabète sont encore inconnues, on constate simplement que le nombre de diabétiques s'accroît. Peut-être faudrait-il également dans ce domaine agir précocement pour que ceux qui ont des prédispositions à être atteints de cette affection ne le soient pas. J'ai eu souvent l'occasion d'aller en particulier à Vals-les-Bains et de m'entretenir avec le Docteur Uzzan qui avait publié de nombreux travaux sur ce sujet. Je crois que si la crénothérapie ne guérit pas complètement le diabète en ce qui concerne les adultes, il est bien évident que plus on agit précocement plus on a de chances d'obtenir des résultats appréciables. Dans les stations qui sont appelées à traiter le diabète, qu'il s'agisse de Vichy, de Vals-les-Bains ou d'autres, on constate par la seule application de la thérapeutique crénotherapies une diminution de la glycémie et de la glycosurie : c'est peut-être adapter le terrain à une maladie que l'on ne guérira pas complètement mais qu'on améliorera cependant.

Après cette mise au point du Docteur Carrie la discussion se poursuit.

Le Docteur BAILLET

se félicite de la doctrine exprimée par le Docteur Carrié sur le caractère préventif de la médecine thermale. Mais il doute que cette doctrine soit celle de la Sécurité sociale. Il évoque à ce sujet l'étude qui a été effectuée sous les auspices du Commissariat Général au Tourisme et de la Fédération Thermale & Climatologique Française sur la situation du thermalisme et il rappelle que dans cette étude il était indiqué que la doctrine de la Sécurité sociale était uniquement celle d'un thermalisme curatif et non pas d'un thermalisme préventif.

Le Docteur BAILLET cite à titre d'exemple les constatations qu'il peut faire à ce sujet dans la station de La Roche-Posay où il a l'impression que la cure n'est accordée par la Sécurité sociale que si le malade est en état de crise aiguë ; dans le cas contraire elle est refusée. Il faudrait donc qu'une véritable doctrine du thermalisme social soit mise au point pour toute la France par les médecins conseils régionaux de façon à aboutir à une doctrine officielle du thermalisme préventif.

Le Professeur CUVELIER répond alors au Docteur BAILLET.

Mon cher ami, vous savez comme moi que la doctrine du thermalisme social qui a été instaurée au premier Congrès de Thermalisme social à Aix-les-Bains en 1947 a exclu, peut-être dans un premier temps, la prévention et que nous le déplorons tous. Il est évident qu'il est plus facile de juger d'un état pathologique réel, existant, actuel, que de juger des probabilités d'un état pathologique à venir, et c'est sans doute pour simplifier le problème au départ que ceux qui ont lancé ce thermalisme social qui est la matière même de notre discussion d'aujourd'hui, ont, d'une façon peut-être simpliste mais nécessaire, exclu la prévention. Mais pour tout médecin digne de ce nom, il est important de rappeler que nous sommes ainsi privés d'un moyen thérapeutique extrêmement important, et ceci est apparu à diverses reprises : récemment encore le Professeur Claude Laroche nous disait : « il faut réviser les règles du thermalisme social dans le sens de la prévention ». Cela n'est pas facile, car autant il est aisé de définir un état pathologique existant, autant il est difficile de saisir les possibilités pathologiques chez un individu et ses prédispositions morbides ; ces notions de terrain dont vous parliez tout à l'heure qui ont été si décriées et auxquelles le clinicien revient forcément, parce qu'elles correspondent à une réalité, sont complexes. Que peut faire le médecin ? A vrai dire, dans l'arsenal de l'administration, il existait jadis une sous-commission du thermalisme social auprès de la direction de la Sécurité sociale. Cette sous-commission a disparu avec la réforme de la Sécurité sociale en 1967, mais nous avons demandé à Monsieur le Ministre Robert BOULIN de bien vouloir la ressusciter. C'est ce qu'il a fait ce matin. Il nous a dit que dans un délai très court cette commission allait se réunir à nouveau et que parmi les questions qu'il voulait lui poser, la révision des indications du thermalisme social était au premier rang. Croyez bien que si cette commission ressuscite comme nous l'a promis le Ministre, je crois que dans un délai restreint il sera possible de lui donner une réponse. Je compte sur une collaboration très précieuse du Professeur Laroche pour essayer de mettre sur

un pied une autre doctrine du thermalisme social qui donnera à notre thermalisme des occasions multipliées de prouver son action utile dans le domaine de la prévention.

Le Docteur GAMBIEZ, évoquant 52 années d'exercice professionnel de la médecine thermale à Châtel-guyon, appuie les doctrines exprimées par le Docteur Carrié et le Professeur Laroche en matière de thermalisme préventif. Il tient à souligner l'importance de la cure préventive pour une catégorie de malades dont on n'a pas encore parlé : les vieillards. Il lui a été donné d'observer dans une documentation qu'il avait, à l'époque, communiquée au Docteur Huet, 12 malades âgés de 70 à 94 ans. Ces observations établissaient de façon indiscutable que la Sécurité sociale en accordant 3 ou 4 cures thermales à ces sujets âgés leur permettait d'éviter de longues maladies beaucoup plus coûteuses pour la Sécurité sociale.

Pour les jeunes également, le Docteur Cambiez croit au rôle essentiel de la médecine thermale préventive et notamment en matière de toxicomanie. Ce ne sont pas seulement des troubles psychiques entraînés chez les jeunes par la toxicomanie qu'il y a lieu de guérir mais également des troubles toxiques d'ordre digestif, hépatique, gastrique et rhino-pharyngé. L'observation précoce de ces troubles permettrait de déceler l'usage de la drogue et ainsi pourrait s'exercer efficacement une médecine préventive.

Docteur CHOFFÉ :

Je crois qu'il y a une certaine divergence de définition dans ce que vous appelez la prévention et dans la position officielle et doctrinale de la Sécurité sociale à ce sujet. L'assurance maladie est faite pour soigner des malades et jusqu'à présent la doctrine officielle est de refuser la prise en charge de la prévention proprement dite. Mais la prévention proprement dite, qu'est-ce ? Ce sont par exemple les vaccinations chez des individus bien portants pour les empêcher de devenir malades, alors que ce dont nous avons parlé depuis ce matin n'est pas la prévention de la maladie : c'est la prévention de l'aggravation de la maladie ; en fait, l'individu est déjà malade, et en ce cas rien ne s'oppose, sinon des interprétations plus ou moins erronées de la doctrine officielle, à la prise en charge de sujets qui sont légèrement malades et qu'il s'agit de soigner à temps, pour que leur maladie ne devienne pas plus grave et ne devienne pas une affection chronique définitive. Cela rentre directement dans le cadre de l'assurance maladie et je crois, que, en tous cas au point de vue doctrinal, nous n'aurons aucune espèce de difficultés à la faire admettre par les responsables administratifs de l'assurance maladie. J'ajouterai qu'ils ont même été plus loin puisque, pratiquement, à l'heure actuelle on ferme les yeux sur le remboursement des vaccinations. Je crois qu'il faudrait faire effort pour préciser qu'il ne s'agit pas là à proprement parler de prévention car la prévention au sens rigoureux du mot ne rentre plus dans le cadre de l'assurance maladie mais dans le cadre de l'action sanitaire et sociale. Ce que vous avez évoqué jusqu'ici c'est le *soin précoce* de maladies légères et qu'il s'agit d'empêcher de devenir plus graves et, par conséquent, d'entraîner des dépenses beaucoup plus lourdes pour l'assurance maladie dans l'avenir. Je crois qu'en

nous basant sur cette définition précise nous pouvons beaucoup plus facilement faire admettre la cure préventive dans les milieux responsables sur le plan administratif et financier de l'assurance maladie que si nous leur demandons de prendre en charge « la prévention » en général.

Le Docteur CARRIE se déclare entièrement d'accord avec la définition de la prévention que vient de donner le Docteur CHOFFÉ. Il pense comme lui qu'il faudrait s'attacher à définir pour la Sécurité sociale une doctrine très précise à ce sujet. Il ajoute qu'en ce qui le concerne, dans les exposés qu'il vient de faire, il interprétait la notion de prévention dans le sens d'états morbides existant sous une forme atténuée ou larvée c'est-à-dire dans le sens de déséquilibres qui sont des déséquilibres humoraux ou de déséquilibres du système neuro-sympathique : c'est à ce stade, selon lui, que la crénothérapie est appelée à donner les meilleurs résultats.

Le Docteur DANY, après avoir souligné qu'une grande identité de vues s'est en définitive manifestée entre les intervenants, estime qu'il faut effectivement suppléer à l'absence de doctrine précise de la Sécurité sociale. Pour sa part il a été amené à constater fréquemment que des cures thermales sont refusées pour des motifs très discutables et, selon lui, la médecine qui est appelée à accorder ou à refuser la cure tient davantage compte des intérêts financiers de la Sécurité sociale que de la maladie elle-même.

Monsieur AUBRUN constate qu'en ce qui concerne le régime agricole de la Sécurité sociale qu'il représente, le pourcentage de cures refusées est pratiquement insignifiant. Il se demande dans ces conditions si la manière trop souvent restrictive dont est interprétée la notion de cure préventive n'est pas plutôt le fait des médecins prescripteurs que celui des médecins conseils de la Sécurité sociale. L'information serait plutôt à faire au niveau du corps médical prescripteur plutôt qu'à celui de la Sécurité sociale.

Le Docteur GUICHARD DES AGES appuie le point de vue de Monsieur AUBRUN. Il se déclare très frappé par la distorsion des points de vues qui se manifeste entre le médecin ou le spécialiste qui soigne ordinairement un malade et le médecin thermal. Lui aussi a pu constater à la Roche-Posay que la station est en quelque sorte « la Cour d'Appel de la dermatologie » c'est-à-dire qu'elle ne reçoit que des curistes affectés par des dermatoses, des eczémas atopiques ou des psoriasis apocalyptiques qui évoluent depuis de nombreuses années. Interrogés, ces malades révèlent qu'ils n'ont obtenu qu'avec des difficultés extrêmes de la part des médecins traitants la demande de prise en charge de leur cure. Aussi le Docteur GUICHARD DES AGES suggère-t-il la possibilité d'envisager un système selon lequel de tels malades seraient autorisés à s'adresser directement à la caisse de Sécurité sociale dont ils relèvent, laquelle serait autorisée, sur l'étude de leur dossier, et compte tenu de leurs antécédents pathologiques, à autoriser la cure.

Le Docteur DEBU s'étonne de ce que dans le cadre du thermalisme préventif personne n'ait évoqué le problème du thermalisme libre.

Selon lui le thermalisme libre doit jouer un rôle plus important dans le secteur du thermalisme préventif que dans celui du thermalisme curatif. Il est malgré tout un peu exagéré de considérer que tout ce qui concourt à la santé doit être pris en charge par la Sécurité sociale et un effort devrait être réalisé pour inciter la clientèle thermale à des cures préventives ou des remises en forme dont elle supporterait les charges, lorsqu'elle le peut.

Le Docteur BOIS demande que soit précisé le coût des statistiques réalisées aux moyens des ordinateurs : il se demande si une telle méthode ne grève pas de façon excessive le budget de la Santé publique.

Le Docteur JALLIBERT attire l'attention sur les rapports étroits qui existent dans le secteur de la rhumatologie entre le thermalisme et la rééducation. Cette dernière thérapeutique prend un rôle de plus en plus important en rhumatologie. Or, souligne-t-il, les séances de rééducation qui sont prescrites aux malades pendant la cure thermale ne sont pas remboursées alors qu'elles le sont très facilement lorsqu'elles sont présentées en cours d'année, en dehors de la période de cure. Ce fait constitue une anomalie regrettable.

* *

Personne ne demandant plus la parole, le Docteur EBRARD donne la parole au Professeur Claude LAROCHE qui, en faisant la synthèse des rapports et des observations qui ont été présentés au cours des travaux de cet après-midi, tirera les conclusions des débats et répondra en même temps aux différentes questions qui ont été posées.

Professeur Claude LAROCHE :

Monsieur le Président, mes chers Confrères,

Vous avez devant vous un orateur embarrassé, car il est difficile de prendre la parole après l'exposé exhaustif de Monsieur Carrie et après la discussion qui vient de se dérouler et au cours de laquelle ont été évoqués à peu près tous les grands problèmes qui se posent en matière de thermalisme social. Je vais donc présenter quelques réflexions de façon très informelle, ce qui d'ailleurs avait été prévu, et m'efforcer de répondre à un certain nombre de questions posées.

Je tiens d'abord à souligner que nous avons été tous très heureux ce matin de voir un Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale se pencher avec attention et sollicitude sur nos problèmes, ainsi que l'a très bien indiqué notre Président, avec le désir d'approfondir les questions et de nous annoncer un certain nombre de mesures dont certaines ne pourront intervenir qu'à plus ou moins long terme mais qui prouvent que les pouvoirs publics s'intéressent au plus haut point au thermalisme.

Ceci dit, il existe incontestablement un malaise dans ce secteur et tel est le motif pour lequel se tiennent ces Journées Thermales.

Tout d'abord je reprendrai les chiffres donnés par

le Ministre : ils correspondent à 400 000 curistes assurés sociaux alors qu'il y en avait 375 000 en 1968, mais en regard de cette légère progression on constate qu'il y a 1 250 000 curistes en Italie et 1 650 000 en Allemagne. Certes, il existe des différences profondes entre les méthodes de la crénothérapie dans les divers pays d'Europe occidentale ou entre les pays du Marché Commun, sans parler du thermalisme des pays de l'Est qui est beaucoup plus social que médical. Il n'importe que nous sommes confrontés chaque jour avec cette crise du thermalisme français et que nous voyons d'une façon indiscutable de nombreux étrangers fréquenter d'autres stations que les stations françaises où ils avaient l'habitude de venir autrefois tandis qu'inversement, par un revirement qui est très préoccupant, nous voyons une clientèle française numériquement importante partir en cure à l'étranger. Quelles en sont les raisons ? Tout d'abord il faut noter une certaine *désaffection et un manque de crédibilité du corps médical vis-à-vis du thermalisme*. Cette attitude correspond à une prise de position de la médecine dans son ensemble et à sa vision nouvelle de la thérapeutique. Pour moi, je suis convaincu qu'il n'y a aucune différence entre les problèmes de thérapeutique générale et les problèmes de crénothérapie : aussi m'apparaît-il comme absolument bouleversant de penser que dans un arrêté qui doit être daté du 27 ou du 28 juillet 1970 on voit disparaître du curriculum des études médicales du deuxième cycle le mot de thérapeutique. Notre Ministre nous a dit qu'il demanderait que dans ce curriculum apparaisse à nouveau l'hydroclimatologie : mais il faudrait d'abord que soit mentionnée la thérapeutique. J'estime qu'il y a à cet égard une profonde crise de pensée due au fait qu'il y a eu une sorte de rupture d'équilibre de notre médecine française du type humaniste d'il y a 25 ans. Nous nous sommes trouvés du fait de la guerre, de 5 années d'arrêt dans toutes nos activités intellectuelles et médicales, très en retard par rapport à d'autres pays. Ce retard est maintenant comblé mais il ne l'est peut-être pas totalement au point de vue intellectuel et psychologique. Nous avons vu arriver d'ailleurs des thérapeutiques d'une efficacité extraordinaire qui ont transformé notre médecine, avant tout les antibiotiques car il faut bien se rappeler que ce sont les antibiotiques et eux seuls qui ont transformé nos statistiques de survie. Toutes les modifications de durée de vie se sont produites entre les années 1945 et 1950 et pratiquement rien n'a changé depuis à cet égard. Cette prolongation de la vie due aux antibiotiques constitue la révolution thérapeutique d'après-guerre suivie d'extrêmement peu par la corticothérapie, les anticoagulants, les anti-inflammatoires. Nous nous sommes alors trouvés devant un arsenal thérapeutique d'une efficacité impressionnante, purement symptomatique d'ailleurs, auquel nous avons cru, à juste titre. Mais comme cette révélation venait d'ailleurs, nous avons également cherché ailleurs nos conceptions de pensée et de pensée médicale. Il s'est produit, comme en toutes choses humaines, un immense mouvement de balancier de sorte que nous voyons maintenant ce balancier repartir en sens inverse, et dans les pays anglo-saxons où se trouve l'origine du mouvement nous voyons le balancier revenir, et la médecine après avoir été une médecine que j'appellerais d'organe ou une médecine symptomatique

redevient une médecine de l'homme considéré dans son ensemble.

Dans notre pays, je ne crois pas que ce soit une simple coïncidence si nous voyons presque simultanément, à une année de distance, se produire les deux faits suivants : d'une part la création du diplôme de médecine interne c'est-à-dire que le Conseil de l'Ordre et les Ministères de la Santé publique et de l'Éducation nationale s'aperçoivent que la première spécialité médicale dans le monde entier c'est la médecine interne (or, la médecine interne n'est qu'un échelon de la médecine générale vis-à-vis des spécialistes dont le rôle depuis 25 ans supplantait celui des généralistes) ; d'autre part au sein du Ministère de la Santé publique on voit se créer des commissions importantes comme celle qu'a présidée Monsieur Cuvelier en vue de se pencher sur le problème de la crénothérapie. Je crois que tout cela constitue un tout et que nous retournons à une médecine que j'appellerais « la médecine générale d'ensemble » et que nous devons faire maintenant le grand trajet de retour vers cette médecine d'optique générale, preuve que nous devons abandonner l'optique de la médecine spécialisée qui a été la nôtre pendant un certain nombre d'années.

Ceci dit, il est indiscutable qu'à l'époque actuelle on demande au thermalisme de prouver son efficacité et nous devons nous demander si cette efficacité a été vraiment démontrée par les études qui ont été faites ces dernières années.

Sur ce point j'estime qu'il ne faut pas être pessimiste et c'est là la principale réflexion que je formulerais. En effet les méthodes par lesquelles peuvent être apportées les preuves de l'efficacité du thermalisme sont difficiles à établir en raison du fait que le thermalisme a une place tout-à-fait spéciale dans la thérapeutique. Cette difficulté s'explique par trois raisons principales :

1) *le caractère très complexe du thermalisme* qui a pour base un traitement par les sources naturelles d'eau et de boue ;

2) *le fait que ces traitements sont appliqués dans des stations thermales c'est-à-dire avec un environnement très spécial* ;

3) *l'état d'esprit très particulier des malades qui viennent se soigner dans une station donnée dans des dispositions psychologiques favorables.*

Le thermalisme est donc une thérapeutique complexe et il faut tenir compte de ces trois facteurs qui sont l'activité des moyens naturels, la manière de les utiliser et l'environnement, enfin l'état d'esprit des curistes qui « remontent aux sources ».

Il est indiscutable que la *rééducation fonctionnelle*, qu'il s'agisse de maladies respiratoires ou de maladies rhumatologiques, entre absolument dans le cadre thermal : il faut l'y faire rentrer et il s'agit d'une lutte à laquelle nous devons participer chacun dans notre domaine. D'autre part, il faut faire comprendre aux pouvoirs publics que le cadre de nos stations thermales est un cadre privilégié pour l'éducation sanitaire de nos malades. Or, l'éducation sanitaire est actuellement de plus en plus à l'ordre du jour et c'est dans une station thermale mieux que partout ailleurs que nos malades peuvent recevoir des informations de

médecins spécialisés qui se penchent sur leur cas, ont le temps de les suivre, et qui peuvent les informer sur leur maladie, sur les moyens de la traiter dans la station thermale et en dehors, leur apprenant ainsi une discipline de vie. Je prends un exemple : lorsque des malades vont en cure à Brides il ne s'agit pas uniquement pour eux de perdre du poids, de recevoir des massages ou des douches, mais ils doivent également y apprendre un autre mode de vie et s'y éduquer : or cette éducation sanitaire est capitale. A cet égard je voudrais répondre à une question qui a été posée tout à l'heure à savoir : quel est le plus coûteux d'un traitement de désensibilisation ou d'une cure hydrominérale ? Je ne peux que répondre en déniautout valeur à cette question. Il importe peu, en effet, de savoir ce que coûte un traitement de désensibilisation par rapport à une cure thermale. Il s'agit seulement de savoir lequel est le plus indiqué. Il y a des sujets auxquels une cure est nécessaire, d'autres ont besoin d'une cure thermale jointe à un traitement de désensibilisation parce qu'ils ont une allergie prouvée vis-à-vis d'un allergène. Je considère qu'en médecine nos thérapeutiques sont *complémentaires*. Si nous pouvons, grâce au traitement thermal, traiter le terrain d'un sujet allergique et permettre grâce à la cure que la désensibilisation agisse plus vite et soit définitive, on aura gagné : mais je ne crois pas qu'il faille faire des comparaisons entre nos diverses thérapeutiques. A un moment donné un sujet a besoin d'une, de deux ou de plusieurs d'entre elles ; *elles sont complémentaires* et ne doivent pas être discutées les unes par rapport aux autres.

Le deuxième motif pour lequel il est fort difficile de mesurer la valeur du thermalisme c'est que les facteurs que nous avons à juger sont, dans bien des cas, des facteurs *fonctionnels* qui nous sont donnés en grande partie *par l'interrogatoire* de nos malades : ce sont donc dans une certaine mesure des facteurs *subjectifs*, parce qu'un nombre important de nos malades ne sont pas des malades aigus, mais sont atteints de maladies dans lesquelles il y a des troubles fonctionnels et des troubles neuro-végétatifs importants. Il est très facile de connaître très exactement l'efficacité de la crénothérapie au cours de maladies aiguës, et c'est un premier type de malades qui doivent aller en cures thermales, contrairement à ce que l'on dit souvent. A ce point de vue, je voudrais souligner qu'à mon avis Monsieur Choffé a eu tout-à-fait raison d'indiquer à propos de la prévention que l'on interprétait mal la notion de thermalisme social. Il en est de même vis-à-vis des maladies aiguës et vis-à-vis du choix du thermalisme par rapport aux autres thérapeutiques. On fait beaucoup dire à des textes qui ne comportent pas une doctrine, heureusement d'ailleurs, car tout évolue et s'il existait une doctrine, il serait difficile de la faire évoluer.

Donc il y a un premier groupe de nos malades qui sont des malades qui ont eu une maladie aiguë et dont la cure doit être effectuée rapidement car c'est, ainsi que l'a fort bien dit Monsieur Choffé, la meilleure manière de prévenir des complications à distance. J'en prendrai pour type l'évolution d'une phlébite dont les séquelles paraissent tout-à-fait minimes, quelques semaines après une cure thermale. C'est après les accidents aigus qu'il faut envoyer notre malade en crénothérapie : ceci la Sécurité sociale ne

l'a jamais refusé. Nous l'avons prouvé, d'ailleurs, avec Vieville, d'après nos statistiques. De même, des maladies assez aiguës comme des maladies de l'arbre respiratoire — je pense à des sinusites, à des catarrhes tubaires qui n'ont pas régressé complètement par nos thérapeutiques — peuvent être très vite améliorées par la crénothérapie. Par ailleurs, il est important de nous rendre compte qu'il y a à cet égard des dogmes à faire disparaître : *il n'y a pas de dogme des trois cures*. C'est ainsi que dans certaines maladies aiguës, il arrive que des malades présentent des séquelles mineures mais qui peuvent devenir beaucoup plus graves si on ne les traite pas immédiatement et qui d'autre part n'ont pas besoin d'être traitées aussi longtemps que des séquelles importantes qui nécessitent trois et quatre cures et peut être davantage.

Le deuxième groupe de malades est constitué par ceux qui sont atteints *d'affections au long cours*, de maladies subaiguës ou chroniques. En ce qui les concerne, je voudrais aussi détruire un préjugé dont il a été parlé. Il ne faut pas dire que la crénothérapie est considérée actuellement comme la thérapeutique à utiliser après l'échec des autres médications. On ne refuse pas les cures thermales de façon systématique dans les caisses régionales lorsqu'il n'y a pas eu au préalable un échec d'autres thérapeutiques. Cependant il faut admettre qu'il existe un article du code de la Sécurité sociale aux termes duquel nous devons toujours faire le choix entre diverses thérapeutiques afin que le budget de la Nation soit le moins grevé possible, c'est-à-dire que lorsqu'il existe deux thérapeutiques d'égale efficacité, nous devons choisir *la moins onéreuse*. Il y a donc pour la crénothérapie, comme pour toute autre thérapeutique, un choix à faire entre deux ou plusieurs médications ; je dirai que, pour la plupart des affections subaiguës, il existe *un moment de la crénothérapie*, un moment qu'il faut savoir choisir et quant à moi je le placerais *au moment où les autres thérapeutiques ont donné le maximum de leur efficacité*, mais ont laissé quelque séquelle qui doit à ce moment là être traitée immédiatement *et en relais* par une autre thérapeutique qui est la thérapeutique thermale. Ce n'est pas, à mes yeux, l'échec d'un traitement qui doit marquer le moment d'intervention de la cure mais le fait qu'un ensemble de traitements ait été insuffisant.

Il m'apparaît qu'à ce moment, la crénothérapie est au fond *à la fois curative et préventive*. Elle prévient les poussées ultérieures, elle prévient les aggravations successives. Ainsi dans un rhumatisme chronique, la crénothérapie va permettre d'empêcher les poussées inflammatoires ou en tout cas de les retarder ou d'espacer leur apparition sans pouvoir, évidemment, guérir complètement le malade.

Mais pour cette catégorie de malades, on est obligé de constater que les statistiques établissant les améliorations sont beaucoup plus difficiles à fournir que pour le premier groupe de malades. Dans le premier groupe de malades quand on a par exemple une périarthrite de l'épaule qui a été traitée rapidement par une crénothérapie, il n'est pas difficile de savoir si le malade est guéri ou non. Pour une sinusite, ce n'est pas difficile non plus, mais quand on est en présence d'une coxarthrose ou d'une arthrose, d'un état polyarthrosique

ou d'un syndrome trophostatique, il est plus difficile de donner un pourcentage d'amélioration. J'ai eu récemment à présider un symposium sur la médication de la douleur et nous avons eu à discuter de la méthode pour apporter scientifiquement des critères valables dans l'observation de l'amélioration de la douleur. Je dois dire que pour présider ce symposium, j'avais lu en particulier les travaux d'une équipe remarquable, l'équipe d'anesthésiologie de Boston, qui au terme d'environ 15 années d'études, disait que le meilleur critère — le seul — était l'interrogatoire du malade. Nous sommes ici devant le même phénomène, c'est-à-dire qu'il faut que nous sachions parfaitement *interroger avec objectivité nos malades* dans les meilleures conditions (nous reviendrons d'ailleurs sur ce point), mais je crois qu'il ne faut pas que nous cherchions à tout prix des critères indiscutables et totalement objectifs. C'est le bon examen d'un excellent généraliste qui doit l'emporter et pas autre chose, parce que nous ne pouvons pas avoir autre chose.

Enfin, comment chiffrer la valeur préventive de la cure ? La question est encore beaucoup plus difficile à résoudre et il m'apparaît que c'est à peu près inchiffrable. Mais ce n'est pas parce que la valeur préventive est inchiffrable qu'elle n'a pas de valeur. Quand on guérit chez un enfant un catarrhe tubaire qui aurait donné une surdité rhinogène, ce n'est pas chiffrable, mais c'est cependant un acte de la plus haute valeur préventive. C'est là, du reste, que se trouve la vraie prévention : éviter la complication d'une maladie. Lorsque chez un sujet adulte, atteint d'une bronchopathie à ses débuts, on empêche le développement d'une insuffisance respiratoire, je crois que c'est un acte également impossible à chiffrer.

Ainsi en arrivons-nous à poser le problème de la valeur de nos statistiques. Je crois, par analogie avec le phénomène que nous avons étudié pour la douleur, que ces statistiques doivent porter sur un très grand nombre de cas, et être effectuées en équipes. On peut ne s'attaquer qu'à une seule catégorie de problèmes, mais il faut être nombreux à s'attaquer à ce même problème. Dans les années qui viennent, les études sur la valeur de la crénothérapie doivent être organisées et réparties entre un certain nombre de groupes de travail comportant des médecins thermaux, des médecins de la Sécurité sociale et des médecins prescripteurs. Il faut que les équipes de chercheurs soient nombreuses à cerner les mêmes problèmes, car le facteur nombre dilue les erreurs en permettant la confrontation des résultats obtenus dans chaque groupe de travail.

En définitive : *l'objet de la recherche doit être étroitement circonscrit, mais le nombre des équipes de recherches aussi important que possible.*

Il faut ensuite qu'une *méthodologie extrêmement précise* soit définie. Je me référerai à cet égard à un exemple très simple donné par l'équipe de Boston dont j'évoquais tout-à-l'heure les travaux, l'exemple de l'étude comparative des effets calmants de l'aspirine et du placebo : l'essai est réalisé sur des sujets atteints d'une même affection et ressentant une douleur donnée, très précisée et auxquels on donne une même dose d'aspirine et une même dose de placebo, en les plaçant par ailleurs dans le même environnement. Les résultats sont analysés jour par jour pendant 15 jours. Ayant constaté qu'il n'y a strictement

aucune différence entre les deux médicaments, on recommence l'expérience dans les mêmes conditions avec une autre série de malades dont on recueille les observations quatre fois par jour. Les résultats acquis s'ils sont les mêmes peuvent alors être considérés comme pratiquement indiscutables.

Mais à ce sujet il y a lieu d'insister très fortement sur le fait que, contrairement à ce que certains ont soutenu, les études prospectives sur le résultat des cures thermales, basées sur une telle méthode, doivent être effectuées non pas en dehors de stations mais dans les stations mêmes et que les médecins thermaux doivent y être étroitement et activement associés. En outre ce n'est pas sur une année de cure thermale que les effets obtenus doivent être étudiés mais certainement sur plusieurs années.

Par ailleurs, à ces études doivent être associés, ainsi que je l'ai déjà indiqué, les médecins conseils de la Sécurité sociale parce que les dossiers en leur possession sont très nombreux et que les contrôles de la Sécurité sociale permettent de voir les malades à des moments que l'on peut qualifier de « privilégiés » dans le cadre des examens pratiqués au retour de cures. Ainsi peuvent être établis des bilans, aussi bien des bilans thérapeutiques que « des bilans diagnostics » très complets. On sait que ces examens au retour de cures se font quatre à six mois après la cure c'est-à-dire dans une période excellente car c'est dans les six mois qui suivent que le maximum d'effet est ressenti.

Par ailleurs, je suis convaincu que l'on a la possibilité, à cette période, de faire, si on répète cet examen plusieurs années de suite, des bilans cliniques, des bilans radiologiques et des bilans biologiques dans d'excellentes conditions.

Je vous ai apporté la dernière statistique effectuée c'est-à-dire celle de 1969 ayant trait à 3 000 malades vus ainsi en retour de cure. Sur 2 998 malades examinés en 1969 par nos spécialistes à la caisse régionale, globalement nous avons obtenu 2 029 effets favorables. Vous voyez donc que nous retombons sur les 70 % que l'on trouve dans à peu près toutes les statistiques. Ce pourcentage est excellent, mais il est certainement au-dessous de l'efficacité de la crénothérapie. Pourquoi cette affirmation ? Parce qu'il s'agissait de malades dont les dossiers avaient été sélectionnés et discutés à l'avance et non pas de dossiers choisis au hasard. Ainsi ce chiffre de 70 % représente *un taux minimum* par rapport à l'efficacité des cures : il n'en a que plus d'objectivité.

En dehors de ces 2 029 cas favorables il y avait 508 résultats médiocres et 450 échecs. Par rapport à 3 000 cas, ce nombre d'échecs est très restreint et cela prouve à mon avis, l'objectivité de nos spécialistes. Cela prouve également l'objectivité du tri opéré préalablement aux examens et du choix des malades, car n'importe quelle thérapeutique doit normalement comporter des échecs.

Je dirai maintenant, à propos de ces chiffres, un mot sur les décisions administratives qu'ils ont entraînées. Sur ces 3 000 malades, nous avons donné le feu vert sans aucune discussion pour que 1 800 malades continuent leurs cures. Ce chiffre peut surprendre puisqu'il y a 2 000 résultats favorables et que les spécialistes n'accordent que 1 688 renouvellements

de cure. La raison en est qu'un certain nombre de ces sujets sont considérés comme parfaitement en bon état (par exemple des malades ayant eu une périarthrite de l'épaule, une sinusite, une phlébite, en bref toutes les affections qui au bout de 1, 2 et quelquefois 3 cures sont considérées comme guéries. Ainsi s'explique le décalage entre le nombre des résultats favorables et celui des traitements dont nous autorisons la continuation ; mais ce décalage prouve précisément la qualité des effets de la cure thermale, et je crois qu'il faut mettre en exergue vis-à-vis de la Sécurité sociale le chiffre de 250 refus de prolongation car ce chiffre démontre que sur 3 000 malades, il y en a 250 sur lesquels on peut arrêter les traitements du fait de la guérison.

Il y a d'autre part 300 sujets pour lesquels nous avons demandé qu'on espace les cures, mais en indiquant qu'elles seront sûrement reprises ultérieurement car il existe encore un état pathologique qui, très certainement, donnera des poussées plus tard. Signalons enfin qu'il y a 300 malades environ que l'on demande à revoir quatre mois plus tard, c'est-à-dire au moment des demandes de cures thermales. Enfin pour 696 cas il y a une demande d'arrêt de la crénothérapie.

C'est à partir également de ces chiffres, mais en opérant sur un beaucoup plus grand nombre de cas que nous avons recherché cette année, à la demande de Monsieur Cuvelier et de la Commission dans laquelle nous siégeons avec lui au Ministère de la Santé publique, *l'âge des curistes*. En effet, notre incertitude à cet égard était très grande de telle sorte que sur 12 000 dossiers, nous avons voulu déterminer quels étaient les âges moyens auxquels on fait actuellement une cure thermale. Situer l'âge des malades par rapport à la nature de leurs affections nous a paru très intéressant. En effet, l'âge auquel on fait une cure thermale dépend d'un certain nombre de facteurs. Il dépend avant tout de l'âge auquel surviennent les diverses affections. Il est bien évident qu'on ne va pas faire des cures thermales au même âge pour une affection cardio-vasculaire ou pour une affection oto-rhino-laryngologique qui peut être aussi bien de l'enfance. D'autre part il y a souvent un très grand décalage entre l'âge auquel surviennent certaines affections et les complications qu'elles entraînent ; nous avons montré avec Vieville, en nous basant sur une statistique importante de malades qu'il suivait en clientèle, qu'il fallait attendre une quinzaine d'années pour voir les complications des affections veineuses. Il y a également un âge, ou plutôt un moment thérapeutique pour chaque maladie : il y a des maladies que l'on traite très tôt, des maladies que l'on traite plus tard. Mais il y a également des facteurs économiques et des facteurs sociaux qui jouent, car il est indiscutable que les sujets jeunes — nous en avons eu l'impression dans certaines statistiques — se livrent beaucoup plus difficilement à la crénothérapie que des sujets plus âgés. Ici interviennent des considérations familiales (la mère de famille qui peut difficilement quitter les enfants pour aller en cure) et des difficultés économiques : un ménage jeune ne peut pas retrancher les dépenses de la cure du budget familial aussi facilement qu'un ménage dont les ressources sont bien assises. Je vais donc vous livrer les chiffres tels que nous les a donnés notre étude, étude

qui vient d'être effectuée récemment grâce à la collaboration de Monsieur Bourret à la Sécurité sociale.

(A partir de ce moment la conférence du Professeur Laroche est accompagnée de projections de tableaux statistiques).

Sur 12 867 curistes, 3 000 seulement avaient moins de 45 ans.

Voici tout d'abord le tableau des affections artérielles qui sont indiscutablement des affections qui surviennent assez tardivement : vous les voyez commencer à 40 ans, mais se développer véritablement vers 50 ans, ceci sur 676 cas au total. Vous voyez en ordonnées le nombre des cas, les tranches d'âge et vous voyez que la crénothérapie se continue tard, car vous avez encore un nombre assez important de curistes de 70 à 75 ans.

Pour les arthroses, vous voyez qu'il y a un « pic » considérable qui se manifeste à 60 ans. Les arthroses commencent à aller en cure thermale vers 35 ans ; mais on constate une énorme progression entre 55 et 65 ans.

Pour les coxarthroses, le « pic » est moins net, parce qu'il y a beaucoup moins de malades, mais vous voyez qu'il se situe à peu près au même âge. Vous apercevez qu'il y a toujours une inflexion autour de 50 ans. Cependant, il ne faut en tenir compte que jusqu'à un certain point car cela correspond à un processus démographique. Vous voyez également que le maximum se situe entre 60 et 65 ans. Je dois dire que mon ami Françon et moi avons été très étonnés lorsque nous avons examiné cette statistique et nous avons conclu qu'elle doit être complétée, au moins 3 ou 4 ans, par des observations, car il est impensable qu'il n'y ait pas de sujets qui se soignent plus tôt pour des coxarthroses. Je pense aux coxarthroses liées à des luxations congénitales qui ne se soigneraient qu'aussi tard : la question doit être revue.

Voici les cures en O.R.L. Vous voyez que le profil est complètement différent : vous avez l'inflexion à 50 ans, qui n'a pas de valeur parce qu'elle correspond à une incidence démographique, mais vous voyez que de très nombreux curistes s'échelonnent entre 30 et 45 ans.

Voici maintenant les chiffres pour l'asthme : l'étude portait sur 500 malades : les âges de cures sont également très étagés comme pour les affections oto-rhino-laryngologiques.

Les troubles hépato-vésiculaires font apparaître un chiffre maximum de curistes très net entre 45 et 55 ans ; nous l'avions déjà constaté dans l'étude faite avec Paolaggi ; nous nous sommes étonnés de voir aussi peu de femmes se traiter avant 45 ans.

Vous apercevez maintenant les affections colitiques qui ont un profil absolument analogue et où le nombre de curistes avant 40 ans est également très faible.

Enfin voici les affections relatives aux insuffisances veineuses : on constate également un chiffre très important à partir de 50 ans et vous apercevez un décalage très net vers la droite où nous retrouvons une courbe qui est très analogue à celle des arthroses et des affections artéritiques ; avant 40 ans, il y a très peu de curistes et ceci va nous poser un problème sur lequel nous allons revenir.

Si l'on regarde ces courbes, il est indiscutable — vous l'avez vu — que le type d'affections influe largement sur l'allure de la courbe et que ces courbes ne sont pas superposables. Néanmoins, quand on les regarde attentivement on n'est pas très satisfait intellectuellement : on a, en effet, l'impression que les malades ne se soignent pas au moment optimum. Il n'est pas tout-à-fait satisfaisant de voir certaines affections ne se traiter qu'à partir de 45 ans, alors que nous savons parfaitement que dans notre clientèle de malades des services de gastro-entérologie, on observe des troubles à partir de 30 à 35 ans. Il est donc regrettable de les voir se traiter aussi tard. Il en est de même des affections veineuses, où l'on ne voit pas se marquer sur cette courbe des cures qui devraient être faites assez précocement comme prévention des troubles veineux post-phlébitiques.

Ainsi en arrivons-nous à ce problème qui a été débattu tout-à-l'heure et sur lequel je ne m'appesantirai donc pas, mais qui est de revoir très certainement la doctrine du thermalisme social *dans un sens beaucoup plus préventif* qui dépasserait l'interprétation strictement curative de la crénothérapie.

Ceci est vrai, d'ailleurs, pour toute la médecine, car je commençais ces quelques propos en vous disant qu'actuellement nous constatons que s'il y a une crise de conscience du thermalisme, il y a également une crise de conscience de la médecine en général. Nous assistons à une transformation de la thérapeutique : nous avons connu la thérapeutique d'avant les années 1945-1950 qui était encore très empirique ; puis nous avons vu arriver les grandes médications et apparaître une thérapeutique extrêmement active et symptomatique qui négligeait complètement les notions de « terrain » et de tempérament ; on faisait en fait très peu de médecine préventive ; actuellement enfin nous en arrivons au troisième stade qui est le stade *de la médecine préventive*.

Alors on s'aperçoit que dans les pays où l'on s'intéressait le plus à la rentabilité des moyens — je pense notamment à certains pays de l'Est — c'est justement à la médecine préventive que l'on attache le plus d'importance car on considère que c'est la plus rentable. En d'autres termes, les mesures préventives sont considérées comme moins coûteuses pour l'État eu égard à leur efficacité à long terme. Certes ce serait une erreur que de minimiser la médecine curative sous prétexte de faire une place plus large à la prévention. Mais il apparaît que nous devons arriver à réaliser une synthèse entre les deux notions de médecine préventive et de médecine curative et que, comme toute doctrine doit évoluer, la doctrine du thermalisme social doit, elle aussi, évoluer en ce sens. Je pense d'ailleurs que cette évolution doit se faire plutôt en esprit qu'à la lettre. Je ne crois pas que ce soit par des textes législatifs ou réglementaires que l'on puisse fixer une doctrine écrite en matière de refus ou d'acceptation des cures thermales. Stabiliser ainsi l'évolution de la médecine thermique serait inefficace et dangereux. En effet la médecine à laquelle nous croyons tous *c'est la médecine de l'homme*, donc une médecine de l'individu : or, dans une telle conception de la médecine les critères à appliquer ne sont valables que pour chaque individu. Ce qui compte pour nous tous c'est que nous nous devons de traiter au mieux des hommes, donc les soulager immédia-

tement et les soulager pour l'avenir : tel est l'ensemble de la médecine de l'homme, de la prévention des tares dont il sera sans doute atteint tôt ou tard, et tel est le rôle immense qui, dans une telle conception, est réservé à la crénothérapie.

(Applaudissements).

* * *

Le Docteur EBRARD rend alors hommage au talent et à la science déployés par le Professeur Claude LAROCHE dans cet exposé.

Il le fait dans les termes suivants :

Mesdames et Messieurs, le silence et l'attention avec lesquels vous avez écouté le Professeur Claude Laroche témoignent à eux seuls du succès du conférencier, et plus encore de l'intérêt que vous y avez pris. Il a su — art difficile — faire la philosophie de ce qui est inexprimable, faire parler les statistiques d'une manière humaine et donner à son exposé la valeur d'un symbole, d'abord en répondant à toutes les questions qui ont été posées, mais en même temps en remontant plus loin c'est-à-dire à la source, à celle de la doctrine du thermalisme social. Il l'a située dans l'axe de l'évolution thérapeutique contemporaine, a su la placer dans le cadre des préoccupations à long terme, non seulement du médecin, mais encore de la société, et faire en sorte que sa très brillante synthèse soit le carrefour de préoccupations médicales, de préoccupations sociales, et pour tout dire de préoccupations humaines. Les thermalistes étrangers qui étaient présents, et vous singulièrement qui venez des pays de l'Est, vous avez pu constater que bien souvent le conférencier se référait aux exemples de ces pays et que nous les considérons toujours avec attention, sachant l'intérêt qu'ils portent à la prévention en même temps qu'à l'objectif social du thermalisme qui sont pour eux des symboles. Pour ceux qui sont plus proches de nous, notamment dans le bassin méditerranéen, — et ils sont ici quelques-uns — ils ont vu qu'inspirés aux sources de la tradition humaniste française, nous nous trouvons au carrefour de ces deux civilisations dont le conférencier a fait parfaitement la synthèse et dont le thermalisme est, lui-même, un des points de rencontre. Le situant au niveau de la prévention d'un côté, au niveau de la réparation de l'autre, allant jusqu'à la réhabilitation enfin, nous avons, par le cheminement extrêmement intéressant de tout ce qui nous a été dit et par la vertu des chiffres qui illustrent encore mieux la pensée du conférencier, saisi quelle pouvait être à la fois la mesure du travail accompli et en même temps l'importance du travail à faire. Je voudrais très simplement en votre nom remercier le professeur Laroche d'avoir su faire une synthèse très difficile, c'est-à-dire celle des exposés de rapporteurs qui avaient excellemment fait leur travail, mais sans toujours le donner d'avance — comme il est de coutume en terre française — dans les temps voulus. Il a été également répondu à ceux qui ont manifesté leur curiosité par leurs questions ; enfin, très au-delà, je le pense, Monsieur le député qui avez bien voulu assister à cette séance, il a pu

LAMALOU-les-BAINS

(HÉRAULT)

Cévennes méridionales -- Climat toni-sédatif

CENTRE THERMAL
ET KINESITHERAPIQUE
MUNICIPAL

SOURCE USCLADE
STATION OUVERTE TOUTE L'ANNÉE

Douleurs et troubles
de la fonction motrice
Neurologie - Traumatologie
Rhumatologie

Cure thermale

*Traitement
de rééducation
et de réadaptation
fonctionnelle*

B. P. 3

**Tél. 3 - 9
et 34**

2 mai - 10 octobre 1971

LUCHON

STATION PILOTE DU THERMALISME

LA MIEUX ÉQUIPÉE ET LA MOINS CHÈRE DES STATIONS THERMALES EUROPÉENNES

80 sources - Eaux polysulfurées, hyperthermales - Eaux radioactives sédatives

MOYENS DE CURE :

Aérosols soniques - Humages - Insufflations tubaires - Douches pharyngées - Proetz - Radio-vaporarium sulfuré - Trois piscines thermales - Fangothérapie - Mécanothérapie, etc.

NEZ - GORGE - OREILLES - BRONCHES - RHUMATISMES

LE NOUVEAU RADIO-VAPORARIUM SULFURÉ
EST ENTRÉ EN SERVICE

Renseignements : SYNDICAT D'INITIATIVE, LUCHON - Téléphone : 83



GRANDE SOURCE

pour les reins

Lithiases urinaires (urique, oxalique, phosphatique), coliques néphrétiques, albuminuries légères des arthritiques, albuminuries résiduelles, colibacillose urinaire, goutte, arthritisme, obésité, cellulite.



HÉPAR

pour le foie

Lithiases biliaires, dyskinésies biliaires, cholécystites, stimulation de la cholérèse, migraines hépatiques, gros foie des arthritiques et des pléthoriques, hépatisme des pays chauds, hypercholestérolémie.

VITTEL

sources sulfatées
calciques et magnésiennes



Station
de la Cure de Détente
et du Bilan de Santé
(Centre d'Exploration Fonctionnelle)



SAISON THERMALE
DU 20 MAI AU 20 SEPTEMBRE
agrée par la Sécurité Sociale



RENSEIGNEMENTS
à la Société des Eaux Minérales
de Vittel (Vosges)
tél: 600 ou 44, avenue George-V
PARIS (8^e) tél. ELYsées 95-33

MP

ETUDES - CONSEILS TECHNIQUES - COORDINATION
CONSTRUCTION
STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES

F 477

SERI



RENAULT ENGINEERING
B.P. 37 - 92-RUEIL - tél. 967 61-00 - poste 663

inspirer ainsi qu'à vous-mêmes, Mesdames et Messieurs, quelques sujets de réflexion, notamment à ceux qui sont en charge de responsabilités sociales, de responsabilités économiques et de responsabilités tout court. Avec bon sens, le conférencier a su nous rappeler qu'il s'agit d'une thérapeutique comme toutes les autres, nous faisant souvenir que l'interrogatoire ne remplace pas toujours l'ordinateur mais qu'il reste nécessaire et qu'au-delà des bouleversements de la médecine et de la pharmacopée, de la révolution technique et de la révolution industrielle, il reste un certain nombre de vertus simples et fondamentales sur lesquelles

est assise notre culture et notre savoir. C'est de cela dont je le remercie ; je suis sûr que la conférence du Professeur Claude Laroche sera pour nous tous un très grand enseignement.

* * *

Après cette allocution, le Docteur EBRARD lève la séance.

JOURNÉE DU MERCREDI 20 JANVIER

La journée du mercredi 20 janvier a eu principalement pour objectif, tout en traitant des problèmes médicaux et sociaux du thermalisme, de provoquer un échange de vues entre les médecins prescripteurs (généralistes ou spécialistes), les médecins-conseils de la Sécurité sociale et les médecins des stations thermales.

Intéresser le corps médical tout entier aux débats qui devaient se dérouler, préciser en présence des médecins prescripteurs la place de la crénothérapie dans l'ensemble des thérapeutiques de la médecine actuelle, recueillir également leur opinion : tel était le but recherché.

SÉANCE DU MATIN

SÉANCE DU MATIN

La séance est présidée par le Professeur SOURNIA, médecin Conseil National de la Caisse Nationale d'Assurances Maladies. Elle est ouverte à 9 h 30.

Le Professeur SOURNIA exprime sa satisfaction d'avoir à diriger les débats de cette matinée.

Puis il donne la parole au Professeur CUEVELIER sur le sujet suivant :

« LA PLACE DU THERMALISME DANS LES GRANDES OPTIONS DE LA THÉRAPEUTIQUE MODERNE »

Le Professeur CUEVELIER :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs :

Aux yeux de ceux qui la connaissent mal la crénothérapie apparaît parfois comme une thérapeutique désuète, voire dépassée. Nous avons entendu cette affirmation hier à plusieurs reprises. Il ne semble pas, dans l'esprit de ceux qui la connaissent mal, qu'il y ait lieu de conserver, devant les moyens modernes puissants dont nous disposons aujourd'hui, cette thérapeutique ancienne.

Certes, l'essor prodigieux de la thérapeutique actuelle ne cesse de nous étonner et point n'est besoin d'évoquer longuement la suite impressionnante des victoires thérapeutiques remportées depuis quelques 25 ans. Remarquons seulement que ces progrès empruntent deux voies parallèles. D'une part celle du progrès de nos connaissances par une recherche toujours plus évoluée, et d'autre part celle du progrès technique, caractère essentiel de notre civilisation et dont les disciplines de santé bénéficient comme les

autres. Le bond en avant de la science médicale depuis ces 25 ans a été général. Il concerne, peut-on dire, presque tous les secteurs de la pathologie et de la thérapeutique. Au hasard citons le domaine des antibiotiques, les mécanismes de l'inflammation, la génétique, l'endocrinologie, etc. Mais dans le domaine des progrès techniques, les apports ont été également considérables. Et ils ont souvent permis des progrès importants, simplement par ce qu'ils multiplient nos moyens. Pensez à ce que l'introduction des plastiques, des silicones, nous a fourni, l'électronique, le marquage isotopique, voilà toute une série de techniques qui, progressivement, nous ont rendus beaucoup plus puissants. Mais cette véritable révolution thérapeutique n'est pas sans conséquences économiques et sociales. Et notamment sur le coût de la santé et sur l'organisation des soins. C'est là-dessus que je voudrais attirer d'abord votre attention.

Le prix de la santé s'accroît, on le sait, à un rythme accéléré, et les responsables se demandent comment il pourra être contenu. Certes, les progrès thérapeutiques ne sont pas la seule cause de cette inquiétante inflation, on ne peut cependant nier qu'ils y sont pour une bonne part. Si quelques maladies comme les maladies infectieuses coûtent moins cher que jadis, parce que les traitements antibiotiques sont raccourcis, d'innombrables malades, autrefois abandonnés, faute de traitement actif, appellent aujourd'hui des soins efficaces, mais souvent complexes et onéreux. Pour eux, on a pu parler d'une véritable thérapeutique lourde, quand on engage dans le combat tous les moyens possibles, quel que soit le prix. C'est le domaine d'une médecine de pointe dont l'éthique se fonde d'abord sur un principe, celui que la vie d'un homme

n'a pas de prix. Mais c'est aussi le domaine de la recherche qui justifie à la fois et les audaces et les dépenses. Par contre, une fois le progrès réalisé, il convient d'en apporter le bénéfice à l'ensemble et c'est le moment où ce progrès peut avoir sur les dépenses de santé un poids important.

L'effort consiste alors à codifier strictement, à normaliser ce nouveau traitement, en vue d'en abaisser le prix de revient, et de pouvoir ainsi le généraliser. C'est à ce stade qu'on se trouve, par exemple aujourd'hui, en ce qui concerne le traitement de l'insuffisance rénale chronique par les dialyses itératives. Mais le progrès thérapeutique a d'autres conséquences : parmi ceux qu'il permet de sauver, c'est-à-dire de conserver en vie, tous ne sont pas guéris, et loin de là ! Bon nombre sont encore des invalides, demeurent des handicapés qui constituent un nouveau poids pour la société. La réadaptation à la vie sociale, la réhabilitation professionnelle est le seul moyen de réduire cette nouvelle charge sociale, conséquence inattendue des progrès thérapeutiques. Enfin un autre effet connu du même progrès, c'est l'allongement de la durée de la vie. Ainsi deviennent chaque jour plus urgents et plus aigus les problèmes de gériatrie sociale.

Mais les progrès de la pathologie nous ont amenés aussi à mieux connaître la genèse des maladies, à découvrir souvent les moyens de les prévenir, et cette fois le progrès n'est pas générateur de dépenses mais d'économies, car la prévention coûte toujours beaucoup moins cher que les soins.

Telles sont quelques-unes des conséquences économiques et sociales du prodigieux développement de la médecine contemporaine. Sa marche est telle que l'heure n'est pas éloignée où ceux qui sont responsables des soins viendront nous dire qu'ils ne peuvent plus suivre, que l'intendance ne peut plus suivre. Il y a donc là un problème de logistique sanitaire qui est posé. Et à l'heure où l'on prépare actuellement le VI^e Plan, les orientations doivent être choisies, un système de santé doit être élaboré.

Comme il ne peut être moralement question de priver ceux qui en sont justiciables d'une découverte thérapeutique ou de ralentir la recherche, force est d'envisager de mener l'action selon deux axes, et de reconnaître deux ordres d'options prioritaires. D'une part, poursuivre la recherche et la développer, en veillant à ce que ses acquisitions puissent entrer le plus vite possible dans le domaine pratique à la disposition de tous ceux qui peuvent en bénéficier. Mais d'autre part, ne pas omettre de tenir également comme des options prioritaires les actions dans le domaine de la réadaptation, de la réhabilitation, de la gériatrie sociale et de la prévention.

Devant ces problèmes qui sont aujourd'hui urgents, même quelquefois angoissants, le thermalisme peut-il être de quelque secours ? A première vue certains ont parfois tendance à répondre par la négative. Je crois que c'est une erreur. C'est une erreur car un examen plus attentif montre que les cures thermales ne s'opposent pas aux moyens thérapeutiques nouveaux mais leur sont bien souvent complémentaires.

Quelle est en effet la place élective des cures thermales en thérapeutique ? Tentons de résumer ce chapitre de thérapeutique thermale. Pour situer cette place, on distingue volontiers, quels que soient l'ap-

pareil ou le système étudiés, les affections organiques et les simples troubles fonctionnels. C'est une distinction vraiment un peu sommaire, qui mériterait une discussion mais elle est suffisante pour la commodité de l'exposé.

Voyons donc d'abord la place des cures thermales dans les affections organiques, qui peuvent être aiguës ou chroniques.

Au cours des affections organiques aiguës, il n'y a pas de place pour les cures thermales, bien sûr, car le malade ne se déplace pas. De plus une instauration, pendant la période évolutive d'une maladie organique, crée un danger, un danger de rechute, un danger de recrudescence qui est bien connu des médecins thermaux, depuis longtemps. C'est donc une règle générale que d'exclure des cures thermales ces affections organiques aiguës. Mais plus tard, lorsque l'évolutive de l'affection est éteinte, au contraire c'est une thérapeutique de choix pour prévenir les séquelles de ces affections aiguës dans un certain nombre de cas. Un exemple connu c'est celui de l'hépatite épidémique, par exemple, qui, après la période évolutive, laisse souvent l'ictère infectieux bénin, et celui-ci, quel qu'il soit, laisse souvent des séquelles multiples. Qu'il s'agisse d'un sub-ictère permanent, qu'il s'agisse de troubles dyspeptiques, de troubles colitiques, de phénomènes douloureux hépato-biliaires, de troubles de la glyco-régulation ; eh bien on sait depuis longtemps que la meilleure manière de prévenir ces séquelles de l'ictère infectieux bénin, de l'hépatite banale, c'est la cure thermale dans les mois qui suivent.

Dans les affections organiques chroniques, le rendement des cures thermales est extrêmement variable. Tout dépend de l'âge de cette affection chronique. Il est certain que les lésions organiques graves, irréversibles, ne sont pas influencées par ces thérapeutiques. Par contre la part des lésions qui est encore réversible, à condition que les organes soient encore suffisants, cette part peut être modifiée par le traitement thermal. On peut donc attendre des cures thermales, dans ces affections organiques chroniques, une action partielle. Et une action de réparation. Et puis, souvent, on observe aussi un ralentissement dans l'évolutive de ces maladies chroniques, une action de freinage, si vous voulez, et dans une certaine mesure, cette action peut être présentée comme préventive des complications. L'exemple le plus simple, le plus banal, c'est celui du rhumatisme dégénératif ; il est inutile d'insister pour trouver dans le traitement thermal de cette affection les caractères que je viens de dire : *prévention des complications, réparation des lésions susceptibles de réversibilité.*

Certainement dans ces cas, cette action partielle entraîne la nécessité de répéter les cures thermales, et l'utilité des thérapeutiques associées doit être ici soulignée. Il est certain que la cure thermale ici n'intervient que dans un plan thérapeutique d'ensemble ; elle doit être préparée ; on peut aussi lui associer, dans de nombreux cas, des thérapeutiques qui vont dans le même sens que la thérapeutique thermale, la diététique, par exemple, la kinésithérapie, la rééducation. Et après la cure, dans ces affections chroniques, des traitements intercalaires sont également nécessaires.

Voilà ce que l'on peut dire de la place des cures thermales dans les affections organiques.

Voyons maintenant les simples troubles fonctionnels.

Ici, pas de lésions importantes, pas de lésions macroscopiques, mais un dysfonctionnement de tel ou tel système, de tel ou tel appareil, de tel ou tel métabolisme. Eh bien, ici le champ d'application des cures thermales est beaucoup plus vaste. Car ici les altérations sont entièrement réversibles et donc entièrement curables. Mais il faut remarquer que ces perturbations fonctionnelles sont souvent l'anti-chambre de la maladie organique si ces troubles sont mal soignés. Et ici, alors, le traitement thermal va apparaître dans ces cas, comme *préventif de ce passage à l'organicité*. Il s'agit évidemment de circonstances extrêmement banales, extrêmement fréquentes, quotidiennes, surtout *en médecine de consultation*, ou en médecine de cabinet beaucoup plus qu'en médecine hospitalière. Et les exemples qu'on peut donner sont multiples, suivant l'appareil considéré : il y a là toute la liste des dyspepsies gastriques des colopathies fonctionnelles, des dysfonctionnements hépato-biliaires, de l'hypertension artérielle quand le facteur neuro-végétatif est dominant, tout le chapitre des névroses ou des dysendocrinies fonctionnelles.

Mais ces troubles fonctionnels peuvent concerner non pas un appareil mais un métabolisme. Par exemple le métabolisme glucidique et les troubles mineurs du métabolisme glucidique, les hyperglycémies, peuvent évidemment être influencés favorablement par ces traitements thermaux. Troubles du métabolisme lipidique, et là nous trouvons l'hypercholestérolémie et nous trouvons aussi l'obésité ; troubles du métabolisme des purines et là vous avez toutes les manifestations cliniques de l'hyperuricémie.

Est-ce tout ? Est-ce que cette énumération épuise les indications classiques et connues de la crénothérapie ? Pas tout à fait. Il nous faut ajouter un chapitre concernant les prédispositions morbides. Les cures thermales dit-on, sont modificatrices du terrain. Qu'entend-on par là ? Jadis le terrain c'était l'arthritisme, le lymphatisme, la fragilité respiratoire, la petite insuffisance hépatique, l'instabilité neuro-végétative etc. Eh bien ce sont là des notions qui sont pratiquement perdues ou abandonnées. Est-ce que pour autant il n'y a pas derrière ces mots une réalité clinique qui persiste, que nous devons reconnaître ? Nous savons bien que certaines manifestations pathologiques qui prennent volontiers l'allure d'accès paroxystiques, entre-coupés de périodes absolument normales, comme dans l'asthme, la migraine, dans l'eczéma, dans la goutte, etc., semblent se manifester chez certains sujets paraissant porteurs d'une indispensable prédisposition. Certaines de ces prédispositions semblent s'associer ou alterner chez le même sujet. Et enfin le caractère familial de la prédisposition est généralement noté. Or, et là c'est un fait connu depuis longtemps aussi, certaines cures thermales ont sur la fréquence et l'intensité de ces manifestations pathologiques récidivantes une action élective. Elles paraissent donc douées d'une action préventive sur le retour de ces accès, d'une action sur le terrain, si l'on veut.

L'interprétation de ce fait mériterait une discussion extrêmement longue et il n'est pas possible de l'insérer ici dans cet exposé dont ce n'est pas l'intention première. Néanmoins il y a lieu de remarquer que

pour expliquer ces faits il faut faire intervenir beaucoup de facteurs. Il est certain que ces prédispositions répondent sans doute à un substratum génétique indélébile sur lequel évidemment les cures thermales n'ont aucun effet, mais substratum qu'il est difficile d'analyser et que nous ne connaissons encore que très partiellement. Mais par contre il est certain que la survenue des accès est conditionnée par des facteurs de milieu, de révélation. Dès lors nous sommes un peu plus informés. Enfin le rôle *des mécanismes allergiques* intervient assez souvent, sans que là aussi les analyses soient parfaites et nous aient fait comprendre le détail de ces manifestations. Quoi qu'il en soit, nous ne retiendrons que le fait clinique, une prévention possible par les cures thermales, *d'accidents pathologiques paroxystiques liés à une prédisposition*.

Il convient d'ajouter encore quelque chose. A ces effets directs des cures thermales, il y a lieu d'en ajouter un autre, très général, indirect et important.

Les cures thermales ont une valeur *d'éducation sanitaire* incomparable. Pendant les trois semaines de son séjour dans la station le malade n'a qu'un souci : se soigner. Il peut y consacrer tout son temps, et il est loisible de lui enseigner ce qu'il doit savoir de sa maladie, le genre de vie qui lui convient, comme le régime alimentaire qui lui est nécessaire pour les éléments de surveillance auxquels il doit se soumettre. Cet aspect de la cure a une importance primordiale dans certaines affections, notons par exemple chez le diabétique ou chez l'insuffisant rénal. Par quelques côtés nous voyons donc que cet effet indirect de la cure thermique représente encore une action préventive dans un certain sens. Mais pour résumer ce que nous venons de dire concernant les indications générales des cures thermales nous dirons simplement qu'elles peuvent être utilisées dans les séquelles de certaines affections organiques aiguës, à la période initiale des affections organiques chroniques, contre les troubles fonctionnels et métaboliques et enfin, quatrième chapitre, celui du traitement des préventions des prédispositions morbides, allergiques ou non.

Quelques exemples permettent de concrétiser les réflexions que nous venons de vous proposer. Prenons un certain nombre d'affections pour lesquelles justement les indications thermales se sont modifiées au cours des récentes décennies. Premier exemple, si vous le voulez bien, la lithiase biliaire. Jadis, les calculs biliaires constituaient une indication très courante des cures thermales. Aujourd'hui, la majorité des lithiasiques se fait opérer. Mais tous les cholécystectomisés ne sont pas pour autant guéris, vous le savez bien. Pour des raisons diverses et quelquefois difficiles à analyser un nombre non négligeable d'entre eux souffrent encore — comme avant, disent-ils quelquefois. Et contre ces séquelles de la cholécystectomie comme on les décrit d'un mot, ce qui ne préjuge pas de leur mécanisme, la cure thermique est souvent la solution thérapeutique optimale. Ce sont là des faits devant lesquels il faut s'incliner et qui démontrent tout simplement qu'en dehors des indications classiques, des indications nouvelles sont survenues en même temps que la thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire s'était développée.

L'indication n'a donc pas disparu, elle s'est sim-

plement déplacée. Il faut remarquer de plus que c'est elle qui, en faisant disparaître les troubles séquellaires, assurera la reprise de l'activité professionnelle et l'annulation de la consommation pharmaceutique.

Un autre exemple nous est fourni par le traitement des phlébites. Lui aussi a été révolutionné par la survenue des anti-coagulants. Vous savez qu'aujourd'hui un traitement anti-coagulant efficace, joint à une mobilisation précoce, permet d'obtenir dans le traitement des phlébites des membres inférieurs, des résultats tout à fait supérieurs, incomparablement supérieurs à ceux qu'on obtenait jadis, au temps où l'on craignait la mobilisation du caillot, et où l'immobilisation était de règle pendant des mois dans une grande gouttière en fil de fer. Il en résultait, vous le savez, des séquelles invalidantes très importantes, un œdème résiduel, des ankyloses articulaires et aussi le développement souvent d'une maladie post-phlébitique évolutive et qui durait quelquefois des années avec toutes ses complications. Contre toutes ces manifestations les cures thermales ont toujours été utilisées et il semble bien même que l'on n'avait guère d'autres armes à proposer.

Les résultats n'étaient pas nuls, loin de là, mais il faut remarquer qu'ils étaient souvent partiels. Aujourd'hui que ces graves séquelles peuvent être évitées, les cures thermales ont-elles perdu toute utilité ? Eh bien je ne le crois pas non plus. Et je crois, en raison de ma petite expérience concernant la crénothérapie des affections veineuses, telle qu'on peut la voir dans un contrôle médical de la Sécurité sociale, que les séquelles sont beaucoup moins importantes. Bien sûr elles ne sont pas tout à fait négligeables. Ce sont des sujets qui viennent vous dire, souvent des femmes, bien sûr, qu'elles ont un peu d'enflure de la cheville le soir ; surtout quand elles restent debout pendant un certain temps elles souffrent beaucoup. Et parmi ces femmes il y en a un certain nombre qui travaillent debout. Les cures thermales instaurées *précocement* dans ce traitement des phlébites permet d'effacer ces dernières séquelles. Et par là de soulager, non seulement de soulager définitivement la malade, mais encore de lui permettre un retour facile et complet à son activité professionnelle. Voilà donc un deuxième exemple dans lequel nous voyons les thérapeutiques modernes modifier profondément le plan thérapeutiques d'ensemble d'une affection, sans pourtant en sortir la crénothérapie.

Si vous voulez bien on peut prendre encore un exemple, celui de l'asthme. L'asthme a toujours été considéré comme une indication majeure des cures thermales. Car son action sur l'intensité, sur la fréquence des crises fait que depuis très longtemps les médecins disent « c'est un modificateur du terrain ». Un jour sont survenues les corticoïdes que vous connaissez bien. Et il est apparu rapidement que l'usage de ces médicaments nouveaux représentait une solution bien supérieure en raison de leur effet rapide, spectaculaire, de la dyspnée elle-même. Mais le retour de cette dernière dès le traitement suspendu, ce qui est le cas général, rendait l'asservissement inévitable au médicament, l'accoutumance. Et on connaît de mieux en mieux les dangers de la corticothérapie au long cours, ce qui a entraîné une restriction considérable dans l'utilisation de ces médicaments chez les sujets

porteurs d'une affection qui, justement, dure des années, et est susceptible d'entraîner cette accoutumance et ces accidents secondaires de la corticothérapie au long cours. Le retour à la crénothérapie, par son action sur le terrain, permet au contraire l'espace, l'atténuation des crises, avec une réduction progressive des drogues anti-inflammatoires. Ainsi est obtenue une amélioration thérapeutique vraie à laquelle s'ajoute une économie de médicaments. On pourrait multiplier les exemples, mais il n'est pas dans mes intentions de parcourir un cours d'hydrologie. Concluons donc.

La place des cures thermales est donc, en thérapeutique, bien particulière. Elle ne s'oppose pas aux moyens modernes et divers que nous apporte la recherche contemporaine. Leurs indications ne sont pas les mêmes. Par contre, elles sont souvent *complémentaires*. Les moyens thérapeutiques nouveaux s'attaquent électivement à des situations pathologiques fortement évolutives, souvent graves, souvent menaçantes, et leur effet est rapide. Le rôle des cures thermales se situe à l'inverse, avant les accidents évolutifs, dans une intention de *prévention* que j'ai soulignée tout au long de cet exposé et aussi après ceux-ci pour leurs effets de *réparation*, de consolidation ou de *réadaptation*. Ainsi la thérapeutique moderne n'a pas rendu la crénothérapie inutile. Mais elle en a souvent déplacé les indications et celles-ci sont électives, *dans le domaine de la prévention, de la réparation et de la réadaptation sociale*. Nous retrouvons là des options prioritaires que nous avons dégagées dans la recherche des grandes actions sanitaires à promouvoir. Dans ce domaine l'apport du thermalisme est à la fois primordial et original. C'est là que se situe le rôle qu'on doit lui assigner présentement et c'est là aussi la voie de son avenir.

Mais pour que le thermalisme tienne dans la thérapeutique d'aujourd'hui et dans la thérapeutique de demain la place très singulière qui lui revient, c'est pour lui une obligation vitale que *de s'adapter sans cesse à l'évolution de la thérapeutique générale et de son progrès*.

Ce n'est pas d'ailleurs dans ce seul domaine de la thérapeutique que cette adaptation est nécessaire. La pathologie elle aussi évolue et se transforme. Des maladies se raréfient et disparaissent, mais d'autres au contraire se font jour et se répandent. Deux causes principales à l'origine de cette pathologie nouvelle. D'abord les effets secondaires de nombreux médicaments nouveaux qui sont loin d'être inoffensifs et ainsi une *pathologie iatrogène* a pris, depuis quelques décennies, une extension inquiétante. Et puis, à côté d'elle, se multiplient également les *effets pathologiques d'un environnement toujours plus pollué et plus agressif pour l'homme*. Dans ces deux domaines le thermalisme peut encore être d'un utile secours, aussi bien à titre curatif qu'au titre préventif. Donnons quelques exemples.

Un premier : l'usage immodéré des antibiotiques peut, entre autres inconvénients, perturber gravement et même détruire la flore intestinale ou y favoriser l'implantation de germes pathogènes ou de mycoses. C'est la colopathie post-antibiotique aujourd'hui monnaie courante de nos consultations de gastro-entérologie. Les cures thermales peuvent, avec la

diététique, qui est essentielle, aider grandement au rétablissement de l'équilibre bactériologique et chimique de ces colons plus ou moins malmenés.

Un autre exemple nous est fourni par les anti-inflammatoires dont nous venons déjà de parler, et spécialement par les corticoïdes, en raison de leurs effets secondaires néfastes dont nous venons de parler et qui soulèvent un problème de désaccoutumance qui est souvent pénible à réaliser. L'instauration d'une cure thermale peut ici être un appoint précieux en raison de ses effets propres qui traitent le terrain, mais aussi de sa composante psychologique qui peut ici jouer d'une façon particulièrement efficace. C'est ce que nous avons dit pour l'asthme, on pourrait aussi bien le dire pour les arthropathies inflammatoires par exemple.

Un troisième exemple nous est donné par les possibilités d'allègement de la chimiothérapie qu'offre une cure thermale chez les psychopathes et chez les névrosés. Vous savez que ces malheureux sont souvent saturés de neuro-sédatifs, de tranquillisants, de neuroleptiques, etc. et qu'il est difficile de créer une désaccoutumance chez eux. Dans des cas très nombreux une cure thermale est un moyen efficace et non traumatisant de réduire la polythérapeutique dont tant de malades sont véritablement écrasés.

Quant à la pathologie venue de l'environnement, elle appelle, naturellement d'abord la normalisation du milieu ambiant, la correction des facteurs péristatistiques pathogènes, mais aussi des thérapeutiques non agressives. Par conséquent des thérapeutiques naturelles au premier rang desquelles la diététique, la climatothérapie, les cures thermales, sont les plus appropriées. Un seul exemple, ici. Il nous a d'ailleurs été donné hier, quand on nous a rapporté l'effet des cures thermales sur la bronchite chronique. Dans ses premiers stades, cette bronchite chronique qui est souvent favorisée et entretenue par la pollution atmosphérique, est influencée (nous l'avons vu et on nous a fourni des statistiques dans ce sens, hier, des chiffres valables) par les cures thermales qui permettent ainsi de réaliser des améliorations temporaires qui vont faire figure de freinage, d'arrêt, sur la marche de la maladie dont on connaît l'évolution spontanée et qui est toujours péjorative.

Avant de conclure, remarquons encore que cette vocation moderne du thermalisme que nous avons essayé de définir, doit se refléter dans l'organisation et dans l'équipement des stations. Si les indications électorales de la crénothérapie se situent dans la prévention et la réparation, il importe de pouvoir y associer sur place les autres moyens, les autres techniques qui concourent au même but, tels que la kinésithérapie active, tels que la réadaptation, tels que la diététique. Si les cures thermales doivent, dans la lutte contre les effets pathogènes de la pollution de l'ambiance jouer un rôle important, ne conviendrait-il pas de les constituer elles-mêmes en de véritables îlots de santé par une protection plus rigoureuse de leur environnement ? Et sur ce point, si vous le voulez bien, je vous ferai une suggestion en terminant. Dans le cadre de la législation et de la réglementation des stations classées, peut-être législation et réglementation dont la vétusté appelle d'ailleurs certains rajustements, ne pourrait-on définir, au lieu de stations hydro-minérales ou climatiques, des stations de santé, qui répondraient à deux critères : d'abord, d'une part, de posséder une ressource locale de valeur thérapeutique reconnue, source thermale, climat ; d'autre part de répondre à toute une série de conditions précises, d'absence de nuisance et de pollution notamment en ce qui concerne le climat pendant la période d'activité de la station, l'hygiène publique et ses divers éléments, la pollution qui n'est pas seulement la pollution atmosphérique mais celle des cours d'eau, celle des piscines, celle des rivages, le bruit, l'habitat en densité et en qualité, et les espaces verts. Des moyens devraient être donnés aux autorités locales pour assurer le maintien de ces conditions favorables.

Ainsi pour lutter contre les effets pathogènes d'une civilisation aussi agressive par ses thérapeutiques de plus en plus hardies, que par les altérations de l'ambiance qu'elle engendre, ces stations de santé permettraient, par un retour bienfaisant aux thérapeutiques naturelles, de retrouver l'équilibre biologique qui conditionne le véritable état de bonne santé. Tel me paraît devoir être conçu un thermalisme moderne digne d'apporter à une thérapeutique en incessant progrès un appui et un complément qui en multiplient l'efficacité.

LES DÉBATS

Le Professeur SOURNIA après avoir remercié le Professeur CUVELIER ouvre la discussion.

Elle donnera lieu à des interventions très nombreuses auxquelles le Professeur CUVELIER répondra longuement à deux reprises.

Le Docteur CAMBIEZ, médecin à Châtel-Guyon, évoque le problème de la pollution dans les stations. L'environnement et l'atmosphère sont partout pollués, dit-il. Or il est indispensable de protéger nos sources de cette pollution. Il poursuit en ces termes :

J'ai lutté pendant 20 ans pour faire disparaître la pollution atmosphérique de la station de Châtel-Guyon ce qui m'a conduit à faire deux procès, que j'ai d'ailleurs gagnés, pour assurer la liberté du ciel des stations. Je vous en donne les raisons : l'établissement thermal de 1^{re} et de 2^e classe par leurs chaufferies qui commençaient à 4 heures du matin, répandaient des fumées dans toute la station thermale ; je me suis mis en rapport avec le Préfet du département et avec le médecin chef de la Sécurité sociale de Clermont-Ferrand, nous avons parcouru la station, et nous nous sommes aperçus que, non seulement les établissements thermaux, mais 70 hôtels étaient l'ob-

jet de critiques, notamment le plus grand hôtel de la station ; mes collègues ici présents le connaissent ; c'est un hôtel qui donnait une fumée que je pourrais humoristiquement comparer à la fumée du paquebot France quand il sortait du port du Havre. Cette fumée polluait les sources de telle sorte que dans les verres d'une eau que devaient absorber les malades se trouvaient des particules de charbon. Je ne crois pas que ce soit un moyen de développer l'environnement de nos stations thermales. Je me suis adressé à la Justice puisqu'il y a des lois, des décrets préfectoraux, nous les avons fait appliquer et nous sommes arrivés à faire céder les responsables. Mes collègues savent que la disparition des fumées dans tout le quartier l'a assaini.

Voilà donc par conséquent le problème de l'environnement qui nous intéresse tous, c'est le problème de l'air pur dans la station thermale. Si nous voulons que le malade soit satisfait de l'eau qu'il boit, il faut que nous lui donnions une eau pure, une eau conforme d'ailleurs aux exigences de la Commission d'Hygiène des stations hydrominérales qui se tient à l'Académie de Médecine, il faut enfin que nous donnions des exemples analogues à ceux qui existent dans les stations thermales étrangères que j'ai parcourues, aussi bien les allemandes que les italiennes. Un autre problème qui nous intéresse c'est le problème du bruit. Ce problème est un problème d'environnement également, car si nos stations thermales sont des havres de paix et de tranquillité, puisque la plupart des gens qui y viennent sortent de grandes villes bruyantes, il faut que nous ayons un environnement de quiétude et que nous n'ayons pas, sous prétexte de distractions, des vacarmes particulièrement impossibles à tolérer entre 2 heures et 4 heures du matin.

Puisque à l'heure actuelle l'environnement a l'honneur d'avoir un ministre au gouvernement, c'est bien le moment de nous tourner vers celui-ci et de lui demander de se pencher sur nos stations thermales.

Le Docteur CARRIE insiste d'abord sur le passage du rapport du Professeur Cuvelier relatif à l'enseignement de l'hydrologie. Les assurances données la veille par le Ministre lui apportent, dit-il, un apaisement : la création dans chaque faculté d'une chaire d'hydrologie ou tout au moins d'un poste de chargé de cours est capitale pour l'avenir du thermalisme.

Puis il aborde le problème de la durée des cures.

Dans bien des cas, il serait partisan d'un allongement de cette durée.

Par contre le « mythe des trois cures » lui paraît essentiellement périmé. La seule motivation dont il y ait à tenir compte pour accorder une 2^e ou une 3^e cure c'est son utilité.

Par ailleurs il évoque également le caractère saisonnier des stations qui oblige trop souvent les malades à différer une cure immédiatement utile.

Enfin il s'élève contre l'interdiction d'une thérapeutique associée pendant la cure thermale.

Le Docteur COTTET aborde à son tour la question de la durée des cures. Il le fait dans les termes suivants :

Le Docteur Carrie a dit très justement que fixer un

traitement invariablement à une certaine durée est une notion antiscientifique et pour ainsi dire illogique. Il y a douze ou quatorze ans j'ai soulevé cette question à la Société d'Hydrologie, et je dois dire que chaque fois qu'on a mis cette proposition de modification de la durée des cures au vote, j'ai toujours été mis remarquablement en minorité. Je crois donc, cher Monsieur Carrie et cher ami, que nos collègues hydrologues dans l'ensemble veulent rester très fidèles à cette notion et quand on regarde la durée des cures des différents pays, on s'aperçoit qu'elles peuvent varier de 3 jours (je crois qu'au Japon il y a des cures de 3 jours) à 40 jours. Mais nous ne demandons pas un raccourcissement absolu de toutes les cures, nous demandons seulement une élasticité en fonction du cas présenté.

Je m'associe aussi totalement à ce que vous avez dit au sujet des thérapeutiques associées. Certains de mes collègues restent fidèles à la thérapeutique pendant la cure consistant uniquement en une thérapeutique hydrique. Je crois que là aussi c'est un non-sens puisque dans tous les traitements on utilise à l'heure actuelle, suivant les cas, une, deux ou trois thérapeutiques suivant les nécessités.

Il y a une dernière chose qui m'a étonné et je voudrais en parler au Doyen Cuvelier, c'est le vœu qu'il y ait dans chaque U.E.R. une place de chargé de cours. Mais à l'heure actuelle, les doyens ne sont-ils pas libres chacun dans leur unité d'organiser l'enseignement comme ils le désirent ? Est-ce qu'on peut leur imposer, venant de haut, une ligne de conduite ?

Le Professeur CUVELIER demande à répondre immédiatement à cette dernière question :

Vous savez, dit-il, que dans l'organisation actuelle de l'université, il est possible de créer des charges de cours qui soient universitaires et payées sur le budget de l'université. Mais n'empêche que continuent à exister des personnels qui émergent, eux, sur le budget de l'État, ne serait-ce que les Professeurs et les Maîtres de conférences, mais aussi d'autres catégories de personnels. Il peut y avoir des chargés de cours payés sur le budget de l'État et orientés dans telle ou telle direction et tel et tel enseignement. C'est la raison pour laquelle, avec mon ami Charles Debray nous avons vu il y a plus d'un an, maintenant, le Ministre, Monsieur Olivier Guichard, et nous avons fait cette suggestion. Devant la multiplication des Unités d'Enseignement et de Recherche médicales, il n'était plus question comme jadis de souhaiter une chaire d'hydrologie dans chaque Faculté. Mais pour rester modestes, et réalistes, nous lui avons demandé — et il n'avait pas accueilli de façon défavorable notre demande — qu'il y ait une charge de cours payée sur le budget de l'État qui serait consacrée à cet enseignement minimum de l'hydrologie, lequel nous paraît être nécessaire si l'on veut que notre richesse thermale soit utilisée par les praticiens dans des conditions rationnelles. Nous n'avons pas constaté d'effet à la suite de cette démarche. Il faut dire qu'elle n'a pas été reprise. Mais cette année, à l'occasion de la réunion du groupe de travail dont M. le Ministre de la Santé parlait hier, nous avons repris ces propositions et nous les avons assorties d'arguments nouveaux. Nous avons eu le plaisir d'entendre

M. Robert Boulin hier nous dire qu'il avait écrit au Ministre de l'Éducation Nationale pour reprendre à son compte les propositions que nous avions faites. Entre temps d'autres problèmes sont survenus, assez complexes : il y a d'abord eu la parution des décrets qui définissent maintenant l'enseignement du deuxième cycle des études médicales. Et dans ce décret l'enseignement est structuré de façon tout à fait différente de jadis. Si bien que c'est le triomphe des spécialités, et que les enseignements généraux disparaissent ou à peu près. Il en résulte que le terme même de thérapeutique a disparu. Inutile de vous dire que si le terme de thérapeutique a disparu, celui d'hydrologie qui le suivait généralement a lui aussi disparu. Aussi l'organisation de l'enseignement dans les U.E.R. et notamment le problème de l'enseignement de l'hydrologie est laissé dans l'état actuel à l'initiative de ceux qui dirigent l'U.E.R. : les directeurs ou les présidents du Conseil de gestion (ou du doyen comme vous voudrez), mais aussi du conseil de gestion lui-même. De ce fait, dans les U.E.R. où les tendances hydrologiques ne sont pas très accusées, nos collègues éprouvent des difficultés considérables qui seraient peut-être atténuées si, justement, nous obtenions cette charge de cours sur le budget de l'État dans chaque U.E.R. Voilà ce que je peux vous dire de l'état actuel de la question.

Dr BONNET :

Messieurs, on ne peut qu'être heureux des évolutions de l'enseignement de la médecine thermique. Un professeur dans chaque Faculté, c'est une chose admirable. Malheureusement, il y a l'enseignement de l'hydrologie et la vie clinique courante dans les services. Comment voulez-vous qu'un étudiant qui aura entendu quelques cours d'hydrologie en connaissance seulement quelques notions, étant donné que chaque matin il verra sourire son maître si, par hasard, le problème d'une cure thermique est évoqué. Pour ne parler que de Paris, que je connais depuis quelques années, on peut compter sur les doigts d'une main les chefs de service qui font faire de l'hydrologie. Ceci encore ne serait rien, mais il y a un danger beaucoup plus grand : quels seront les futurs chefs de service ? Ce seront des chefs de clinique à plein temps. Leur formation les obligera, afin d'avoir une liste de travaux scientifiques importants, à dévorer les dernières publications américaines, hors desquelles il n'est pas de salut ! Par ailleurs, il est inutile de vous dire que, dans les publications américaines, on ne publie pas d'articles d'hydrologie. Donc, nos chefs de clinique à temps plein n'auront jamais fait de pratique médicale et ils ignoreront l'immense secteur de toute la pathologie fonctionnelle. Peut-être, d'ici quelques années, verrons-nous paraître dans une revue savante la description d'un syndrome inconnu qui correspondra probablement à une gastro-entérite aiguë, à une rhino-pharyngite ou une indigestion ! Or c'est là que se trouve, à mon avis, le drame de l'enseignement de l'hydrologie. Comment faire enseigner l'hydrologie par une génération montante qui ne la connaît pas, puisque aussi bien ceci ne se trouve ni dans « Science » ni dans le « Journal of American Medical Association ». Nous sommes en présence d'une question extrêmement grave et il est certain que l'en-

seignement de l'hydrologie par ceux qui ne l'auront jamais pratiquée, pose, à notre égard, des problèmes redoutables.

Docteur DEBIDOUR :

Messieurs, d'abord je tiens à remercier M. Cuvelier ; il a été, comme à son habitude lumineux, clair et il a dit beaucoup de choses qui nous ont passionnés. J'ai senti tout à l'heure la Société d'Hydrologie un peu mise en cause par notre ami Jean Cottet à propos de la durée des cures thermales. Je tiens à souligner que si nous avons combattu l'idée d'un raccourcissement des cures thermales (qui peut cependant être admis), nous avons tout de même dit qu'il y avait certains types de pathologie qui ne pouvaient absolument pas se soigner en moins de 21 jours, ce chiffre étant, je l'admets volontiers, un chiffre arbitraire. Sur ce point, nous souhaiterions beaucoup qu'effectivement la Sécurité sociale nous donne la possibilité de *moduler* nos durées de cure selon le cas. Mais je crains que nous nous heurtions à des obstacles administratifs considérables. Mais en principe nous sommes tout à fait partisans de la modulation des cures thermales. Je tiens à le dire publiquement. D'autre part je voulais dire, à l'appui de ce que disait M. Cuvelier, sur le problème de l'assuétude médicamenteuse et des traitements, des cures thermales vus par certains services hospitaliers que je suis ce problème depuis de nombreuses années, puisque j'ai le grand plaisir de travailler dans le service de M. le Professeur Wolf fromm : nous voyons d'année en année, la crénothérapie remonter doucement le terrain, et chasser progressivement ces thérapeutiques miraculeuses qui étaient imposées aux malades ; je pense aux corticoïdes en particulier. Donc je crois que nous avons une raison d'espérer et je suis tout à fait, comme M. Cuvelier, convaincu qu'un jour la crénothérapie va revenir à la vraie place qui lui est due.

Pr DUBARRY :

Messieurs, je serai très bref car je n'ai rien à ajouter à tout ce qu'a dit mon collègue et ami M. Cuvelier, qui a fait le tour complet de la question, mais c'est à propos de ce qu'a annoncé le Ministre de la Santé hier, le projet de création de 14 charges de cours d'hydrologie. J'y vois une arme à double tranchant et cela me paraît à moyen terme quelque chose d'extrêmement dangereux. En effet, c'est la suppression, au fur et à mesure que les professeurs d'hydrologie seront successivement mis à la retraite, des chaires d'hydrologie, remplacées par des postes de chargés de cours qui n'auront certainement aucune possibilité de travail ; ils n'auront aucun crédit, et par conséquent je considère que c'est absolument fatal d'ici quelques années pour l'enseignement de l'hydrologie. Voilà tout ce que je tenais à dire : je jette un cri d'alarme.

Le Professeur SOURNIA indique alors qu'il ne partage pas le pessimisme du Professeur Dubarry quant à la disparition des chaires d'hydrologie. Il pense, en effet, que les jeunes chargés de cours auront nécessairement le désir de devenir professeurs titulaires.

Après cette mise au point, il donne la parole au Professeur LAMARCHE.

Pr LAMARCHE :

Je suis frappé par un certain pessimisme qui semble se dégager des diverses interventions que nous venons d'entendre. Ce pessimisme se manifeste en particulier sur l'aspect médical du thermalisme et sur l'intérêt que les jeunes portent à ce thermalisme. Or s'il y a peut-être, effectivement, une certaine désaffection pour le thermalisme, tout cependant ne paraît pas aussi sombre qu'on a bien voulu le dire. D'abord je voudrais bien savoir quelle était la position de nos prédécesseurs sur cette question du thermalisme. Je ne suis pas persuadé que nos anciens maîtres étaient tous convaincus de la valeur de ce thermalisme et que tous prônaient son utilisation. Quant au problème d'enseignement, certes l'enseignement du thermalisme pose de nombreux problèmes ; il n'empêche que l'on dispose encore dans les hôpitaux d'un certain nombre de moyens de l'enseigner, ne seraient-ce que certaines consultations thermales qui existent dans divers services, ne seraient-ce que certains centres de triages. Pour ma part, en tant que directeur d'un centre de triage, je dois dire que jamais je n'ai observé la moindre difficulté pour trouver des collaborateurs qui viennent y travailler. Il y a au contraire toujours des jeunes qui ne demandent qu'à y venir. Il existe donc, parmi nos étudiants, un certain nombre de jeunes qui s'intéressent à ces questions d'hydrologie. Je note aussi, comme facteur positif, cette fameuse question de l'attestation d'étude d'hydrologie et de climatologie médicales, que nous avons mise sur pied il y a quelques années, sur le plan national ; or cette attestation attire malgré tout un certain nombre de jeunes et chaque année sur l'ensemble de la France on compte 50 à 60 candidats. Ce n'est peut-être pas énorme, ce n'est pourtant pas négligeable. Et ça me paraît d'autant plus important qu'elle n'a encore que quelques années derrière elle. Je crois donc que tout n'est peut-être pas quand même aussi négatif qu'on vient de le dire. Lors d'une des dernières séances du Conseil Supérieur du Thermalisme, M. Boulin, ministre de la Santé publique, avait prononcé une allocution où il avait évoqué la nécessité de « dépeussier » le thermalisme. Je dois dire que ce terme m'a paru assez judicieux. Dépeussier, cela veut dire qu'on ne doit pas toucher aux structures, mais qu'il s'agit simplement d'enlever quelques éléments superficiels, de manière à le rénover. C'est au fond dans cet aspect du « dépeussier » du thermalisme que s'inscrivent un certain nombre des interventions qui m'ont précédé. On a parlé par exemple du thermalisme social : il est bien évident que les règles du thermalisme social remontent à un certain nombre d'années ne sont plus parfaitement adaptées. Mais heureusement, personne ne les applique avec une rigueur qui serait un inconvénient majeur au fonctionnement du système. Là aussi je suis bien placé dans le cadre de mon centre de triage pour assurer qu'il y a assez de latitude pour appliquer ces règles. Celles qui ne sont plus valables, il faudra les réformer, et je suis convaincu qu'un jour ou l'autre on arrivera à repenser aux règles du thermalisme social en les adaptant aux conditions et aux circonstances nouvelles. Le fonctionnement de nos

stations a, lui aussi, besoin d'être révisé. Il est certain par exemple que l'allongement de la durée des saisons est un élément qui est inéluctable. On ne pourra pas continuer à faire fonctionner nos stations thermales avec des durées de saison aussi courtes. Je crois que tout cela s'inscrit dans la nécessité des choses : or la nécessité finit toujours par s'imposer.

Le Docteur FORESTIER après avoir souligné, à son tour, la clarté et la vigueur impressionnantes de l'exposé du Professeur CUVÉLIER indique qu'il abordera simplement quelques points particuliers :

La durée des cures, d'abord, qui, selon lui, ne peut être fixée que par le médecin thermal.

Puis sur la question de l'association des thérapeutiques au cours d'un séjour thermal « dans une station de santé ». A ce sujet, il s'exprime en ces termes :

C'est la première fois que j'entends parler de station de santé, notion qui rejoint un courant international existant notamment aux Etats-Unis, le *health resort*, qui est une réalité qui existe là-bas depuis 15 ou 20 ans ; pour l'avoir observée personnellement sur place, je crois qu'elle rejoint une notion internationale valable à laquelle nous pouvons nous raccrocher, peut-être, en sortant de notre terminologie trop traditionnelle ; le mot thermalisme est empreint de tout un cortège d'idées trop souvent surannées et qui pourraient être modifiées. Je crois que l'association d'exercices exécutés surtout dans l'eau, mais également dans un climat et dans un environnement favorables, au cours d'un séjour de santé thermale, est une pratique qui pourrait se développer et être prise en charge par un forfait que j'appellerai un forfait de *réhabilitation thermique*. Certes, pour le moment, nous avons un règlement d'administration publique qui est absolument opposé à cette formule puisque la notion de forfait couvre uniquement les thérapeutiques hydrologiques. On m'avait dit que dans certaines stations pyrénéennes il n'en était pas de même, mais après l'étude très rapide que j'ai pu en faire hier avec les responsables de ces stations, il apparaît qu'il n'en est rien ; c'est simplement par une espèce d'artifice administratif que l'on a pu raccrocher cette rééducation à l'air libre, à la rééducation thermale. Ainsi le forfait de réhabilitation thermique serait à créer entièrement, et il pourrait peut-être en être décidé dans une journée comme celle-ci.

Le Docteur CAMBIEZ

demande, à propos de l'enseignement de l'hydrologie à déposer le vœu suivant :

A l'occasion des Journées Nationales du Thermalisme, les membres de la Fédération Thermale & Climatologique Française, les membres de la Société Française d'Hydrologie et de Climatologie Médicales, les membres du Syndicat National des Stations Thermales et Climatologiques Françaises, émettent le vœu suivant :

1) *dans chacune des Facultés de médecine françaises une chaire d'hydrologie sera maintenue ou créée pour favoriser le développement du thermalisme dans les grandes options de la thérapeutique moderne,*

2) *l'enseignement de l'hydrologie et de la climatologie réorganisées sera sanctionné par un certificat indispensable en fin d'études pour obtenir le grade de docteur en médecine,*

3) la médecine étant une œuvre d'humanité et de solidarité sociale la création et la rénovation de cet enseignement face à l'essor du thermalisme dans les autres nations du Marché Commun, Allemagne et Italie, doit permettre, grâce à la connaissance de la valeur thérapeutique des eaux minérales françaises, une meilleure contribution à la prévention et à la guérison des maladies, et par conséquent, une diminution des lourdes charges de la Sécurité sociale.

Le Docteur COTTET

demande à nouveau la parole. Il pose la question de la définition du secteur libre du thermalisme. S'agit-il de curistes qui effectuent leur cure sans demander aucune sorte de remboursement ni demander aucune feuille de Sécurité sociale à leur médecin, ou bien admet-on également dans ce secteur des curistes qui n'ont pas fait de demande de prise en charge mais qui sollicitent cependant le remboursement des prestations dont ils bénéficieraient dans n'importe quelle autre ville qu'une ville de cure ?

Le Docteur EBRARD

répond en donnant les précisions suivantes :

Le secteur libre par essence pourrait apparaître comme celui qui n'est pas protégé par un régime de Sécurité sociale. C'est la définition la plus simple, mais peut-être pas la plus exacte. En effet, les statistiques par lesquelles on distingue purement et simplement entre les curistes pris en charge et remboursés et ceux qui ne le sont pas, sont pleines d'équivoque en ce qui concerne les curistes libres ; car on confond ainsi dans l'interprétation statistique les curistes qui ne sont pas protégés, c'est-à-dire qui, par définition, sont libres, mais en même temps ceux qui étant protégés, ou bien ne profitent pas des avantages de la Sécurité sociale ou bien se contentent de certains avantages minima. En d'autres termes, il y a lieu de donner effectivement le sens le plus large au terme de curiste libre en considérant que celui-ci représente en réalité le curiste à haut niveau de vie, tout au moins un curiste aisé. Aussi l'un des problèmes avec lequel le thermalisme se trouve confronté c'est d'abord de maintenir la progression du nombre des curistes assurés sociaux au rythme actuel qui est de l'ordre de 8 à 10 % par an, si l'on se réfère à l'évolution qui s'est produite de 1945 à 1970. Pour tenir ce rythme de progression, d'ailleurs, il faut que la réglementation de la Sécurité sociale soit suffisamment compréhensive. Par contre en ce qui concerne le secteur libre nous observons que, soit qu'il s'agisse de curistes non protégés, soit qu'il s'agisse de curistes qui pour des raisons diverses, notamment administratives, ne veulent pas user des avantages de cette protection, toute cette clientèle libre tend à diminuer d'année en année au même rythme que la clientèle étrangère et parfois à un rythme supérieur. C'est pour ce secteur du thermalisme libre largement défini qu'il faudrait étudier une nouvelle conception du thermalisme.

En ce qui concerne le secteur classique traditionnel il faut maintenir le rythme des trois semaines de cure. Mais il faut savoir y déroger, et pour la clientèle libre et la clientèle étrangère, notamment, c'est le seul moyen de la voir retourner vers nos stations.

En définitive, il n'y a pas d'opposition entre la thèse des traditionalistes qui veulent s'en tenir de façon absolue à la cure de 21 jours et entre celle qui a été défendue par le Docteur Cottet qui demande plus de souplesse. Nous devons nous en tenir à l'affirmation du principe classique, mais en même temps affirmer qu'un certain nombre de dérogations intéressant essentiellement la clientèle libre sont possibles.

Le Professeur SOURNIA fait observer qu'il ne s'oppose pas à la doctrine que vient d'énoncer le Docteur EBRARD et même à celle de l'assouplissement du forfait thermal. Cependant, la Sécurité sociale, dit-il, ne peut qu'avancer avec prudence dans cette voie.

Après cette intervention du Docteur EBRARD, le Professeur SOURNIA donne la parole au Doyen CUVELIER qui va répondre à l'ensemble des questions posées.

Le Doyen CUVELIER traitera successivement les deux points suivants :

- l'enseignement de l'hydrologie,
- la réglementation du thermalisme social.

Doyen CUVELIER :

En ce qui concerne le problème de l'enseignement, je crois que c'est un problème très délicat. Il faut bien apercevoir que le thermalisme n'a pas dans le milieu universitaire, que des amis, et notre ami Bonnet l'a fort bien rappelé tout à l'heure ; si nous attirons l'attention d'une façon trop bruyante sur les problèmes qui nous angoissent, nous ne risquons pas d'obtenir pour autant des solutions favorables. Une action est en cours. Cette action on vous l'a définie, il faut la laisser aboutir. Ceux qui ont choisi les solutions qui vous ont été exposées connaissent un peu le milieu universitaire, ils pensent qu'elles représentent les voies les meilleures pour obtenir quelques résultats et sauver l'essentiel.

Il ne faut pas dire qu'il y a quatre facultés de médecine pourvues d'une chaire d'hydrologie : c'est faux, car il y en a 11 ou 12. Parmi elles, il y en a 4 qui préparent à l'attestation, ce qui est tout à fait différent. Il n'est donc pas possible de demander la création d'une chaire d'hydrologie dans chacune des unités d'enseignement et de recherches : il y en a actuellement 34, vous imaginez donc bien qu'on ne va pas créer 23 chaires d'hydrologie alors que les U.E.R. manquent de chaires essentielles et notamment à Paris. Il faut donc être réalistes et c'est parce que nous sommes réalistes que nous avons proposé, avec Charles Debray, la solution que j'évoquais tout à l'heure et que nous avons fait présenter par M. Boulin à M. Olivier Guichard.

Dans ce domaine de l'enseignement, je voudrais encore dire un mot à mon ami Bonnet concernant les problèmes d'enseignement hospitalier dans le cadre des CHU. Il est évident que l'enseignement de l'hydrologie, tel que nous le concevons, est difficilement un enseignement qui puisse s'insérer dans le cadre hospitalier. Il s'agit de malades qui sont le plus souvent des malades de consultation, des malades de cabinet ; or c'est là une médecine qui est négligée par l'enseignement hospitalo-universitaire, dans une certaine

mesure tout au moins. Je dis dans une certaine mesure, car lors de la parution de la réforme qui porte le nom de M. Robert Debré, on avait prévu des enseignements de consultation extrêmement développés. En effet nos hôpitaux sont trop pauvres, beaucoup trop pauvres en services de consultation. Quelle est la raison de cette carence ? Il y en a certainement plusieurs, mais en particulier l'inquiétude des médecins de la ville qui ont peur de perdre des clients. Mais ce développement des consultations est indispensable à l'enseignement pratique de la médecine. Dans ce cadre des consultations d'hôpital, il est certain que les indications ou les contre-indications de la crénothérapie peuvent prendre une place importante, car nous verrons ainsi des malades de cabinet, des malades de consultation. Ce sont d'ailleurs des malades qui sont susceptibles d'entrer dans les cadres que j'essayais de définir tout à l'heure et qui permettent d'obtenir, après la mise en œuvre des thérapeutiques les plus importantes, un complément de rééducation, de réhabilitation, enfin la prévention de rechutes.

Tel est le cadre dans lequel nous retrouvons le thermalisme et là il peut être enseigné sans difficulté dans les consultations. Donc le développement des consultations est une des choses importantes qui doit préoccuper les enseignants médicaux à toutes les échelles et j'espère bien que, dans un délai qui ne sera pas trop long, un mouvement dans ce sens sera créé. En tout cas il n'y a d'issue pour l'enseignement pratique du thermalisme que dans cette solution. Nous savons bien, en ce qui concerne les quelques collègues qui ont fait du thermalisme à Paris et en province dans les milieux hospitaliers, qu'ils le font avant tout par le canal de leurs consultations. N'oublions pas, au surplus, qu'un premier enseignement du thermalisme dans ce domaine est dû au centre Maurice Villaret qu'avait créé jadis le Professeur Justin-Besançon.

Voilà donc pour le problème de l'enseignement.

J'aborde maintenant ce grand sujet de l'organisation de la réglementation du thermalisme social que tout le monde a évoqué ici. Bien sûr, toute réglementation est un carcan ; chacun se trouve mal à l'aise dans un costume qui a été taillé pour tout le monde et qui n'est ajusté pour personne ! Nos stations sont d'ailleurs d'une telle diversité que les problèmes qu'elles posent sont presque toujours individuels. Il en résulte que lorsqu'on essaie d'appliquer une réglementation générale, on a forcément des difficultés. Certaines de ces difficultés peuvent être résolues par une application un peu large, un peu souple de la réglementation. Mais il y a également des problèmes qui apparaissent à l'usage et qui soulèvent évidemment la question de savoir si on ne doit pas modifier le règlement. Modifier le règlement, c'est évidemment soulever des méfiances dans tous les secteurs, en particulier chez ceux qui ont pour mission de contenir l'usage de cette thérapeutique thermique de façon à ce qu'elle soit proportionnée à l'usage des autres traitements dans le cadre de l'assurance maladie. Il n'est pas possible de discuter de tous ces problèmes particuliers en séance plénière, d'ailleurs il n'y a pas d'issue ! Mais par contre ces problèmes sont intéressants, et M. le Professeur Sournia vient de vous le dire : dans le cadre de commissions compétentes, chaque

problème peut être réexaminé et peut-être des modifications prudentes peuvent-elles être envisagées, tout en pensant toujours aux répercussions que peut avoir une modification de la réglementation.

Jadis il existait auprès de la direction de l'assurance maladie une sous-commission plus ou moins officieuse qui s'intéressait au thermalisme social et que j'ai eu l'occasion de présider. Nous avons examiné toute une série de problèmes et nous avons apporté des solutions à certains d'entre eux. Par exemple, nous avons étudié la question de l'association de la rééducation motrice au cours des cures thermales dans les maladies de l'appareil loco-moteur ; nous avons abouti à un texte, à une modification réglementaire qui nous a permis d'insérer ces techniques dans le cadre d'une cure thermique dans certains cas. C'est un problème que nous aurions voulu aborder dans le domaine de la rééducation respiratoire, lorsque cette commission a disparu.

M. Boulin vous a dit hier qu'il comptait la reconstituer très rapidement — puisqu'en principe la mesure devrait intervenir avant le 31 décembre —. Cette commission du thermalisme social réunirait divers organismes concernés et permettrait de reprendre un à un ces problèmes. Nous souhaitons que cette réalisation soit rapide, nous souhaitons qu'elle associe tous ceux qui s'intéressent à ce problème et qui ont des solutions à apporter, de façon à ce que nous puissions aboutir à des propositions efficaces, concernant « les 21 jours », la prolongation, la pseudo-règle des 3 cures, la durée des saisons, les thérapeutiques associées. Tous ces problèmes doivent être examinés de façon prudente et, je crois, un à un, car citer des exemples comme vous l'avez fait tout à l'heure, c'est la seule manière de rester au contact du réel.

Je remercie infiniment le Docteur Cambiez de nous avoir apporté avec sa verve coutumière des éléments touchant au problème de l'environnement dans les stations thermales. Sur ce point, j'ai suggéré cette conception de « station de santé » qui me paraît pouvoir être insérée dans une réglementation qui, actuellement, ne répond plus à ses objectifs initiaux. Mon ministre Ribeyre qui était à mes côtés à ce moment-là m'a fait un geste d'approbation que j'apprécie beaucoup, car sa compétence en la matière est grande ; c'est là un des sujets qui pourrait être mis à l'occasion à l'ordre du jour du Conseil Supérieur du Thermalisme à la suite du rapport que nous avons d'ailleurs entendu l'an dernier, du Docteur Flurin sur cette question. Je crois qu'il faut donner une suite à ce que vous avez dit, et que cette suite c'est sans doute dans cet axe qu'il faut la rechercher.

Voilà l'essentiel des réflexions qui me sont apparues au cours des interventions que les uns et les autres ont bien voulu présenter, ce dont je les remercie.

Professeur SOURNIA :

Mesdames, Messieurs,

Avant de lever la séance, je voudrais vous dire qu'il m'a été extrêmement agréable d'être en rapport avec vous tous. Vous savez que nous sommes tous des médecins et croyez bien que l'assurance maladie fera de son côté tout ce qu'elle pourra pour aider les

assurés, le thermalisme étant une méthode thérapeutique comme une autre. Malheureusement vous savez qu'il existe une tournure d'esprit dans notre pays qui accorde un extraordinaire crédit d'abord à l'organique, au palpable, à l'avant-garde, au spectaculaire et cette tournure d'esprit s'exerce forcément un peu aux dépens du thermalisme. Mais il m'appartiendra de veiller à ce que le thermalisme garde sa place dans la thérapeutique. Je souhaite parvenir au taux d'expansion que le Docteur EBRARD voudrait voir connaître

au thermalisme : 8 ou 10 %. Ce taux est très largement supérieur au taux d'expansion du Produit National brut, et malheureusement au taux d'expansion des recettes de l'assurance maladie. Cependant, compte tenu des désirs des uns et des autres, croyez bien que je ferai le maximum pour qu'un plus grand nombre possible de nos malades bénéficient de vos soins à tous.

La séance est levée par le Professeur Sournia à 12 h 45.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

La séance est reprise à 15 h 30 avec pour Président de séance le doyen CUVÉLIER.

L'ordre du jour prévoyait un rapport du Docteur BENTEJAC, médecin-conseil de la Caisse régionale de la Sécurité sociale à Bordeaux.

Ce rapport devait être suivi d'un colloque entre les médecins traitants, les médecins conseils de la Sécurité sociale et les médecins thermaux.

Un ennui de santé imprévu ayant empêché le Docteur Bentejac d'assister aux Journées Nationales du Thermalisme, le Docteur CARRIE voulut bien accepter de le remplacer à l'improviste et de présenter à sa place le rapport prévu sur ce même sujet.

Docteur CARRIE :

L'essentiel de ce que nous avons à examiner ce soir répond à une question : tel qu'il fonctionne actuellement, le thermalisme social français a-t-il rempli complètement la mission qui lui avait été fixée par le législateur de 1945 ? Voilà tout au moins l'angle sous lequel j'envisage le problème.

Certes, et il m'est agréable d'y revenir : la crénothérapie est à nos yeux une thérapeutique au plein sens du terme, mais nous devons admettre que dans une certaine mesure le thermalisme social ne peut être traité financièrement sur le même pied que le thermalisme libre. Cette thérapeutique exige des pratiques sanitaires souvent éloignées et donc, à de rares exceptions près, s'associant à l'hébergement. D'autre part, cet hébergement ne s'effectue que rarement en établissements de soins pour convalescence. C'est cette regrettable impossibilité financière qui a conduit la Sécurité sociale à ne prendre en charge cette thérapeutique que dans des cas jugés médicalement indispensables et selon des modalités très particulières.

La Sécurité sociale, et nous la comprenons, n'a pas voulu que le thermalisme puisse être considéré comme une forme déguisée du congé payé, pas plus qu'il ne puisse être confondu avec le tourisme populaire et social. La question se pose toutefois de savoir si, en matière de demande de cure thermique, il y a plus d'abus que pour d'autres thérapeutiques, souvent plus onéreuses et moins efficaces, quand elles ne sont pas en outre dangereuses. De nos jours nous sommes obligés de le constater, on est plus indulgent en faveur de médications nouvelles, moins longuement expé-

mentées et qui fournissent un lourd tribut aux maladies iatrogènes.

Une question se pose : est-ce que tous les ressortissants de la Sécurité sociale médicalement justiciables d'une cure thermique ont pu en bénéficier ? Nous ne pouvons pas être totalement affirmatifs ; en effet nous savons que la législation actuelle favorise incontestablement la catégorie des salaires moyens pour lesquels l'apport des prestations supplémentaires est déterminant. Il n'en est pas de même pour les petits salaires pour lesquels ce même apport est souvent insuffisant. Plus nombreux qu'on ne le croit sont ces travailleurs qui renoncent à une cure pour des raisons strictement financières et, pourtant, c'est souvent pour ceux-là qu'elle serait la plus indispensable. Et il y a deux ans ou trois ans, dans la région de Limoges, nous avons procédé à une enquête pour savoir pourquoi certaines cures qui avaient été autorisées par le Contrôle médical de la Sécurité sociale n'avaient pas été suivies. Il faut bien le reconnaître : ce sont pour des raisons financières. En outre cette clientèle défavorisée ne peut souvent être admise dans des établissements de soins ou des centres d'hébergement encore trop peu nombreux. Peut-être faudrait-il souhaiter que dans l'avenir naissent des centres d'hébergement valables à tous égards, pouvant recevoir les assurés sociaux les plus économiquement faibles à des tarifs sensiblement égaux ou du moins très proches du montant des prestations d'hébergement servies par la Sécurité sociale et, à ce sujet, je puis vous dire que certaines stations se sont orientées vers la solution de ces problèmes et ont trouvé une solution. Actuellement, pour les adolescents et les adultes, ces centres d'hébergement sont représentés par les seuls hôpitaux thermaux avec des conditions d'admission — il faut le reconnaître — très particulières, des maisons de régime prioritaire pour des curistes de la station considérée. Et en ce qui concerne ces établissements de régime prioritaire, il faut bien le dire, et vous me permettrez d'être très franc en la matière, ce sont des établissements de régime qui ont été conçus pour recevoir des assurés qui doivent recevoir, par priorité, un traitement thermal. Je vous en donnerais un exemple pour ma région, c'est un établissement de cette nature qui a été créé à La Roche-Posay. Par contre nous ne pouvons qu'être très satisfaits du rôle très important joué par les maisons d'enfants pour cures thermales, dont la

capacité d'hébergement est assez proche des demandes actuelles et dans lesquelles les résultats obtenus sont à la mesure des buts recherchés, comme le prouve d'ailleurs un certain nombre de statistiques en la matière. Dans ce domaine important de l'hébergement qui freine beaucoup les cures thermales effectuées par les économiquement faibles, peut-être y aurait-il intérêt à ce que des conventions puissent être passées avec des hôtels ou des pensions privées agréées, comme d'ailleurs cela se passe en Allemagne Fédérale de l'Ouest, cela se passe également dans les pays de l'Est où l'on va même plus loin, puisqu'il y a des échanges inter-pays qui ont été signés par la FITEC.

Nous avons précédemment posé la question de savoir si en l'état actuel, le thermalisme social a bien répondu au désir du législateur de 1945. Si l'accès à la crénothérapie n'est pas encore possible pour tous les économiquement faibles, assurés sociaux qui devraient tirer bénéfice de cette thérapeutique, on peut dire que, par contre, du point de vue de l'orientation médicale, les résultats ont été à peu près atteints. La valeur médicale et socio-économique de la thérapeutique thermale, dont nous avons parlé déjà depuis hier, nous autorise à regretter que la crénothérapie ne puisse être de libre prescription, alors que d'autres thérapeutiques pour le moins aussi onéreuses et souvent moins efficaces, sont normalement prises en charge sans condition particulière. Si ce thermalisme social intégral ne peut être encore admis, du moins souhaiterions-nous que le thermalisme social de demain se rapproche progressivement des conditions faites aux autres thérapeutiques. La lutte contre les abus, là comme ailleurs, est l'affaire d'un contrôle médical bien compris et bien adapté. Il y a quelques années la F.N.O.S.S. organisait la formation et le perfectionnement de conseillers thermaux régionaux, sous la haute autorité du regretté professeur Sante-noise et de conférenciers d'une haute compétence, parmi lesquels il nous est agréable de citer les regrettés professeurs Delore, Merklen et Polonowski, et les professeurs Cuvelier, Fontant, Cornet, Justin Besançon. Nous ne pouvons à mon avis que regretter qu'un tel enseignement de perfectionnement n'existe plus. Nous entendons souvent dire que la Sécurité sociale n'admet que la crénothérapie curative ; je vous en ai parlé, d'ailleurs cela a été l'objet d'une mise au point avec mon ami le Dr Choffé. Ce n'est pas exact, tout au moins ce n'est pas exact pour moi et pour certains autres, mais malheureusement cela reste encore valable pour un certain nombre de contrôles médicaux. Dans des cas suffisamment étayés, il faut reconnaître que la cure préventive est admise, tant pour l'adulte que pour l'enfant, mais dans la mesure seulement où le contrôle médical des caisses en est bien informé et bien conscient. Je vous dirais qu'en général, et il faut bien le dire pour apaiser les soucis de certains médecins thermaux, on est très large.

Cette large compréhension s'applique même pour la prévention des aggravations. Par contre, on doit reconnaître qu'au-delà de 70 ans, les cures thermales sont souvent refusées. Nous devons signaler à cet effet qu'en mai 1966, aux Journées Gérontologiques Thermales et Climatiques du Sud-Ouest, le Professeur Cuvelier et les Docteurs Courbaire de Marcilhac et Bentéjac ont fait le point sur la question en pré-

sentant un rapport sur les aspects médico-sociaux du thermalisme et du climatisme des personnes âgées. Leurs conclusions étaient les suivantes : « dans le cadre du thermalisme social la sénescence n'est pas en soi une indication de cure ; certains handicaps du troisième âge auraient pu être prévenus ou atténués par une crénothérapie judicieuse à la cinquantaine ; par contre, certaines affections chroniques du vieillard peuvent bénéficier électivement de la thérapeutique thermale ; celle-ci peut améliorer le pronostic vital, réduire le retentissement sur la vie sociale ou reculer l'heure de l'hospitalisation. »

Ils terminaient en disant que le thermalisme social du troisième âge méritait d'être considéré et défini, et je suis en entier accord avec eux. Les soucis majeurs de la Sécurité sociale étant la prévention et la réparation, nous en avons suffisamment parlé, il n'est pas de doute que dans ces deux orientations le thermalisme social devra faire preuve de plus de compréhension. De toute façon, la décision de prise en charge ou de rejet d'une cure thermale doit rester un acte médical, fondé sur des critères médicaux et médico-sociaux.

En conclusion, je me permettrai de rappeler que je viens de poser un certain nombre de problèmes qui méritent d'être envisagés et par la suite solutionnés. Et ils ne le peuvent d'ailleurs que par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Donc ce sont des vœux que je formule, mais il appartient à cet organisme de savoir dans quelle mesure il peut y satisfaire. Les uns concernent le point de vue de l'hébergement des assurés sociaux justiciables d'une cure thermale, et cela pose le problème des hôpitaux thermaux et c'est un problème que connaît très bien notre Président puisqu'il a fixé déjà, au Conseil Supérieur du Thermalisme, le rôle nouveau que doivent jouer les hôpitaux thermaux. Cela pose le problème plus avancé des maisons de cures spécialisées, surtout pour les adultes, car il n'en existe guère ; cela pose aussi le problème des conventions qui peuvent être passées avec certains hôtels ou pensions de famille agréés, remplissant un certain nombre de conditions techniques ; cela pose aussi, au point de vue du contrôle médical, et je considère que pour moi et pour les médecins conseils c'est indispensable, le problème de la formation dans chaque région de Conseillers régionaux thermaux dont le rôle essentiel est de normaliser l'attribution des cures thermales ; en effet, on est bien obligé de reconnaître à l'heure actuelle que selon que l'assuré social appartient à telle ou telle région, les solutions ne sont pas les mêmes ; ces différences ne peuvent être admises à notre époque et il appartiendra à la Caisse Nationale d'y trouver une solution. D'autre part, il faut dire que sont heureuses les régions qui disposent de centres régionaux de triage, comme il en existe à Clermont-Ferrand, à Lille, à Nancy, à Paris, à Toulouse ; ces centres de triage thermaux rendent de très grands services et permettent en particulier de normaliser l'attribution des cures thermales : c'est à mon point de vue un problème essentiel. Ce matin, à l'occasion du thermalisme en général, j'ai évoqué un certain nombre de problèmes qui ont une incidence sur le thermalisme social : la durée de la cure, la question des cures saisonnières, la question de la complémentarité d'autres

actes thérapeutiques associés à la crénothérapie. Je vous les ai exposés ce matin, je n'y reviendrai pas. Voici à mon sens comment j'ai conçu le problème qui

aurait dû vous être évoqué par mon collègue le Docteur Bentéjac. Je regrette vivement qu'il n'ait pu le faire en raison de sa maladie.

LES DÉBATS

Le Doyen CUVELIER après avoir remercié le Docteur Carrié pour ce rapport qu'il a dû, sinon improviser, du moins composer hâtivement, mais qui n'en est pas moins précis et complet, ouvre la discussion.

Étant donné l'importance des problèmes soulevés, il la souhaite aussi large et aussi approfondie que possible.

Sont intervenus successivement :

- Monsieur Alfred COSTE-FLORET,
- Monsieur le Représentant de la Caisse Militaire d'Assurances Maladies,
- le Docteur DUTECH, médecin à Luchon,
- le Docteur DANY (déjà cité),
- le Docteur FLURIN, médecin à Caunterets,
- le Professeur François BESANÇON, médecin à l'hôpital de Vaugirard à Paris,
- le Docteur COURBAIRE DE MARCILHAT,
- Monsieur le Directeur de l'établissement thermal de Plombière,
- le Docteur EBRARD,
- le Docteur DELOSSE, médecin-conseil régional adjoint de la Caisse d'Assurances Maladies de Bordeaux,
- le docteur MUGLER,
- le Docteur DARROUZET, médecin à Luchon,
- le Docteur LACHAMP, médecin à Cransac,
- le Docteur BEARD, médecin à Capvern.

Au fur et à mesure de chacune de ces interventions, soit le Docteur CARRIÉ, soit le doyen CUVELIER répondent. De sorte que va s'instaurer un dialogue vivant et constructif entre les représentants des différentes catégories du corps médical, ainsi que cela avait d'ailleurs été souhaité par les organisateurs de ces journées.

Monsieur COSTE-FLORET :

La séance de cet après-midi est fort heureusement consacrée à la discussion des problèmes administratifs et sociaux du thermalisme. Suivant l'angle et l'éclairage sous lequel on examine ces problèmes, les solutions peuvent être différemment nuancées. Je suis tout à fait d'accord avec les propos que vient de tenir le rapporteur, le Docteur Carrié, mais tout en étant d'accord avec lui, je voudrais indiquer à l'assistance, car nous avons intérêt à confronter nos points de vue, quels sont, du point de vue des établissements thermaux, les principaux problèmes administratifs et sociaux qui se posent à l'heure actuelle à nous. Je ne peux que donner mon accord au principe si clairement et si heureusement posé par le Docteur Carrié à savoir : pas de discrimination entre les thérapeutiques. Ceci est extrêmement important et c'est en vertu de cette règle que nous réclamons l'abolition de toutes les discriminations qui ont pu être faites et opérées à notre rencontre, soit en matière de prise en charge, soit en matière de

paiement des indemnités journalières. Le principe étant ainsi posé, le premier problème administratif que rencontrent les établissements thermaux, c'est celui de la date de la prise en charge de la cure par la caisse compétente. C'est un problème purement administratif qui rentre par conséquent bien dans notre ordre du jour de ce soir. La réglementation actuelle veut que, après le 1^{er} avril, il ne puisse plus y avoir de demande de prise en charge pour les cures thermales. Nous disons que ce problème du point de vue administratif doit être résolu (je parle pour les stations saisonnières) ; pour les stations permanentes il faut un préavis de trois mois. L'un des médecins de ma station, avec qui je conversais tout à l'heure, me donnait un exemple concret qui illustrera mon propos. Il arrive très souvent dans des familles que des parents profitent des vacances de Pâques pour faire opérer un enfant des amygdales. Or, si l'O.R.L. veut prescrire une cure de complément, les parents se trouveront en retard pour demander la prise en charge. Les établissements thermaux demandent donc l'assouplissement de cette première réglementation sur la prise en charge, c'est-à-dire pour les stations ouvertes à l'année qu'il puisse y avoir des demandes sans préavis et, pour les stations saisonnières, que nous puissions gagner un mois et demi ou deux mois, c'est-à-dire que la date du 1^{er} avril soit reportée soit au 15 mai soit au 1^{er} juin.

Ensuite, le deuxième problème que rencontrent les établissements thermaux, problème d'ordre administratif en matière de thermalisme social, a trait au remboursement des cures. Certes, comme l'a dit le Docteur Carrié, tout doit être résolu avec la Caisse Nationale d'assurance maladie, et je suis d'ailleurs en train, au nom du syndicat des établissements thermaux de négocier avec elle une convention nationale pour tâcher de résoudre ces questions. Mais nous ne les résoudrons pas toutes. Par exemple la Caisse des professions libérales refuse tout remboursement de cure s'il n'y a pas hospitalisation. Voici un problème d'ordre administratif qui, lui aussi, fait tort au thermalisme et qui doit être résolu ; nous tâcherons de négocier avec cette caisse, mais il faudrait que, comme pour l'assuré social salarié, la Caisse des professions libérales puisse rembourser, même si l'on fait la cure en hôtel.

Ensuite il y a le problème des bureaux payeurs. M. Boulin vient de prendre une circulaire pour rétablir les bureaux payeurs dans la réglementation d'avant 1965. C'est un pas en avant positif. Mais ce n'est pas suffisant, pour deux raisons. D'abord parce qu'il n'y a pas de bureaux payeurs partout. Avant 1967 il y en avait dans les principales stations, mais il n'y en avait pas partout. Ceci est absolument contraire à un principe de droit public universelle-

ment reconnu, à savoir l'égalité des citoyens devant les charges publiques. Lorsqu'un médecin donne une indication de cure à un malade, il la donne en indiquant à son point de vue de médecin quelle est la station qui sera la plus appropriée à son cas. Une fois que le problème de thérapeutique et de médecine est résolu, il est tout à fait anormal qu'au point de vue administratif, suivant que le malade aura été envoyé dans telle station ou dans telle autre il ait pour son remboursement de cure des difficultés plus ou moins grandes ; dans telle station il n'aura pas de problème de trésorerie parce qu'il pourra repartir en étant déjà remboursé, tandis que dans telle autre station il devra quelquefois attendre pendant un an ce remboursement. Alors nous réclamons que ce problème d'administration soit lui aussi résolu et que les bureaux payeurs soient généralisés. Puis, deuxième problème administratif pour les bureaux payeurs : nous demandons qu'ils soient généralisés non pas par une circulaire, mais par un acte ayant valeur réglementaire, c'est-à-dire par un arrêté ou par un décret. C'est extrêmement important parce qu'une circulaire peut être rapportée du jour au lendemain. Nous préférierions que cela soit introduit par un texte réglementaire dans la législation française.

Ensuite nous avons le problème auquel le Docteur Carrié vient de faire allusion tout à l'heure, celui de l'âge de la cure. Le problème à mon sens est encore plus grave qu'il ne l'a signalé, car il y a des Caisses, qui, d'après la réglementation en vigueur, *ne remboursent pas* et n'accordent plus de cure à partir de l'âge de 70 ans. Tel est notamment le cas de tous les militaires et anciens militaires. A partir du moment où thérapeutiquement la cure est reconnue, elle devrait toujours être accordée ; là aussi une modification de la législation est nécessaire. Viennent ensuite les problèmes administratifs de qualification du personnel : sans vouloir introduire des qualifications trop rigoureuses, qui rendraient la marche de nos établissements difficile, nous sommes tout à fait favorables à ce que des facilités et notamment financières soient accordées aux établissements pour leur permettre une formation idoine de leur personnel.

Il y a enfin le problème administratif des prix, qu'il faudra bien résoudre. A l'heure actuelle, je suis en train de négocier avec la Direction des prix : c'est une négociation très difficile ; songez, en effet, que les discriminations entre les prix des pratiques thermales, d'une pratique qui est la même, varient entre 400 et 500 % et que le système du blocage des prix et de l'augmentation au compte-goutte, cas par cas, et espèce par espèce, accentue cette discrimination. J'espère arriver à négocier un contrat-programme, de telle sorte que l'on harmonise d'abord les pratiques, ce que M. Cuvelier avait fort heureusement demandé à la commission du thermalisme social et, ensuite, les pratiques étant harmonisées, que l'on harmonise les prix, bien entendu, en les tirant vers les prix les plus élevés.

Enfin je termine par le problème de la publicité. Monsieur le ministre de la Santé publique vient d'instituer une commission du visa de la publicité thermale. C'est une réforme que nous avions demandée. Notamment le groupe de travail qu'avait institué le Ministre avait indiqué qu'il est nécessaire de con-

trôler la publicité thermale. Maintenant il s'agit de savoir ce qu'il y a dans l'arrêté, et comment cette publicité thermale sera contrôlée. Car la publicité thermale est différente suivant qu'elle s'adresse au corps médical ou suivant qu'elle s'adresse au grand public. Suivant qu'elle s'adresse aux citoyens à l'intérieur des frontières ou à un public étranger à l'extérieur des frontières, les données du problème diffèrent et par conséquent les visas de publicité doivent différer. Mais ce que je voudrais dire, sûr d'être en accord avec les personnalités qui sont au Bureau, parce que rien ne fait plus de tort au thermalisme qu'une certaine publicité, c'est qu'une réglementation est, en effet, nécessaire parce que la publicité qui tend à mettre l'accent beaucoup plus sur l'aspect « tourisme, sur l'aspect « distraction » ou même sur l'aspect gastronomique de la station thermale, que sur le côté médical, est néfaste. Car le thermalisme ne pourra se développer et vivre que sur une base et une assise scientifiques ; certes, ne me faites pas dire ce que je ne dis pas : un environnement touristique, un environnement de détente, est absolument profitable et nécessaire, mais l'essentiel doit être l'assise scientifique et c'est de ce point de vue-là que la publicité doit être orientée. Tels sont, les différents problèmes administratifs qui se posent aux établissements thermaux. Ils ne sont pas tous résolus, certains sont en voie de solution, d'autres demandent un effort plus grand, pour pouvoir arriver à un résultat qui nous convienne. Mais si les Journées Thermales nous ont permis de faire un pas en avant, nous serons reconnaissants à ceux qui nous auront permis de faire ce pas en les organisant.

Le Doyen CUVELIER demande alors au Docteur CARRIE de répondre à Monsieur COSTE-FLORET.

Docteur CARRIE :

Je suis heureux que M. le président des établissements thermaux soit intervenu et je me permettrai immédiatement de minimiser ses craintes. En effet, en matière de prise en charge par la Sécurité sociale, la date limite n'a jamais été appliquée de façon aussi stricte. Pour nous il est bien évident qu'il y a une date administrative, mais enfin vous savez que nous sommes médecins. Il y a les demandes d'urgence, et nous sommes très larges justement dans cette appréciation, car nous savons très bien que certaines indications de cure peuvent se poser à un moment qui ne cadre pas avec des règles strictement administratives. J'insiste d'ailleurs à nouveau auprès de mes collègues les médecins conseils, pour qu'il en soit toujours ainsi. En définitive, cette date du 1^{er} avril était surtout déterminée pour qu'à un moment le contrôle médical ne soit pas submergé par des demandes et qu'il puisse, d'une façon efficace, s'effectuer. Mais pour nous, médecins, la date du 1^{er} avril n'est pas une forclusion. Et nous avons toujours la possibilité d'attribuer les cures à quelque moment que ce soit, lorsqu'elles sont justifiées.

Deuxième problème posé par M. le Président : celui des bureaux payeurs. Il est bien évident qu'à la suite de la loi de 1967, les bureaux payeurs avaient été supprimés. En fait, là où ils existaient, ils ont toujours été maintenus avec leurs indications premières

M. le Ministre nous a indiqué hier qu'ils allaient reprendre leur activité, sortie de la clandestinité ! Si M. le Président a dit tout à l'heure qu'il n'existait pas, dans toutes les stations thermales de bureau payeur, c'est peut-être fort regrettable, mais il appartient à ce moment-là aux Caisses Primaires de Sécurité sociale, en prenant contact avec les établissements thermaux et le corps des médecins thermaux, de faire en sorte que de tels bureaux puissent exister.

Troisième point évoqué par M. Coste-Floret, la question des personnes âgées. Je suis heureux de voir qu'il rejoint notre point de vue, c'est-à-dire non seulement mon point de vue personnel, mais le point de vue des rapporteurs à l'occasion du congrès du sud-ouest, où principalement Monsieur le doyen Cuvelier et mon ami le Docteur Courbaire de Marcihat ont été appelés à évoquer ce problème.

Le Doyen CUVELIER signale qu'à propos du refus de prise en charge des cures des personnes âgées, il serait intéressant d'entendre le point de vue du représentant de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité sociale.

MONSIEUR LE REPRÉSENTANT DE LA CAISSE MILITAIRE :

Monsieur le Président,

Je ne représente que la Caisse Nationale Militaire de la Sécurité sociale dont je suis médecin conseil. Par conséquent je ne parlerai que des cures thermales militaires demandées au titre de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité sociale. Nous agissons comme le ferait une Caisse du régime général, c'est-à-dire que nous accordons des cures à ceux qui en ont besoin et qui nous les demandent. Ces cures sont accordées sans limitation d'âge. Nous en accordons jusqu'à 90 ans et jusqu'à 100 ans s'il le faut... Par contre il y a des militaires qui sont pensionnés. C'est un cas tout à fait différent. En effet, les militaires pensionnés relèvent du Ministre des Anciens Combattants et, dans ce cas, doivent effectuer leur demande auprès du Ministre des Anciens Combattants. Ils ne passent pas par la Caisse militaire. Ils font évidemment une cure thermale dans un établissement militaire. Or, j'ai l'impression que les places de cure thermale dans les établissements militaires sont limitées. On arrête donc l'accord des cures à l'âge de 70 ans. Au-delà de cet âge, on refuse. Il y a eu une question écrite de posée au cours de l'année 1970 justement sur ce problème et il a été répondu au Parlementaire, auteur de cette question, qu'après 70 ans la cure thermale devenait très dangereuse. Je crois que ce n'est pas la vraie raison.

Docteur DUTECH (Luchon) :

J'interviendrai sur trois points :

1^{er} point : je voudrais reprendre ce que notre Maire de Luchon et ami, Monsieur Coste-Floret vient de dire sur la demande de cure d'urgence. Il est certain que cette date du 1^{er} avril se situe beaucoup trop tôt. Monsieur le Docteur Carrié nous dit qu'il existe la cure d'urgence. Je lui répondrai ceci : je connais des médecins de la Sécurité sociale qui ignorent l'existence de la cure d'urgence. Je vois deux solutions :

ou demander le recul d'un mois, ce qui me paraît la meilleure solution, ou bien demander à la Sécurité sociale, au contrôle médical, une circulaire à l'échelon national rappelant l'existence de la cure d'urgence et qui devrait être accordée dans un esprit d'assez large tolérance. Voilà les deux solutions que j'envisage.

2^e point strictement médical : les ordonnances médicales de post-cure. Chaque année, un certain nombre de malades reviennent en disant que le remboursement de leur ordonnance de post-cure a été refusé sous le prétexte qu'elle faisait partie du forfait thermal ou des frais de cure !

3^e point : il s'agit des pratiques complémentaires dont certaines sont refusées, malgré une demande d'entente préalable, sous le prétexte qu'elles font partie du forfait de surveillance de cure thermale ! Je pense qu'il s'agit d'erreurs administratives, mais c'est extrêmement regrettable.

Le Docteur CARRIE considère, quant à lui, qu'il est impossible qu'un médecin-conseil de la Sécurité sociale ait pu avoir une telle attitude. Il n'a pu s'agir que d'une erreur administrative qui ne venait pas de lui.

Quant au problème de la post-cure, il reconnaît qu'à l'échelon national, les médecins-conseils ont décidé que l'on ne pouvait plus admettre la post-cure à cause des abus « incommensurables » qu'elle entraînait.

Le Docteur DANY va maintenant évoquer la situation particulière des médecins thermaux dans le corps médical.

Ils sont les seuls, dit-il, à ne pas pouvoir appliquer leur thérapeutique sans autorisation préalable. Loin de moi de vouloir demander que les cures soient complètement libéralisées sans contrôle. Il n'en est pas question. Il est compréhensible qu'il y ait, devant des frais relativement élevés, un freinage de la Sécurité sociale. Mais cela doit-il être étendu systématiquement au remboursement des prestations purement médicales ? Nous avons un certain nombre de malades qualifiés de malades « libres », parce qu'ils sont venus nous trouver sans autorisation. Nous signons leurs feuilles de maladie : certains sont remboursés sans aucune difficulté, d'autres ne le sont pas. Chaque année nous recevons dans le courant de l'hiver des feuilles émanant d'un médecin contrôleur, demandant si tel client pour lequel nous avons signé tant de consultations a bien effectué une cure thermale. Évidemment, nous sommes loin de nos fiches, notre mémoire est souvent déficiente et il nous est souvent difficile de donner en toute honnêteté une réponse valable. Mais ne serait-il pas plus logique que ces malades (qui ne demandent rien d'autre que le remboursement des consultations) soient effectivement remboursés des quelques frais qu'ils ont pu engager dans ce sens, comme s'ils étaient allés consulter un médecin autre qu'un médecin de station thermale ? Cette idée d'ailleurs semble faire son chemin ; nous l'avons demandé maintes fois, sans obtenir de réponse très ferme, mais j'ai eu le plaisir au printemps dernier de voir qu'à Vichy même, M. le Commissaire du Gouvernement, M. Villeneuve, avait pris position dans ce sens. Je souhaiterais que cette question soit

complètement réglée à la faveur de nos malades et de nous-mêmes.

Le Docteur CARRIE prend position de la manière suivante :

Tout citoyen, selon lui, a le droit de passer des vacances dans le lieu de son choix, y compris dans une station thermale. S'il y tombe malade, il est évident que ses consultations médicales et tous les soins qu'il suivra devront lui être remboursés, comme dans n'importe quelle ville. Mais il en va autrement d'un traitement thermal, car il ne peut être admis que l'on puisse d'une manière déguisée, ou bien suivre une cure thermale pour laquelle on n'a pas demandé d'autorisation préalable, ou même qui aurait été refusée.

Le Docteur FLURIN intervient à son tour sur la question des post-cures, précisant en son nom personnel, au nom du Docteur Molinery et au nom de tout le Syndicat des médecins thermaux son accord complet sur la doctrine exprimée en la matière par le Docteur Carrié.

Puis il enchaîne sur la question des cures d'adolescents dans les stations thermales dans les termes suivants :

Je me permettrai de revenir sur une question évoquée par le Docteur Carrié qui est celle des cures des adolescents dans les stations thermales. Le Professeur Laroche, hier, nous a montré que dans les stations respiratoires la proportion de jeunes, d'adolescents, était relativement très importante, à la différence des stations rhumatologiques et des stations gastro-entérologiques. Donc pour ces stations respiratoires, l'hébergement des adolescents est un problème qui pour le moment n'a pas trouvé de solution. Ils ne sont pas acceptés dans les hôtels parce qu'il y a une responsabilité vis-à-vis des mineurs, et d'autre part ils ne peuvent pas être acceptés dans les maisons d'enfants du fait que la plupart de celles-ci n'acceptent les enfants que jusqu'à l'âge de 15 ans. Alors je pose la question au Professeur Cuvelier : est-ce que ce ne serait pas une des tâches de cette commission technique du thermalisme social que d'étudier une structure d'accueil pour les adolescents en cure thermale ? N'oublions pas que la proportion de jeunes dans la France de demain ira croissant et que ces jeunes ont tout particulièrement besoin d'avoir une bonne santé et de recevoir l'éducation sanitaire dont vous avez si bien parlé ce matin.

Un échange de vues s'instaure alors entre le Doyen Cuvelier, le Docteur Flurin et le Docteur Carrié à propos des problèmes d'hébergement en station thermale.

Doyen CUEVELIER :

C'est en effet un des problèmes d'hébergement qui n'est pas résolu. Tout à l'heure Monsieur Carrié en a soulevé plusieurs autres. Et en particulier celui de ces vieillards impécunieux qui sont si nombreux et pour lesquels il est évident qu'un appoint financier serait indispensable pour qu'ils puissent s'héberger. Ici le problème des adolescents est également un problème difficile, parce que d'abord, il soulève un pro-

blème réglementaire : il s'agit d'appliquer les lois et les règlements qui concernent la vie des enfants en dehors de leur famille et, par conséquent, il faut trouver des établissements qui veulent bien se soumettre à cette réglementation et au contrôle qu'elle prévoit. Jusqu'ici ce genre d'établissement n'a pas beaucoup préoccupé ceux qui s'intéressent dans le privé à l'hébergement dans nos stations thermales. Il faudrait susciter des promoteurs, à moins qu'évidemment le promoteur soit un promoteur public, soit la Sécurité sociale, soit peut être une autre autorité.

Docteur FLURIN :

Je me permets, Monsieur le Président, de vous signaler que pour la station de Cauterets un de mes amis s'est proposé pour ouvrir une telle maison d'adolescents, mais il lui a été répondu que réglementairement il n'existait pas actuellement de structure d'accueil pour les adolescents, donc je pense qu'il y a un problème de fond.

Docteur CARRIE:

C'est un problème qui est sûrement à étudier dans l'avenir. Car à l'heure actuelle rien n'est prévu de par les textes. Si des problèmes ont été parfois solutionnés, c'est par exemple sous la forme de maisons de régime ou de convalescence plus particulièrement destinées à recevoir des assurés sociaux suivant une cure dans la station. Mais il s'agit d'un biais.

Docteur FLURIN :

Est-ce que je peux me permettre d'évoquer à nouveau une autre question qui a été soulevée par le Docteur Carrié qui est celle des hôpitaux thermaux et des conventions avec les hôtels ? Je pense, en effet, que dans bien des cas, plutôt que de créer à grands frais des centres d'hébergement d'initiative publique, il serait plus avantageux d'envisager des conventions avec les hôtels, notamment pour la période qui se situe en dehors de la haute saison thermale ; il y aurait avantage pour les hôtels qui y trouveraient une garantie de fréquentation et de rentabilité, et il y aurait un avantage également pour la clientèle thermale dans la mesure où ces conventions prévoiraient certaines garanties en matière de diététique, d'exclusion d'allergène et autres conditions qui avaient été autrefois rassemblées par le Docteur Cottet, sous le thème du label thermal.

Le Doyen CUEVELIER reconnaît la justesse des arguments développés par le Docteur Flurin. Ces problèmes, dit-il, seraient à résoudre dans le cadre des différentes instances qui ont à étudier les problèmes du thermalisme social.

Professeur François BESANÇON :

Je voudrais poser deux questions d'ordre administratif, la première comme responsable d'un service hospitalier, la seconde comme responsable de l'enseignement de l'attestation d'hydrologie.

Comme responsable d'un service hospitalier, je me heurte comme mes collègues parisiens à la question

du désencombrement de nos lits pendant la saison hivernale, de nos lits encombrés par les malades chroniques. De très intéressantes propositions avaient été faites par Monsieur Françon, il y a plusieurs années, sur l'hébergement des malades chroniques dans les hôpitaux thermaux pendant l'inter-saison. L'Académie de Médecine en avait été saisie et nous serions heureux que la question progresse un peu plus, à l'occasion précisément de réunions qui groupent les responsables de la Sécurité sociale, les responsables thermaux et des hospitaliers, car là il y a d'immenses services à rendre aux malades ainsi qu'aux stations et aux finances de la Sécurité sociale qui paye très cher les journées d'hospitalisation inutiles.

La seconde question concerne la qualification des médecins appelés par la Sécurité sociale à donner une expertise en matière de cure thermale. Jusqu'à présent, il n'y avait pas de qualification particulière à demander à ces médecins experts, car il n'y avait pas de qualification thermale réglementaire. Les choses ont changé depuis plusieurs années : nous avons créé dans plusieurs universités françaises, une attestation d'études d'hydrologie et de climatologie médicales et les titulaires de cette attestation ont à la fois beaucoup travaillé et travaillé de façon désintéressée. Ainsi que vous le savez, ils n'ont pas d'avantages tarifaires particuliers, mais ils peuvent mettre leur compétence à la disposition de la collectivité. Je pense spécialement à ceux d'entre eux qui ne sont pas installés comme médecins thermaux et qui ne peuvent à aucun titre être considérés comme juges et parties dans une expertise de la Sécurité sociale. Nous croyons qu'on peut déjà faire appel à ceux qui sont là, qui existent, et qu'à l'avenir la Sécurité sociale pourrait demander aux médecins auxquels elle fait appel pour les expertises de suivre et de passer le diplôme de l'attestation d'étude d'hydrologie. D'ailleurs les lauréats de cette attestation vont se réunir tout à l'heure à 5 heures et demie pour fonder leur association. Il est important à l'avance que leur première demande soit présentée ici.

Doyen CUVELIER :

Si vous le voulez bien je vais répondre en quelques mots à l'intervention de mon ami le Professeur Besançon.

Sur le premier point, à savoir ce projet de désencombrement des hôpitaux parisiens, ou même provinciaux, pendant la saison hivernale, le problème a en effet été soulevé dans le cadre de l'étude des hôpitaux thermaux qui avait été diligentée par le Ministère de la Santé, il y a plusieurs années. Depuis, une étude plus avancée s'est faite de l'utilisation de ces hôpitaux ou prétendus hôpitaux thermaux. Et on est arrivé à une doctrine assez précise qui permet de dire que ces établissements devraient être d'une part des centres d'hébergement pour économiquement faibles suivant une cure thermale, d'autre part pourraient éventuellement représenter dans un secteur de l'établissement un service véritable de médecine thermale qui permettrait de diligenter soit la recherche, soit l'enseignement.

Enfin le problème de l'utilisation de ces moyens hospitaliers pendant la morte saison a été également

étudié. C'est ce dernier point que vous venez de soulever. Le projet qui a été rédigé d'un statut des hôpitaux thermaux a été présenté au Conseil supérieur du thermalisme voici maintenant 1 an et demi ou deux ans. Et après discussion, après examen par la direction générale de la Santé, un texte a été mis au point. Puis ce texte a été soumis à d'autres directions du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, et il est arrivé à ce point, sinon de perfection, du moins d'amélioration qui a permis de le renvoyer cette fois, depuis la promulgation de la loi hospitalière, au service des Établissements qui doit prochainement faire établir une version définitive. Que restera-t-il de ce projet de désencombrement ? En tout cas je puis vous assurer d'une chose, c'est que dans le texte qui avait été rédigé il y a des précautions très sérieuses qui avaient été prises pour que ces locaux d'hospitalisation soient libérés dès avant l'ouverture de la saison thermale. Elles consistaient en ceci : le malade « désencombré » ne venait pas de lui-même, bien sûr, mais il était envoyé par une formation hospitalière qui, en l'envoyant, s'engageait à joindre le dossier médical, d'une part, et d'autre part à reprendre chez elle le malade avant une date déterminée. Ainsi cette solution permettait à la fois de répondre à ce souci des médecins hospitaliers parisiens, en particulier, et d'autre part de répondre à un souci non moins grand de nos médecins thermaux de voir leurs moyens d'hospitalisation libérés pour le moment de la saison. Nous allons reprendre sans doute la discussion de ces textes assez prochainement et c'est dans cet esprit qu'ils seront discutés.

Enfin en ce qui concerne l'attestation d'études d'hydrologie, je suis entièrement d'accord pour fonder l'association des titulaires de cette attestation. Cette association sera, seule, compétente et habilitée à demander à l'Ordre des Médecins de reconnaître l'attestation d'hydrologie. Le jour où cette attestation est reconnue, il est possible de faire figurer dans des textes des dispositions telles que celles que vous souhaitez, à savoir que les médecins chargés des expertises thermales doivent présenter, ou être titulaires de l'attestation d'hydrologie ou posséder une équivalence que l'Ordre pourra organiser.

Quand nous avons créé cette attestation, c'est dans cet esprit : jusqu'ici cette deuxième démarche n'a pas été réalisée mais nous allons pouvoir désormais la tenter puisque c'est dans le cadre de ces Journées Thermales que d'ici quelques instants nous allons créer l'association des titulaires de l'attestation d'hydrologie.

Le Doyen CUVELIER se retire avec un certain nombre de ses collègues afin de procéder aux délibérations relatives à la création de l'association en question.

Le Docteur EBRARD va présider la fin de la séance.

La parole est donnée au Docteur COURBAIRE DE MARCILHAT.

Docteur COURBAIRE DE MARCILHAT :

Je voudrais insister sur les questions des cures des personnes âgées. On l'a dit tout à l'heure, il était de bon ton pendant une longue période de refuser

les cures aux personnes âgées. On vous a dit tout à l'heure qu'il n'en était plus de même et j'en suis fort heureux, mais je crois cependant qu'il faut insister sur ce point. Car quoi qu'on en ait dit, l'unanimité n'est pas absolument complète à ce sujet. On a toujours voulu faire un parallèle entre la cure thermale accordée dans le cadre social, médico-social plus exactement, et la récupération fonctionnelle au point de vue professionnel. Je crois, quant à moi, que c'est un état d'esprit qui est faux, car il faut bien dire qu'il y a d'une part le point de vue humain, qui doit inciter à accorder toutes les thérapeutiques, y compris la thérapeutique thermale aux personnes âgées, pour soigner leurs différentes infirmités, mais il y a également vis-à-vis des organismes de protection sociale une question économique qui se pose. Car ce qui coûte cher pour les personnes âgées, c'est la période de dépendance. Tant qu'une personne âgée peut par elle-même vaquer à ses occupations et avoir une vie autonome, il est certain que sa retraite ou éventuellement l'aide qui peut lui être accordée, suffit pour son existence. Il n'en est plus de même lorsqu'elle est devenue dépendante et qu'elle doit être hospitalisée ou incluse dans un établissement de soins, ou dans un établissement d'hébergement. Les prix de journée de ces établissements dépassent alors largement ce que les ressources normales ou l'aide qui est accordée habituellement à une personne vivant d'une façon autonome. Ce sont ces différents points qui nous ont conduits à souhaiter que, dans l'application de la législation, on fasse une différence dans le sens le plus favorable vis-à-vis des personnes âgées. Nous avons eu l'occasion d'avoir des exposés très intéressants qui ont été faits aux Journées de la Société Française de Médecine Préventive et Sociale, d'abord au Congrès d'Evian, en 1961, qui était consacré à ce problème des personnes âgées et ensuite au congrès de la Roche-Posay, il y a deux ans. A ces Journées Nationales de la Roche-Posay il y a eu des rapports extrêmement précis et intéressants qui ont été faits, en particulier par le Doyen Cuvelier, sur ce sujet.

Docteur EBRARD :

Je remercie Monsieur COURBAIRE DE MARCILHAT : on ne dira jamais assez tout ce que le thermalisme lui doit, moins encore pour tout ce qu'il fait dans les innombrables associations qu'il anime avec talent que pour le rôle décisif qui a été le sien au moment où le thermalisme social cherchait sa voie. Il a été alors un conseiller écouté et un animateur éclairé. En votre nom, puisque l'occasion m'en est offerte, je voudrais lui dire toute notre reconnaissance.

LE DIRECTEUR DE LA STATION DE PLOMBIÈRES considère qu'il y a selon les régions de très grandes inégalités dans la doctrine qui procède à l'octroi ou au refus des cures. Il a même l'impression que selon la catégorie sociale ou la nature des activités de celui qui demande la prise en charge d'une cure, la prise de position de la Sécurité sociale est très différente. En outre le rythme des remboursements est très inégal. C'est ainsi que le Directeur de la station de Plombières croit pouvoir assurer que lorsqu'un malade a droit aux quatre prestations il est immédiatement remboursé ; par contre celui

qui n'a droit qu'à deux prestations ne les perçoit que lorsqu'il est de retour dans son lieu de résidence habituelle, par l'intermédiaire de sa Caisse d'Assurance Maladie d'origine. Or, sur le plan de la prospérité économique de la station, ces faits ont une incidence certaine : celui qui touche le remboursement de sa cure sur place effectue des achats dans la station, tandis que celui qui n'est remboursé qu'à son retour dans son lieu de résidence habituelle a tendance à limiter ses dépenses. Cette attitude se remarque très particulièrement en ce qui concerne les retraités dont les ressources sont plus restreintes.

Par ailleurs, en ce qui concerne les retraités, l'orateur considère qu'en dehors des fonctionnaires, la plupart d'entre eux bénéficient de régimes de prévoyance qui complètent dans une certaine mesure le régime de la Sécurité sociale : ce sont en somme des régimes par capitalisation et par répartition. Dans la mesure où des régimes de ce genre qui couvrent pratiquement toute l'activité privée pourraient augmenter les prestations perçues par les retraités, il y aurait là un avantage certain pour les stations. De telles mesures seraient réalisables dans le cadre des réglementations intérieures des caisses. Celles-ci possèdent souvent des ressources importantes et il y aurait lieu de les inciter à améliorer ainsi le niveau moyen social des assurés sociaux plutôt que d'investir dans toutes sortes d'opérations qui sont souvent sans rapport avec leur objectif.

Le Docteur EBRARD considère que les observations présentées par le Directeur de la station de Plombières sont dans une certaine mesure très pertinentes : il serait intéressant que les caisses ou les régimes sociaux particuliers, dans la mesure où ils disposent de fonds propres, voire même dans la mesure où ils capitalisent, puissent investir dans des opérations intéressant le thermalisme. Cependant, dit-il, il ne faut pas oublier que pour trouver des investisseurs quels qu'ils soient, il faut aussi que les stations soient suffisamment attractives pour les inciter aux investissements.

En s'excusant de cette parenthèse qui déborde quelque peu le sujet, le Docteur Ebrard donne la parole au Docteur DELOSSE.

Le Docteur DELOSSE tient, en tant que médecin conseil régional adjoint de la Caisse d'Assurance Maladie de Bordeaux, à exprimer au Docteur Carrie au nom du Docteur Bentejac son complet accord sur les doctrines qu'il a exprimées.

Le Docteur MUGLER pose à nouveau la question de la clientèle libre.

Certes, dit-il, il n'est pas question de revenir sur les notions de thermalisme social mais il est à craindre de voir adopter des positions un peu négatives en ce qui concerne les curistes libres. Or, les curistes libres constituent un élément économique intéressant pour une station et il n'est pas normal que lorsqu'ils retournent dans leur ville on leur refuse le remboursement de leur cure sous prétexte qu'ils n'avaient pas été pris en charge. Or il arrive que la cure leur ait été refusée pour des motifs discutables, notamment le fait qu'ils aient précédemment effectué une ou plu-

sieurs cures qui les a rétablis. Il y a sans doute là quelques excès.

Par ailleurs, le Docteur Mugler tient à exprimer son approbation au Professeur François Besançon pour son intervention en faveur d'une qualification du médecin contrôleur qui décide des cures thermales. En effet ces médecins n'ont pas dans toutes les cures la compétence nécessaire : c'est ainsi par exemple que les indications hépatiques concernant la station de Vittel ne sont pas suffisamment connues. Il est donc nécessaire de soutenir l'action du Professeur François Besançon pour obtenir que les médecins contrôleurs possèdent l'attestation d'hydrologie.

Le Docteur CARRIE répond au Docteur Mugler dans les termes suivants :

Nous ne nous soucions jamais, dit-il, des revenus des malades qui demandent une cure et cela n'influe jamais sur notre décision d'accord ou de rejet. Je peux affirmer qu'il existe des Présidents Directeurs Généraux dont les revenus sont de l'ordre de 10 000 F par mois qui sont assurés sociaux, qui font une demande de cure thermique et qui ont droit au remboursement d'un certain nombre de prestations, comme tout le monde : ce sont les prestations de l'Assurance Maladie et à cet égard il n'y a aucune différence entre les différentes catégories d'assurés sociaux. En ce qui concerne l'apport peu important que représentent les prestations supplémentaires de cette catégorie de curistes est largement en mesure de les combler. Ceci ne porte nullement atteinte au thermalisme, qu'il soit social, ou qu'il soit de la catégorie libre.

Le Docteur DARROUZET intervient sur les deux points suivants :

— en ce qui concerne les post-cures il considère que la médecine thermique n'a pas à prolonger le traitement au-delà de son action thérapeutique et il considère qu'il y aurait lieu de supprimer purement et simplement l'ordonnance de post-cure ;

— par contre il regrette, en ce qui concerne les affections oto-rhino-laryngologiques que lorsque le médecin thermal est amené à traiter un malade par la méthode de Proetz, avant de commencer la cure, en raison du fait que ce malade est en crise aiguë, le remboursement de ce traitement soit refusé parce qu'il ne fait pas partie du forfait thermal. Il considère qu'à cet égard il y a une brimade non seulement vis-à-vis du malade mais vis-à-vis du médecin qui a cru devoir appliquer ce traitement pour le plus grand bien du malade.

Le Docteur CARRIE tout en soulignant le caractère très particulier du problème évoqué par le Docteur Darrouzet considère qu'il doit être certainement possible de faire admettre le traitement dont il s'agit dans le cadre du traitement habituel de l'affection qui est en cause.

Le Docteur EBRARD exprime sur cette question particulière un point de vue différent.

En réalité, dit-il, les malades en état d'affection aiguë auxquels il faut appliquer un traitement préalable non compris dans le forfait de cure, avant de

commencer la cure, sont des malades qui ont été mal conseillés car ils devraient n'arriver en station thermique que pour l'accomplissement d'un traitement crénotherapique. A l'avenir, dit-il, il faudrait que les médecins conseillers fixent des règles pour tous ces cas particuliers.

Le Docteur LACHAMP demande à revenir sur la question des pratiques thermales complémentaires. Il prend l'exemple de la petite station de Cransac où il exerce et dans laquelle, pour l'instant, il n'existe que des étuves pour les rhumatisants. Or ceux-ci sont très surpris lorsqu'ils apprennent qu'ils ne seront pas remboursés pour des pratiques complémentaires telles que, gymnastique, massages, rééducation. A cet égard l'attitude des caisses est très différente, certaines refusant les remboursements, d'autres les accordant, et il est impossible d'observer une attitude cohérente en la matière. Sans doute y aurait-il lieu de modifier la convention d'un établissement thermal tel que celui de Cransac avec la Caisse d'Assurance Maladie en incluant dans le forfait thermal, en adjonction aux étuves, des traitements complémentaires. Mais la sécurité sociale se refuse le plus souvent à modifier cette convention.

Le Docteur CARRIE répond en faisant la distinction suivante : il existe une pratique complémentaire qui est systématiquement exclue de tous remboursements : c'est le massage à sec. De tels abus se sont produits sur ce point qu'il n'y a pas moyen d'observer d'autre attitude. Par contre les massages sous l'eau sont parfaitement admis dans le cadre du thermalisme social.

Le Docteur BEARD pose la question suivante :

Il existe une ordonnance de 1867 qui permet à des curistes libres de retirer une carte à l'établissement thermal et d'effectuer une cure sans contrôle médical : le Docteur Beard insiste sur les dangers d'une telle liberté.

Le Docteur EBRARD demande à Monsieur COSTE FLORET de bien vouloir répondre en tant que juriste.

M. COSTE-FLORET :

Il existe effectivement un décret de 1867 sur la libre utilisation des eaux thermales. C'est un problème dont nous avons débattu souvent de savoir si ce décret devrait être modifié, ou si l'on doit laisser la libre utilisation des eaux thermales. Je crois qu'un jour ou l'autre il faudra le modifier, parce qu'à partir du moment où l'on admet que l'eau thermique est une thérapeutique et qu'elle a quelque efficacité, il est normal d'admettre comme corollaire qu'on ne peut pas en user librement.

Aucun orateur ne demandant plus la parole, le Docteur EBRARD annonce qu'il va lever la séance qui sera reprise à 18 heures pour l'entretien post-universitaire présenté par le Professeur François BESANÇON sur : « LA PLACE DE LA PRESCRIPTION THERMALE DANS UNE THÉRAPEUTIQUE DE LONGUE HA-LEINE ».

Il invite l'auditoire à assister nombreux à cette conférence qui constituera en quelque sorte une conclusion de cette journée médico-sociale. Il rappelle à ce sujet qu'en dehors du corps médical et des professionnels animateurs des stations qui sont convaincus de la valeur du thermalisme, la conférence du Professeur François BESANÇON comme d'ailleurs celle que fera le lendemain Monsieur Paul RIBEYRE sont destinées à joindre un auditoire médical non thermal et même dans une certaine mesure le public.

Il remercie chaleureusement le Docteur CARRIE, le Doyen CUVELIER, le Professeur SOURNIA, et tous ceux qui sont intervenus au cours des débats qui se sont déroulés pendant ces journées.

Il ajoute :

Je remercie très particulièrement les médecins-conseils de la Sécurité sociale, d'abord parce qu'ils avaient aujourd'hui à leur tête, pour présider et ouvrir cette séance, le Professeur Sournia, Médecin Conseil national de la Caisse d'assurance maladie, chirurgien, qui a bien voulu diriger le débat et s'intéresser de plus près aux problèmes du thermalisme. Je les remercie ensuite parce que, non seulement les médecins du régime général, mais encore les médecins conseils de tous les régimes particuliers, qui sont regroupés au sein de notre commission du thermalisme social de la Fédération Thermale Française, sont présents ici, et ont nourri par leurs statistiques et par leur collaboration les exposés qui ont pu être faits. Enfin, parce que dans un temps où le thermalisme se plaint de n'être que lui-même, c'est-à-dire essentiellement social, il ne saurait oublier que c'est d'abord aux médecins conseils des divers régimes de protection sociale qu'il doit sinon sa survie, au moins sa vie. Les statistiques prouvent qu'actuellement 75 % de notre clientèle est constituée par des assurés sociaux : c'est déjà l'hommage que nous devons rendre à ceux qui avec bienveillance et avec une compréhension certaine des textes, une conception très libérale, acceptent d'adresser les malades dans nos stations. C'est donc le corps médical de protection sociale, en même temps que les administrations, quel que soit le régime d'origine, qui sont responsables de la permanence d'une certaine vitalité du thermalisme français : je voudrais donc en votre nom et en la personne du Dr Carrié qui est aujourd'hui avec le Dr Courbaire de Marcihat leur porte-parole, les remercier très sincèrement et très cordialement du soutien très dévoué et très permanent qu'ils apportent au thermalisme français.

S'il est une clientèle libre et étrangère que nous voulons conquérir, qui représente un quart de nos effectifs et dont nous ambitionnons qu'elle soit supérieure, ils n'auront certainement pas à en prendre ombrage ; au contraire, ils seront à nos côtés les artisans sûrs qui nous permettront d'affronter cette nouvelle forme de la compétition, dans un marché qui sera plus ouvert et dans des frontières qui seront élargies dans le cadre de l'Europe.

*
* *

CONCLUSION DE LA JOURNÉE DU MERCREDI 20 JANVIER

LA CONFÉRENCE DU PROFESSEUR FRANÇOIS BESANÇON, Médecin à l'Hôpital de Vaugirard, sur :

LA PLACE DE LA PRESCRIPTION THERMALE DANS UN PLAN THÉRAPEUTIQUE DE LONGUE HALEINE

Mes Chers Confrères,

Comme il convient dans une réunion post-universitaire, nous allons parler des malades que nous voyons tous les jours. Les idées générales seront pour la fin.

En présence d'un asthmatique, il n'est pas bien compliqué de faire passer la crise. Le vrai problème c'est la relation médecin-malade, difficile avec les asthmatiques : gagner la confiance du malade, le faire adhérer à un programme thérapeutique qui bannisse la désastreuse escalade des médicaments dangereux : l'escalade des vaporisateurs de poche, l'escalade de la corticothérapie permanente, l'escalade aussi de l'anxiété familiale autour de l'asthmatique.

Ce programme va être difficile à mener : les traitements de fond ont des résultats imprévisibles, il faudra faire patienter, prolonger les prescriptions et les varier.

Les cures thermales, ce soir, nous n'en dirons ni la technique ni le détail, qui guide le choix du médecin vers les stations du Mont-Dore, de la Bourboule et de Saint-Honoré.

Tout au plus mentionnerons-nous des données d'actualité : la cure n'empêche nullement de poursuivre le traitement de désensibilisation que vous aurez prescrit. Et la cure est l'occasion idéale pour initier vos asthmatiques à la rééducation respiratoire.

Ce qui nous intéresse ce soir, c'est que dans le cadre de l'asthme, les cures thermales vont être utiles à différents stades de la maladie et du programme thérapeutique :

— utiles si l'asthme est récent, car il n'est pas rare alors que le malade guérisse définitivement sans la moindre récurrence après le traitement thermal ;

— utiles dans l'asthme d'intensité moyenne : les cures transforment la condition du malade au cours des hivers qui vont les suivre, ce qui va dissuader de commencer la corticothérapie. Service énorme !

— utiles enfin même si elles sont prescrites trop tard, c'est-à-dire chez des malades déjà asservis aux corticoïdes. Dans de tels cas, habituellement, les malades quitteront la station avec une posologie

deux fois moindre qu'à leur arrivée en cure. Quand on sait combiner la cure climatique avec la cure thermale ou quand on renouvelle une seconde et une troisième fois la cure, il est fréquent d'aboutir au sevrage définitif de la corticothérapie, résultat à peu près impossible à obtenir par toute autre méthode.

Dans la migraine, la situation thérapeutique est moins dramatique, dans la mesure où l'on ne craint pas le danger de la corticothérapie. Il est plus compliqué peut être de faire passer la crise que dans l'asthme, mais ici aussi, le vrai problème est le traitement de fond.

Nous avons tous eu des succès brillants, avec des petits moyens ou des médicaments récents, mais nous avons tous eu des échecs inexplicables. Que faire alors ? Des traitements plus périlleux, dans la gamme des antagonistes de la Sérotonine ? Des tubages duodénaux, bien astreignants pour les malades ?

Ce serait dommage d'oublier que la migraine est la plus brillante indication de cure à Vichy. S'il se trouve des jeunes médecins un peu sceptiques sur les cures thermales en général, comme c'est leur droit et même leur devoir, c'est par leurs migraineux au retour de Vichy qu'ils se convertissent au thermalisme.

Néanmoins, la cure ne fait que s'insérer dans un programme thérapeutique. On devra reprendre les traitements de fond, mais là où ils étaient inefficaces avant la cure, ils deviennent capables, après celle-ci, d'empêcher le retour des crises.

En dermatologie, ce qui nous intéresse, c'est d'abord que les résultats se voient à l'œil nu. C'est aussi que la date de la cure varie suivant les maladies.

La cure est le traitement de première intention dans une maladie bien définie : la rosacée. Chose curieuse, c'est une invention française qui ne nous revient pas des E.U. mais qui nous revient de la province car elle est née à Saint-Christau. Il s'agit de la douche filiforme. Sous sa pression d'une dizaine de kilos, elle ne doit être maniée que par des mains expertes, mais dans la rosacée elle a le pouvoir de détruire les lésions de façon définitive et la cicatrisation est plus belle qu'avec n'importe quelle autre méthode thérapeutique.

Nous en dirons autant des séquelles de brûlures, c'est une découverte récente due aux travaux de nos confrères de Saint-Gervais. La douche filiforme n'efface pas seulement le prurit dont souffrent énormément les brûlés, mais elle agit sur les lésions organiques de la cicatrice.

Dans les grandes dermatoses comme l'eczéma et le psoriasis, la cure n'est pas le premier traitement, mais bien un complément du traitement médical. Sans entrer dans les détails, nous ne voulons que répéter ici ce que nous avons dit dans l'asthme. Le danger est l'escalade de la corticothérapie locale et générale. C'est par les cures thermales qu'on abaisse la posologie et c'est par leur répétition qu'on arrive, dans les cas heureux, au sevrage de la corticothérapie, résultat qui se passe de commentaires.

Par contre, nous n'accordons aucune place aux cures thermales dans les eczéma professionnels, dans les dermatites de contact. Ce qu'il faut, et qui n'est pas facile, c'est séparer le malade de son allergène. Sinon, si l'on fait une cure thermale, bien sûr on aura un

effet temporaire pendant la cure, mais la rechute se reproduira inévitablement dès la reprise du contact, et ce serait gâcher le thermalisme que de lui demander des services aussi minimes.

Si nous parlons de l'infection des muqueuses de l'arbre respiratoire, c'est comme d'un ensemble anatomique, pathologique et thérapeutique. Un ensemble anatomique, car c'est la même muqueuse depuis les bronches jusqu'à la caisse du tympan. Un ensemble pathologique, car souvent l'affection haute entretient l'infection basse bronchique. Un ensemble thérapeutique, car il faudra coordonner les soins et se mettre à plusieurs ; un concert à quatre médecins, avec le médecin de famille, le médecin-conseil de la Sécurité sociale, le spécialiste oto-rhino-laryngologiste et le médecin thermal.

Le médecin de famille c'est vous, qui démêlez l'histoire de la maladie, qui faites le premier bilan, qui prescrivez les radios des sinus en même temps que celles des poumons, et qui organisez les contacts.

Le médecin-conseil de la Sécurité sociale, contrairement à ce que l'on a trop souvent dit, vous aurez l'agréable surprise de le voir très coopérant. Les intérêts des malades coïncident avec ceux de la caisse. Il le sait, car il a fait ses comptes ; il sait qu'en consommation médicamenteuse, en arrêts de travail les bronchitiques coûtent cher. Il encourage votre demande d'entente préalable.

Le spécialiste oto-rhino-laryngologiste va préparer le malade à la cure, et ceci est fondamental. En effet, il ne faut pas s'imaginer que la cure sulfurée est un antibiotique. Quand on envoie un malade qui suppure et qui sécrète à la station, il en profite mal. Il faut que le spécialiste ORL ait convenu avec vous d'un programme de traitement général et de soins locaux qui permettent au malade d'arriver avec des muqueuses propres, et le but de la cure sera de rendre ces muqueuses résistantes aux réinfections. C'est là-dessus que vous la jugerez.

Le 4^e homme du quatuor, le médecin thermal, vous supplie en effet que l'on ait fait cette préparation. Il vous supplie aussi, pour que son bonheur soit complet, que vous lui adressiez un malade sevré du tabac. Il est impossible en effet d'espérer un résultat durable chez un fumeur impénitent et il faut savoir que le médecin thermal n'est pas dans les meilleures conditions pour avoir l'autorité nécessaire sur les malades, si l'on tient compte du contexte de détente et de vacances que recherchent les curistes. Il faut donc que le sevrage ait eu lieu avant.

En matière de stations sulfurées, le choix de la station ne dépend pas tellement de telle ou telle forme clinique de l'infection mais plutôt de ce qui fait l'originalité de nos stations et que vous révélera votre expérience de prescripteur.

Cauterets et Luchon sont à l'avant-garde de la science et de la technique.

Allevard est unique par l'association de gaz carbonique avec l'hydrogène sulfuré, ce qui décongestionne et aide à tolérer le soufre.

Saint-Honoré est la seule à offrir en même temps le soufre et l'arsenic.

Amélie-les-Bains est unique par son climat qui permet la cure en toute saison chez vos bronchitiques.

Enghien enfin est unique pour convertir au thermalisme les malades parisiens quand ils ne peuvent pas lâcher leurs activités, à commencer par les médecins eux-mêmes.

Parlant de plan économique, ce qui nous intéresse dans les affections respiratoires, c'est la valeur préventive des cures. Juridiquement, on ne doit pas la considérer, en ce sens que la Sécurité sociale ne prend pas en charge les cures préventives, mais seulement les traitements curatifs.

La règle est respectée : on fait le traitement curatif des adénoïdites et des catarrhes de la trompe d'Eustache chez des milliers d'enfants. Mais en même temps, on empêche la transformation en otite chronique et l'évolution vers la surdité. C'est un résultat énorme, c'est le seul important, et c'est typiquement de la médecine préventive.

Pareillement, les stations sulfurées font des traitements curatifs de la bronchite chronique, et par là même le traitement préventif de l'insuffisance cardio-respiratoire qui en serait autrement le terme.

En somme, le traitement a été juridiquement curatif, et médicalement préventif.

La rhumatologie est une discipline où les plans thérapeutiques évoluent énormément et où les techniques thermales ont favorisé cette évolution. Pour prendre l'exemple de la plus thermale des affections rhumatismales, c'est-à-dire la maladie arthrosique et plus spécialement l'exemple de la coxarthrose qui est la plus pénible des arthroses, quels vont être les buts du traitement thermal ? Ce ne sera pas d'agir sur les lésions anatomiques. Dans aucun pays du monde, aucun médecin thermal ne l'a sérieusement soutenu et d'ailleurs aucun traitement n'est actuellement capable ne serait-ce que de stabiliser l'évolution anatomique des arthroses. Le but du traitement thermal est purement symptomatique, mais de quels symptômes et combien pénibles ! la douleur et l'impotence.

Contre la douleur, on utilise des techniques sédatives que nous ne détaillerons pas ici, mais nous voulons dire que contre l'impotence, l'acquisition thermique de ces dernières années est la rééducation en piscine d'eau chaude. Ce n'est pas une nouveauté, on la pratiquait peut-être au temps des légionnaires romains, mais il a fallu que des pionniers la remettent en honneur, comme à Bagnères-de-Bigorre et à Aix-les-Bains. Qu'y a-t-il de particulier dans cette piscine d'eau chaude ? D'abord le principe d'Archimède qui supprime la pesanteur des segments de membres immergés et restitue une mobilité que l'on croyait abolie. Mais aussi la diminution de la contracture dans l'eau chaude comme on la vérifie par les méthodes de tests utilisés en neurologie. Enfin le réchauffement des muscles car on ne peut faire travailler les muscles des impotents, qui sont toujours refroidis, que si on les réchauffe, et l'idéal est la piscine d'eau chaude. D'ailleurs dans le monde entier on ne conçoit plus un centre de rééducation fonctionnelle sans la piscine d'eau chaude et ce mot de rééducation fonctionnelle nous l'entendrons beaucoup ce soir dans cette conférence, car les stations thermales font de plus en plus de part à la rééducation fonctionnelle.

Mais alors, attention, au moment de la prescription ! Tantôt vous prescrivez la formule de la cure thermique

avec la durée limitée à 21 jours. Tantôt vous prescrivez un ensemble d'actes au forfait soumis à l'entente préalable et pour lesquels le malade sera hébergé soit dans un hôpital sur la base du prix de journée soit dans un autre mode d'hébergement.

L'autre nouveauté en matière d'arthrose c'est que maintenant la chirurgie a une solution à proposer à tous les stades de la maladie, depuis le stade précoce avec des ostéotomies jusqu'au stade tardif avec des prothèses totales. Le chirurgien revendique entièrement certaines formes cliniques des coxarthroses.

Il est beau que le traitement ne soit plus de résignation comme autrefois et que nous ayons des solutions neuves à proposer ; nous nous réjouissons de cette place conquise par la chirurgie, en sachant que les pratiques thermales sont irremplaçables pour la rééducation après l'intervention. On peut mettre le malade dans l'eau dès que la peau est refermée, c'est la crénochirurgie telle qu'elle a été magistralement définie et telle qu'elle est toujours appliquée à Aix-les-Bains. Elle a fait école et est pratiquée maintenant dans nos belles stations de thalassothérapie mais, toujours autour de la piscine d'eau chaude. Mais comment oublier que ces piscines existent à l'état naturel dans nos stations thermales et que depuis des générations, le corps médical et les masseurs kinésithérapeutes y ont affiné leur expérience au service de la rééducation ?

Nous n'allons pas parler de toutes les autres arthroses. Seulement pour dire, à propos du lumbago et des lombarthroses, l'intérêt de l'éducation sanitaire en cure thermique, car la prévention des récurrences est capitale en matière de lumbago, vous le savez bien, et elle dépend beaucoup des conseils d'hygiène et de la gymnastique qui sera enseignée aux malades au cours des cures thermales ; car il est bien difficile, vous le savez, de la leur enseigner autrement.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux séquelles de traumatismes et à leur rééducation, avec cette note particulière des troubles vaso-moteurs qui sont graves et décalcifiants, et sur lesquels les moyens médicamenteux n'ont guère de prise. Toutes les stations de rhumatologie ont la pratique des séquelles de traumatisme, mais en première ligne, spécialement pour son action sur les troubles vaso-moteurs et la décalcification, il faut mettre indiscutablement Bourbonne. L'autre grande spécialité de la station, ce sont les retards de consolidation de fractures dont vous entendez parler en cette saison de sports d'hiver.

C'est dans les mêmes perspectives que se situe la récente évolution des stations de *neurologie*. Nous revenons de loin. Il n'y a qu'à relire les descriptions d'Alphonse Daudet dans son livre de la Doulou lorsqu'il soignait ses douleurs fulgurantes à Lamalou. Maintenant ces vieilles stations de Lamalou et de Nérès ont fait l'effort énorme d'investissements considérables pour s'équiper des méthodes les plus complètes de la rééducation fonctionnelle, et se sont fait un point d'honneur d'accueillir les malades les plus graves, les plus lourds de la rééducation neurologique. Je pense à vos hémiplegiques, pourvu que la récurrence ne soit pas imminente, je pense aux paraplégiques et même aux tétraplégiques que l'on a vu rééduquer là-bas. Véritablement le thermalisme vient combler une lacune majeure de l'armement sanitaire français.

Dans les maladies *biliaires* et dans celles du *foie*, la prescription thermale va se situer plus tardivement qu'autrefois en pathologie biliaire, et plus précocement qu'autrefois en pathologie hépatique.

Indiscutablement, dans la lithiase biliaire, la place des cures thermales se situe maintenant après la cholécystectomie, pour s'attaquer aux troubles résiduels. D'ailleurs, vous avertissez vos lithiasiques que s'ils ont des migraines, le chirurgien ne les guérira pas de leurs migraines, pas plus qu'il ne les guérira de leurs troubles digestifs associés aux douleurs lithiasiques. Ce traitement complémentaire, ils ne le trouveront qu'à Vichy.

Mais en pathologie biliaire, il y a maintenant autre chose que la lithiase et vous êtes en mesure de porter avec précision les diagnostics des affections biliaires non lithiasiques, c'est-à-dire des sténoses organiques du siphon vésiculaire, qui sont fréquentes, et des sténoses organiques du sphincter d'Oddi qui sont beaucoup plus graves. Dans les deux cas, le traitement est longuement médical, donc médical et thermal, avant d'en venir à des solutions chirurgicales, assez aléatoires en matière de siphon vésiculaire.

La prescription thermale va au contraire être plus précoce que jamais dans les hépatites virales, pratiquement dès que le malade est déjà jauni. A quoi bon laisser traîner le convalescent en proie à son asthénie et à ses troubles dyspeptiques, incapable de reprendre le travail ? Pourquoi ne pas abrégé cette période interminable par une cure ? Bien entendu, l'évolution d'ailleurs rare vers la cirrhose ictérique, n'est pas empêchée par la cure de Vichy, personne ne l'a sérieusement soutenu. Ce qui compte, c'est l'immense masse des convalescents voués à guérir mais à guérir trop lentement, et pour lesquels vous pourrez hâter la reprise du travail.

La nouveauté en hépatologie, ce sont les hépatites médicamenteuses dont le pronostic est actuellement bénin, mais dont la convalescence bénéficie d'une cure thermale prescrite précocement.

A propos de la *lithiase urinaire*, il nous plaît d'abord de dire que nos confrères thermaux sont les hommes au monde qui ont la plus grande expérience de la maladie. Les statistiques hospitalo-universitaires, que ce soit en France ou en Tchécoslovaquie, sont minuscules à côté des statistiques édifiées dans les stations thermales. Et c'est un privilège pour le médecin prescripteur que de bénéficier des conseils de pareils hommes, à l'occasion d'une cure. La prescription de la cure va se situer dans le temps d'une manière très différente suivant les cas. Tantôt il s'agit d'une expulsion d'un calcul suffisamment petit pour s'éliminer par les voies naturelles et l'on pourra profiter alors de perfectionnements récents, comme le tabouret vibrant d'Évian. Dans d'autres cas, votre objectif sera le traitement de dissolution, je dis bien de dissolution, car on sait maintenant dissoudre la plupart des calculs urinaires et il nous plaît de souligner que les pionniers des traitements de dissolution sont précisément nos confrères thermaux qui y consacrent actuellement de nombreuses études au laboratoire. Bien loin d'imaginer une quelconque concurrence entre le traitement thermal et le traitement médicamenteux, ils ont bien compris que ces méthodes sont complémentaires. De toute manière, elles le sont dans

un troisième objectif, la prévention de la récurrence préventive qui se fera par la combinaison des cures thermales de diurèse et la prescription de l'eau minérale. L'un des grands mérites de la cure de diurèse est l'éducation sanitaire du malade, très difficile à réaliser en dehors d'un pareil milieu.

Evoquer la *goutte* devant vous, c'est évoquer un problème entièrement à repenser.

Autrefois, la goutte était sujet en or pour l'enseignant de l'Hydrologie. Il y avait le rhumatisme chronique, la lithiase, le rein du goutteux, les artères, les veines mêmes...

Aujourd'hui, tout cela a terriblement évolué. Il faut d'abord savoir que l'hydrothérapie a le don de réveiller les crises de goutte, et qu'il faut se méfier de l'hydrothérapie dans la plupart des cas et bien entendu continuer la colchique. Il faut aussi s'incliner devant les progrès foudroyants du traitement médical qui ont permis littéralement de maîtriser la maladie métabolique ; et même de dissoudre les calculs. Alors que reste-t-il ? Il reste la lithiase à dissoudre, il reste la diurèse à apprendre, il reste surtout le goutteux qui est un têtard, un indiscipliné, un homme content de lui, qui ne vous écoute pas et qui ne sera pris en main que si vous l'arrachez à son rythme normal pour le mettre dans l'ambiance d'une station de diurèse comme Evian, Vittel, Contrexéville, Capvern.

A propos de la *gynécologie*, je dois vous dire que je suis navré de la désaffection du corps médical et spécialement des spécialistes de la gynécologie vis-à-vis de nos cures thermales. Ce qui me scandalise, c'est le contraste entre cette ignorance et les certitudes scientifiques qui ont pourtant été acquises à force de travail dans ce domaine. L'action de l'eau de Luxeuil par exemple, de Bagnoles-de-l'Orne même, sur les glandes endocrines a d'abord été démontrée patiemment par des médecins thermaux. Elle a été confirmée avec un soin soigneux au laboratoire de Pharmacologie de Nancy, elle confirme d'ailleurs ce que le bon sens montre depuis longtemps par l'observation clinique des malades de leur thyroïde, de leur rythme menstruel. Tout cela est resté méconnu. De même les progrès techniques actuellement en cours à Salies-de-Béarn. C'est le drame de l'information médicale. A quoi bon accumuler les résultats au laboratoire, si le corps des médecins prescripteurs n'en est pas informé ? Tous les jours, par la poste, vous recevez 1 500 g d'imprimés luxueusement édités, et il n'y a pas de raison pour que l'Hydrologie soit présentée d'une façon inférieure, d'autant plus que la médecine thermale est belle à voir et à montrer. C'est pour cela que nous avons mis tant de plaisir à rédiger avec l'ensemble des universitaires français le livre d'Hydrologie qui sera diffusé auprès de vous, médecins prescripteurs, et qui en montrera les acquisitions les plus modernes avec des photographies, des images en couleurs, des graphiques, pour que nous arrivions à vous faire partager nos certitudes.

En tout cas, nous entendons bien persévérer dans cette voie scientifique et tout de suite nous proposons d'ailleurs un nouveau programme d'études. Nous proposons que l'on fasse un « essai thérapeutique contrôlé » dans les services de chirurgie où l'on fait des plasties tubaires. Qu'après cette opération, une malade

sur deux, tirée au sort, soit envoyée faire des cures thermales par exemple à Luxeuil, et que le critère retenu ne soit pas le nombre de grossesses, mais le nombre de grossesses menées jusqu'à terme : pour vérifier ce que montrent déjà les premières analyses, c'est que si l'on fait la plastie tubaire sans faire de cure thermale, on a beaucoup plus de grossesses extra-utérines qui sont un désastre en pareils cas, puisqu'elles aboutissent à la destruction de la trompe que l'on avait si laborieusement réparée.

Bien d'autres études sont à entreprendre, à propos de l'action des cures thermales sur les algies pelviennes, sur l'ovarite scléro-kystique et sur les fibromes déjà proches de la ménopause. Malgré cet échec dans le domaine de la communication, nous nous entendons pour ne jamais abandonner les études scientifiques sur la gynécologie thermale.

En pathologie artérielle, nous sommes en présence d'un fait massif et beaucoup trop méconnu, c'est la révolution du pronostic de l'hypertension artérielle sous l'influence des médicaments actuels. On ne meurt presque plus d'hypertension artérielle, on en meurt peut être 10 fois moins qu'autrefois, c'est une révolution silencieuse et non spectaculaire que nous devons aux médicaments. Néanmoins, il reste ceci, c'est que les médicaments actuels ne sont pas faciles à faire tolérer. Ce que l'on demande aux cures thermales, c'est de diminuer la dose tout en ayant la même efficacité, et par là même d'améliorer leur tolérance.

Par contre, la place des cures thermales devient prééminente dans le domaine des artériopathies oblitérantes. Bien sûr il y a eu des progrès médicamenteux avec les anticoagulants, avec les hypocholestérolémiants, avec la diététique, avec l'arrêt du tabac, mais ce qui manque à nos moyens actuels, c'est un traitement local. Les vaso-dilatateurs agissent mal localement et les infiltrations ou injections intra-artérielles sont empêchées par la prescription des anticoagulants. Et pourtant ce traitement local est capital et voici pourquoi. Les artériopathies évoluent par poussées séparées par des rémissions. Les poussées ce sont des thromboses, les rémissions, ce sont des circulations collatérales qui s'établissent. Il se crée de nouvelles voies artérielles à la condition d'augmenter le débit dans les territoires artériels. Pour augmenter le débit, il faut un traitement local, et c'est cela qu'apportent nos pratiques thermales en utilisant la chaleur comme à Bains-les-Bains, ou les bains carbo-gazeux comme à Royat. Nous croyons que c'est par cette voie que s'expliquent les indiscutables résultats cliniques observés dans les stations spécialisées. En même temps les artériels reçoivent une éducation sanitaire. Une fois de plus la cure ne fait que s'insérer dans un programme thérapeutique de longue haleine, c'est-à-dire qu'en particulier, elle ne va pas interrompre la prescription des anticoagulants.

En pathologie veineuse, nous sommes en présence d'un mystère. Logiquement, on aurait dû prédire l'extinction des affections veineuses depuis l'ère des anticoagulants. Pourtant, la thrombose veineuse se comporte comme une maladie de la civilisation et nos défenses sont débordées de partout. Débordées au stade de la prévention, car nous sommes bien désarmés pour prévenir une phlébite par exemple en

milieu chirurgical. Débordées à l'heure des séquelles car les séquelles de phlébite sont exactement aussi fréquentes qu'autrefois, tout en étant moins sévères. Et bien, nous savons que les cures agissent sur les séquelles objectives, nous l'avons vérifié par des mensurations et des calculs statistiques, elles font diminuer d'un tiers le supplément de circonférence entraîné par l'œdème. Et même s'il n'y avait pas cet effet objectif, l'action sur les troubles subjectifs justifierait à elle seule la prescription des cures thermales, chez ces femmes qui ont l'impression de traîner 100 kg dans leurs jambes et qui sont invalidées dans leur activité de mère de famille qui s'ajoute à leurs obligations professionnelles. Qu'est-ce qui se passe en réalité ? Il faut prescrire les cures thermales tôt après la phlébite, dans les semaines de l'autorisation du lever, au stade où les séquelles sont encore minimales, car les cures vont alors être capables d'empêcher l'éclosion de ces séquelles beaucoup plus importantes dont vous connaissez la fréquence quand vous les voyez tous les jours à votre cabinet.

Que peuvent maintenant les cures thermales pour les malades mentaux légers qui hantent les cabinets médicaux ? Bien entendu ces malades bénéficient des progrès de la thérapeutique, et de vos prescriptions de tranquillisants à la tonne ou de stimulants en tonnage presque égal. Mais il leur faut quelque chose de plus, et combien de fois vous a-t-on parlé de la relation médecin-malade, d'une manière de les traiter qui réponde à leurs besoins, mais qui prend du temps. Ce temps que vous leur consacrez dans la mesure de vos limites, mais ce temps qui devient introuvable en médecine de ville, et qui n'existe plus qu'en un seul endroit : dans nos stations thermales. Déjà tout médecin thermal est en bonne posture pour pratiquer la psycho-thérapie à cause des entretiens fréquents avec son malade, de la réceptivité et du contexte de la station surtout en début et en fin de saison. Mais il y a beaucoup plus, il y a des stations thermales spécialisées, dont les indications sont énormes.

Au premier rang, les sujets qu'on ne peut pas encore appeler des malades mentaux, et qui sont les surmenés et les insomniaques adonnés à des hypnotiques. Ils souhaitent au fond la désintoxication et ils ne la trouveront que dans les stations thermales, pourvu que la cure soit un peu prolongée.

Parmi les névroses, c'est la dépression que nous placerons au premier plan, car elle est devenue un fléau. Vous savez qu'une personne sur 10 est exposée à faire tôt ou tard dans sa vie une dépression. À ces malades, ou à ceux atteints de troubles psycho-fonctionnels, si vous proposez la solution élégante d'une cure thermale qui ne s'apparente pas à ces maisons de santé trop connues dans la banlieue parisienne, cette solution honorable sera acceptée avec enthousiasme par le malade et encore plus par sa famille.

Un degré de plus, ce sont les psychoses, et là c'est à la sortie d'asile que la famille vous téléphone, anxieuse de voir leur proche risquer à nouveau de perturber la vie familiale. Il y a une période de transition très difficile et c'est là qu'une cure thermale peut réaliser cette phase intermédiaire du traitement, et aider à la réadaptation familiale.

Je regrette que le thermalisme n'ait pas fait davantage pour la désintoxication des alcooliques et pour-

tant c'est bien le moment. En effet, les cures de désintoxication n'ont pas une très bonne réputation auprès des alcooliques, ils font tout pour éviter d'aller dans tel ou tel établissement qui applique ces méthodes en série dans la région parisienne. Là aussi, il faudrait que les stations thermales soient équipées pour héberger ces malades, bien entendu à l'écart de l'activité principale de la station, mais tout en les faisant bénéficier des ressources de l'hydrothérapie.

Il y a un chapitre aussi que j'aurais voulu oublier mais dont je dois parler aujourd'hui, c'est celui des toxicomanes. Autrefois c'était la spécialité de Divonne. Cela avait disparu, et maintenant il est à craindre que les indications redeviennent nombreuses, et qu'on fasse appel une fois de plus à l'expérience accumulée là-bas.

Nous voulons conclure ce chapitre de psychiatrie sur les perspectives d'expansion, parce que nous sommes convaincus qu'il y a là un avenir pour le thermalisme. La demande va être énorme, l'homme de demain aura beaucoup de temps et de ressources à consacrer à sa santé, et spécialement à sa santé mentale. Il demandera à le faire dans un cadre naturel. Ces préoccupations des malades rejoignent les théories les plus audacieuses, car l'eau intéresse le psychanalyste. Elle est un symbole maternel, le malade y revit une situation fœtale, et l'on voit des films extrêmement sérieux destinés à l'enseignement de la psychiatrie moderne, qui se passent presque entièrement sous l'eau. Bien entendu, ceci pose d'énormes problèmes d'aménagement des stations, de durée des cures, de diversification, d'hébergement, de personnel auxiliaire à mettre en place, d'évolution des règlements, mais nous croyons là qu'il y a une partie capitale à jouer par le thermalisme.

Une des nouveautés médicales des dernières années, c'est que la plus fréquente des maladies de l'estomac n'est pas l'ulcère, mais la hernie hiatale, à peu près à égalité avec la gastrite. La hernie hiatale est typiquement du ressort du médecin de famille. Le diagnostic est pratiquement fait dès l'interrogatoire, et presque toujours confirmé par les radiographies à condition de les prescrire comme il convient. Qu'allez-vous dire aux malades ? Un quart des gens ont la même maladie que vous et bien entendu on ne les opère pas. Vous aurez des hauts et des bas. Vous n'en sortirez qu'à condition d'éviter comme la peste l'aspirine et tous les autres médicaments qu'on donne contre les rhumatismes et les maux de tête, et par quelques médicaments simples. Ni la chirurgie, ni les cures thermales n'ont de place dans le plan thérapeutique habituel ». Mais il reste des cas rebelles, quelques-uns seulement sont chirurgicaux, quand il y a de la dysphagie ou un ulcère de l'œsophage ; les autres cas rebelles sont les œsophagites que l'on appelait autrefois la dyspepsie hyperchlorhydrique. C'était un *caput mortuum*. Mais le malade allait à Vichy et il était content. Maintenant ils ont un diagnostic précis et ils vont toujours à Vichy, et nous avons compris pourquoi la cure marche. En effet, par des méthodes de dilution d'indicateur coloré, nous nous sommes aperçus d'abord qu'il y a dans la hernie hiatale un retard de l'évacuation gastrique, et d'autre part, que la cure de Vichy accélère l'évacuation gastrique, chez les sujets normaux, et chez les malades qui ont ce retard de l'évacuation. Il y a 20 ans, il était plus

facile de soigner que de comprendre, maintenant, nous savons ce que nous soignons et nous comprenons mieux comment nous soignons.

Dans le même ordre d'idées, disons un mot du pyrosis des femmes enceintes. Quelle touchante résignation fait accepter ces brûlures œsophagiennes très pénibles à ces femmes durant le dernier mois de la grossesse ? On y fait à peine attention, et d'ailleurs il serait bien excessif d'envoyer ces femmes en cure. Pourtant, nous pouvons faire quelque chose pour elles, c'est tout simplement les eaux minérales en bouteilles, qui sont très efficaces, qui gardent toute leur efficacité tout au long de la grossesse et qu'elles acceptent avec d'autant plus d'enthousiasme qu'elles sont hostiles aux médicaments depuis l'histoire du thalidomide.

Dans les *colopathies chroniques*, vous savez que le schéma classique est entièrement à repenser. On partageait fraternellement les diarrhées à Plombières et les constipations à Châtel-Guyon, à cause du magnésium de Châtel-Guyon. C'était pitoyable. Maintenant, on peut dire quelque chose de beaucoup plus précis : il faut placer en tête trois indications. La maladie des laxatifs, c'est-à-dire des constipés qui sont entrés dans l'escalade infernale des laxatifs et qui sont arrivés au stade des douleurs abdominales et de l'alternance des diarrhées et des constipations. Ceux là peuvent être guéris aussi bien par la cure de Plombières que par les nouvelles techniques sédatives de Châtel-Guyon, et recevoir là l'éducation sanitaire qui les décidera au sevrage.

L'autre grande indication, ce sont les séquelles d'amibiase. Ce qui nous l'a appris, c'est l'hôpital militaire de Châtel-Guyon, avec les rapatriés des guerres d'Outre-Mer. Nous sommes heureux d'avoir cette solution car les traitements médicamenteux, malheureusement, ont bien peu de prise sur ces sujets.

La troisième grande indication est la diverticulose mal tolérée.

Mais ici, nous voulons dire l'importance que nous attachons à la diététique dans une station de gastro-entérologie consacrée aux colitiques. Il a été très difficile d'implanter la diététique en milieu thermal. A force d'efforts on y est parvenu à Vichy, et il est urgent que les autres stations de gastro-entérologie se mettent à l'heure de la diététique avec les efforts et la bonne volonté que cela demande aussi bien du côté des hôteliers que des médecins.

La *pédiatrie* tient maintenant une place énorme dans le thermalisme et grâce en soit rendue à la Sécurité sociale qui a ouvert toute grandes les portes des stations thermales aux enfants.

Tantôt c'est une localisation pathologique bien définie, l'indication se pose à peu près comme chez l'adulte, et les stations sont généralement les mêmes.

Tantôt et plus souvent même, c'est un ensemble de troubles intriqués. On trouve toujours la note respiratoire, on trouve toujours l'insuffisance staturo-pondérale. Je veux bien qu'on abandonne le vieux terme de lymphatisme ou que l'on reconnaisse l'imprécision du terme d'inadapté urbain. Toujours est-il que cet enfant existe par milliers, malheureusement, et ces enfants font la base d'une de nos plus grandes stations thermales françaises, La Bourboule. Cela, à côté d'indications venant de localisations plus spécifiques comme l'asthme et l'eczéma.

L'action de la cure arsenicale se fait sentir sur tous les fronts. Le front de l'allergie comme de l'infection respiratoire, celui de la croissance staturo-pondérale, celui des adénopathies, celui des performances sportives et scolaires. Je n'insiste pas : comme médecins de famille, vous avez tous eu l'expérience de ces enfants revenant de La Bourboule.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux stations chlorurées sodiques qui, dans le Jura et dans les Pyrénées ont fait l'énorme effort de s'organiser pour recevoir les enfants atteints des mêmes troubles.

Après les enfants, il est juste de parler des *vieillards* et de relever la fréquence, chez eux, de certaines localisations pathologiques : articulations, artères, infections urinaires, bronchites et troubles psychiques : les dépressions des vieillards, leurs complexes de persécution sont d'une extrême fréquence et très souvent très mal diagnostiqués. De très beaux résultats ont été publiés à la suite de cures thermales. Les médecins sont les premiers à souhaiter que les cures bénéficient plus largement aux vieillards, et spécialement aux anciens de la carrière militaire qui en sont privés. Néanmoins, c'est une question de mesure, car si l'on s'avisait de découvrir chez n'importe quel vieillard une indication de cure thermique, on creuserait un gouffre financier dont finalement les autres malades feraient les frais. On élargira donc les indications avec discernement et discipline.

Nous avons beaucoup parlé des malades, mais il nous reste à présenter un personnage, c'est le *médecin thermal*. Et à le présenter comme un consultant de spécialité. Comme tel, il lui arrive de compléter les éléments du diagnostic. Comme tel, il prescrit un traitement qui n'est pas une formule stéréotypée comme dans trop de stations étrangères, mais qui est un traitement personnalisé où la prise des eaux par toutes les voies sera complétée par d'utiles conseils d'exercice de repos, de diététique, d'éducation sanitaire et de psychothérapie qui en font un traitement complet. Bien entendu, le consultant thermal continue les traitements, que vous, médecins de famille, vous avez prescrits, comme les anticoagulants, les désensibilisants. Et quand vous voyez revenir votre malade, c'est avec une lettre qui vous apporte souvent d'utiles suggestions sur le programme thérapeutique, suggestions que vous accueillez avec gratitude car elles viennent d'hommes qui ont la plus longue expérience des malades chroniques.

Parvenu au terme, il nous reste à récapituler pour nous demander quelle est la *date de la cure* dans le plan thérapeutique. Eh bien, il n'y a pas de règles uniformes, et la cure se prescrit tantôt au stade de la chronicité, tantôt au stade précoce, tantôt avec un objectif de prévention.

Au stade de la chronicité, c'est la perspective classique : arthroses, colopathies, artériopathies. Ce qu'il faut dire et répéter, c'est que la cure doit être soigneusement préparée puisqu'on a le temps, et qu'elle doit intervenir au moment opportun. Ce moment est généralement situé au sommet de l'amélioration obtenue des traitements effectués au domicile du malade.

Mais les cures ne sont pas réservées aux chroniques invétérés. A un stade beaucoup plus précoce, on oublie beaucoup les services qu'elles peuvent rendre.

Nous l'avons dit des hépatites virales, nous l'avons vu pour les phlébites comme pour les séquelles de brûlures, nous l'avons dit des retards de consolidation de fractures et des suites des chirurgies osseuses, tubaires. Nous y avons insisté dans l'asthme, les toxicomanies, les dépressions. Il y a même des cas où la cure se prescrit dès que le diagnostic est posé comme en dermatologie dans la rosacée.

La troisième option, ce sont les cures à visée préventive : préventives de l'insuffisance cardio-respiratoire dans les bronchites, préventives de l'insuffisance rénale dans les petites infections urinaires, préventives des colopathies chroniques devant des troubles encore fonctionnels. On s'est mis d'accord pour convenir que juridiquement, ce n'est pas de la médecine préventive, mais curative, parce que le malade a déjà quelque chose ; mais que médicalement, on obtient la prévention des complications et c'est cela qui compte.

Ce que nous voudrions clarifier, c'est qu'il est possible, contrairement à ce qu'on a pu dire, d'évaluer en termes quantitatifs cet effet préventif. La question est à envisager sous l'angle des probabilités. Désormais, la médecine préventive a pour base l'identification des catégories de sujets exposés à un risque élevé. Ces catégories, les compagnies d'assurances les connaissent à merveille. Donnons des exemples : les hypercholestérolémiques, les obèses voués au diabète, les uricémiques sur le chemin de la goutte, les tabagiques en route pour la bronchite et le cancer, les gens qui ont l'habitude de boire trop peu et qui vont faire des lithiases urinaires.

La première étape est celle du diagnostic, c'est-à-dire de l'identification du risque. Et là je dois dire que votre rôle de médecins de famille est capital parce que l'interrogatoire vaudra autant à lui tout seul que le bilan de l'état de santé ou check-up, le plus cher qui soit.

La seconde étape est le traitement préventif et l'on va concentrer l'effort de prévention sur les catégories exposées au risque. Or, le traitement préventif, vous savez qu'il est rarement médicamenteux. Les agents de la médecine préventive, ce sont les diététiciennes, les kinésithérapeutes, les psychothérapeutes, bien entendu, sous contrôle médical, et souvent en association avec le traitement thermal. En effet, il faut décider les malades à s'occuper sérieusement de leur santé, et cela n'est souvent possible que dans le contexte d'une cure. Il s'y ajoute le bénéfice propre de la cure thermique dont beaucoup, par exemple font baisser le taux du cholestérol.

La troisième étape est l'analyse quantitative des résultats. Elle est possible, elle relève du calcul des probabilités dans les catégories cliniques envisagées. Loin de renoncer à une pareille étude, nous croyons qu'il est intéressant et même urgent de s'y mettre, en liaison avec les médecins attachés aux compagnies d'assurances.

Plutôt que de conclure dans une impression de facilité, nous voudrions terminer en analysant quelques difficultés qui restent à surmonter.

En pratique, il est beaucoup trop rare que nos malades bénéficient d'un plan thérapeutique digne de ce nom. Nous le savons, pour avoir convoqué systéma-

tiquement des malades qui avaient été traités à l'hôpital, par exemple pour anémie pernicieuse ou ulcères gastro-duodénaux. La majorité de ces gens sont à l'abandon, ignorant même qu'ils ont besoin d'un traitement suivi. Il faut transformer nos habitudes médicales, et vaincre des difficultés qui sont inhérentes les unes aux malades, les autres aux handicaps du médecin de famille, et les autres aux handicaps des médecins hospitaliers.

Les difficultés inhérentes aux malades ne sont pas négligeables. S'accepter malade, somatiquement et psychiquement, est dur. Comprendre les buts du traitement nécessite qu'on vous les explique, ce qui prend du temps, ce qui demande des brochures comme on le fait pour les diététiques, et comme nous le faisons pour les ulcéreux. S'occuper sérieusement de sa santé avec les contraintes que cela implique, ne se décide pas en un jour.

Les handicaps du médecin de famille sont le manque de temps pour expliquer de quoi il s'agit, le manque de formation psychiatrique, (et là nous avons tous à battre notre coulpe), le manque de liaisons entre médecins, et le fait aussi que les médecins ont moins d'autorité qu'autrefois sur leurs malades à cause de l'évolution des mentalités.

A ce propos, il nous arrive à tous de sentir parfois que le malade va décrocher, qu'il va nous échapper. Dans de tels cas, la solution de la cure thermale est intéressante parce que nous savons que notre malade restera en sécurité et qu'il aura des chances d'être repris en main.

Les handicaps du médecin hospitalier sont de taille majeure, eux aussi.

Nous sommes encore bien mal organisés pour suivre l'évolution du traitement de nos malades chroniques. Nous devrions prendre modèle sur les centres anti-cancéreux qui se débrouillent pour n'avoir que 3 ou 4 % de malades perdus de vue, ce qui est une performance admirable. Nous pourrions prendre exemple aussi

sur l'hôpital thermal de Vals, qui est le plus bel instrument de travail scientifique de l'hydrologie française.

Si nous nous engageons dans cette voie, il ne faut pas nous cacher que le fardeau est fastidieux, et nous ne pourrions réussir qu'en formant des équipes multidisciplinaires, notamment avec les médecins de famille, et avec des médecins thermaux, car ceux-ci nous intéressent beaucoup.

Jusqu'à présent, les médecins thermaux ont eu un peu de peine à trouver leur place dans les services hospitaliers pendant l'hiver, on ne leur donne que des responsabilités trop maigres.

Tout peut changer dans la perspective des équipes en question, car nous avons besoin d'eux : nous avons besoin de leur temps, nous avons besoin de leur expérience des malades chroniques, nous avons besoin de leur apprentissage des nouvelles méthodes exigées dans l'élaboration des programmes thérapeutiques, comme ils l'ont fait récemment en Société d'Hydrologie. Nous avons besoin des recettes d'organisation qu'il nous faut apprendre les uns et les autres dans les centres anti-cancéreux.

Nous avons pareillement besoin des médecins de famille, et je songe aux séances d'enseignement post-universitaire qui pourraient être l'occasion de les associer, comme les médecins thermaux, aux programmes thérapeutiques. Il n'y a plus le malade d'hôpital d'un côté, le malade de ville d'un autre, et le malade thermal en troisième. Ce sont les mêmes malades, les malades chroniques, qui tournent en rond.

Justement quel est l'esprit de cette nouvelle loi hospitalière voulue par l'opinion publique ? Elle nous incite à coordonner nos efforts de médecins hospitaliers, de médecins de famille, et de médecins thermaux pour concevoir, appliquer et contrôler les programmes thérapeutiques des malades chroniques qui nous sont communs.

JOURNÉE DU JEUDI 21 JANVIER

La 3^e journée, dite « journée des maires des stations thermales », à la fois parce qu'elle a été essentiellement organisée avec leur concours et parce qu'ils peuvent être en un sens considérés comme les animateurs des stations et comme les coordinateurs de toutes les activités concourant à leur expansion, a été consacrée aux problèmes économiques du thermalisme.

Sous le thème : « la promotion et l'avenir des stations thermales : actions à mener dans le domaine de l'équipement et de la propagande », il s'agissait de faire le point de la situation économique du thermalisme français et de ses possibilités de relance. En dehors des facteurs d'ordre médico-social étudiés pendant les deux premières journées et dont certains, dans l'état actuel des choses, peuvent constituer un frein pour le dévelop-

pement du thermalisme, il existe sur le plan économique un malaise dans ce secteur. Il ne faut pas perdre de vue que si le thermalisme, ainsi qu'il fut une fois de plus démontré au cours des journées précédentes, est une des thérapeutiques les plus solides, reposant sur des bases scientifiques éprouvées, cette thérapeutique exige le « retour aux sources » des malades, donc l'organisation de leur déplacement et de leur séjour. Dès lors, il se situe dans un contexte économique et il ne peut échapper aux impératifs d'une exploitation rationnelle et rentable.

Or, tandis que dans les pays concurrents du nôtre, Italie et Allemagne, le thermalisme apparaît comme une industrie florissante, en France les statistiques prouvent un développement de l'ordre moyen de 5 à 8 % par an, depuis 15 ans, avec depuis ces 5 dernières années un

fléchissement de ce taux à 5 %, et une disparition progressive des curistes libres. Dans l'ensemble, la situation est préoccupante. Il faut que le thermalisme retrouve un deuxième souffle.

Sur ce problème étaient appelés à se concerter autour des maires, les représentants des établissements thermaux, des casinos, de l'hôtellerie saisonnière, des syndicats d'initiative et offices de tourisme, des sociétés d'embouteillage des eaux minérales.

Plusieurs Parlementaires, membres du groupe « thermalisme » des deux assemblées, ont également participé aux débats.

Le principal animateur des travaux fut Monsieur François KNECHT, Président de l'I.R.I.E.C., membre

du Conseil Economique et Social. Monsieur François KNECHT, en effet, a été chargé en 1969, conjointement par la Fédération Thermale & Climatique Française et le Commissariat Général au Tourisme, de réaliser une étude sur la situation du thermalisme français, complétée par une référence à la situation du thermalisme en Italie et en Allemagne. En présentant au large public des Journées Nationales du Thermalisme une synthèse de cette étude, il évoquait du même coup l'ensemble des problèmes que pose l'avenir du thermalisme français et de nos stations et posait toutes les questions sur lesquelles devaient rebondir les discussions.

Le compte rendu ci-après en donne la relation.

SÉANCE DU MATIN

La séance est présidée par Monsieur Alfred COSTE-FLORET, Président du Syndicat National des Etablissements Thermaux.

Préalablement au rapport de Monsieur François KNECHT, l'ordre du jour prévoyait un exposé de Monsieur LEINEKUGEL, ancien élève de l'Ecole Polytechnique et Ingénieur-conseil, sur « LE THERMALISME FRANÇAIS A L'HEURE DE L'INFORMATIQUE »

Avant de donner la parole à Monsieur LEINEKUGEL, Monsieur COSTE-FLORET ouvre la séance par l'allocation suivante :

Monsieur COSTE-FLORET :

En ouvrant la séance on me permettra de faire une mise au point. Le Ministre de la Santé publique a fait, à l'ouverture de ces Journées Thermales, un discours qui laissait entrevoir des perspectives, recueillant de notre part un assentiment général. Or, ceux d'entre nous qui ont lu le journal « Le Figaro » de ce matin ont marqué quelque surprise en y voyant un compte rendu des déclarations du Ministre qui, ni dans le titre, ni dans les commentaires, ne peut recueillir notre approbation. Le titre est le suivant : « M. Robert Boulin annonce une série de mesures destinées à relancer le thermalisme : les charges de la Sécurité Sociale en seront augmentées ». Et le commentaire est le suivant : « la question du rétablissement de l'indemnité journalière, en cas de cure thermale, sans condition de ressources, est à l'étude, a indiqué M. Boulin. On ne peut que s'interroger sur l'utilité de telles mesures à un moment où l'équilibre de la Sécurité Sociale est loin d'être rétabli ». Notre réponse sera double : il existe un problème de l'équilibre de la Sécurité Sociale ; le Conseil d'État a d'ailleurs fait un rapport sur ce sujet au gouvernement ; sans violer le secret professionnel, on peut affirmer que le problème des cures thermales n'intervient pas dans cet équilibre. En effet : l'incidence des charges de la Sécurité Sociale est lourde pour le budget du pays, mais dans le budget de la Sécurité Sociale les cures thermales n'interviennent que pour 0,8 %, c'est-à-dire pour un chiffre

infime. Ce n'est pas ce coefficient aussi faible qui peut avoir une incidence quelconque sur l'équilibre de la Sécurité Sociale. A un second point de vue, « Le Figaro » n'a pas raison : car il n'existe pas entre la relance du thermalisme et l'augmentation des charges de la Sécurité Sociale un lien de cause à effet : le thermalisme est un bilan, il y a un actif et il y a un passif. Et certes, les cures thermales coûtent à l'État, mais — et c'est ce que ne dit pas « Le Figaro » — elles lui rapportent également. Les études qui ont été faites par les Caisses de Sécurité Sociale et que les Organisateurs des Journées Thermales tiennent à la disposition du journal « Le Figaro » prouvent que les cures thermales aboutissent, et M. Leinekugel d'ailleurs va vous en parler avec des statistiques précises, que les cures thermales aboutissent à une diminution de l'absentéisme scolaire et à une diminution de l'absentéisme au travail, de même qu'à une diminution de la consommation des médicaments. Il en résulte donc une économie pour la Sécurité Sociale et l'économie est plus grande que la charge extrêmement minime qui va résulter de l'augmentation des indemnités journalières. J'ajoute qu'il y a un grand principe de droit public que « Le Figaro » devrait connaître, car c'est un principe du droit public des démocraties, c'est l'égalité des citoyens devant les charges publiques. Or nous ne voyons pas pourquoi les fonctionnaires, à condition de choisir les vacances pour leur moment de cure, pourraient continuer à toucher leur traitement en faisant la cure, alors que les salariés ne le pourraient pas, parce qu'ils ne toucheraient pas d'indemnité journalière. Nous protestons donc contre ce qu'a dit « Le Figaro » parce qu'il faut donner au public une information exacte ; nous faisons confiance au Ministre de la Santé publique : les décisions qu'il a prises sont conformes à la fois au vœu des professionnels et au maintien de la santé publique. La relance du thermalisme ne sera pas une charge pour la Sécurité Sociale ; elle sera au contraire une diminution de son budget. Je conclurai par la devise qui est celle même du « Figaro » de Beaumarchais que de tout cela qui a été écrit sans approfondir le problème, il vaudrait mieux rire, car autrement il faudrait en pleurer.

M. COSTE-FLORET donne alors la parole à M. Leinekugel.

M. LEINEKUGEL :

Messieurs les Parlementaires, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs.

Avant-hier, sous la présidence du D^r Ebrard, d'éminents spécialistes, le Professeur Laroche, les Docteurs Debidour et Carrié, vous ont exposé les études et travaux scientifiques qui leur permettent de prouver les résultats remarquables, tant du point de vue thérapeutique que médico-social, obtenus par les cures thermales pour le traitement d'un certain nombre d'affections. La preuve de ces résultats n'est plus à faire, elle est seulement à faire connaître. Pourquoi ? A qui et comment ? voici les questions auxquelles le Président, M. Alfred Coste-Floret et le conseil d'administration du Syndicat National des Établissements Thermaux ont voulu donner une réponse. La France dispose d'un potentiel thermal exceptionnel et sous employé, alors que justement les conditions de la vie actuelle favorisent et développent les affections qui peuvent être prévenues, traitées et guéries par les cures thermales.

Faire connaître ces résultats, c'est donc œuvrer pour la préservation du capital-santé des Français. C'est leur prouver qu'ils ont à leur disposition des moyens naturels pour se prémunir contre les effets progressifs et nocifs de la pollution, de la fatigue nerveuse, des troubles de toutes sortes qu'engendre notre genre de vie. Mais quels résultats faire connaître ? Les résultats des études et travaux scientifiques sont, soit exposés devant un public averti mais restreint, soit publiés dans des journaux ou revues spécialisés qui ne sont pas lus par le grand public. En outre les textes sont émaillés de termes techniques qui restent souvent hermétiques pour le public. Enfin chacun sait que le public accorde fréquemment plus de crédit, plus de confiance à l'opinion qu'aux travaux scientifiques. Des résultats éprouvés par un semblable, une opinion émise par plusieurs d'entre eux, a plus de poids, plus de valeur qu'une démonstration savante. Voici pourquoi il a paru indispensable, non seulement d'utiliser les résultats des études médicales présentés d'une manière simple, mais également de se livrer à une enquête sur l'opinion des curistes eux-mêmes, relative à l'amélioration de leur état de santé à la suite des cures thermales qu'ils ont suivies. Les curistes sont en définitive les principaux intéressés et leur opinion est capitale. Nous examinerons tout à l'heure comment cette enquête a été menée et à quels résultats elle a abouti.

Pour répondre aux autres questions, à qui et comment faire connaître ces résultats, il fallait connaître cette clientèle actuelle de curistes, avec la plus grande précision possible. A quelle classe socio-professionnelle appartiennent-ils, d'où viennent-ils, de quelles affections souffrent-ils, dans quelle tranche d'âge se répartissent-ils, quelle est leur catégorie d'habitat ?

Le Syndicat National des Établissements Thermaux a donc profité de l'enquête dont je vous parlais tout à l'heure pour constituer les premiers éléments de cette connaissance. En définitive cette enquête s'est proposée essentiellement les points suivants : 1^o connaître l'opinion des curistes sur les effets de leur cure ;

2^o réunir les premières données indispensables pour permettre une information efficace de la population, étant entendu que les moyens appropriés que nous évoquerons ultérieurement seront à mettre en œuvre pour parvenir à une connaissance exhaustive des curistes d'abord, et par conséquent des curistes potentiels, afin d'obtenir l'efficacité maxima dans l'information du public sur les moyens thermaux mis à leur disposition pour préserver le bien le plus précieux, la santé.

Le Syndicat National des Établissements Thermaux a tenu à mener cette première enquête, sur le plan national, en liaison étroite avec le Syndicat des Médecins Thermaux et avec son Président le D^r Molinry.

Comment se présentait le problème ? Voici, rapidement esquissé, son volume : 400 000 curistes, 97 établissements thermaux, et nous avons fait participer à l'enquête, sur les 600 médecins thermaux, 200 d'entre eux, qui opèrent dans ces stations ; enfin disons, une grande classification, une douzaine de catégories d'affections. Il a paru préférable aux spécialistes qui ont organisé l'enquête, de la mener par tirage au sort plutôt que par de savantes segmentations. Une des raisons principales de ce choix tient au fait qu'il fallait donner à chaque station la possibilité d'être représentée proportionnellement à son effectif de curistes. Enfin il n'existait pas, à l'origine, de données suffisamment fiables pour étudier une segmentation représentative. Les précautions d'usage ont naturellement été prises pour que les tirages ne soient pas biaisés. Finalement l'enquête a porté sur plus de 3 000 curistes, ce qui représente un échantillon important d'une population de 400 000.

Le questionnaire comportait une cinquantaine de questions dont certaines, suivant l'habitude également, étaient destinées à contrôler les réponses faites à d'autres questions, de façon à assurer une cohérence des réponses. Le traitement des réponses et les statistiques correspondantes a été exécuté sur ordinateur. Commentons maintenant, si vous le voulez bien les résultats.

En premier lieu prenons les résultats relatifs à l'opinion des curistes sur l'amélioration ressentie après les cures. Vous avez vu ces graphiques, et plusieurs constatations s'imposent. La première, la progression continue de très nettes améliorations avec le nombre de cures. En moyenne, après la première cure, 45 à 50 % des curistes ont ressenti une très nette amélioration. Ils deviennent 50 à 65 % après la deuxième, et 75 à 80 % après la troisième cure. Si vous comparez ces résultats, qui sont l'opinion des curistes sur l'amélioration de leur état de santé, avec les graphiques qui sont au verso de cette page et qui donnent, d'après des statistiques établies par des médecins, le pourcentage réel de guérisons, d'améliorations importantes, d'améliorations relatives, à la suite de la première cure, deuxième cure, troisième cure, vous pouvez constater, et c'est d'ailleurs logique, que si les résultats de l'enquête sur l'opinion des curistes confirment les résultats médicaux, ils se trouvent cependant légèrement en retrait par rapport à ces derniers. Ceci est assez normal ; on ressent ensuite plus tard les effets d'une amélioration complète. Mais vous voyez que ces résultats de l'opinion des curistes sont tout à fait concordants après la troisième cure avec les résultats médicaux. Une deuxième constatation : les pourcen-

tages les plus élevés de très nette amélioration sont obtenus, sans parler de la gynécologie qui est un cas à part, pour les affections des voies respiratoires ; vous voyez également 92 % des reins et voies urinaires : 91 %, cardio-vasculaires et cœur : 90 %, du système nerveux : 88 %. Or ces quatre affections sont celles pour lesquelles les classes d'âge les plus élevées sont les moins représentées, c'est-à-dire pour lesquelles la moyenne d'âge est la plus faible, la plus basse. Inversement les rhumatismes qui obtiennent un pourcentage de très nette amélioration déjà très important, 79 %, sont celles des classes d'âge les plus élevées. Ceci confirme bien ce qui vous a déjà été dit, que plus l'affection est prise tôt, c'est-à-dire plus le sujet est jeune, plus l'amélioration est sensible. Ces graphiques sont sans aucun doute une illustration très parlante des services-santé que les établissements thermaux peuvent rendre à la population française, pour peu que ces résultats soient largement diffusés et que les Français veuillent bien ne pas attendre l'âge de la retraite pour utiliser ces services. Il faut que les Français soient conscients de ce que l'investissement santé qu'ils consentiront à l'âge adulte, en consacrant trois semaines, pendant trois ou quatre années consécutives, à une cure thermale, les préservera des conséquences des agressions qu'ils subissent de la part du milieu ambiant et leur permettra, l'âge de la retraite venu, d'en profiter sans se sentir diminués.

Qui sont ces curistes ? Prenons quelques chiffres au hasard qui proviennent des résultats de l'enquête : toutes affections réunies, il y a peut-être 33,3 % de cadres moyens et employés ; je reprends les classifications socio-professionnelles de l'INSEE. Pourquoi ? Parce qu'il sera très important ensuite quand on aura une connaissance plus approfondie encore de cette population de curistes, de pouvoir comparer ces pourcentages avec ceux de la population française, tels qu'ils ressortent des statistiques du recensement de 1968 établi par l'INSEE. Or, si toutes affections réunies, les cadres moyens et employés que je prends comme exemple représentent 33,3 %, ce pourcentage s'élève pour cette classe socio-professionnelle à 44,3 % pour le système nerveux, 42,5 % pour les voies respiratoires, et descend à 17,9 % pour le cœur, artères, hypertension. On peut voir également que le pourcentage le plus élevé pour tout ce qui touche diabète, goutte, obésité, se trouvent dans les professions libérales et cadres supérieurs.

Prenons d'autres exemples : nous parlions tout à l'heure de classes d'âge : pour les voies respiratoires, les moins de 16 ans représentent 30 % de la population tandis que pour le cœur, artères et hypertension, 33 % entre 45 et 60 ans et 67 % plus de soixante ans. Pourcentage à peu près analogue pour les rhumatismes. Dans l'ensemble de la population des curistes il y a 59 % de femmes et 41 % d'hommes, mais ces pourcentages sont aussi très variables suivant les affections, 87 % d'hommes pour cœur, artères, hypertension, contre 13 % seulement de femmes, etc.

D'où viennent encore ces curistes ? Bien sûr, l'Île-de-France avec la région parisienne atteint partout les plus gros pourcentages, le Nord, le Midi-Pyrénées, pour certaines affections, Midi-Côte d'Azur pour le foie par exemple, etc. Pour préciser ce que cette enquête ré-

duite a permis d'établir, nous prendrons un exemple dans cette population de cadres moyens-employés : ceux qui souffrent de rhumatismes. Où habitent-ils, quelle est leur profession ? sont-ils de la sidérurgie, sont-ils d'une autre industrie, quel est leur catégorie d'habitat ? Ce sont là des renseignements qu'il est absolument important de connaître, de rassembler, pour pouvoir fournir ensuite aux médecins thermaux et à l'ensemble des médecins des éléments d'analyse, que ce soit pour la thérapeutique, que ce soit pour la médecine sociale.

Voilà donc ce qui a été fait. Ce qui reste à faire, c'est justement sur la population totale, en recueillant des informations *anonymes*, de pouvoir enregistrer, à chaque saison, tous ces renseignements sur chaque curiste, de pouvoir placer toutes ces informations sur ordinateur de façon à pouvoir en extraire les statistiques les plus détaillées qui peuvent être des éléments d'analyse, d'étude et de recherche pour les médecins. Voilà ce que les établissements thermaux se proposent de faire, chacun est à même de recueillir ces renseignements et ensuite ils seront centralisés et mis sur fiches. Ces renseignements serviront en outre à faire connaître au public tout ce qui peut l'intéresser dans le but de cette prévention. Enfin ces informations serviront également aux établissements thermaux pour leur gestion, ils pourront aussi servir aux stations thermales, à l'hôtellerie de ces stations et à ce sujet-là je signale que parmi les services qui peuvent être rendus aux curistes, en dehors des services-santé, il y a des services tout simplement de facilité de vie. Il sera très intéressant que le curiste sache tout de suite par un coup de téléphone si, dans telle station, il peut venir à telle date, s'il aura telle chambre d'hôtel, ou telle pension.

Voici, très rapidement esquissé, ce que le Syndicat National des Établissements thermaux propose de faire à partir de maintenant pour cette connaissance plus approfondie de cette population curiste actuelle, pour informer ensuite la population totale des curistes potentiels.

Avant que soit abordé le rapport de Monsieur François KNECHT, Monsieur COSTE-FLORET demande que soit d'abord entendu le rapport des docteurs MOLINERY et FLURIN sur les aspects médicaux de la station thermale. En effet : ce rapport servira en quelque sorte d'introduction sur le plan médical à l'image générale de la station qui résultera de l'analyse de Monsieur KNECHT.

Il en est ainsi décidé.

**RAPPORT PRÉSENTÉ
PAR LE DOCTEUR MOLINERY
ET LE DOCTEUR FLURIN SUR :
« LES ASPECTS MÉDICAUX
DE LA STATION THERMALE »**

Pendant la plus longue période de son histoire, la médecine thermale, purement empirique, reposait sur une conception quelque peu magique de l'action de ses eaux, dont témoigne encore une certaine terminologie, heureusement en voie de disparition, prônant la « vertu » des « sources bienfaisantes », propres à guérir

les maux les plus divers. A une époque où la notion de vacances et de loisirs n'existait pas encore, la fréquentation des « villes d'eau » était l'apanage d'une clientèle très aisée, plus préoccupée de s'y montrer en compagnie des « gens de qualité », et d'y rencontrer les « célébrités » du jour que de s'y astreindre à une thérapeutique sérieuse. Cette conception laisse encore malheureusement des traces à notre époque et n'est sûrement pas étrangère à certaines nostalgies, mais surtout à certaines oppositions, et même à certaines hostilités...

L'avènement de la chimiothérapie et les exigences scientifiques rigoureuses désormais indispensables à toute thérapeutique ont ouvert à la fois une *crise* et une *mutation* du thermalisme.

A la contestation globale de tout un thermalisme périmé a répondu la mise en place d'une crénothérapie rénovée, à la fois *scientifique* et *sociale*.

Enseignement universitaire, recherches, études statistiques, spécialisation des stations, équipement technique des établissements thermaux ont été de pair avec la prise en charge des cures par les organismes de sécurité sociale et leur double conséquence :

- l'accès à la thérapeutique thermale de toutes les catégories de la population,
- le choix de plus en plus judicieux, grâce aux médecins-conseils, des indications de la cure thermale.

A une date toute récente, de nouvelles perspectives se sont ouvertes à la médecine thermale, qui nous permettent aujourd'hui de la considérer comme une thérapeutique d'avenir, à la double condition qu'elle se développe selon une juste conception médicale et qu'une politique de la santé en matière thermale se traduise concrètement dans les options du VI^e Plan. Cette actualisation du thermalisme est liée à deux faits majeurs :

- une meilleure connaissance des possibilités et des limites de la chimiothérapie,
- la prise de conscience de l'importance de l'environnement dans le domaine de la santé.

Il en est résulté un intérêt accru pour le thermalisme ; encore faut-il qu'il s'agisse d'un thermalisme intégral, engageant solidairement toutes les activités de la station. Nous allons envisager successivement chacune d'entre elles, sous l'angle médical.

LE CORPS MÉDICAL.

Tout n'est pas encore parfait en ce domaine, pourtant clef de voûte de la station.

— Nous devons tendre de plus en plus vers la *spécialisation du médecin thermaliste*, celle-ci comportant à la fois la qualification dans l'une des disciplines de la station et une formation hydrologique dont l'attestation nationale d'études d'hydrologie et de climatologie médicales doit rester la garantie universitaire ; la reconnaissance de cette spécialisation par le Conseil de l'Ordre lui conférerait un caractère officiel et valoriserait la médecine thermale, au plus grand bénéfice des malades et de la station elle-même.

— Il ne saurait y avoir de médecine de qualité sans une médecine lente. Le curiste, pendant la durée de son séjour, est disponible, et parfaitement disposé à se soigner. Le médecin thermaliste doit savoir mettre

à profit ces conditions favorables pour réaliser une relation thérapeutique peut-être plus personnelle et être en mesure de jouer dans sa discipline le rôle d'un véritable consultant, dans le cas assez fréquent où le médecin prescripteur de la cure en exprime le désir. Il doit, à ce titre, se tenir au courant des plus récents développements de sa spécialité.

— C'est à lui qu'il appartient en outre d'être le promoteur des recherches cliniques et biologiques concernant sa station, soit à titre personnel, soit par l'intermédiaire de la Société médicale locale dont nous souhaitons partout la renaissance ou le développement.

— Il ne peut se désintéresser de la vie de la station ; l'obligation pour lui de rester pendant l'hiver en contact étroit avec les sociétés scientifiques de sa discipline et les centres hospitalo-universitaires ne doit pas l'empêcher de garder le même contact avec sa station, en s'engageant éventuellement dans les diverses activités municipales.

Pour favoriser l'accès de nos stations à une clientèle européenne plus nombreuse, ne serait-il pas opportun d'envisager l'installation de médecins consultants appartenant à la communauté économique européenne, sous des garanties toutefois à définir ?

LES ÉTABLISSEMENTS THERMAUX.

Il n'est pas question pour la médecine d'empiéter sur les prérogatives de gestion et d'administration. Il lui appartient, par contre, de définir les conditions médicales nécessaires à la pleine efficacité de la cure, en liaison avec les médecins inspecteurs de la Santé, et notamment :

- les nouvelles techniques de cure en fonction des progrès médicaux et des indications nouvelles ;
- les normes d'hygiène, de confort, de repos, adaptées aux maladies traitées dans la station ;
- certains facteurs psychosomatiques concernant l'accueil, la distribution des soins, etc.

Une franche et cordiale collaboration entre les responsables des Thermes et la société médicale locale est indispensable, le travail en équipe étant garant de l'efficacité recherchée.

L'HÉBERGEMENT.

Les réalisations relèvent, dans ce domaine, de l'initiative des professionnels de l'hôtellerie. Le rôle des médecins consiste à les aider en précisant les normes médicales de l'hébergement thermal.

Rappelons, une fois de plus, quels en sont les éléments : diététique appropriée, exclusion des allergènes domiciliaires les plus courants, adaptation du mobilier inspirée des centres de réhabilitation fonctionnelle américains, chauffage et climatisation, ambiance psychologique et accueil personnalisé du curiste...

LES « RELATIONS PUBLIQUES » DE LA STATION.

Il appartient au corps médical de veiller à l'exactitude et à l'objectivité des dépliants d'information et des textes publicitaires concernant la cure, d'en proposer au besoin des rédactions plus appropriées. La

participation médicale aux commissions de publicité est indispensable.

— Il lui revient aussi l'initiative des rencontres médicales, congrès, tables rondes, journées d'études, etc.

— Il se doit d'assurer par ses travaux l'actualité scientifique de la médecine thermale.

LES LOISIRS.

Il pourrait paraître, à première vue, que le choix des loisirs ne comporte guère d'aspect médical. Et pourtant, ceux-ci devront tenir compte de l'horaire des soins, du repos qui les suit, d'une durée suffisante de sommeil. Les loisirs d'un curiste ne peuvent être exactement les mêmes que ceux d'un « vacancier ». Le médecin est en ce domaine le défenseur naturel de ses clients, et doit veiller à ce que les loisirs contribuent au succès de la cure,

— d'abord par leur horaire, prévoyant des distractions pour la deuxième moitié de l'après-midi et des spectacles du soir commençant assez tôt pour s'achever avant 22 heures 30 ;

— ensuite par leur qualité : la plupart des curistes sont des surmenés, traumatisés par le rythme des grandes cités, intoxiqués par toutes sortes de nuisances ; ils ont un besoin impérieux, pendant leur séjour thermal, de calme, de silence et de beauté. La cure doit leur offrir l'occasion de promenades en pleine nature, à travers des sentiers aménagés et balisés, à l'abri de la circulation automobile. L'idéal serait de remettre en honneur « les cures de terrain » faisant l'objet de prescriptions médicales. Pour les sujets plus robustes, la pratique des sports de plein air doit être organisée, mais médicalement contrôlée et adaptée aux possibilités physiologiques individuelles. Quant au choix des spectacles, il doit contribuer autant à la culture générale qu'à la détente et à l'équilibre nerveux.

L'URBANISME.

Les aspects sanitaires de la vie de la cité, si importants déjà dans toute commune, prend une valeur plus grande encore dans la station thermale où tout, rappelons-le, doit être organisé en vue de la guérison du curiste.

L'essentiel en ce domaine réside dans une *hygiène exemplaire* (réseau d'eau potable, station d'épuration, propreté des rues et des trottoirs, etc.), dans l'*élimination draconienne des facteurs de pollution et de bruit*, dans l'*aménagement d'espaces verts*, notamment dans les quartiers thermaux, dans le souci constant de l'*agrément et de la beauté de la cité thermale*.

Rappelons à ce propos les vœux que le Conseil Supérieur du Thermalisme a adoptés sur notre proposition dans sa séance du 14 mai 1970 :

— que les autorités responsables disposent d'une réglementation précise et adaptée au cas particulier des stations classées ;

— que soit défini un périmètre de protection de l'environnement des stations thermales, s'inspirant de principes analogues à ceux du périmètre de protection des sources thermales. A l'intérieur de ce périmètre de protection pourraient être appliquées des

mesures particulièrement strictes concernant l'élimination des causes de pollution, la protection et le développement des espaces verts ;

— que soit organisé un service de contrôle de l'environnement à l'échelon départemental ou régional.

LA POPULATION LOCALE.

Le rôle des médecins doit aller au-delà des aspects que nous venons d'évoquer. L'ambiance d'une station est, pour une part, tributaire de l'état d'esprit de la population. Celle-ci considère-t-elle l'activité thermale comme souhaitable et essentielle à la vie de la commune ? A-t-elle conscience de l'évolution du thermalisme et des conditions indispensables à la réussite d'une station moderne ?

Le contact personnel des médecins de la station avec la population est très utile à cet égard, mais peut-être insuffisant. Ne serait-ce pas une des fonctions des syndicats d'initiative, ainsi que de la presse locale, que d'informer les habitants sur les problèmes thermaux ? La Fédération Thermale et Climatologique Française ne pourrait-elle assurer un travail préalable de réflexion et de rédaction dans ce sens à travers les bulletins de liaison et d'informations qu'elle projette de réaliser, et d'en assurer la diffusion dans les stations ?

Monsieur COSTE-FLORET remercie les deux rapporteurs.

Il tient à souligner très particulièrement combien il est d'accord avec eux sur la nécessité d'une étroite collaboration entre les établissements thermaux et les médecins thermaux.

Puis il indique que la discussion sera bloquée avec celle du rapport de Monsieur LEINEKUGEL et celle du premier rapport de Monsieur François KNECHT sur l'équipement des stations thermales.

Mais avant de donner la parole à Monsieur François KNECHT il fait l'intervention suivante :

Non seulement il se déclare partisan d'une étroite collaboration entre les médecins de la station et l'établissement thermal, mais également avec les maires. Il est impossible, dit-il, qu'une station thermale marche de façon convenable si les quatre entités principales de la station thermale que sont la municipalité, les médecins thermaux, les hôteliers et les établissements thermaux ne marchent pas dans le même sens.

A cet égard Monsieur COSTE-FLORET rappelle que le groupe de travail constitué par Monsieur Robert BOULIN et qui était présidé par le Doyen CUVELIER avait suggéré la création d'une commission consultative permanente de la station thermale qui comprendrait le maire ou son premier adjoint, le président de la société thermale ou des établissements thermaux, le président des Syndicats des médecins, des hôteliers, du casino et du syndicat d'initiative. Monsieur COSTE-FLORET considère qu'il est indispensable que cette commission soit placée non pas sous l'autorité préfectorale mais sous l'autorité directe du maire. C'est au maire qu'il appartient d'être l'animateur et l'organisateur de ces stations et au cours de cette journée qui est en quelque

sorte placée sous le patronage des maires, il tient à le souligner.

* * *

Monsieur COSTE-FLORET cède alors la présidence de la séance au Docteur LACARIN, maire de Vichy.

Celui-ci prend la parole en ces termes :

Cette journée consacrée aux Maires des stations thermales a été marquée sous la présidence de notre collègue Monsieur COSTE-FLORET, maire de Luchon, conseiller d'État, par la remarquable conférence de Monsieur LEINEKUGEL, sur l'informatique appliquée au thermalisme, ainsi que par celle du Président du Syndicat des Médecins thermaux Monsieur MOLINERY, dont les maires retiendront certainement les suggestions concernant les nuisances et l'environnement, et elle sera marquée également par les conférences de Monsieur François KNECHT sur la promotion des stations. Dès maintenant, Monsieur KNECHT va nous parler de l'équipement des stations thermales françaises. Vous le savez, Monsieur François Knecht est l'auteur du remarquable travail sur la situation du thermalisme français dont la somme en plusieurs volumes est résumée dans la petite brochure rouge et blanche que vous connaissez. Cette étude, vous le savez, avait été diligentée par le Commissariat Général au Tourisme et la Fédération Thermale et Climatique Française et nous devons remercier Monsieur RAVANEL, Commissaire général à l'époque, et Madame l'Inspecteur général AUBIN de l'avoir entreprise.

Nos remerciements iront aussi à la Fédération Thermale et Climatique Française et aux maires des stations thermales qui ont accordé leur appui. Je tiens à souligner ce travail, car il marque le point de départ d'une action d'envergure destinée par notre Président de la Fédération Thermale et Climatique Française, le Docteur EBRARD, à entraîner le renouveau du thermalisme français. Cette étude très objective nous permettait non seulement de faire le point sur la situation de nos stations, mais permettait aussi une fructueuse confrontation avec les thermalismes italiens et allemands dont nous envions le succès.

Nous devons également remercier notre Président des maires des stations thermales françaises, Monsieur Paul RIBEYRE, ancien ministre de la Santé publique, et maire de Vals-les-Bains, dont la remarquable réalisation d'un centre diététique pour diabétiques est particulièrement exemplaire.

C'est grâce au sérieux de cette étude que notre Président EBRARD obtint l'audience de Monsieur le Ministre de la santé publique, Monsieur Robert BOULIN, et déclencha si heureusement la constitution de ce groupe d'étude au cabinet du ministre, présidé par Monsieur le Professeur CUVELIER, dont les résultats concrets nous furent exposés avant-hier par Monsieur le ministre de la Santé publique. Nous remercierons aussi Monsieur BOYON, son Conseiller technique qui a compris l'efficacité et la portée de cette étude. Les maires des stations thermales françaises ont parfaitement compris le style nouveau que devait prendre la recherche sous toutes ses formes, en faveur du thermalisme, et c'est pourquoi ils ont consenti à financer cette recherche par une cotisation à la Fédération

Thermale et Climatique Française, cotisation calculée actuellement d'après un pourcentage sur le fonds d'action locale dont nous devons en grande partie le versement à nos stations : à Monsieur Guy PETIT, sénateur-maire de Biarritz, à Monsieur RIBEYRE, Président de l'Association des Maires des stations classées. Qu'ils en soient remerciés ; cette cotisation sera probablement calculée ultérieurement sur la fréquentation des stations, mais c'est elle qui déjà a permis l'organisation de ces Journées Nationales du Thermalisme français.

Je ne voudrais pas clore ce bref propos sans remercier les Professeurs Charles DEBRAY, Claude LAROCHE, LAMARCHE, SOURNIA, François BESANÇON, et bien sûr notre cher président du Conseil Supérieur du Thermalisme, Monsieur le Professeur CUVELIER, sans oublier le président de notre belle Société d'Hydrologie, le Docteur DEBIDOUR et le Docteur CARRIE, médecin conseil régional de la Sécurité sociale, ainsi que le Docteur MOLINERY, déjà nommé, président du Syndicat des Médecins thermaux, pour l'appui scientifique et la haute autorité qu'ils confèrent si obligeamment à nos travaux, les plaçant dans leur véritable contexte, celui de la santé de la nation. Je salue enfin l'encouragement effectif que nous a apporté avant-hier le discours inaugural de notre ministre de tutelle, Monsieur Robert BOULIN.

Après cette allocution, le Docteur LACARIN donne la parole à Monsieur François KNECHT sur :

« L'ÉQUIPEMENT DES STATIONS THERMALES »

Monsieur François KNECHT :

Monsieur le Ministre, Monsieur le Président, Messieurs les Maires, Mesdames, Messieurs.

Je n'ai pas l'intention de reprendre ici la longue analyse que j'ai faite avec la collaboration si compétente de Madame Valensi-BenSoussan, que je tiens à remercier et qui est présente parmi nous aujourd'hui, dans le rapport d'études réalisés pour le compte de la Fédération Thermale et Climatique et du Commissariat au Tourisme. Je vous l'épargnerai d'autant plus volontiers que mon amie, Mademoiselle Madeleine Aubin, en a fait pour vous un excellent résumé diffusé au mois d'avril 1970 et que, de surcroît, à l'occasion même de ces journées si brillantes et si utiles, j'ai cru bon d'alerter, une fois encore, sur ce sujet qui est passionnant et qui est grave, tous les responsables de l'économie et de l'aménagement de notre pays. Je l'ai fait par deux moyens différents : le premier qui est une importante participation au volume n° 4, paru il y a quelques jours, d'une publication de base en ce domaine, *L'Aménagement du territoire et le développement régional*, édité par l'Institut d'études politiques de Grenoble, sous le titre : « Le Thermalisme en France » et sous ma signature, p. 509 à 565. Le second, un numéro spécial daté du 13 janvier 1971 de la revue « Agir », édité par l'Institut de Recherches que je préside, l'IRIEC (qui a pris la succession du bureau d'études qui avait fait l'étude) sous le titre : « Pour prendre un nouvel essor, le thermalisme français doit transformer ses structures et se fixer de nouveaux objectifs ». Vous trou-

verez la première de ces publications aux services officiels de la Documentation française, 29 quai Voltaire à Paris, la seconde, Messieurs les Maires, vous a été envoyée récemment et gracieusement sur ma demande et j'en tiens encore quelques rares numéros à votre disposition, sa diffusion ayant connu un succès que je n'escomptais pas, en prévoyant le tirage d'origine. Je pense voir là d'ailleurs une raison de la curiosité d'un certain public à l'égard du problème du thermalisme. Depuis ces publications, un fait nouveau : les statistiques de fréquentation de 69, qui font apparaître par rapport à 68 une très légère augmentation des curistes : au total son estimation est de 404 041 curistes en 69. 392 204 en 1968, soit en valeur absolue 3 % d'augmentation, soit en valeur corrigée par l'expansion générale démographique du pays : 2 % *exactement, ce qui est faible*, mais ce qui en tout cas est une légère augmentation.

Je tiens à préciser immédiatement deux points essentiels : le premier, je suis économiste et spécialiste des problèmes d'aménagement du territoire, je ne suis pas médecin. Toutefois j'ai dirigé pendant 3 ans l'Office thermal et touristique d'Aix-les-Bains, ce qui m'a mis en contact permanent, quotidien avec le corps médical de cette grande station. Le deuxième point, je m'adresse ici essentiellement aux Maires des stations thermales, le problème de l'équipement, je le traiterai au niveau global et en discuterai avec vous, et non au niveau particulier des équipements spécifiques thermaux en tant que centres de soins. Enfin compte tenu de toute la littérature que j'évoquais tout à l'heure, et qui a été assez largement distribuée, je bornerai aujourd'hui mon intervention à quelques points essentiels plus d'orientation que d'application de détail, persuadé que c'est par le dialogue ouvert ce matin et cet après-midi avec les responsables des stations thermales, par la discussion la plus constructive possible, en un mot par une véritable concertation de tous les agents économiques qui peuvent concourir à la réussite du thermalisme, que nous arriverons à dégager ensemble, les véritables mesures politiques et psychologiques d'une part, réglementaires et financières d'autre part, à prendre pour sauver le thermalisme français, ainsi que les stations que vous représentez et qui en sont les supports.

C'est dans cet esprit de large confrontation, à tous les niveaux, entre tous les secteurs, que j'aborde le sujet, ce qui veut dire que, rectifiant légèrement le programme qui vous a été remis, tout en distinguant dans l'analyse les problèmes d'équipement de ceux de la promotion, je les confondrai bien volontiers au plan de la synthèse.

Une station thermale est en ensemble très complexe d'équipements urbains généraux destinés tant à la population résidente qu'aux populations passagères, d'équipements particuliers urbains et touristiques, mais communs à toutes stations faisant appel à une population nouvelle ou étrangère à la station, d'équipements médicaux généraux communs à tous centres de soins, enfin d'équipements thermaux spécifiques à deux niveaux encore, spécifiques quant à la nature même de la crénothérapie, spécifiques au deuxième degré, quant à la nature particulière des soins pratiqués dans une station. Cet ensemble est à la fois complexe et fragile, complexe, je viens de l'énoncer,

fragile parce qu'il apparaît tout de suite que la réalisation de cet ensemble d'équipements et surtout sa cohérence vont poser des problèmes graves de deux ordres.

Quelle station thermale peut se vanter en 1971, et au goût de 1971, d'avoir la totalité des 4 grandes catégories d'équipements énumérés ci-dessus ? Quelle station thermale peut se flatter d'avoir résolu à ce jour le double conflit, population permanente, population saisonnière, population requérant exclusivement ou prioritairement des soins ? La recherche d'un équilibre absolu est évidemment aléatoire et cela d'autant plus que la nature spécifique des soins donnés, l'importance quantitative de la station considérée, son implantation sur le territoire national, au double titre de son site et de sa localisation par rapport aux grandes villes pourvoyeuses de curistes, font varier considérablement tous les paramètres à prendre en considération pour concevoir, pour construire et pour gérer la station thermale idéale. La double interaction équipement-promotion au niveau de sa conception, de sa réalisation et de sa gestion, est l'évidence même pour l'utilisateur qui, en fin de compte, est le seul à sanctionner ce produit équipement-promotion en fréquentant ou en ne fréquentant pas une station thermale. En d'autres termes, au niveau des résultats obtenus, l'on s'apercevra très rapidement qu'un équipement ne vaut que s'il est mis en valeur, s'il est animé, si au total il est vendu et bien vendu. Ce n'est pas l'équipement théorique idéal qui importe, mais celui que réclame impérativement le marché de clientèle créée ou à créer. Ce n'est donc pas forcément par l'accumulation la plus exhaustive possible d'équipements souvent lourds, très lourds à financer, mais par leur adéquation à un marché de clientèle parfaitement tenu à jour, que telle station thermale connaîtra le succès et telle autre ne le connaîtra pas. J'ajouterai donc, et sans la moindre hésitation, quoique puissent en penser certains puristes en cette matière, qu'aux trois paramètres énumérés plus haut, nature des soins spécifiques donnés dans la station, importance quantitative de la station considérée, implantation de cette station sur le territoire en fonction de son site et en fonction de sa distance calculée aussi bien en temps de parcours qu'en kilomètres pour les assurés dont le voyage n'est pas remboursé, s'ajoute et se superpose celui du marché de clientèle. Il est donc indispensable de l'analyser, avec autant de rigueur et surtout d'objectivité que l'on analyse celui des skieurs en montagne, celui des hommes d'affaires en congrès, ou tout simplement des familles en vacances tels que tous ces groupes sociaux ou professionnels se comportent aujourd'hui, en 1971 et dans les dix ou quinze années à venir. J'y reviendrai plus loin.

Inversement ce n'est pas par le seul jeu de tous les supports publicitaires, accumulés de la façon la plus exhaustive possible, que le problème sera résolu, dès lors que les équipements annoncés ou suggérés ou simplement promis n'existent pas ou, en tout cas, pas comme ils sont annoncés. Et je ne peux que déplorer ici l'incroyable faiblesse, la triste indigence de bien des dépliants publicitaires de syndicats d'initiative ou d'autres organismes où les limites de l'imagination paraissent atteintes lorsqu'on aura reproduit, à l'aide d'une photographie médiocre, le portail

d'entrée majestueux ou rococo du casino, de l'établissement thermal et les jardins, toujours fleuris, du casino et de l'établissement thermal ! Mais surtout, ces équipements ne correspondent pas, voire quelquefois sont une contre-indication, au goût et au désir de la clientèle. Certes, elle est difficile cette clientèle. Certes, elle contribue rarement à cette animation des stations qui en faisait autrefois des lieux de loisirs et de plaisir fréquentés. Cette animation que l'on dit avoir quitté Paris pour Londres, comment la trouver dans une station thermale si les populations qui y résident ou qui les fréquentent ne la créent pas elles-mêmes d'abord ?

Mais il existe de bons spécialistes du marketing qui, à intervalles réguliers, pourraient donner quelques conseils de base sur les équipements et les distractions que les curistes, pas forcément grabataires, leurs accompagnateurs et les simples touristes attirés par les vertus véritables ou proclamées des stations thermales, en tant que telles, souhaiteraient trouver, là où ils vont passer quelques semaines pour se soigner ou pour se reposer. En tout état de cause, ces quelques semaines, ils les veulent différentes de celles innombrables consacrées à la vie professionnelle, à la vie urbaine. Je suis atterré entre autres, par ces immenses salles de dancing avec orchestres, de quelle qualité souvent ! Il existe d'excellents appareils de reproduction sonore ; imposés au casino ou voulus par eux, je ne sais pas, mais quels casinos ! Qu'est-ce que cela veut dire aujourd'hui, un casino, dans une moyenne ou petite station thermale, et même dans certaines grandes ? (Des cas exceptionnels comme Divonne étant évidemment mis à part.)

A prix égal, à moindre prix, j'affirme qu'il est possible de satisfaire cette clientèle et par surcroît les populations résidentes qui gravitent autour des stations thermales sur le plan de l'animation et de l'économie régionales. Mais dès lors que l'on parle de cette clientèle et de ses goûts, donc des équipements correspondant à ses goûts, deux questions se posent :

Tout d'abord, la première, quelle est sa provenance ?

— La seconde, quel est son comportement ?

Sa provenance est et pourrait être surtout infiniment variée. Elle est faible aujourd'hui alors qu'elle pourrait être importante. L'étude des motivations de la clientèle fréquentant une station thermale, et nous le verrons plus loin, de son comportement, serait probablement et à mon avis de loin l'étude la plus significative, c'est-à-dire la plus riche en enseignements pour le sujet qui nous intéresse, à savoir la nature et la qualité des équipements et de la promotion d'une station thermale.

Je résume ici très brièvement l'analyse, reportant à mes conclusions ce qu'elle pourrait être dans l'avenir. Il y a d'abord les curistes pris en charge plus ou moins par la Sécurité sociale ; il est de fait que ce n'est pas la procédure d'acceptation par la Sécurité sociale qui en limite le nombre ; le taux en est élevé, n'a cessé de croître depuis 1951, plus de 70 % aujourd'hui. La limitation de cette partie de la clientèle provient donc, il faut avoir le courage de le dire, de la limitation même des prescriptions médicales. L'origine de la prescription thermale peut être, d'après expérience, soit le fait du médecin traitant, soit du malade lui-même suggérant à son médecin une cure

thermale ; dans le premier cas il faut reconnaître franchement qu'au total une fraction seulement du corps médical prescrit des cures thermales ; dans le deuxième cas jouent contre le thermalisme non seulement ce premier phénomène, mais un second, la médiocre, voire dans quelques cas, la mauvaise image de marque des stations thermales françaises. Ce deuxième phénomène est au total l'objet même de mon intervention et de notre discussion. Le premier est tout aussi grave, et même beaucoup plus, si l'on veut s'en tenir à une définition purement médicale d'une station thermale : il tient dans ces quelques chiffres relevés dans diverses enquêtes : 87 % des médecins croient aux cures thermales, proportion d'ailleurs en baisse ces dernières années, mais 57 % d'entre eux sont des prescripteurs éventuels et 38 % seulement des prescripteurs habituels, soit à peine plus d'un tiers du corps médical tout entier. Les premiers à convaincre des vertus des stations thermales sont donc les médecins eux-mêmes. Les changements intervenus au niveau des générations de médecins et intervenus quant à la nature de certaines parties de leurs études médicales ne peuvent qu'inciter au pessimisme. Disons-le bien nettement dès l'abord, la rentabilité des équipements des stations thermales françaises en général ne peut être efficacement assurée (amortissement, renouvellement, bonne gestion, expansion) que si le nombre de curistes fréquentant les stations thermales peut, dans les 10 années à venir, être multiplié par 3 et si de surcroît leur étalement dans le temps peut se faire également sur 6 mois réels. Un tel changement produirait 25 millions de nuitées environ pour une capacité réelle actuelle de 36 millions de nuitées, coefficient très acceptable de remplissage puisqu'il rejoint le coefficient habituel en matière d'hôtellerie de 70 %.

A cette limitation fondamentale, dès le départ, du nombre des véritables curistes, s'ajoute, non pas celle de l'acceptation elle-même de la cure par la Sécurité sociale, mais celle du plafond des ressources interdisant tout remboursement de frais de voyage ou de forfaits de séjour à une partie de cette clientèle. Pour la clientèle des véritables curistes se recrutant tout particulièrement dans les grandes villes, le plafond des ressources jusqu'à présent admis par la Sécurité sociale est manifestement trop faible au regard des salaires pratiqués dans ces mêmes grandes villes. Je prends (nous prenons tous) bonne note des déclarations ministérielles sur ce point, mais je ne peux que retrouver M. le Président Alfred COSTE-FLORET dans ses remarques de tout à l'heure ! Il est complètement absurde de donner des chiffres qui ne font pas partie d'un bilan complet. Il s'agit de savoir ce qu'on met dans un bout et ce qu'il en ressort dans l'autre ! Si évidemment il est prouvé que le thermalisme n'a pas d'effet thérapeutique, il ne faut surtout pas que la Sécurité sociale y consacre 0,8 % de ses ressources, ce qui est déjà peu, mais si en revanche il est prouvé que le bilan des cures est positif, je ne peux que reprendre les remarques de M. Coste-Floret et m'indigner des observations qui ont été faites sur ce sujet.

Pour reprendre ce que je disais à l'instant, il se produit une désescalade dangereuse pour tous, médecins et responsables des stations, et que j'analyse de la façon suivante : faute de ressources ou de moyens, on cumule vacances et cure thermale pour s'en sortir

financièrement ; on demande donc que le centre de soins soit aussi un centre de distractions, on restreint la répartition des cures thermales aux périodes habituelles de vacances, on ravive les oppositions thermalisme-tourisme artificiellement, on oblige les stations à faire un effort d'équipement très lourd, voire insupportable et peu utilisé dans le temps. Mais inversement, faute de cet équipement, ou à cause de son dépérissement, on ne vient plus dans les stations, leur image de marque se dégrade et l'on entre dans un cercle chaque année plus vicieux, infernal déjà pour bien des stations.

Alors qui accuser ? Il est certain que, quelle que soit l'option prise, le manque de prescription thermique, joint au plafonnement excessif des ressources jouent à fond contre la réussite de l'un ou de l'autre type de station.

A côté de ces curistes pris plus ou moins en charge par la Sécurité sociale, il y a les curistes libres et là les résultats se détériorent de façon globale encore plus que dans le premier cas. L'absence d'enthousiasme d'une grande partie du corps médical, l'image de marque des stations amoindrie d'année en année, (à l'heureuse exception près de quelques grandes stations que leur niveau quantitatif d'origine et leur très grande renommée médicale mettent à l'abri non point peut être d'un manque d'expansion, mais d'un dépérissement) provoquent l'amenuisement dramatique et régulier de cette clientèle qui, par ailleurs, a fait la fortune des stations thermales françaises d'avant la guerre et fait toujours celle des stations thermales allemandes et italiennes. Cette clientèle seule pourtant, par son niveau de revenus et par ses habitudes, pourrait compenser le manque à gagner, voire le déficit d'une économie locale fondée sur les seules ressources de sa population résidente et de ses assurés sociaux, au sens restrictif du terme. C'est parmi cette clientèle de curistes libres que se situe la clientèle étrangère — elle est infime, elle tend à disparaître, sauf, et très faiblement au total, en provenance des pays qui soit pour des raisons de langue, — Belgique, Luxembourg, partiellement Suisse, — nous restent un peu fidèles ; ce sont d'ailleurs les mêmes qui le sont également aux stations françaises de sports d'hiver, sauf en provenance des pays où l'habitude et l'image du thermalisme sont fortement et agréablement ancrés, sans les limites et les dégradations absurdes que nous connaissons aujourd'hui en France, à savoir, justement, l'Allemagne et l'Italie.

Il y a enfin les accompagnateurs, c'est-à-dire la famille proche du curiste et les curistes ou vacanciers qui, sensibles à l'image de repos et au site offert par la station thermique, la fréquentent. J'ai parlé tout à l'heure, pour la première catégorie de clientèle, des limitations de leur fréquentation dues au corps médical lui-même et la réglementation de la Sécurité sociale en matière de remboursement, pour la deuxième catégorie de l'image si abîmée des stations thermales françaises ; pour ce qui concerne les accompagnateurs, cette triste image produit une importante perte de fréquentation ; telle famille n'accompagnera pas le malade curiste, divisant ainsi par deux, trois ou quatre, les revenus qu'ils auraient pu laisser sur place ; pire encore, elle dissuadera, dès lors qu'il existe des thérapeutiques de remplacement non localisées, de venir dans une

station thermique, surtout s'il s'agit d'un cumul cure + vacances. Je suis convaincu que par ce mécanisme, le manque à gagner de nos stations est très important.

Pour ce qui concerne les touristes, le problème est à la fois le même et différent, en ce sens que si la station thermique possède un site et des atouts réels de repos et de calme, elle peut continuer à exercer ses attraits, mais à la condition de leur offrir au moins les mêmes équipements sportifs et de loisirs qu'ils trouveraient dans n'importe quelle station touristique normalement équipée. Les chiffres évoqués et que vous connaissez tous sont la sanction inexorable de l'analyse que je viens rapidement de résumer.

Analysons, maintenant, le comportement des curistes personnellement, je pense qu'il est aussi divers que la clientèle des curistes et des non curistes, aussi varié que le sont les stations thermales elles-mêmes et qu'il est difficile d'en faire un portrait-robot. Bien entendu il y a déjà eu quelques enquêtes de faites ; telles qu'elles existent, elles sont à mon avis difficilement exploitables tant en fonction de la diversité que je viens de signaler que de la tendance nationale, si générale, celle-là, à critiquer tout ce que l'on ne trouve pas chez les autres. L'on sait, bien sûr, que la moyenne d'âge est élevée, 7 % seulement de la clientèle est âgée de moins de quarante ans ; si l'on rapproche ce chiffre de ce que je signalais tout à l'heure sur les modifications intervenues chez les médecins, tant en ce qui concerne leur propre comportement qu'en ce qui concerne leurs études, il y a de quoi être très sérieusement inquiet. Je suis quant à moi, et dans ce domaine, très soucieux de la baisse de fréquentation des enfants. Nombreux aujourd'hui, voire très nombreux, bien moins exigeants que les adultes quant aux équipements offerts ou réclamés, ils devraient constituer une clientèle importante et dans tous les cas amorcer un véritable phénomène d'expansion thermique. Ainsi en va-t-il dans de nombreux secteurs de l'économie — il y a là une exception qui m'étonne : le souci de la santé des enfants ; dans quelques cas aussi, il faut bien le dire, le désir de s'en débarrasser le temps d'une cure, explique leur éloignement des stations thermales.

Une réponse précise sur le comportement des familles, enfants inclus, permettrait d'y voir plus clair. C'est un fait que plus de la moitié des curistes choisissent leur station en fonction de son attrait touristique : 51 % d'après certaines enquêtes. C'est ce qui explique, je pense, ce chiffre record et même exemplaire du nombre des accompagnateurs à Luchon : Ce chiffre est de 60 % contre 15 % en moyenne dans les petites et moyennes stations. *Je redis là ce que j'ai dit plus haut.* Une bonne étude de marketing me paraît donc indispensable : elle doit se fonder sur l'origine des curistes dont les résultats objectifs ne peuvent être discutés ; elle doit se fonder tout autant sur leur comportement : là l'analyse qualitative est évidemment plus fine. Afin de déterminer le plus exactement possible le produit thermal, il faut connaître plus exactement encore quel est le client susceptible de le consommer, pourquoi et comment il consommerait du thermalisme, en dehors, bien entendu, de la motivation principale, la motivation de santé.

Arrivé à ce point de mon intervention, il m'apparaît qu'il serait utile de m'arrêter une première fois,

pour aborder, avec votre collaboration, et compte-tenu de ces considérations précédentes, le problème des équipements. Nous en ferons ensuite cet après-midi autant pour la promotion. Puis je me permettrai de vous faire part de mes conclusions en souhaitant y intégrer au maximum toutes celles auxquelles nous serons parvenus ensemble.

Pour faciliter le débat, je vais de mon côté, énumérer avec quelques commentaires les principaux types d'équipements des stations thermales actuelles. Nous allons évoquer rapidement ces types d'équipements en France en les comparant avec ceux de l'Allemagne et de l'Italie, nos principaux concurrents, et particulièrement en nous référant aux deux stations italiennes Abano et Montecatini et la station allemande de Baden-Neun-Ahr qui avaient fait l'objet de notre étude.

En France les stations thermales possèdent une infrastructure qui date de la fin du XIX^e siècle, parfois du début du XX^e, à quelques exceptions près. Depuis 50 ans, on a vu peu de transformations et celles qui ont été réalisées résultent de mutations obligatoires, souvent peu réussies : l'exemple des palaces transformés en meublés est loin d'être toujours un succès.

En ce qui concerne les établissements thermaux, ayons le courage de dire que la plupart d'entre eux sont vieux et souvent inadaptés ; de cette inadaptation résulte une gestion difficile et peu rentable. Il en résulte une sorte de cercle vicieux, le manque de rentabilité n'incitant pas un investissement de sorte que les équipements thermaux ne se renouvellent pas. A cet égard il est juste de souligner que la question du blocage des prix est dramatique car la tarification influe nécessairement sur la rentabilité donc sur l'investissement. Il ne fait aucun doute que les tarifs des cures devraient être aussi souples que possible, conçus en fonction des catégories de clientèle et il semble qu'en ce qui concerne les curistes de première classe les prix devraient être libres.

De même il serait indispensable que les aides financières de l'État soient réparties également à tous les établissements thermaux et ne soient pas différentes selon leur régime juridique. Ainsi que vous le savez, en effet, si les prêts du F.D.E.S. attribués par le Commissariat Général au Tourisme, interviennent dans les mêmes conditions pour toutes les catégories d'établissements thermaux, par contre les subventions du ministère de la santé publique ne sont accordées qu'aux établissements appartenant à des collectivités publiques et gérés par elles-mêmes.

Quant aux hôpitaux thermaux la question se pose de définir exactement ce qu'ils doivent être : la plupart du temps ils ne sont que des centres d'hébergement pour des assurés sociaux économiquement faibles ; ils peuvent aussi être des centres de soins ; enfin la formule la meilleure serait incontestablement qu'ils soient à la fois des centres de soins et des

établissements de recherches comme le voudrait leur véritable vocation. En tout état de cause, ils sont trop nombreux. En définitive, en ce qui concerne cette catégorie d'hébergement le problème est de savoir (et la réponse peut d'ailleurs varier selon les stations) si l'on doit les concevoir comme des hébergements banalisés ou des hébergements spécifiques.

Pour ce qui est des équipements d'accueil vous connaissez les chiffres : 200 000 lits environ dont 110 000 en hôtels et 80 000 en résidences secondaires. C'est dans ce domaine que la situation est peut-être la plus grave car on retrouve dans les stations thermales mais avec un caractère accentué, la grande misère qualitative du parc d'hébergement français. Je dois évoquer ici la disparition des grands hôtels dans les stations thermales, ceux qui sont repris par les grandes sociétés d'eaux minérales mais au prix d'immenses déficits que ces sociétés doivent supporter et, en ce qui concerne les hôtels plus modestes, leur caractère souvent inadapté aux besoins. Par ailleurs, des problèmes tels que celui de la pension ou de la demi-pension qui, certes, se posent aussi bien dans toutes les stations que dans les stations thermales, ont aussi une grande importance.

Quant aux centres d'hébergements sociaux ils sont insuffisants.

Enfin les équipements sportifs et de loisirs, pourtant très nombreux et très variés en France, sont dans les stations thermales peut-être trop riches quantitativement mais en général vieux, désuets, peu conformes aux goûts de la majorité des clients aujourd'hui. exception faite de quelques très grandes stations,

Enfin il faut souligner que l'animation dans les stations thermales est à peu près inexistante.

Par rapport à cet état de choses que voyons-nous en Italie et en Allemagne ? Dans ces pays les stations thermales ont, à l'origine, à peu près le même âge qu'en France mais le parc thermal s'est sans cesse recréé. Il est donc adapté aux besoins des curistes modernes. L'hôtellerie y est florissante et constitue le principal moyen d'hébergement. Dans ces deux pays le nombre des hôtels comme celui des établissements thermaux va en s'accroissant alors qu'en France il reste stationnaire. A Abano, la grande station italienne, il est construit chaque année l'équivalent d'un hôtel thermal de 100 chambres et ce rythme ne se ralentit pas depuis 15 ans.

A dessein je n'ai fait qu'évoquer ces différents problèmes d'équipements. Ce n'est pas parce que je n'ai pas de solutions à présenter ; mais je pense que pour la bonne marche de nos travaux, il est plus logique de faire intervenir, sur ces problèmes des équipements, les responsables des stations thermales, maires ou autres agents économiques de ces stations, de façon à aboutir à la confrontation souhaitée par Monsieur le Président Ebrard et les organisateurs des travaux de cette journée.

LES BOUES VÉGÉTO-

LEUR UTILISATION THERMALE

Les boues végéto-minérales utilisées à Vichy sont à base d'argile marneuse provenant d'un gisement du Stampien inférieur voisin de la Source du Dôme. Cette marne, extraite en blocs plus ou moins volumineux, est séchée, broyée et réduite en poudre extrêmement fine dans une usine située à proximité de la carrière.

Les boues thérapeutiques sont obtenues dans de grands bassins en ciment où l'eau thermale chaude coule en permanence sur l'argile préalablement imprégnée d'eau minérale ; ainsi se trouve favorisé le développement d'algues et de certains micro-organismes.

Lorsque la couche végétale formée à la surface de la boue est suffisamment épaisse, ce qui demande plusieurs mois, le contenu des bassins est homogénéisé et constitue la boue thermale prête à l'emploi.

L'argile étant de nature exclusivement minérale, les substances organiques contenues dans les boues proviennent des algues et, pour une faible part, des micro-organismes associés ; leurs propriétés viennent s'ajouter à celles que possèderaient des boues formées seulement d'argile et d'eau minérale.

D'autre part, les particules d'argile extrêmement petites et nombreuses sont chargées électriquement et douées d'un important pouvoir d'échange ionique. Cet échange, peut s'effectuer à travers la peau pendant les applications de boue ; il est plus actif lorsque la température est élevée et n'est pas limitée aux simples ions minéraux mais s'étend à des ions organiques comme les groupes animés des protéines, les dérivés hydroxylés, les amino-acides et d'autres molécules organiques.

Ces phénomènes ont pour résultat non seulement de faire pénétrer dans l'organisme des substances biologiquement intéressantes mais aussi de faciliter l'élimination de substances ou de déchets dont l'accumulation est défavorable.

Les algues se développant dans les boues de Vichy sont des algues bleues (Cyanophycées) qui élaborent, comme les autres algues d'ailleurs, de très nombreuses substances. Leur mucilage, formé de mucopolysaccharides confère aux boues une onctuosité remarquable et retarde considérablement le refroidissement des enveloppements. La présence de phospholipides, et notamment de lécithine, a été reconnue ainsi que celle de phytostérols et des vitamines A (antixérophtalmique et de croissance), et D (antirachitique).

A peu près tous les acides aminés qui servent aux algues à synthétiser leurs propres protéines, existent à l'état libre dans ces végétaux et, par conséquent, dans les boues, depuis les plus banaux jusqu'aux acides ami-

MINÉRALES DE VICHY

nés indispensables dont les organismes supérieurs ne peuvent réaliser la synthèse (arginine, histidine, leucine, isoleucine, lysine, phénylalanine, thréonine, tryptophane, valine).

L'acide ascorbique ou vitamine C a été identifié et dosé dans les algues et dans les boues ainsi que plusieurs vitamines du groupe B, notamment l'acide pantothénique et son dérivé naturel, le coenzyme A, la vitamine B12 (le cobalt qui fait partie de sa molécule existe dans les eaux de Vichy ainsi que de nombreux autres oligo-éléments), l'acide folique, la vitamine B2 (Riboflavine)...

On voit donc que les boues végéto-minérales de Vichy qui ont été, de même que les algues qu'elles contiennent, spécialement étudiées pendant plusieurs années par le Service de Recherches de la Compagnie Fermière de Vichy, représentent une thérapeutique dont la richesse est importante. Il a été récemment démontré (M.-F. Jayle et coll. 1965), grâce à l'utilisation de corps marqués par des isotopes radio-actifs que des substances complexes telles que les œstrogènes pouvaient pénétrer dans l'organisme par voie transcutanée.

Ainsi, le mode d'action de la fangothérapie nous paraît bien procéder de trois facteurs :

- la thermalité de la boue pour ses effets analgésique et résolutif, la vaso-dilatation des capillaires et l'hyperhémie des tissus sous-jacents à l'application,
- la minéralisation de l'eau,
- la richesse de ces péloïdes en substances minérales et organiques qui, parvenant par voie transcutanée dans les cellules, sont susceptibles de modifier certains processus métaboliques perturbés, de les stimuler ou, au contraire, de les inhiber.

Les techniques mises en œuvre dans les Etablissements de Vichy consistent essentiellement en des illutations locales ou régionales, pendant vingt minutes, suivies d'une douche de lavage à la pomme et d'un repos sur lit de vestiaire, de même durée.

Dans de telles conditions d'application, cette méthode conduit, de façon très générale, à des résultats remarquables sur les manifestations chroniques douloureuses ou spasmodiques du foie, des voies biliaires et de l'intestin.

Elle ajoute, par ses propres effets, un élément très important à ceux de la cure de boisson dans la thérapeutique thermique des séquelles d'hépatite virale, toxique et toxi-infectieuse, des dyskinésies biliaires, des lithiases vésiculaires, des séquelles de cholécystectomie et des colites acides de fermentation, toutes affections justiciables, au premier chef, de la cure de Vichy.

LES DÉBATS

Le Docteur LACARIN remercie Monsieur François KNECHT de son exposé qu'il qualifie de sévère pour les stations thermales mais, dit-il, il a mis en valeur des critiques qui devaient être faites et desquelles doivent résulter les orientations nécessaires pour une relance du thermalisme.

Puis il ouvre la discussion.

Le Professeur François BESANÇON déclare s'associer pleinement aux conclusions des Docteurs MOLINÉRY et FLURIN en ce qui concerne l'orientation médicale à donner à la station thermale. Pour lui, les stations qui ont conservé l'image de marque d'une orientation médicale sont actuellement celles qui marchent le mieux.

Au sujet du rapport de Monsieur LEINEKUGEL, il s'exprime de la manière suivante :

Je n'avais pas songé à l'impact de l'opinion du curiste sur le curiste potentiel pour la motivation de la décision d'un choix de la cure thermale. Et ces informations, issues des curistes, sont pour moi une notion tout à fait nouvelle et intéressante ; c'est certainement une information qu'il faut utiliser exactement dans l'optique que vous avez définie. La seule question que je me pose c'est que, dès qu'une information existe et bénéficie d'un support de diffusion, car elle va en bénéficier, il faut faire très attention à ne pas la détourner ni de son origine ni de sa destination. Ne pas la détourner de son origine, c'est-à-dire ne pas faire croire qu'elle émane du corps médical, alors que son émanation est bien l'opinion des curistes eux-mêmes. Et ne pas la détourner de sa destination — et là je me tourne vers nos confrères médecins — car il y a un problème qui est l'information des curistes potentiels et il y a un problème tout à fait différent qui est l'information du corps médical, et spécialement dans le corps médical des spécialistes qui constituent à peu près la moitié du corps médical. Car si l'on diffuse ces informations, ces graphiques auprès des spécialistes, on risque d'aggraver leur réaction de méfiance vis-à-vis du thermalisme. Par trois aspects : une première méfiance sera la suivante ; ils verront le pourcentage d'amélioration, le pourcentage d'échecs après deux ou trois cures. Attention à la réponse qu'ils pourront nous faire, c'est que les gens qui se sont présentés à la première, à la deuxième et à la troisième cures ne sont pas les mêmes. Il y a un biais statistique, notion bien familière à M. Lainé Kugel, car ceux qui ont eu un échec à la première cure souvent ne vont pas faire la seconde ni la troisième cure ; or il faut bien reconnaître que ceci explique la diminution des échecs entre les trois cures thermales. Deuxième sujet de méfiance que pourraient éprouver des médecins spécialistes — (je ne parle que des spécialistes, parce que le médecin praticien n'ira peut-être pas jusqu'à ces critiques), c'est ce que le malade appelle « le foie » ou le « cœur », par exemple, n'est pas forcément le foie et le cœur. Et les curistes parlent de crise de foie là où il s'agit de migraine, par exemple. Donc nous notons bien que c'est une information émanée des malades et non pas émanée du corps médical. Et puis la troisième remarque c'est qu'un spécialiste

qui voit des chiffres pareils, de 90 % de succès pour les maladies du cœur, et de 91 % de succès dans les maladies du rein et de l'appareil urinaire se dit : « est-ce que moi spécialiste, cardiologue ou néphrologue, j'ai 90 % de succès dans mes maladies du cœur ou dans mes maladies des reins ? »

Quant à nous, nous savons très bien que ce ne sont pas toutes les maladies du cœur ou les maladies du rein qui sont justiciables de cures thermales mais seulement certaines manifestations. Je préconise donc une grande prudence en ce qui concerne la diffusion au corps médical des graphiques qui ont été commentés par Monsieur Leinekugel.

Le Docteur DEBIDOUR insiste à son tour sur l'importance des conclusions des Docteurs MOLINÉRY et FLURIN d'une part, de Monsieur COSTE-FLORET d'autre part, souhaitant que l'image de marque médicale des stations se maintienne. En Grande-Bretagne, dit-il, le thermalisme est mort parce que le corps médical ne comprenait pas ce qu'était la crénothérapie. Quant à lui, le Docteur DEBIDOUR déclare qu'il rejoint ce que disait Monsieur COSTE FLORET sur la nécessité d'une coordination rigoureuse de l'action menée dans les stations par les médecins, la municipalité et les établissements thermaux.

Le Docteur PERUS, maire d'Argelès, intervient sur deux points :

- d'une part la lutte contre le bruit et les pollutions dans les stations ;
- d'autre part la question des moyens de communication.

Il le fait en ces termes :

Je suis entièrement d'accord sur la nécessité d'établir des périmètres de protection autour des centres thermaux. Mais étant à la fois maire et médecin, je rappelle à mes confrères du corps médical que les dispositions à prendre ressortissent des pouvoirs des maires. Je suis d'avis qu'il ne faut pas introduire dans la gestion de notre municipalité des contrôles extra-municipaux, départementaux ou régionaux. C'est au maire que les curistes, les professionnels de l'hôtellerie, les administrateurs des établissements thermaux doivent s'adresser pour lui demander de prendre les dispositions réglementaires sur la circulation, la pollution et notamment la pollution provenant des voitures automobiles.

Je constate par ailleurs que l'on a fort peu parlé des moyens d'accès à nos stations. C'est cependant une question fondamentale. J'observe que dans les Pyrénées de nombreuses voies ferrées secondaires sont supprimées, telle que celle de Lourdes à Pierrefitte qui dessert les stations d'Argelès, de Beaucens, de Cautejets, de Barèges, de Luz Saint-Sauveur. On supprime également la voie ferrée de Tarbes à Bagnères-de-Bigorre et je crois savoir que la ligne de Montréjeau à Luchon est également très menacée. La fréquentation et le succès de nos stations auprès des curistes dépendent en majeure partie des facilités d'accès que rencontrent ceux-ci.

Le Docteur COTTET intervient à propos du rapport de Monsieur Leinekugel sur la question des statistiques. Il le fait dans les termes suivants :

Je voudrais m'associer pleinement à ce que viennent de dire mes amis François Besançon et Debidour. Je ne suis pas statisticien mais je fréquente les statisticiens dans le domaine de la médecine depuis une vingtaine d'années et je sais quelle est l'évolution de leur pensée. Il y a quelques années les statisticiens désiraient s'appuyer uniquement sur des signes objectifs, des examens de laboratoires, des mesures. Et il semble qu'à l'heure actuelle ils évoluent en ce sens qu'ils admettent la valeur des signes subjectifs donnés par le malade. Le Professeur Claude Laroche nous disait, il y a deux jours, qu'un groupe d'Harvard avait remarqué que pour mesurer l'action analgésique d'un médicament, le meilleur test était encore l'interrogatoire du malade. Et pourtant nous savons que beaucoup d'épreuves de laboratoire ont été tentées. Le Professeur Pichot, psychiatre, vient de mettre au point un interrogatoire comportant 18 questions qui, d'après lui, avec un coefficient d'erreur inférieur à 1 %, permet de dépister si un malade est un hypocondriaque, car ce vieux mot subit une renaissance de la part des psychiatres, des psychologues, permet de savoir si un malade est oui ou non un hypocondriaque et il faut pour cela 18 questions. Mon ami le Dr Jean-Robert Debray, membre de l'Institut, vient de créer un groupe de médecine de dépistage auquel il a associé une dizaine de jeunes professeurs spécialisés, et ses méthodes de dépistage sont essentiellement basées sur des examens de laboratoire, l'électrocardiogramme et l'interrogatoire du malade. Il n'y a pas d'examen physique du malade fait par un médecin. C'est dire que la statistique qui a été entreprise, était très importante puisqu'elle repose uniquement sur des symptômes subjectifs. Mais la question que je voudrais poser est celle-ci : quel a été le mode d'interrogatoire, est-ce que l'interrogatoire a été soumis à des spécialistes habitués à ces questions, car pour réaliser un de ces interrogatoires il faut beaucoup de séances de travail, et je sais que les interrogatoires qui ont été mis au point dans le groupe présidé par Jean-Robert Debray, dont je viens de vous parler, a demandé deux ans de séances répétées entre ces éminents spécialistes, pour mettre un interrogatoire parfait au point. A l'heure actuelle leur centre est en évolution et ils estiment à la lumière de l'expérience qu'il y a des erreurs dans l'interrogatoire et qu'ils vont être obligés d'y apporter des retouches. Je crois donc que, si nous voulons nous orienter dans la statistique, il faudrait créer un groupe d'étude s'intéressant à la question, réunir les spécialistes compétents et savoir si ce groupe trouvera les subventions nécessaires pour vivre car, à l'heure actuelle, les statisticiens sont extrêmement sollicités et ils ne peuvent nous donner leur savoir gratuitement.

Je voudrais aussi faire deux remarques au sujet de la fréquentation des étrangers, dans nos stations. Nous pleurons évidemment leur disparition. Mais est-ce que ce n'est pas un mal général français ? et est-ce que d'une façon générale les touristes étrangers se raréfient simplement dans nos stations ou dans l'ensemble du pays ? Nous pleurons aussi sur notre hôtellerie démodée, mais est-ce que ce n'est pas hélas un mal général à la France ; est-ce que toute notre hôtellerie française

n'est pas démodée par rapport à ce qui se passe à l'étranger ?

M. LEINEKUGEL :

Je voudrais vous répondre et je crois qu'il y a d'abord une ambiguïté à lever. Nous n'avons pas eu du tout l'intention de faire aucune analyse et aucune étude qui touche de près ou de loin à la médecine. C'est tout à fait différent, je l'ai souligné. Nous avons voulu uniquement savoir ce que pensent les clients des établissements thermaux des services qui leur sont rendus ; deuxièmement connaître, comme l'a souligné le Professeur Besançon, cet impact auprès des curistes potentiels. Et je souligne bien aussi que ces statistiques qui sont envisagées pour l'avenir sont complètement indépendantes de toute analyse du diagnostic médical. C'est uniquement, excusez-moi d'employer ce mot, l'aspect « commercial » recouvrant en outre les services-santé que les établissements thermaux peuvent rendre.

Dr COTTET :

Mais ne croyez-vous pas qu'en prenant des précautions que vous ne me paraissez pas avoir prises, vous auriez pu déboucher sur cet intérêt commercial que je comprends comme important et en même temps sur un intérêt médical ?

M. LEINEKUGEL :

Je suis certain qu'il y aura intérêt à ce que ultérieurement ces enquêtes soient conjointes, mais je précise que le premier but : c'était d'avoir l'opinion des curistes sur l'amélioration de leur état de santé.

M. KNECHT :

Je voudrais répondre aux deux questions que vous avez posées tout à l'heure en ce qui concerne la fréquentation des étrangers et en ce qui concerne l'hôtellerie. En ce qui concerne la fréquentation des étrangers, elle est évidemment fluctuante en ce sens qu'elle est sensible à la conjoncture et au total, elle est en progression constante en France, à la fois en ce qui concerne le chiffre d'étrangers et le chiffre des nuitées. Je prends les deux volontairement parce que pour le chiffre de nuitées la moyenne est assez faible ; on passe en France, on ne s'y arrête pas assez. Il y a peut-être là une relation de cause à effet entre la fréquentation thermique des étrangers qui implique évidemment une cure d'une certaine durée, et le fait que l'étranger traverse la France pour traverser également d'ailleurs l'Italie, pour traverser également l'Espagne etc. Nos principaux clients étrangers touristes sont devenus les Américains qui sont des gens qui passent en France, sans s'y arrêter plus longtemps que 3-4 jours. En ce qui concerne l'hôtellerie, l'hôtellerie française, tout le monde le sait, a été la première du monde ; quantitativement, elle reste d'ailleurs la première, avec son nombre de chambres, mais malheureusement elle est fort démodée, sauf dans le cas de constructions nouvelles de pôles d'attrait comme les stations de sport d'hiver. Ceci rejoindra les conclusions que je tirerai tout à l'heure, à savoir que c'est vraiment par une espèce de rénovation complète de l'image, de l'idée

de la structure de la station thermale que l'on peut peut-être trouver et inciter les capitaux privés à investir dans une hôtellerie qui a été fort belle, dont il y a encore de très beaux restes, mais qui évidemment n'est plus du tout une hôtellerie souhaitée par les clients d'aujourd'hui.

Roger KLAUS, secrétaire général de l'Office Français de Recherches Bio-Climatiques.

Je voudrais vous parler d'équipement, mais d'équipement un peu spécial. De plus en plus se fait jour la notion de thermalisme associé au climatisme. Il y a dans l'effet des cures un support qui est le support du climat, dans de très nombreux cas. D'autre part, si le thermalisme est obligé, d'une façon ou d'une autre, de se reconverter, tout au moins partiellement, il faut insister sur le côté climatique ; on aperçoit bien en ce moment qu'on parle beaucoup des stations de détente et l'environnement, le mot à la mode, joue énormément ; c'est peut-être une façon d'attirer les curistes que de connaître le climat. Or il est manifeste que si pour créer une station thermale on a besoin de nombreuses analyses et de nombreuses études, pour créer une station climatique, il n'y a besoin de rien. Car la loi est ainsi faite que pour créer une station climatique, il suffit qu'il y ait une vague enquête et que le Maire décide qu'il en est ainsi, cela passe ensuite dans des commissions, mais il n'y a aucun dossier. Donc, il y a cet aspect de définition d'une station thermale et climatique qu'il faudrait voir d'un peu plus près, mais il y a aussi un intérêt pour les médecins, et par suite pour les curistes, de savoir comment la cure agit dans telle ou telle condition climatique. Et c'est très important : enverra-t-on les rénaux à Capvern ou les enverra-t-on à Vittel ? Peut-être que l'influence du climat de l'une et de l'autre des stations, en plus de l'influence de l'eau, bien sûr, joue. D'autre part ce problème se complète par un aspect médical de la question, à savoir quelles sont les répercussions sur la physiologie ou la pathologie des conditions climatiques. C'est pourquoi les études qui ont été faites nous paraissent lacunaires, incomplètes. Il s'est créé cet Office Français de Recherche bio-climatique, qui est une association de chercheurs bénévoles. J'ai toujours dit qu'on pouvait faire de la publicité par exemple sur une station thermale ou climatique qui a du crachin 90 jours par an ou même 100 jours par an. Car le crachin dans une certaine mesure peut-être bénéfique : encore faut-il pouvoir le déterminer et le savoir. Il y a donc des études médicales à faire, médicales et biologiques. Or la climatologie classique est absolument incapable de donner les éléments. Il faut une climatologie spéciale, faite uniquement dans ce but. C'est cette climatologie spéciale qu'a également étudiée l'Institut Français de Recherche Bio-climatique. Donc dans les équipements, car je crois qu'il s'agissait d'équipements dans la discussion, si les stations s'équipent d'une toute petite « station » destinée à faire des mesures simples sur le climat, je crois que c'est un équipement qui sera peut-être finalement rentable et bénéfique.

M. COSTE-FLORET :

Je voudrais dire un mot sur la question qui vient d'être débattue, parce que tout en étant dans l'ensem-

ble tout à fait d'accord avec le secrétaire général de l'Office du Bio-Climatisme, je voudrais tout de même sur un point important, apporter une nuance à son propos. Il nous a indiqué qu'en ce qui concerne le climatisme on pouvait fonder des stations climatiques partout. Il y a, à l'heure actuelle, plusieurs sortes de stations classées, il y a les stations hydro-minérales, les stations thermales, les stations balnéaires, et les stations de sport d'hiver. Il y a aussi les stations climatiques. Il y a trois ou quatre ans nous avons eu une réunion au Conseil supérieur du Tourisme, dont le but était de revoir les normes des stations classées. Et un haut fonctionnaire que je ne nommerai pas, parce qu'il n'est pas ici, mais qui s'intéressait de très près à la question et qui avait un rang très important, a demandé que l'on supprime dans la catégorie des stations classées les stations climatiques, parce qu'il y a des climats partout et qu'à partir du moment où il y a des climats partout, on peut faire des stations climatiques partout. Personnellement je me suis opposé à ce propos, parce que je crois qu'une station climatique c'est autre chose ; seulement il y a tout de même, il faut bien le reconnaître, une part de vérité dans ce propos selon lequel il y a partout un climat que l'on peut exploiter. Je crois donc que nous nous devons d'insister au sein de la Fédération Thermale et Climatique pour que, si l'on maintient la notion de station climatique, les normes de classement de la station climatique soient définies un peu plus sérieusement qu'elles ne le sont jusqu'ici. Une station climatique c'est évidemment un climat qui a des vertus thérapeutiques et qui a également les installations et les équipements nécessaires pour exploiter thérapeutiquement ce climat. Ceci n'est pas dans la législation, mais je crois qu'il faudrait l'introduire, sinon nous multiplierons les stations et nous n'avons pas intérêt à le faire, d'abord parce qu'on ne peut pas créer partout des stations, et ensuite parce que si nous voulons bénéficier dans la législation de certains avantages particuliers, il faut que nous restions limités.

Docteur BOIS (Divonne) :

Ma question va s'adresser à Monsieur Leinekugel. Il y a un problème d'échantillonnage dans les curistes. J'ai participé à son enquête en tant que médecin, c'est-à-dire que j'ai reçu à peu près une vingtaine de questionnaires à envoyer à différents curistes. Mais dans cet envoi il n'était indiquée aucune manière d'utiliser ce questionnaire. Autrement dit, comment a été choisi l'échantillonnage pour qu'il soit le plus représentatif de la population de curistes ?

Le Docteur CAMBIEZ

intervient sur le problème de l'organisation de la station thermale tel qu'il a été évoqué par le Docteur MOLINÉRY et Monsieur COSTE-FLORET. Certes, il est partisan d'une collaboration étroite entre les médecins thermaux et le maire et admet l'existence d'une commission de coordination présidée par celui-ci. Mais à côté de cette commission présidée par le maire il souhaite qu'une primauté soit donnée au Président de la Société locale des Médecins car, dit-il, c'est indispensable pour l'organisation de la lutte contre le bruit et les pollutions.

Une commission mixte présidée par les médecins siègerait alors aux côtés de la commission dont a parlé

Monsieur Coste-Floret pour que les mesures nécessaires soient prises. C'est ainsi, dit-il, que dans sa station le repos nocturne est contamment troublé par la circulation et par les distractions nocturnes.

Par ailleurs le Docteur CAMBIEZ à propos de l'indigence de l'équipement hôtelier comparé à celui de l'Italie rappelle que la plupart de nos établissements ont souffert des deux guerres mondiales surtout la seconde. Il évoque la disparition du plus grand palace de Vichy et les nouveaux projets envisagés dans le cadre du renouvellement de la convention entre la Compagnie Fermière et l'Etat qui portent notamment sur la reconstruction d'un hôtel de luxe. Ne vaudrait-il pas mieux, dit-il, faire porter les efforts en général dans les stations sur la modernisation des établissements existants plutôt que d'en créer de nouveaux ?

Le Docteur CAMBIEZ présente enfin une 3^e observation : celle de l'importance du congrès qui peut permettre de rentabiliser l'hôtellerie en morte saison.

Monsieur COSTE-FLORET demande à répondre au Docteur CAMBIEZ.

Il tient à exprimer son désaccord sur la conception qui consisterait à donner la priorité dans l'organisation d'une station à une autre entité que celle du maire. Il confirme le point de vue selon lequel une collaboration étroite est indispensable entre le corps médical et le maire mais même dans un secteur comme celui de la lutte contre les bruits et la pollution, il considère que c'est au maire, seul, qu'il appartient d'édicter la réglementation nécessaire. Sous réserves de certaines exceptions telles que Vichy ou Aix-les-Bains qui sont des stations d'Etat et pour lesquelles des modalités particulières peuvent être envisagées, il considère que seul le maire a suffisamment d'indépendance par définition et par vocation pour coordonner l'ensemble des intérêts qui s'expriment dans le fonctionnement d'une station.

Le maire de PLOMBIÈRES insiste à son tour sur

l'importance de la desserte ferroviaire des stations. Il signale que « le train des eaux » qui desservait toutes les stations des Vosges et de l'Est va être supprimé ou transformé, et qu'en tout cas la durée de fonctionnement va être très sensiblement raccourcie. Or ceci risque de porter un coup fatal à la station en raccourcissant par la même occasion la durée de la saison. En ce qui concerne les étrangers, il est bien évident, dit-il, que les difficultés des communications les rebutent entièrement.

Puis l'orateur évoque la possibilité d'introduire dans le cycle de 21 jours des cures, des journées de liberté au cours desquelles le traitement est interrompu ce qui est un repos pour le curiste et ce qui lui permet, par ailleurs, de se distraire.

Monsieur COSTE-FLORET et le Docteur MOLINÉRY répondent sur ce point : ils indiquent qu'effectivement dans les stations étrangères ces jours d'interruption du traitement existent. Mais il ne peut en être de même en France car désormais il existe certains impératifs de la Sécurité sociale qui n'effectue le remboursement de la cure que lorsque 18 jours au minimum de soins ont eu lieu.

Le Docteur SCHNEIDER de Plombières toujours à propos de la question de desserte ferroviaire observe que les solutions que peut adopter la S.N.C.F. ne sont pas toujours simples : c'est ainsi, dit-il, que le train quotidien direct Paris-Plombières fonctionnant du 15 juin au 12 septembre n'a parfois que 8 voyageurs.

Il pense quant à lui que des solutions plus souples et plus simples que le maintien d'une ligne déficitaire pourraient être imaginées, par exemple : le rattachement à la ligne principale à partir de Lure d'un train qui desservirait Luxeuil et Plombières.

La discussion étant épuisée, le Docteur LACARIN lève la séance en indiquant qu'elle sera reprise l'après-midi avec à l'ordre du jour le second rapport de Monsieur François KNECHT.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Cette séance a été présidée de façon effective par Monsieur Marcel ANTHONIOZ, SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU TOURISME, qui a tenu à diriger les débats non seulement en tant que ministre exerçant la co-tutelle du thermalisme mais en tant que maire de la station de DIVONNE-LES-BAINS.

Aux côtés du Ministre, assistaient à cette séance Monsieur BOYON, conseiller technique au Cabinet de Monsieur Robert BOULIN qu'il représentait, le représentant du Secrétaire d'Etat auprès du Ministre du Développement industriel et scientifique, Monsieur Bernard LAFAY, enfin Monsieur Paul RIBEYRE, ancien Ministre de la Santé publique, sénateur-maire de Vals-les-Bains.

Monsieur Marcel ANTHONIOZ ouvre la séance dans les termes suivants :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Un seul mot d'amitié pour vous dire la joie particulière que j'éprouve à présider la séance terminale de ces journées d'études sur le thermalisme français et vous dire combien j'ai vive gratitude que vous ayez bien voulu m'y associer avec mon collègue et ami, Monsieur Robert Boulin, ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, représenté par Monsieur Jacques Boyon, éminent conseiller technique à son cabinet. J'éprouve une joie très grande à participer à vos travaux de cet après-midi, à me mêler à certains

de vos débats, avant même de prononcer, comme vous avez bien voulu m'y convier, l'allocution terminale. Mais je veux en tout premier lieu, m'acquitter d'un devoir d'amitié et dire à mon ami, le Docteur Guy EBRARD, car il y a bien longtemps déjà qu'ensemble nous évoquons le thermalisme à l'Assemblée Nationale et en d'autres enceintes, combien nous sommes rassurés que la Fédération Nationale du Thermalisme et du Climatisme ait à sa tête un homme de sa qualité, de sa compétence, de ce sens du discernement et du dynamisme qui sont les traits dominants de son caractère et de sa personnalité. Si le thermalisme a tendance à quelque assoupissement, dont on a déjà parlé, dont ensemble nous conviendrons, il n'en est rien en tout cas de son président, et j'y vois là le gage et le symbole de cette renaissance, de cette relance qu'ensemble nous espérons. Après avoir exprimé mon témoignage de sympathie au Président Ebrard, je voudrais dire à Monsieur Paul RIBÈYRE, ancien Ministre de la Santé publique, responsable de l'Association des maires des stations thermales, combien j'apprécie la compétence et le caractère de l'action qu'il poursuit avec, à ses côtés des hommes comme le Docteur LACARIN, maire de Vichy. Je veux enfin remercier Monsieur Paul COSTE-FLORET, lui aussi ancien Ministre de la Santé publique. Et comment, Monsieur le Président Ebrard, pourrais-je ne pas associer à cette action et à cet hommage Mademoiselle Madeleine AUBIN, car nous savons tout ce qu'elle a fait pour le tourisme français ; Madame l'Inspecteur Général Honoraire du Tourisme français, je suis persuadé qu'au travers de vos responsabilités de directeur du thermalisme, vous saurez témoigner des mêmes qualités et de la même volonté. Aux membres du corps médical, dont j'ai pu apprécier les interventions, combien pertinentes et compétentes, je veux exprimer mon très amical salut et dire toute la joie que j'ai d'être ici avec eux et de me mêler à leurs débats.

Monsieur Marcel ANTHONIOZ, après cette allocution, donne la parole à Monsieur François KNECHT sur le sujet suivant :

« PROPAGANDE ET PROMOTION DES STATIONS THERMALES »

Monsieur François KNECHT :

Nous avons vu ce matin qu'afin d'évaluer le plus exactement possible le produit thermal, il fallait connaître le client amené à le consommer, savoir pourquoi et comment il le consommerait, en dehors bien entendu, de sa motivation principale qui est une motivation médicale. Nous avons ensuite énuméré quelques caractéristiques essentielles des équipements thermaux, les hôpitaux thermaux, les équipements d'accueil, les équipements sportifs et de loisirs, et enfin nous avons fait quelques comparaisons, hélas peu avantageuses pour nous, avec ce qui existe en Italie et en Allemagne.

J'examinerai maintenant plus particulièrement la question de la promotion.

A priori, quand on parle de thermalisme, donc de médecine, il peut sembler immoral d'aborder les problèmes de propagande et de publicité. Cependant,

de plus en plus, (les laboratoires pharmaceutiques le savent bien, et les embouteilleurs aussi), l'information des prescripteurs se fait au moyen de supports qui ressemblent de fort près à ceux qui sont utilisés par la publicité. De plus, lorsqu'il s'agit de thermalisme, par les contraintes que cette thérapeutique impose et sur lesquelles on n'insistera jamais assez, c'est-à-dire la nécessité d'un déplacement, il y a du fait même de ce déplacement, un aspect « touristique », que l'on ne doit pas négliger sous peine d'étouffer le thermalisme lui-même. Il ne faut pas cacher que le prescripteur n'est pas seulement le médecin, mais que l'entourage du curiste, la famille, les amis (et les enquêtes le montrent), tiennent une part considérable. Si les mots de propagande - publicité dans ce domaine paraissent choquants, parlons d'information, mais n'en négligeons pas l'importance.

Plusieurs choix sont possibles : réduire le nombre des stations à promouvoir, ne faire d'effort que sur les plus importantes, stations pilotes, stations porte-drapeaux... Le choix est délicat et difficilement conciliable avec le principe de la spécialisation. Cependant la nécessité de faire de très gros investissements obligera à rechercher des priorités. Je pense que personne ne conteste que Vichy fait partie de ces priorités. Essayer de valoriser le thermalisme en général, et aider l'ensemble des stations, certes : mais en fait, l'aide générale au thermalisme se fera par la réduction des goulots d'étranglement médicaux et sociaux que nous avons étudiés ce matin et aussi par de très fortes campagnes d'information auprès de tous les prescripteurs. Dans cette perspective, le thermalisme doit être présenté comme un produit médical de consommation de masse, et exigera alors les techniques de promotion des objets de consommation. De toutes façons les supports presse, radio, télévision, seront évidemment utilisés, mais une autre action plus directe passe par la promotion des stations elles-mêmes. Au niveau des stations, et sous réserve que le produit à vendre soit bon, il faut faire connaître la station elle-même par la publicité auprès des prescripteurs, directe et indirecte, par des invitations de médecins, etc.

Il faut aussi organiser de la façon la plus efficace la vie dans la station : le problème de l'animation est primordial. Pourquoi ne pas prendre exemple sur les stations de sports d'hiver qui possèdent un directeur de station qui coordonne l'ensemble des activités et qui est en même temps l'animateur de la station ? Devenu un produit médical de consommation de masse, le thermalisme devrait disposer d'une infrastructure totalement repensée et remodelée nécessitant un financement considérable, permettant la transformation radicale de la plupart des établissements thermaux, la multiplication d'hébergements peu onéreux, gérés ou contrôlés par la Sécurité sociale, la transformation, si elle était nécessaire, des équipements de prestige subsistant dans des stations dont la clientèle de luxe a totalement disparu. L'inquiétude que l'on pourrait éprouver serait de voir transformer nos stations thermales en seules usines à soins. L'exemple de l'étranger montre que peuvent parfaitement coexister et se développer le thermalisme libre, voire très libre, et le thermalisme social et la Sécurité sociale n'est pas responsable de l'aménagement continu du premier, nous l'avons signalé ce matin.

Il paraît néanmoins que la réglementation actuelle trop rigide constitue un frein pour une clientèle importante. Elever le plafond des ressources comme nous l'avions suggéré dans notre rapport et comme M. le Ministre de la Santé publique semble vouloir l'admettre permettrait évidemment d'améliorer considérablement la fréquentation des cures. Les caisses de la Sécurité sociale devraient d'ailleurs pouvoir concilier le mieux possible la période médicalement la plus favorable au traitement avec les moyennes et basses saisons ; ceux qui refuseraient de se faire soigner dans ces limites conserveraient la possibilité de le faire au moment choisi par eux, que ce soit pour des raisons professionnelles, familiales ou d'agrément, mais à ce moment-là, il serait normal qu'il existe une certaine plus value. Cette procédure devrait permettre un étalement de la période de fréquentation, une disponibilité plus grande des installations et des équipements pendant les mois d'été pour ceux qui entendent associer cure et loisirs.

Deux grands types d'aides doivent être envisagés, l'aide financière et l'aide technique. Notre patrimoine thermal est dans un tel état qu'il est nécessaire de prévoir dès maintenant de très larges moyens à mettre en œuvre pour le financement des opérations. Nous avons déjà parlé de la difficulté de faire appel au financement privé ; or, tous les financements assurés avec des prêts de l'état impliquent une partie prise en charge par le promoteur individuel. C'est cette partie de l'investissement difficile à trouver qui conduit à renoncer à l'opération. Le résultat en est, je le rappelle, qu'environ seulement 10 % des crédits disponibles mis à disposition par le fonds de développement économique et social, ont été utilisés dans des opérations proprement thermales. En tout état de cause, il s'avère indispensable d'aménager les procédures d'octroi des crédits préférentiels, de libéraliser leur distribution de manière que l'on puisse les utiliser véritablement. En plus, il faudrait pour l'incitation à investir, pour qu'elle soit encore plus forte, que les taux de crédit soient encore plus avantageux, copiant d'ailleurs ce qui se fait en Italie et la durée d'amortissement assez longue. En réalité, pour mettre en place un plan de 15 à 20 ans, car je crois qu'on ne peut pas faire moins, il faudrait obtenir des prêts qui couvrent seulement les risques de l'érosion monétaire et dont la durée devrait également être, elle aussi, de l'ordre de 15 à 20 ans, si ce n'est plus. Enfin en ce qui concerne les quelques subventions distribuées, je pense que là aussi un système plus souple et plus efficace devrait être mis en place. En ce qui concerne les aides fiscales, nous avions prévu dans le rapport un certain nombre d'opérations possibles, auxquelles d'ailleurs M. Boulin a fait allusion pendant son discours — détaxation de certaines activités, que l'intérêt économique et le mode de gestion n'assimilent pas complètement à des entreprises privées classiques — les établissements thermaux semblent rentrer dans cette catégorie —, enfin il faudrait supprimer la disparité entre les établissements thermaux qui sont propriété de l'État et ceux qui sont gérés par des sociétés privées. L'abaissement du taux de la T.V.A. doit également être obtenu : je ne reviens pas là dessus, le ministre semble l'admettre, en tout cas il en a parlé ; de même l'octroi de la patente saisonnière doit être recherché. Enfin

les aides techniques doivent porter sur la publicité et l'animation des stations et doivent également surtout tendre à doter les stations d'activités complémentaires, et notamment touristiques. Une station thermale bien adaptée doit, en effet, être un centre d'action aussi bien pour les touristes que pour les curistes. J'y vois deux exceptions, bien entendu : celle où le thermalisme français deviendrait exclusivement social et à la condition expresse, à ce moment là, que la Sécurité sociale prenne en charge complètement les curistes pendant leur vie à la station ; la deuxième, particulière à quelques stations vraiment peu favorisées sur le plan du site et qui ont une vocation thermale. Mais ce type de station est finalement assez rare, heureusement, même quand l'attrait touristique ne se situe pas au niveau national, les stations offrent un équipement distrayant et celui-ci un peu mieux valorisé pourrait attirer, je le disais ce matin, pour les week-ends, les petites vacances, une population locale non négligeable qui permettrait une meilleure rentabilité des équipements généraux et touristiques de la station.

Ces réserves exprimées, on peut parfaitement envisager le développement de diverses formes de tourisme dans une station thermale : tourisme au plus bas niveau, très complémentaire d'un thermalisme de type familial, tourisme classique en dégageant une vocation spécifique pour chaque station, tourisme d'affaires et notamment congrès, grâce aux capacités énormes d'hébergement de la plupart des stations, enfin tourisme d'études, tel que d'ailleurs il se pratique déjà dans un certain nombre de grandes stations thermales. Ainsi les stations thermales, parce qu'elles ont une infrastructure d'accueil riche, et sous réserve que celle-ci soit adaptée et modernisée, peuvent prétendre à recevoir une clientèle qui déborde largement la clientèle classique des curistes et leurs accompagnateurs et cela sans gêner le moins du monde les curistes. Pour attirer cette clientèle nouvelle qui utiliserait les équipements habituels de la station et donc les rentabiliserait mieux, il faut aussi que les stations prévoient de nouvelles installations ou les adaptent aux besoins de cette clientèle supplémentaire. Plus l'image de la station devient brillante, même dans un domaine qui ne touche pas directement au thermalisme, plus elle a de chances de se développer dans cette même activité. La recherche d'activités complémentaires est donc une nécessité vitale pour les stations thermales qui veulent s'épanouir à la fois comme villes d'eau et comme centres de tourisme. Les critères de classification peuvent être de divers ordres, médicaux, géographiques, économiques, liés à l'image de la station, à l'existence ou non d'une société d'eaux minérales, à la fréquentation enfin de la station, donc à sa taille. Critère médical : je n'insisterai pas sur ce point, il a été suffisamment développé par tout le corps médical lui-même. Les critères géographiques : les stations présentant une vocation de porte drapeaux du thermalisme seront celles qui se trouvent sur un site intéressant, dans un environnement touristique riche et qui sont situées dans une région facile d'accès, à proximité d'un potentiel non négligeable de clients possibles. Les critères économiques : les stations possédant déjà un certain nom, ou ayant une infrastructure d'accueil importante, et une vocation thermale et touristique d'une certaine importance, sont

évidemment les plus faciles à aménager, particulièrement s'il existe une société d'eau minérale, susceptible de s'intéresser à leur développement. Critère de fréquentation : c'est un corollaire du précédent et, comme lui, un élément factuel et non structurel. On peut à la limite envisager de trouver des stations qui entrent dans les critères de classification médicales et géographiques seules : sous réserve d'une action de très grande portée et avec des investissements très importants, elles deviendront de grandes stations.

En ce qui concerne les grandes stations : le principe est de rechercher par quels moyens on arrivera à attirer tous les types de clientèles ; il devra donc être nécessaire de prévoir des équipements différentiels et spécifiques convenant à tous les types d'activités de la station. Il sera indispensable d'organiser systématiquement l'animation, de manière que tous les types de clients puissent utiliser au mieux toutes les possibilités offertes. Ceci, en premier lieu, nécessite que la station s'attache les services d'un animateur professionnel connaissant les différents agents, assimilant le sens de la vocation thérapeutique de la station et qui devienne, à l'instar des stations de sports d'hiver un véritable directeur de la station, ayant un rôle capital en matière d'information et de liaison.

Mais pour réussir ce genre d'opération, il est nécessaire de prévoir des investissements assez considérables destinés à financer soit des créations complètes, soit des transformations fondamentales. De plus, l'effort doit se porter conjointement sur les équipements privés de toutes sortes, hébergement, installations de soins, équipements de distraction, sur les grandes infrastructures et les équipements collectifs, tout autant que sur la propagande et la publicité.

En ce qui concerne les petites et moyennes stations, comme pour les grandes, même si l'effort est moins grand, il est nécessaire qu'elles envisagent une action concertée et acceptent d'importants engagements pour améliorer et adapter leur infrastructure. Après avoir dégagé leur vocation, qui peut être exclusivement thermique, ou thermique et de tourisme régional et local, il faudra alors coordonner les efforts de manière que les différents clients de ces stations trouvent, comme dans les grandes villes d'eau, une infrastructure d'accueil et des possibilités de distraction adaptées à leurs besoins. Dans les stations à vocation de tourisme régional et local un effort particulier devra être fait sur le plan de l'animation, de manière que nos stations puissent retrouver la vocation qu'elles avaient traditionnellement, à savoir être un pôle régional d'activité touristique et de détente. Il y a pour la majorité des stations un marché certainement important à développer qui est de reconquérir toute la clientèle de la région qui pourrait alors venir s'y distraire en soirées, en week-ends, au moment des petites vacances. Si l'effort financier n'est pas aussi important que pour les grandes stations, il est néanmoins à considérer de très près et cela d'autant plus que l'on a à faire dans ce type de station à des municipalités ou à des entreprises familiales qui ont peu de moyens ; mais en revanche elles disposent d'un atout : une petite station est une entité plus facile à réaliser, pour peu que les responsables aient un esprit rénovateur. Je citerai parmi un des meilleurs exemples que je con-

naissais, je ne le dis pas pour flatter notre président, celle de Saint-Christau. Ceci peut également se faire en liaison avec d'autres stations et les meilleurs exemples sont ceux de la chaîne thermique du soleil et, de l'Union Thermale pyrénéenne. Leur redonner confiance, les inciter à accepter de lourds engagements, leur faire connaître les modalités de l'aide qu'on peut leur apporter, est une tâche à laquelle les organismes centraux doivent s'attacher. Le rôle moteur du Commissariat au Tourisme, de la Fédération Thermale et Climatique, des fédérations régionales et syndicats professionnels apparaît alors essentiel pour promouvoir ces petites et moyennes stations.

Je voudrais revenir particulièrement au rôle de ces commissions où doit s'élaborer cette politique de l'information, de la mise au point de l'image de marque du thermalisme et du climatisme français. Le rôle de ces commissions m'apparaît en effet comme fondamental. Il est pour moi la 3^e partie de ce triptyque de secours pour nos stations — prescriptions médicales largement accrues — aide réglementaire et financière — campagne d'information auprès des médecins auprès du grand public.

Quels thèmes essentiels choisir pour bâtir cette campagne auprès du grand public : curiste si sa santé l'exige, touriste, dans tous les cas, mais finalement peut être surtout citadin fatigué excédé par la vie professionnelle et urbaine ; telle est le client de nos stations. Alors, tâchons de trouver ces images frappantes adaptées à notre ère, conformes à notre comportement d'aujourd'hui. Les embouteilleurs et les marchands d'eau minérale les ont parfaitement trouvées, et justement en partant de nos sources. Alors pourquoi les responsables des stations elles-mêmes n'y parviendraient-ils pas eux aussi ?

Si les stations thermales sont des cliniques ou hôpitaux, cliniques ou hôpitaux que, de surcroît, il faut aller chercher loin, il faut nous résoudre à fermer la moitié de nos stations. Si station thermique signifie soin + repos + calme + relaxation ou tout autre mot magique dans la vie moderne, c'est déjà beaucoup mieux. Il y a en Allemagne 94 stations de ce type sur 239 et le thermalisme est florissant en Allemagne. Si station thermique représente tout cela + un site avantageux, un climat des plus sains, des distractions d'un niveau supérieur à celui de la boule du casino et de l'éternel golf miniature, on commence à imaginer de pouvoir promouvoir une véritable image de marque. Nombre de stations sont, ou pourraient en être à peu de frais au total, à ce stade. Après tout, la station thermique, c'est quand même beaucoup mieux que la campagne, sans station thermique, où vont cependant quelques millions de français en vacances chaque année. Si l'on applique aux stations thermales un certain nombre de recettes qui n'ont rien d'immoral, du genre de « la station du bilan de santé », de la « station de la non-pollution air et eau » ces deux denrées si précieuses, introuvables dans nos grandes métropoles etc., ce sont de nouvelles et importantes couches de population qui seront attirées et qui feront peut être de surcroît une cure à l'établissement thermal. La grande motivation de la thalassothérapie, c'est bien celle-là : personne n'a jamais déterminé scientifiquement sa valeur comme thérapeutique directe ; cependant, l'eau de mer,

l'air marin, la vue du grand large, quelques équipements peu coûteux et presque exclusivement sportifs, mais en revanche une animation extraordinaire et extraordinairement personnalisée, de l'obstination et une croyance au succès : et voilà une petite plage retirée du Morbihan, difficile d'accès qui devient un pôle d'attraction national dont les hôtels bouleversent toutes les moyennes françaises de fréquentation et qui, en un mot, connaît une sorte de triomphe. Alors pourquoi ne pas jouer ces atouts-là, pourquoi ne pas jouer ce grand mot à la mode, l'environnement,

l'absence total de nuisance ? Je m'entretenais il y a peu avec mon ami Yvan Cherret, secrétaire général du Comité permanent de l'eau, rattaché maintenant au Ministère de l'Environnement. Le thermalisme qu'il connaît mal exerce sur lui une véritable fascination et seul, un voyage aux États-Unis, l'a empêché d'être parmi nous aujourd'hui. Je crois que dans tous les sens du terme, et avec toutes les interprétations que l'on peut y trouver, le thermalisme est de loin le plus pur produit de l'environnement.

LES DÉBATS

Ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus, Monsieur Marcel ANTHONIOZ, Secrétaire d'Etat au Tourisme va diriger les débats, tout en intervenant lui-même fréquemment, non seulement en tant que ministre, mais en tant que maire.

Le Docteur DUCROS, médecin à Nérès-les-Bains, déclare qu'il va intervenir non pas en tant que représentant du corps médical mais en tant qu'administrateur c'est-à-dire comme membre du Conseil d'administration de la Régie municipale de l'établissement thermal de Nérès-les-Bains.

En cette qualité, il considère qu'avant même d'aborder les problèmes d'équipements il faut s'attacher aux problèmes des tarifs des établissements thermaux car c'est eux qui conditionnent essentiellement, selon lui, la venue des curistes. Le tarif des prestations thermales est anormalement bas et il estime que suivant la qualité des soins il faudrait pouvoir introduire une sorte de pondération dans les prix qui sont demandés aux clients. Cette question, dit-il, devrait être solutionnée très rapidement. En effet : l'insuffisance des tarifs est un obstacle déterminant à promouvoir la modernisation des établissements thermaux.

Monsieur Marcel ANTHONIOZ rappelle que le ministre de la Santé publique a donné dans son discours d'ouverture des apaisements et des options constructives sur ce point puisqu'il s'est déclaré prêt à appuyer l'augmentation et la révision des tarifs, allant même jusqu'à solliciter la liberté totale des prix pour les catégories de luxe.

Le Docteur DEBIDOUR indique qu'il va intervenir sur le problème des accompagnants soulevé par le rapporteur. Selon lui, ce problème est essentiel : en tant que médecin il considère, certes, qu'il est opportun que les membres des familles de curistes puissent les accompagner et créer dans la station un environnement agréable mais ces accompagnants occupent en haute saison un nombre important de chambres ce qui empêche certains malades de trouver des places.

Monsieur Marcel ANTHONIOZ répond en ces termes :

Le Docteur DEBIDOUR vient d'évoquer un problème

essentiel et préoccupant, celui de savoir qui, en définitive, vient en cure et vient en vacances et à quel moment les intéressés y viennent. C'est en réalité tout le problème de l'étalement des vacances qui est ainsi soulevé et ce problème est à la base de la rentabilité de toutes nos stations thermales ou non thermales. Particulièrement dans les stations thermales, si l'on n'étalement pas la saison, on précipitera inéluctablement la faillite.

Il va de soi que ce problème est également valable pour les hôteliers, pour les transporteurs qu'ils soient ferroviaires, terrestres ou aériens et il est préoccupant pour les médecins.

Pour ma part je vais vous livrer mes sentiments parce qu'il faut que les membres du gouvernement témoignent des sentiments qui animent la volonté de l'action gouvernementale, mais il faut également que sans se libérer de la solidarité du même nom, ils témoignent de leurs propres options à l'égard des problèmes. La réussite d'une cure procède d'un ensemble qui va de la thérapeutique sous tous ses aspects, à l'ambiance et à l'environnement psychologique et humain. Lorsqu'on connaît la façon de vivre de certaines familles on s'aperçoit que beaucoup de curistes n'aiment pas partir seuls en cure et que l'efficacité des soins reçus est meilleure, lorsque le malade au lieu de se trouver seul soit dans son hôtel, soit dans son appartement, se retrouve dans une ambiance familiale ou amicale. Je ne crois pas à la solitude à notre époque de circulation et de relations publiques, personne n'aime à se sentir isolé.

Dans ces conditions le manque de chambres en haute saison correspond très exactement, je le répète, au problème de l'étalement des vacances. S'agissant du thermalisme, je suis obligé de rappeler ce qui existe dans les stations italiennes ou allemandes. En Allemagne le malade n'est libre ni du choix de sa station ni du moment où il fait sa cure : c'est la Sécurité sociale qui en décide. Sans aller jusque là et tout en laissant au malade le choix de sa station, je pense par contre que puisqu'il fait appel à la Sécurité sociale c'est-à-dire à l'aide et à l'intervention des pouvoirs publics, il ne doit pas être maître du moment où il fera sa cure. Si l'on appliquait une telle doctrine nous aurions une véritable déconcentration de la clientèle

entre le 15 juillet et le 25 août, et en mars, avril, septembre et octobre, voire au mois de novembre, il existerait dans nos stations un environnement plein de sérénité et de charme : en outre celles-ci seraient rentables ce qu'elles ne sont pas pour le moment.

Monsieur LEDUC, Secrétaire Général de la Fédération Thermale & Climatique Française, Président des Thermes de La Bourboule, indique qu'il va évoquer le problème de la main-d'œuvre dans les établissements thermaux :

J'ai toujours été, dit-il, de ceux qui se sont insurgés contre le fait que les tarifs des cures thermales subissent une réduction d'avant et d'arrière saison. Or les prestations proprement thermales qui sont données aux curistes sont exactement les mêmes quelle que soit la date et l'on conçoit mal, dès lors, qu'elles puissent être effectuées à des tarifs inférieurs qui lésent le personnel.

En définitive il y a un double problème : d'une part la formation d'une main-d'œuvre qualifiée et spécialisée, d'autre part celui de la rétribution des employés des établissements thermaux à un tarif qui soit intéressant pour toute la durée du contrat qu'il s'agisse de haute saison ou des périodes d'avant et de post-cure. Ces deux problèmes sont évidemment liés à celui des tarifs pratiqués dans les établissements thermaux.

Le Docteur RENARD, médecin à Saint-Honoré-les-Bains, évoque à nouveau le problème des hébergements dans les stations thermales sur un point très particulier : celui de la nécessité d'équiper non seulement les hôtels mais les meublés en moyens de chauffage si l'on veut étaler la saison. Or ceci est un problème particulier, sans doute, mais délicat car cela représente une dépense lourde aussi bien pour les loueurs en meublés que pour les hôtels. Il faut également prévoir un système de surveillance des meublés dans l'hypothèse où on leur imposerait cette installation du chauffage.

Pour solutionner ces questions l'orateur suggère la création, à l'intérieur d'une même région, de commissions mixtes groupant les stations.

Monsieur LAMIRAND, maire de La Bourboule va évoquer deux questions : d'une part le rôle que peuvent jouer les visiteurs médicaux pour la promotion des stations et celle du thermalisme en général, d'autre part le problème de la pollution. En ce qui concerne ce dernier problème Monsieur LAMIRAND est certes d'accord avec Monsieur KNECHT pour estimer que la pollution des stations, comparée à celle de Paris est beaucoup moindre ; cependant il tient à souligner au Rapporteur qu'elle n'est pas non plus aussi négligeable qu'il paraît le supposer et qu'en ce qui concerne sa station, en particulier, il a été vérifié qu'en pleine saison la pollution est considérable.

Monsieur LAMIRAND conclut qu'il est indispensable de s'attacher à l'étude de ces problèmes et de le mener à bien rapidement.

LE REPRÉSENTANT DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INITIATIVE ET OFFICES DE TOURISME souligne qu'à l'initiative du Président Bailly s'est créée une commission, au sein de l'Association Nationale des Syndicats d'initiative et offices de tourisme, présidée par Monsieur Huillet, Conseiller maître à la Cour des

comptes et qui a élaboré un statut des meublés mis en location saisonnière. Ainsi a été réalisée une sorte de charte nationale des meublés saisonniers et elle est actuellement au stade de sa mise en place sur le plan national ; tous les présidents des unions départementales des syndicats d'initiative ont été informés et c'est au niveau départemental que s'articulera et s'appliquera cette charte nationale des meublés. Le vœu exprimé il y a quelques instants par les présidents intervenant à ce sujet recevra donc satisfaction puisque ainsi les loueurs en meublés recevront une aide mais également feront l'objet d'une surveillance au niveau des syndicats d'initiative.

Le Docteur BAILLET, médecin à La Roche-Posay : c'est en qualité de président du syndicat d'initiative de sa station que le Docteur BAILLET intervient.

Il pose le problème de la signalisation routière des stations thermales, problème essentiel à ses yeux étant donné le nombre important de curistes qui se rendent dans les stations par la route. A cet égard l'attitude des ponts et chaussées est très différente suivant les régions : c'est ainsi que la station de Bagnoles-de-l'Orne est signalée dans un périmètre de 100 kilomètres sur toutes les routes, qu'il en est de même de Vichy ou de Vittel, alors que pour une station comme La Roche-Posay (Vienne) ou que dans le département d'Indre-et-Loire cette signalisation n'intervient qu'à peine dans un rayon de 10 kilomètres. L'exemple de La Roche-Posay d'ailleurs est valable pour la plupart des stations. L'intervention d'une solution d'ensemble serait donc nécessaire.

Monsieur SQUARCIAFICHI, Président de l'Union Nationale des Hôteliers Saisonniers :

Nous avons écouté avec beaucoup d'attention et de plaisir le rapport de Monsieur Knecht qui confirme beaucoup de nos constatations habituelles lors de nos réunions syndicales. Toutefois il y a lieu de souligner que l'augmentation du potentiel d'hébergement de l'hôtellerie saisonnière et l'amélioration de sa qualité c'est-à-dire sa modernisation ne peuvent être rentables que si une publicité suffisante intervient. Or en ce qui concerne les stations thermales c'est essentiellement par les médecins que cette publicité doit se faire puisque la motivation de leur fréquentation est une motivation de santé. La recherche de la clientèle est notamment plus difficile pour les hôteliers saisonniers des stations thermales que pour ceux des autres catégories des stations. Notre seule possibilité de propagande dans ce secteur est donc le travail du corps médical. Nous n'avons pas les moyens d'influencer suffisamment la clientèle à nous seuls. En conclusion nous œuvrons dans toute la mesure du possible pour que l'accueil soit suffisant et que les hébergements soient modernisés. Mais je peux affirmer que cette modernisation se fera lorsque nous serons assurés d'une fréquentation suffisante. A cet égard l'exemple donné par Monsieur Knecht relatif à la thalassothérapie est parfaitement exact : dans une région où les hôtels étaient fermés ils se sont ouverts parce qu'ils ont bénéficié d'une propagande intensive.

Les hôteliers tiennent à apporter au thermalisme la certitude d'une coopération totale mais ils ont

besoin de s'appuyer sur une action de propagande du corps médical en particulier mais d'une propagande en général très intensive.

Le Docteur FEIT, député maire de Lons-le-Saunier, déclare qu'il va poser la question suivante :

Nous avons parlé ce matin et cet après-midi, dit-il, de l'hébergement complémentaire nécessaire dans les stations thermales. Pour ma part, je voudrais évoquer particulièrement la question de l'hébergement des enfants car les stations thermales qui ont des projets d'équipements à cet égard ont le plus grand mal à en trouver le financement. Ma question est donc simple : dans le cadre des enveloppes financières régionales on est bien obligé de constater que tous les crédits sanitaires en général sont affectés à la métropole régionale. Ne pourrions-nous pas cependant trouver la possibilité de financer les hébergements complémentaires de nos stations thermales, notamment ceux des enfants, dans le cadre des prévisions financières du VI^e Plan : Monsieur le Ministre, quels crédits trouverons-nous ?

A ce point de la discussion le Ministre demande à Monsieur Knecht de répondre au premier groupe de questions qui viennent d'être ainsi posées.

Monsieur KNECHT répond d'abord aux questions posées au sujet des accompagnants dans les termes suivants :

Il est indiscutable qu'aucune règle générale ne peut être édictée à ce sujet et que le curiste suivant ses goûts ou suivant la nature de sa maladie désire être seul ou accompagné. Mais je pense que si l'on veut maintenir l'activité, le potentiel, la rentabilité et si possible aboutir à l'expansion des stations thermales, il y a au départ des chiffres de fréquentation qui sont inexorables. Les stations françaises manquent de clients : 400 000 curistes en moyenne ne peuvent pas les faire vivre. Pour arriver à un taux de rentabilité normal, c'est-à-dire à une moyenne d'occupation normale des équipements, en d'autres termes à un taux d'occupation de l'ordre de 70 %, il faudrait sur 6 mois pleins multiplier par 3 le nombre des curistes et celui des accompagnants ; toute ponction que l'on opérera sur les accompagnants et les non curistes oblige donc à multiplier non plus par 3 mais par 5 ou 6 le nombre de curistes proprement dit. Tel est le motif pour lequel, réserves étant faites de maladies où il est nécessaire que le malade soit seul, je pense qu'il est souhaitable qu'il y ait de l'accompagnement.

Monsieur KNECHT revient ensuite au problème du plafonnement des ressources par la Sécurité sociale pour l'octroi des prestations supplémentaires. Le niveau de ce plafonnement, dit-il, est trop bas si l'on se réfère au taux actuel des salaires, surtout dans les grandes villes. Le résultat en est que la plus grande partie des assurés sociaux cumule leurs vacances et leurs cures et ceci ne fait que renforcer le phénomène des pointes que l'on observe partout et de concentration de la saison thermale sur une très courte période, celle des vacances.

Si cette question du plafonnement des ressources était revue et si, en contre-partie, les curistes assurés sociaux étaient obligés d'accepter la date de cure qui leur est impartie, on aboutirait à un allongement rentable de la saison. Par ailleurs en ce qui concerne les curistes non assurés sociaux il serait juste d'introduire une modulation dans les prix suivant la date de la cure car c'est une loi des plus élémentaires du marché qu'un produit vaut selon le temps et selon le lieu où il se consomme.

Monsieur KNECHT répond ensuite à Monsieur Leduc sur le problème de la main-d'œuvre dans les établissements thermaux.

Il est évident, dit-il, qu'il existe en France toute une catégorie de main-d'œuvre spécialisée qui se raréfie et dont la formation est coûteuse en raison de sa qualification : pour cette main-d'œuvre le problème saisonnier est une gêne considérable. Je n'évoquerai pas le parallèle peut-être trop facile avec les stations de sports d'hiver où le plus grand nombre des moniteurs de ski sont en définitive des agriculteurs qui cumulent ainsi deux activités puisque l'hiver est une période de non activité dans l'agriculture. Mais il faudrait cependant trouver pour la main-d'œuvre des stations thermales, qu'il s'agisse des hôtels ou des établissements thermaux, des solutions analogues.

En tout état de cause la formation de la main-d'œuvre dans les grandes stations paraît pouvoir se faire au niveau de l'établissement thermal.

En ce qui concerne le problème du chauffage dans les stations thermales qui vient d'être évoqué et de la charge qu'il représente, Monsieur François KNECHT répond que quel que soit le prix des installations il s'agit d'un équipement rigoureusement nécessaire. Il signale à toutes fins utiles que dans certains pays tels que l'Italie, les notes d'hôtels ou d'hébergement sont majorées par un supplément pour le chauffage. C'est une solution valable.

Sur le problème de la signalisation évoqué par le Docteur BAILLET, le Rapporteur se déclare entièrement d'accord avec cette intervention. Il pense que des dispositions réglementaires devraient intervenir en matière de signalisation pour imposer à l'administration des ponts et chaussées une signalisation prioritaire en faveur des stations classées à l'intérieur d'un périmètre qui serait uniformément fixé. Cette signalisation serait spécialement importante dans l'hypothèse où l'on voudrait regrouper dans une sorte d'animation régionale les curistes et les non curistes des stations thermales.

En ce qui concerne l'intervention de Monsieur SQUACIACCHI, Monsieur François KNECHT se déclare entièrement d'accord pour souhaiter que l'action de propagande des médecins se joigne à celle des professionnels mais pour qu'une telle publicité ait une véritable valeur d'incitation il ne faut pas non plus qu'elle soit strictement médicale. Il serait indispensable qu'à l'intérieur de la station les médecins et les représentants des activités économiques se mettent d'accord sur une forme de publicité acceptable pour tous.

Sur la question posée par Monsieur FEIT, député-

maire de Lons-le-Saunier, le Rapporteur considère que des mesures importantes seraient à prendre. Mais il ne fait aucun doute que le problème du financement est difficile à résoudre. Monsieur François Knecht pense en tout cas que c'est plutôt au niveau des administrations centrales à Paris que certains crédits peuvent s'obtenir pour les petites stations plutôt qu'au niveau des métropoles régionales.

En ce qui concerne le rôle des visiteurs médicaux, Madame BENSOUSSAN va répondre :

Elle indique qu'au cours de l'enquête menée en vue de l'étude sur le thermalisme elle a pu bénéficier d'un fichier de la Fédération Thermale du Béarn constitué par des fiches remplies par les visiteurs médicaux qui allaient voir les médecins de la région. Il est apparu nettement que les médecins qui étaient visités régulièrement prescrivaient plus de cures.

Il est nécessaire cependant que l'action des visiteurs médicaux se poursuive pendant quelques années avec persévérance pour aboutir à ce résultat. Au prix de cette persévérance le résultat est efficace.

Monsieur Marcel ANTHONIOZ répond à deux interventions :

1) à propos de l'intervention de Monsieur SQUARCIAFICHI il tient à rappeler ce que sont les préoccupations de l'hôtellerie saisonnière : si l'hôtellerie saisonnière ne devait pas aboutir à assurer l'équilibre de ses exploitations, on aboutirait à sa disparition, c'est-à-dire à la disparition du support essentiel en même temps que traditionnel de l'activité thermique et de l'activité touristique.

Je saisis donc, dit-il, l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui pour demander aux médecins prescripteurs s'il y a réellement contre-indication à obtenir que l'orientation des malades, évidemment effectuée en fonction de la notion de santé et de guérison, puisse cependant les amener à effectuer leurs cures en dehors de la période traditionnelle des grandes vacances. Nous nous efforcerons, et une fois de plus je suis persuadé que Jacques Boyon sera l'interprète de nos sentiments communs auprès de Monsieur Robert Boulin, pour obtenir de la Sécurité sociale qu'elle procède, ainsi que je le rappelais tout à l'heure, non pas au choix de la station dont j'estime qu'il appartient à l'intéressé, mais à la désignation du moment où la cure doit être effectuée. C'est à elle qu'il appartient de fixer ce moment.

Par ailleurs il ne faut pas perdre de vue les curistes libres dont le pourcentage est malheureusement trop faible dans notre pays mais dont rien n'empêche qu'il puisse atteindre le niveau qu'il atteint à l'étranger, en Italie et en Allemagne. Encore faut-il que les efforts nécessaires soient réalisés. Ces deux pays sont une illustration de ce que peut être le succès de la crénothérapie parfaitement adaptée aux goûts et aux aspirations des curistes aisés ou à haut niveau de vie. Or, en Italie et en Allemagne, les curistes libres sont répartis sur toute l'année. Je le répète, il nous faut donc prendre conscience de ce qui doit être fait pour qu'il y ait dans le secteur du thermalisme un véritable étalement de saison. J'entends bien qu'il y ait des

traitements qui ne peuvent être administrés qu'au cours de certains mois de l'année, mais il en est d'autres de fort nombreux pour lesquels il n'y a pas de contre-indication du 1^{er} janvier au 31 décembre. On pourrait réellement dans cette optique faire un grand pas en faveur de l'économie du thermalisme et de l'économie du tourisme et, de ce qui en est le support essentiel de l'hôtellerie saisonnière.

2) le MINISTRE répond au Docteur Feit à propos de l'hébergement des enfants :

Il ne s'agit, dit-il, que d'une forme particulière des hébergements complémentaires. J'indique donc à mon ami le Docteur FEIT, député-maire de Lons-le-Saunier, qu'il existe pour les enfants l'ensemble de toutes les possibilités d'hébergements complémentaires qui sont les villages de vacances, les villages de gîtes familiaux, les gîtes ruraux et les maisons familiales de vacances : particulièrement pour les enfants existent également les maisons d'enfants et les homes d'enfants. S'il s'agit de maisons d'enfants commercialement exploitées c'est-à-dire correspondant à des activités rémunératrices et commerciales, rien ne s'oppose à ce que les projets d'extension ou de création fassent appel aux crédits du F.D.E.S. de la Caisse Centrale de Crédit Hôtelier, Commercial et Industriel. Les promoteurs seront aidés comme les établissements hôteliers classés de tourisme, comme les villages de vacances, les terrains de camping et les terrains de caravaning, C'est là un point sur lequel nous pouvons mettre l'accent.

S'agissant des problèmes de financement le ministre enchaîne de la manière suivante :

Pour ce qui est des crédits du Fonds de Développement Economique et Social (F.D.E.S.) en général, je tiens à préciser que j'ai reçu de Monsieur Giscard d'Estaing, l'assurance qu'une part suffisamment large serait réservée aux établissements thermaux et à l'équipement hôtelier. Je rappelle que l'on peut prétendre, si un budget d'aménagement d'établissement thermal est valable, un prêt égal à 50 % du montant des travaux. Le promoteur doit apporter un auto-financement complémentaire de même montant. Je tiens également à rappeler qu'au cours des exercices 1969 et 1970 nous avons répondu favorablement à toutes les demandes de prêts qui nous ont été présentées pour des établissements thermaux. C'est ainsi qu'en 1970 notamment, il a été consenti au secteur thermal 9 987 000 francs de prêts sur le F.D.E.S. et pour l'exercice 1969, 2 100 000 francs, soit pour les deux exercices un total de près de 13 millions, c'est-à-dire 1 milliard 300 millions d'anciens francs. L'intervention des crédits publics d'État est donc loin de constituer une aide négligeable.

Le Docteur EBRARD intervient alors :

Il remercie le Secrétaire d'Etat au Tourisme des crédits qui ont été ainsi accordés au thermalisme. Il croit devoir toutefois formuler à l'encontre des pouvoirs publics quelques demandes supplémentaires :

La part d'auto-financement de 50 % est trop élevée, dit-il, pour la plupart des établissements thermaux. Tel est le motif pour lequel le groupe de travail qui a

été présidé par le Doyen CUVÉLIER a formulé le souhait que cette part d'auto-financement soit réduite et que la durée d'amortissement des prêts soit établie si possible sur 30 ans.

Il faudrait également que les mêmes aides soient accordées aux établissements privés qu'aux établissements appartenant à des collectivités publiques : en effet lorsque le maître d'ouvrage est une collectivité publique elle emprunte 50 % du montant de ses investissements à la Caisse des Dépôts et Consignations à titre de prêt complémentaire du crédit du F.D.E.S., c'est-à-dire que le financement est assuré pratiquement à 100 % sur les crédits publics et parapublics. Les sociétés privées, au contraire, doivent supporter 50 % d'auto-financement réel et tel est le motif qui freine leurs investissements. Au moment où l'on prépare le VI^e Plan il semble que des demandes beaucoup plus nombreuses que pendant le V^e Plan se fassent jour. Il ne fait aucun doute que si des mesures financières d'entraînement étaient prises, la modernisation des établissements thermaux effectuerait un pas décisif.

Le Docteur FLURIN évoque la fixation de la date des cures.

En ce qui le concerne, dit-il, une cure faite à n'importe quel moment par rapport à l'évolution de la maladie est une hérésie médicale : seule est logique la fixation de la date de la cure en fonction des critères médicaux.

Il ajoute :

Je vais me permettre à ce propos une proposition concrète : pour développer les cures thermales, ce qui est indispensable, à l'allongement des saisons, il me semble qu'il faudrait :

- 1) un remboursement plus complet de ces cures (c'est une question qui concerne l'assurance maladie) ;
- 2) que l'hébergement soit organisé dans une optique plus sociale.

Pour rentabiliser l'hôtellerie, en effet, ne serait-il pas possible d'envisager entre les hôtels et les caisses d'assurance maladie, des conventions, ce qui d'une part apporterait des garanties aux hôteliers quant à la fréquentation de leur établissement et à leur rentabilité, et qui d'autre part, pourrait apporter des garanties aux malades dans la mesure où ces conventions comporteraient certaines conditions médicales qui ont été définies et résumées dans ce que nous avons appelé : « le label thermal ». Ce sont des conditions diététiques, ou des conditions soit diététiques soit relatives au chauffage, à l'exclusion des allergènes, soit enfin à l'accueil et à l'ambiance.

Je suis convaincu que la plupart de nos confrères souhaiteraient entrer en rapport avec les représentants de l'hôtellerie pour mettre au point ce label thermal qui paraît fondamental pour l'avenir du thermalisme dont la motivation de santé est tout de même la motivation principale.

En terminant, le Docteur FLURIN insiste sur le fait que le rapporteur a peut-être un peu trop minimisé les questions de protection de l'environnement par rapport à celles de l'équipement.

Pour sa part le Docteur FLURIN considère que la

menace très grave qui pèse sur la biosphère, du fait d'une exploitation désordonnée des ressources de la planète, est véritablement un problème de survie pour l'humanité d'une extrême gravité : dans ce domaine il considère que les stations thermales doivent donner l'exemple.

Monsieur BURGIER, maire de Balaruc-les-Bains, évoque le poids des investissements pour les stations thermales en voie de création :

Notre établissement thermal, dit-il, a coûté 660 millions qui ont été assurés par l'emprunt. Or au seul titre de la T.V.A. la commune a versé 85 millions à l'État. Dans de telles conditions cette charge de la T.V.A. cumulée avec celle des prêts constitue, compte tenu du blocage du prix des cures, une charge écrasante. Il faut bien reconnaître que lorsque la station ne possédait qu'un établissement vieilli et insuffisant elle équilibrait sans peine son budget. Parallèlement à la rénovation de l'établissement thermal, une station moderne qui comportera 6 000 lits est maintenant en voie de création, son achèvement étant prévu dans deux ou trois ans.

Monsieur BURGIER s'étonne que dans une zone telle que le Languedoc-Roussillon qui a bénéficié de la part de l'Etat d'aide si exceptionnelle, aucune mesure particulière n'ait été prévue en faveur des stations thermales. Si les stations thermales étaient aidées à la mesure de autres catégories de stations, elles disposeraient de fonds nécessaires pour résoudre les problèmes d'animation, de publicité et d'équipements.

Le Docteur GROSNOYAU prend la parole au nom de la Société d'entraide des Pyrénées Atlantiques qui compte parmi ses activités la gestion des sources thermales de la station des Eaux Chaudes.

Cette station après une période brillante sous le Second Empire, suivie d'une période complète de déclin, a investi récemment des sommes importantes pour la rénovation de son établissement thermal qui est actuellement un des plus modernes de France. Cet établissement est spécialisé pour les curistes du 3^e âge, c'est-à-dire qu'il s'occupe de thermalisme gérontologique.

Il existe dans la station 19 établissements d'hébergement pouvant recevoir 4 000 curistes.

Pour cette catégorie de curistes la prise en charge de la Sécurité sociale est nettement insuffisante. Certes, les frais de cure et les consultations médicales sont remboursées à 75 % mais le forfait hôtelier est insignifiant pour trois semaines et correspond à peine à 10 francs par jour. Grâce à des aides extérieures, en particulier du département des Bouches du Rhône qui envoie 1 500 curistes qu'il prend entièrement en charge, la fréquentation de la station a donc pu se maintenir. Mais, en tirant de cet exemple particulier des Eaux Chaudes une conclusion générale, le Docteur Grosnoyau précise que sur 6 millions de personnes âgées de plus de 65 ans bien peu peuvent effectuer des cures qui leur seraient extrêmement bénéfiques.

Le Docteur EBRARD demande alors à Monsieur DELACHENAL, député de la Savoie, de bien vouloir dire quelques mots en sa qualité de représentant du groupe d'études du thermalisme à l'ASSEMBLÉE NATIONALE.

Monsieur DELACHENAL :

A mon sens, dit-il, je pense que la modernisation de nos stations thermales dépend essentiellement de deux facteurs : d'une part la volonté indispensable de voir nos stations thermales concurrentes vis-à-vis de celles des pays étrangers, d'autre part l'obtention des crédits nécessaires à leur rénovation. Cette rénovation doit impliquer à la fois la modernisation des équipements mais également la création d'un environnement. A cet égard je tiens à vous assurer formellement du concours de tous les parlementaires du groupe du thermalisme que je représente ici pour demander au gouvernement les possibilités financières de moderniser le thermalisme français.

La discussion étant épuisée, le Docteur EBRARD après avoir remercié le Ministre, le doyen Cuvelier et tous ceux qui ont pris part à ces Journées Nationales du Thermalisme s'exprime dans les termes suivants :

J'ose espérer que ces journées seront pour l'avenir fructueuses. Je voudrais simplement rappeler que nous les devons essentiellement à l'action des maires des stations thermales françaises et d'abord du président Paul RIBEYRE et d'un certain nombre de maires qui ont accepté, souhaité, voulu que le budget des communes de France, pour une part non négligeable, vienne soutenir un fonds de propagande créé auprès de la Fédération Thermale et Climatique Française, chargée de l'utiliser en leur nom. Les maires des stations thermales ont bien voulu soutenir pour le plus grand nombre d'entre eux cet effort, et je les en remercie. Ce n'est qu'un début. Nous espérons qu'au sein de la Fédération Thermale & Climatique Française nos commissions techniques et nos fédérations régionales pourront ensuite reprendre les réflexions de ces journées, analyser les propositions qu'elles comportent, méditer les excellents rapports qui ont été présentés par Monsieur Leinekugel et par Monsieur François Knecht. L'ensemble de ce débat doit constituer un document de travail sur lequel nous nous pencherons, car si nous voulons améliorer la situation du thermalisme, il y faut encore beaucoup de patience et beaucoup de travail. C'est à cela, Mesdames et Messieurs, que je vous convie.

Il appartenait à Monsieur Marcel ANTHONIOZ de clôturer la séance par un exposé de doctrine sur les rapports du thermalisme et du tourisme :

DISCOURS DE M^r MARCEL ANTHONIOZ

« Mesdames, Messieurs,

Je voudrais avant toutes choses me féliciter de la parfaite réussite de ces Journées Nationales du Thermalisme et dire avec vous la satisfaction que j'éprouve à ce que, aux côtés des médecins, les maires des stations thermales et les professionnels du thermalisme aient répondu une nouvelle fois à l'appel que le Président Guy EBRARD leur a lancé, au nom de la Fédération Thermale et Climatique Française. Nous lui

devons très vive gratitude. Très amicalement, très simplement, le représentant du gouvernement voudrait dire un très vif merci à Guy EBRARD pour l'organisation de ces journées.

Je renouvelle mes félicitations anticipées pour les propos qu'il tiendra tout à l'heure à notre collègue et ami Paul RIBEYRE, maire de Vals-les-Bains, rappelant par la même occasion l'action qu'il poursuit depuis de longues années en faveur du thermalisme français et de bien d'autres activités de notre pays puisqu'il fut de nombreuses fois membre du gouvernement et particulièrement ministre de la Santé publique. Je suis heureux que soit à nos côtés aujourd'hui Monsieur Jacques BOYON représentant mon collègue et ami Monsieur Robert BOULIN et le représentant de Monsieur LAFAY, secrétaire d'État auprès du ministre du développement industriel et scientifique.

Merci à mes collègues parlementaires que je retrouve toujours aussi dynamiques et très particulièrement à Jean DELACHENAL qui s'est exprimé en leur nom.

En ouvrant ces journées de travail, mon collègue et ami, Monsieur Robert BOULIN, Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité sociale, a rappelé avec grande objectivité la richesse et les possibilités exceptionnelles du thermalisme français.

Déplorant que celui-ci, après une longue et remarquable période de croissance, donne depuis quelques années des signes d'essoufflement, il a précisé ce qui devrait être entrepris afin de lui redonner chance et réussite, tant au regard de la santé de ceux qui y font appel, qu'en faveur de l'équilibre économique et social de nos Stations et de notre pays.

Il a rappelé à cet effet le rôle de chacun : médecins, hôteliers, organismes de promotion et d'accueil, Sécurité sociale et bien entendu Municipalités et Pouvoirs Publics.

S'inspirant des grandes orientations et des conclusions qui se dégagent des rapports présentés en ces trois dernières journées, Monsieur Boulin a convenu des mesures qui, sur cinq points essentiels, seraient prises pour marquer sa volonté et celle des Pouvoirs Publics, de tout mettre en œuvre pour animer le thermalisme français, en modifier le caractère afin de le mieux adapter aux goûts et aux aspirations des malades, et de ce fait lui permettre de retrouver son autorité et sa place.

Je ne puis personnellement, que souscrire aux dispositions envisagées tant sur le plan médical que dans les domaines social, financier, et de l'information, et qu'au regard des aménagements envisagés au titre de l'organisation des stations et souhaiter que l'ensemble des actions envisagées puissent se poursuivre et se confirmer dans les délais les meilleurs.

Chacun en est bien convaincu, les exposés et les réflexions de ces trois journées dont j'ai eu à connaître l'essentiel, témoignent de l'opportunité des mesures qui s'imposent si l'on veut mettre un terme au fléchissement actuel des pratiques thermales en notre pays.

La présentation pertinente et de très grande qualité faite par notre collègue et ami, Monsieur le Doc-

teur Guy EBRARD, Président de la Fédération Thermale et Climatologique Française, l'étude très complète particulièrement intéressante et objective présentée par Monsieur le Doyen CUVELIER au nom du Groupe de Travail constitué à cet effet par le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, ont défini et appréhendé avec autorité et compétence l'ensemble des problèmes qui conditionnent le développement et l'animation du thermalisme français, analysant les motifs de notre inquiétude, mais dégagant aussi et surtout les raisons de notre espérance.

Il m'appartient, sans entrer bien sûr dans le détail des propositions et suggestions qui ont été faites, de dire, compte-tenu du fait que thermalisme et tourisme sans cesse se confondent, combien l'action du Département Ministériel dont j'ai la charge, s'exprimera avec la volonté de permettre la réalisation de nos projets communs.

Cette journée, consacrée aux stations, à leurs équipements, à leur animation, a mis en relief une nouvelle fois l'indispensable complément qu'apporte à la cure thermale quelle qu'elle soit, l'organisation de la station au sens le plus large du terme.

Au cours de l'année 1970, le Gouvernement a mis l'accent sur l'action à entreprendre en faveur de la défense de la nature et de l'environnement. Il vient de confirmer ses intentions en ce domaine en créant un département ministériel ayant vocation pour cette tâche. De cela aussi nous devons nous réjouir car il est bien évident que le respect de la nature, le souci d'un environnement harmonieux, constituent les éléments propres à offrir à l'homme un cadre et des conditions d'existence aussi précieux qu'indispensables à son équilibre psychologique et humain.

Ce qui est vrai pour chaque commune, pour chaque ville, l'est davantage encore pour nos stations. Tellement il est vrai que la manière dont s'effectue une cure, les possibilités offertes à chacun et à chacune de ceux qui y participent, les conditions mêmes de leur séjour, l'agrément de celui-ci, sont autant d'éléments qui s'ajoutent aux valeurs thérapeutiques et constituent une des raisons supplémentaires du succès de la cure. C'est en fait tout le problème de l'équipement de nos stations, de leur animation, en un mot, des possibilités qu'elles sont à même d'offrir en tous domaines, qui est en cause.

Quelle que soit la qualité des soins prodigués, nul ne peut espérer en une cure bénéfique dans une station où il s'ennuie, et où il ne saurait trouver les distractions les plus diverses, sportives, culturelles notamment, auxquelles il aspire.

Le rôle des municipalités est déterminant, les responsables de celles-ci en ont parfaitement conscience, et font d'ailleurs largement effort en ce sens.

Pour réussir, non seulement ils doivent obtenir la compréhension et le concours de tous : médecins, hôteliers, commerçants, et même de l'ensemble de la population, mais il leur appartient surtout de dégager les moyens financiers nécessaires aux investissements qui s'imposent.

Certaines stations apparaissent, sur ce point, favorisées, c'est ainsi que sont mis en évidence les supports exceptionnels que représentent en de nom-

breux cas, la commercialisation des eaux minérales, et le concours apporté par les Casinos, l'une ou l'autre, voire l'une et l'autre de ces activités constituent la raison d'être de très nombreuses stations. Il faut s'en réjouir tout en réalisant les efforts particuliers qui doivent être faits pour les stations qui ne peuvent compter sur de tels moyens. C'est à cela que répondent les initiatives et les efforts envisagés sur le plan du développement des pratiques médicales, sur le plan social et financier et dans le cadre de l'aménagement et de l'animation des stations.

Je souhaite que les dispositions prévues par le Ministre de la Santé publique, afin notamment de faciliter les rapports des assurés avec la Sécurité sociale, constituent un élément apprécié.

Par ailleurs, j'ai récemment encore indiqué à Monsieur le Ministre de l'Économie et des Finances combien il paraît souhaitable que le taux de T.V.A. pour les établissements thermaux, soit aligné sur celui de l'hôtellerie de tourisme, c'est-à-dire ramené de 17,60 % à 7,50 %, que par ailleurs les établissements thermaux qui ne fonctionnent pas toute l'année bénéficient eux aussi de la patente saisonnière. A ce problème, s'ajoute celui des tarifs, chacun, quelle que soit sa responsabilité, doit comprendre que la détermination des tarifs procède très directement de l'appréciation des charges qui incombent à ceux qui ont la responsabilité des exploitations.

Au surplus, ces tarifs doivent tenir compte de la nécessité faite aux responsables des exploitations, des besoins de développement et de modernisation qui s'imposent.

J'ai convenu à cet effet avec mes collègues concernés des conditions dans lesquelles les établissements thermaux pourraient bénéficier des prêts du F.D.E.S. dont j'ai obtenu, cette année encore, la reconduction au niveau de 300 millions.

Sur le Plan des Finances Communales, à noter les ressources procurées aux Stations thermales, au titre des allocations supplémentaires versées par le Fonds d'Action Locale en application de la loi du 6 janvier 1966 et du décret du 18 octobre 1969.

Mais il est une autre intervention des Pouvoirs Publics, trop souvent méconnue et qui bénéficie cependant directement à l'activité thermale, je veux parler de la *publicité* et de la *promotion*.

Nous nous sommes résolument orientés vers une conception moderne de la prospection des marchés étrangers en recourant à des agences, spécialisées, d'audience internationale, et en renforçant le mailage déjà dense de nos représentations à l'étranger. Je ne verrais pour ma part, que des avantages à ce que, dans le cadre d'une promotion globale, l'accent soit mis dans les prochaines campagnes sur les richesses thermales et sur l'heureuse conciliation des thérapeutiques de pointe et des sites touristiques attrayants et équipés.

Tel apparaît l'ensemble des initiatives et actions que, conjointement avec le Ministre de l'Économie et des Finances, en accord avec la Fédération Thermale et Climatologique Française, en accord tout particulièrement avec l'Association des Maires de Stations

Thermales et de son Président, notre fidèle et vieil ami, Monsieur Paul Ribeyre, Ancien Ministre, Sénateur-Maire de Vals, il m'appartient pour ma part de poursuivre, heureux si je puis ainsi aider à la réussite des actions entreprises par chacun de ceux qui, en

ce pays, ont le double souci d'œuvrer pour la santé de nos compatriotes, voire de nos hôtes étrangers, et d'affirmer, au travers de la réussite du Thermalisme, le succès de l'un des secteurs les plus importants de l'économie française.

* * *

CONFÉRENCE DE M^r PAUL RIBEYRE

Sénateur-Maire de Vals-les-Bains
Ancien ministre de la Santé Publique :

« POURQUOI LE THERMALISME ? »

De même que la journée médico-sociale du mercredi 20 janvier avait eu pour conclusion l'entretien post-universitaire du Professeur François BESANÇON, celle du 21 janvier devait se terminer par la conférence de Monsieur Paul RIBEYRE sur le sujet suivant : « Pourquoi le thermalisme ? »

Ce titre indiquait assez que cette conférence serait non seulement la synthèse et le résumé des travaux de ces trois journées mais qu'elle s'adressait aussi au grand public auquel il convenait d'exposer les problèmes de base du thermalisme.

Cette conférence a constitué le sommet de ces journées.

Mesdames, Messieurs,

A cette question directe nous pouvons avec le Président Ebrard, répondre : « Le thermalisme est à la fois un très efficace moyen de santé dans sa définition la plus actuelle et un facteur très important d'activité économique ».

A ce double titre, il tient dans la vie française une place de premier plan que personne ne peut nier.

Pour situer ce fait thermal quelques chiffres : plus de 420 000 curistes dont 75 % pris en charge par la Sécurité sociale, 600 médecins pour diriger les cures dans les stations, 800 millions de francs lourds de chiffre d'affaires, sans compter les recettes des sociétés d'eau minérale et produits annexes.

250 000 personnes au moins vivent plus ou moins complètement de cette activité, qui dans certaines régions est souvent la première.

Enfin, dans la mesure où nos stations reçoivent les curistes étrangers, le thermalisme constitue une industrie d'exportation à l'intérieur en permettant des rentrées de devises. Mais c'est surtout sur l'importance sanitaire du thermalisme que nous tenons à mettre l'accent car malgré quelques jugements sommaires ou partiels, l'intérêt thérapeutique des cures thermales est indiscutable.

Les immenses progrès enregistrés par la science médicale au cours de ces vingt dernières années n'ont pas entamé, mais seulement parfois déplacé les indications fondamentales des cures.

L'examen de leurs rapports avec les thérapeutiques nouvelles ont fait ressortir bien plus souvent leur complémentarité que leur opposition.

En médecine sociale, l'utilité des cures thermales est évidente, en raison de leurs indications électives dans les domaines de la prévention, de la réparation et de la rééducation.

Ainsi la rentabilité des cures thermales est parfaitement établie car elles contribuent efficacement à économiser les deniers de l'assurance maladie en évitant la prolongation de traitements onéreux et parfois inefficaces. Grâce aux cures thermales, l'absentéisme dans les domaines de la scolarité et du travail est réduit dans des proportions telles que l'on peut sans exagération considérer que les économies ainsi réalisées dépassent très largement les charges de remboursement assurées par la Sécurité sociale, charges qui représentent à peine 0,80 % des dépenses de la Sécurité sociale, à ce sujet des études récentes établies par le Professeur Claude Laroche et le docteur Berlioz en apportent la preuve irréfutable.

Et pourtant, il faut admettre que la situation actuelle du thermalisme en France n'est pas satisfaisante. Des indices convergents prouvent que nous sommes en état de stagnation, voire, dans certains cas, de régression.

Si l'évolution de la fréquentation des stations depuis 1946 se traduit par l'augmentation de la clientèle des assurés sociaux, elle a aussi enregistré non seulement une diminution de la clientèle dite libre, mais aussi une régression importante de la clientèle étrangère.

Cette situation est encore plus inquiétante lorsqu'on la compare à celle de nos partenaires allemands et italiens, chez qui le thermalisme est en pleine expansion. C'est ainsi qu'en Allemagne, on a enregistré l'an dernier plus de 1 600 000 curistes et plus de 1 200 000 en Italie à côté des 400 000 clients de nos stations françaises.

Les causes de ces difficultés sont de plusieurs ordres : d'abord, des causes économiques qui remontent à plus de vingt ans en arrière lorsqu'après la deuxième guerre mondiale, il a fallu songer à rééquiper nos stations.

Les crédits dont nous avons alors besoin ne nous ont pas été attribués en temps utile et un immense retard a été pris. Il s'est traduit notamment par l'insuffisances des investissements dans le domaine hôtelier et dans l'équipement de nos établissements thermaux. Avec la disparition de nombreux « palaces » d'avant-guerre qui n'étaient plus adaptables au désir de la clientèle, la capacité hôtelière de presque toutes nos stations a diminué de façon très sensible.

On note également la même insuffisance dans la plupart des équipements de nos établissements thermaux et on s'est borné la plupart du temps à des aménagements ne dépassant guère le stade des travaux d'entretien.

Les mêmes remarques peuvent également s'appliquer aux structures d'accueil et de loisirs. Nos casinos apparaissent souvent comme démodés, et rares sont ceux qui ont pu conserver une activité rentable.

En conclusion de ces insuffisances matérielles, on peut considérer que les équipements dont nous disposons ne sont plus adaptés à la clientèle actuelle de nos stations, basées pour 75 % sur le thermalisme social.

A ces causes économiques et matérielles s'ajoutent, il faut bien l'admettre, des causes médicales.

Jusqu'en 1939, on disait volontiers du thermalisme français qu'il était le premier du monde.

Les grands chefs d'école lui portaient beaucoup d'intérêt et souvent inspiraient des travaux sur ses indications et ses modes d'action. Parmi les médecins de station on trouvait d'éminents spécialistes faisant figure de caution de la crénothérapie. Certes nous avons heureusement, dans les établissements thermaux, des médecins de grande valeur, mais après la deuxième guerre mondiale, notamment sous l'influence anglo-saxonne, chacun sachant qu'aux États-Unis le thermalisme est généralement ignoré et qu'en Angleterre il est à peu près inexistant cette situation prééminente s'est rapidement détériorée. Alors, on a enregistré un scepticisme certain à l'endroit des cures thermales dans de nombreux milieux médicaux, ce qui a eu pour but d'affecter à travers les orientations et les prescriptions le fait même du recours aux cures. Or c'est très grave car rien ne sert pour les assurés sociaux de se faire rembourser normalement les frais d'une cure si leurs médecins les incitent peu à l'effectuer parce qu'ils n'y croient pas.

L'analyse des difficultés actuelles du thermalisme faisant apparaître que celles-ci ne sont ni accidentelles ni passagères, il y a lieu, nous pensons, d'établir ensemble un véritable plan de redressement.

C'est précisément l'objet des journées d'études organisées par la Fédération thermale française. Aussi, ne rendra-t-on jamais assez hommage au Président Ebrard et à ses éminents collaborateurs pour avoir pris l'initiative de nous réunir afin d'étudier en commun les données essentielles de ce plan de redressement

En résumant rapidement les études qui ont été faites au cours de ces journées, on peut estimer que

les perspectives de redressement se situent dans quatre ordre d'orientations générales : orientations d'ordre médical, d'ordre social, d'ordre financier, d'ordre d'information et de propagande.

L'ensemble de ces orientations devant obligatoirement se situer dans une conception nouvelle de l'organisation même de nos stations permettent de conclure que le « thermalisme de papa » est mort.

Dans le cadre des orientations d'ordre médical il convient d'actualiser la médecine thermale en la débarrassant de l'apparence désuète que certains voudraient continuer à lui attribuer. Après les éminents exposés que nous avons entendus au cours de ces journées je me bornerai à réaffirmer qu'il faut avant tout fonder scientifiquement la crénothérapie, c'est pourquoi la recherche thermale de base est d'une absolue nécessité quel que soit son coût. Elle exigera la direction plus attentive encore des médecins de la station travaillant en collaboration étroite avec les médecins de famille qui leur ont confié leurs malades.

Par ailleurs, à la valeur grandissante des médecins thermaux devra s'ajouter l'amélioration constante de la qualité des soins, ce qui exigera la présence d'auxiliaires médicaux de mieux en mieux formés à l'application des disciplines thermales.

Dans les orientations d'ordre social il apparaît que les curistes assurés sociaux sont et resteront des clients privilégiés de toutes les stations. Certes, il est possible et même souhaitable du point de vue financier notamment, que certaines stations tentent de développer leur clientèle non remboursée, qu'elle soit française ou étrangère, mais dans le cadre de l'évolution actuelle il faut envisager que dans l'avenir les cures thermales connaîtront de plus en plus de curistes adhérant aux régimes divers de Sécurité sociale. Alors, en présence de ces constatations, il est facile d'admettre que de nouvelles restrictions dans les conditions de remboursement des cures porteraient un coup mortel au thermalisme tout entier. Il faut que les pouvoirs publics en soient absolument convaincus. A ce sujet j'ai noté avec satisfaction que, dans son excellent discours d'ouverture, Monsieur le Ministre de la Santé publique nous avait apporté la preuve de la connaissance parfaite qu'il avait de nos besoins dans ce domaine, qui détermine l'existence même de nos stations

L'ensemble des dépenses qui doivent être engagées à l'occasion d'une cure thermale est trop important pour que l'on puisse demander aux assurés sociaux, dont certains n'ont que des revenus modestes, d'en faire l'avance. D'où la nécessité de l'existence des bureaux payeurs. De plus, comme l'on finira bien par admettre que la cure thermale constituant un traitement médical absolu doit être dissociée en fait et en droit de la notion de congé, ou de vacances, il faudra que soit repris et étendu le règlement des indemnités journalières comme elles sont versées aux salariés pendant toutes les périodes d'arrêt de travail causées par la maladie. L'ensemble devant être conçu de telle sorte que le forfait cure couvre enfin la plus grande partie des dépenses en ne laissant à la charge des malades qu'un ticket modérateur supportable.

Dans les orientations d'ordre financier, le handicap le plus sérieux est constitué par le retard enregistré

dans les investissements. Or, il est dans les pouvoirs du Gouvernement de permettre ces investissements, en infléchissant dans un sens favorable leurs modes de financement. Il faut que l'aide de l'État revête la forme de prêts du Fonds de développement économique et social aux taux les plus bas et avec les durées d'amortissement les plus longues tenant compte du fait que la plupart des investissements thermaux ne peuvent être utilisés que pendant une partie seulement de l'année. Ces aides financières devraient être indistinctement accordées aux investissements publics des stations et aussi aux sociétés privées gérantes des installations thermales.

En outre il serait nécessaire que l'augmentation des crédits budgétaires pour le thermalisme permette d'accorder de plus larges subventions qui, en allégeant les charges d'investissement, réduiraient d'autant le coût des cures remboursées par la Sécurité sociale. Nous assisterons ainsi, comme nous le constatons par ailleurs dans le secteur hospitalier à un transfert de charges qui faciliterait l'équilibre du budget de la Sécurité sociale.

Enfin, toujours dans le domaine financier, il serait indispensable que soient diminuées les charges fiscales, notamment pour les établissements thermaux afin qu'ils ne supportent notamment la T.V.A. qu'au taux de 7,50 % au lieu de 17,50 %.

Dans le domaine des orientations relatives à l'information et à la propagande, il conviendrait de noter qu'en matière de thermalisme l'information doit être double, l'une s'adressant aux prescripteurs de cures thermales, c'est-à-dire aux médecins, l'autre au grand public.

Dans le cadre de l'information médicale, celle-ci doit être apportée aux prescripteurs en écartant systématiquement toutes les formules dithyrambiques, mais en leur fournissant des renseignements objectifs et précis sur les caractères des agents crénotherapies mis en œuvre, leur pharmacologie, leur mode d'action, les indications thérapeutiques et les contre-indications.

Devant le grand public, au contraire, il ne convient pas de faire état de considérations médicales détaillées qui pourraient rapidement tendre vers des formes de *vulgarisation bien souvent hasardeuse*, mais, par contre, mettre l'accent sur l'environnement de la cure, l'organisation générale de la station sans donner certes la priorité à une forme de propagande touristique mais sans l'ignorer toutefois car certains de ces éléments constituent bien souvent un complément d'attrait, en contribuant au repos du malade et à sa détente. Et par-dessus tout, que jamais ne soient faites des promesses inconsidérées de guérison, car ce serait le plus sûr moyen de supprimer toute croyance au sérieux du thermalisme.

Dans le cadre des orientations au niveau de la station.

Un des signes caractéristiques des stations thermales françaises est la diversité. Avec mes collègues maires nous pourrions énumérer les formes juridiques et administratives les plus diverses régissant nos domaines thermaux, les installations appartiennent tantôt à l'État, aux départements, aux communes, tantôt sont propriété de sociétés privées. Ces ensembles divers sont exploités, soit directement, par leurs propriétaires respectifs soit en régies à formes diverses,

soit en concessions multiformes. Aussi combien est-il difficile d'uniformiser nos actions !

Ajoutons que la charge des maires des stations se complique encore du fait qu'en dehors de quelques heureuses exceptions — la plus grande partie de nos stations ont des infrastructures de communes rurales — il apparaît que dans la composition même des Conseils municipaux tous les membres sont loin d'avoir l'esprit thermal.

En vieux praticien de la chose publique et de la gestion municipale, je puis avec mes collègues indiquer que bien souvent les projets d'investissements thermaux sont rejetés au profit d'équipements locaux, certes, légitimement désirés par les habitants, mais qui ne peuvent en aucun cas concourir au développement de la station.

De plus, la plupart des textes dont nous disposons sont souvent dépassés et les ressources financières spécifiques dont nous pouvons disposer sont très nettement insuffisantes.

Bien sûr, nous recevons une attribution spéciale dans le cadre du Fonds d'action locale, mais les ressources ainsi dégagées sont sans commune mesure avec les charges qui s'imposent à nous.

Pourtant, pour répondre à sa vocation, toute station doit être organisée en fonction de la santé du curiste, toutes ses activités devant concourir à assurer l'efficacité des cures.

C'est parce que je suis personnellement persuadé de ces impératifs essentiels que je crois au thermalisme. Mais « la foi qui n'agit point est-ce une foi sincère » ? Certainement non, c'est pourquoi comme beaucoup de mes collègues nous nous sommes efforcés de mettre à la disposition des médecins et au service des malades un mode encore peu répandu d'établissement de cure : l'hôpital thermal.

Ce type d'établissement de soins dans le cadre de nos stations doit pouvoir répondre à toutes les exigences de la clientèle des assurés sociaux qui dans ce cas bénéficient du régime général de remboursement des frais hospitaliers, c'est-à-dire soit 80 % du prix de journée, soit dans le cas de certaines maladies de longue durée 100 %. La seule évocation de ces pourcentages permet mieux que n'importe quel développement de faire apparaître combien ce système doit atteindre même les assurés sociaux les plus modestes qui, ainsi, n'ont plus à supporter le très lourd ticket modérateur qui reste à leur charge en cas du paiement d'un forfait cure.

Malheureusement, le coût de la construction d'hôpitaux ne permet pas d'envisager un fonctionnement de quelques mois par an. L'amortissement des sommes à investir est tel qu'il faut prévoir un fonctionnement annuel en faisant admettre la notion moderne de « thermalisme à temps plein ».

Mais dans ce domaine interviennent forcément les sujétions imposées par le climat et il est bien évident que si certaines stations situées dans le midi de la France et à de basses altitudes, peuvent fonctionner toute l'année, d'autres très nombreuses, et parmi les plus belles, ne le peuvent pas.

Pourtant, je suis persuadé que l'hospitalisation thermique constitue un des grands espoirs du thermalisme sans pour autant porter préjudice à l'hôtellerie

classique qui voit s'ajouter alors à sa clientèle traditionnelle, celle constituée par les familles venant visiter leurs malades.

En conclusion, nous réaffirmons que la valeur intrinsèque de la crénothérapie ne fait pas de doute ; que cette thérapeutique millénaire se trouve toujours en mesure de rendre, en dépit des progrès spectaculaires réalisés par d'autres disciplines les plus précieux services dans le combat quotidien que nous menons contre la maladie ; que l'activité thermale reste un facteur important du développement économique régional en s'harmonisant parfaitement avec l'intérêt national ; et que à la condition de débarrasser le

thermalisme de son caractère vieillot qui lui vaut maintes critiques, en le dotant d'instruments modernes, de traitements adaptés aussi bien aux exigences médicales de l'heure, qu'aux besoins psychologiques des curistes, celui-ci peut et doit assurer pleinement sa mission qui est de prévenir, d'éduquer, de consolider, de guérir et aussi de sauvegarder le plus précieux de tout les biens de l'homme : LA SANTÉ.

C'est pourquoi avec la Fédération Thermale Française, avec son Président, avec vous tous, médecins et maires, à la question : Pourquoi le Thermalisme ? Nous répondons : parce qu'il est nécessaire à la vie.

(Applaudissements).

*Fin des travaux consacrés
aux Journées Nationales du Thermalisme*

Communiqué

**LE SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS
DES STATIONS THERMALES MARINES ET CLIMATIQUES DE FRANCE**

Vous propose en 17 jours

Un voyage d'étude aux U.S.A. (Californie - Côte Ouest) et Mexique

Départ de PARIS : Lundi 8 novembre 1971

Retour à PARIS : Jeudi 25 novembre 1971

par AIR FRANCE

Prix : 8 150 Francs

S'adresser au Docteur André LARY, 32 - BARBOTAN-LES-THERMES

THERMALISME DANS LE MONDE

BELGIQUE

Spa en deuil.

Je viens de lire avec une grande tristesse « Propos d'un centenaire » (1) un des derniers travaux de Georges Barzin, ce charmant ami qui vient de mourir, dans la ville de son cœur.

Directeur de l'Office de Tourisme de Spa, Georges Barzin avait assuré la fonction de secrétaire de la Fédération Thermale de Belgique et était une personnalité bien connue du thermalisme européen.

Enfant de la Fagne ardennaise, son dévouement pour le thermalisme et le tourisme de son pays et de sa région en particulier, était incomparable. Ecrivain délicat, il retraçait dans une quantité d'articles, de revues spécialisées, de guides et autres informations, l'aspect enchanteur de sa bonne ville de Spa. Il nous confiait encore voici peu : « bien que tant de

choses ont pu changer dans notre ville, elle demeure dans ma chair, dans mon cœur, comme un lierre indétachable ».

Dès la fin de la dernière guerre mondiale, avec l'aide de Monsieur Hordies et de Monsieur Arthur Haulot, respectivement Commissaire Honoraire et Commissaire au Tourisme actuellement en fonction ; avec l'aide du corps médical de Spa et parmi ce dernier, le Docteur Jean Barzin, bourgmestre de Spa et cousin du défunt, Georges Barzin mit tout en œuvre pour assurer la mise en état des installations thermales et la reprise des traitements dans la première ville d'eaux de Belgique. Artisan d'une évolution sociale profonde, radicale, due elle-même aux efforts gigantesques des dernières générations, il fut de ceux qui permirent de répondre toujours mieux à une notion du thermalisme et ce, d'une manière plus ample, plus nécessaire, plus profondément utile.

Raymond PEUCHOT,

(Journaliste, membre correspondant de la Société d'hydrologie et climatologie médicale de Belgique et de la Fédération Thermale Belge).

(1) « Propos d'un centenaire », G. Barzin, Des Presses de Gérard et Cie, 65, rue de Limbourg, 4 800 Verviers (Belgique). Recueil, écrit à l'occasion du centenaire de l'Établissement des bains de Spa (1868-1968).

Communiqué

Les XIX^e Journées Scientifiques Nationales de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE ET SOCIALE auront lieu, à bord du paquebot ferry « MASSALIA », du 26 octobre au 1^{er} novembre 1971 au cours d'une croisière allant de Marseille à Casablanca et retour.

Deux thèmes seront traités au cours de ces Journées Nationales d'Études et d'Information :

1^o « L'HEPATITE VIRALE », sous la présidence de M. le Professeur J. B. BOUVIER, Médecin des Hôpitaux (Paris).

2^o « L'HOMME ET LA MER », sous la présidence de Monsieur le Médecin Général de 1^{re} Classe de la Marine (CR) H. LASMOLES.

Tous les médecins intéressés par ces sujets peuvent participer à ces Journées.

Renseignements et indications :

S.F.M.P.S.
BUREAU de CLERMONT-FERRAND

34, rue Jeanne-d'Arc
63-CLERMONT-FERRAND

Tél. : (73) 92-33-95

antibiotiques
et sulfamides
s'attaquent aux
germes

les corticoïdes
modifient le
terrain
temporairement...

**les cures thermales
transforment le terrain
d'une manière durable**

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE
ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES
15, rue SAINT-BENOIT - PARIS 6^e**

Sous un climat vosgien, tempéré, frais et tonique

L'EAU
QUI
GUERIT
LES
OS

BOURBONNE-LES-BAINS

(HAUTE-MARNE)

*ses eaux
chaudes
radioactives
(66°)
chlorurées
sodiques*

**TRAITEMENT
DES**

**FRACTURES
RHUMATISMES**

impotences fonctionnelles