



Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

# L'organisation de la profession d'ostéopathe : de la spécificité à la normalité ?

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille



Chères adhérentes, chers adhérents,

Comme vous le savez, Marseille a accueilli le congrès annuel du SFDO les 29 et 30 septembre 2017. Ce congrès fut composé d'une journée scientifique, de l'assemblée générale du SFDO et d'une journée de prospective socioprofessionnelle.

Le premier temps fort fut consacré à une journée thématique intitulée « *Neurosciences et douleur en ostéopathie* » Cette journée a allié interventions magistrales et pratiques professionnelles.

Le second temps fort fut consacré à : « *L'organisation de la profession d'ostéopathes : de la spécificité à la normalité ?* » avec des intervenants passionnants qui ont lancé un débat riche.

« *De l'organisation de l'ostéopathie dans l'organisation des professions de santé* » à « *la place des ostéopathes au sein du DPC* » ou encore « *De l'hypothèse d'un remboursement des actes d'ostéopathie par le régime obligatoire et par les assurances complémentaires* ».

Le SFDO remercie chaleureusement Joël MORET-BAILLY, avocat spécialisé ; Michèle LENOIR-SALFATI, directrice générale de l'Agence nationale du développement professionnel continu ; Laurent BORELLA, Président de KALIVIA, Marie-Laure MOCQUET-ANGER ; PU Droit Science politiques Rennes I ; Estelle BROSSET, Professeur de droit public à Aix Marseille Université ; Amanda DUBUIS, Docteur en droit, Maître de conférence en droit à l'Université de Franche-Comté ; Béatrice COURGEON, Risk Manager, Directeur de clientèle chez AON France, docteur en droit et Marc RODWIN, J.D, Ph.D. Professeur de droit à la Suffolk University (Boston, États Unis) et chercheur au Edmond J. Safra Center for Ethics, Harvard University. Chacune des interventions composant le compte rendu intégral\* de cette seconde journée vous sera communiquée chaque semaine.

Découvrez dès à présent la première intervention de cette journée : « *L'organisation de l'ostéopathie dans l'organisation des professions de santé* », par Joël MORET-BAILLY.

Bonne lecture...

Le Conseil d'administration

\* L'ensemble des interventions a été relu par chaque intervenant, exceptée celle de Marie-Laure Mocquet-Anger, dont l'intervention présentée est le strict compte-rendu de la prise de notes de la sténotypiste.

## **L'organisation de la profession d'ostéopathe : de la spécificité à la normalité ?**

### **L'organisation de l'ostéopathie dans l'organisation des professions de santé**

Joël MORET-BAILLY, avocat au barreau de Paris, spécialisé notamment dans les questions de droit des professions, déontologie et organisation des professions de santé

### **L'hypothèse d'un remboursement des actes d'ostéopathie par le régime obligatoire et par les assurances complémentaires : un chemin de croix ?**

Laurent BORELLA, Président de Kalivia

### **Ostéopathie, profession de santé : quel parcours et quelles contraintes ?**

Joël MORET-BAILLY et Philippe STERLINGOT, Président du SFDO, ostéopathe

### **L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu : une place pour les ostéopathes ?**

Michèle LENOIR-SALFATI, Directrice Générale de l'Agence Nationale du DPC, ancienne sous-directrice des ressources humaines du système de santé à la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS)

### **Les difficultés d'intégration de l'ostéopathie dans les cadres juridiques habituels : responsabilité, indemnisation de l'aléa thérapeutique, exercice de la profession en maison de santé et à l'hôpital**

Marie-Laure MOQUET-ANGER, PU Droit Science politiques Rennes I

### **Quelle mise en œuvre pour un code de déontologie « opposable » ?**

Joël MORET-BAILLY

**Points de vue "extérieurs" sur l'organisation de l'ostéopathie**, table ronde modérée par Estelle BROSSET, Professeur de droit public, AMU (Aix Marseille Université) :

- **Les droits des patients en Europe**

Amanda DUBUIS, Docteur en droit, Maître de conférence en droit à l'Université de Franche-Comté

- **L'organisation des professions en France**

Béatrice COURGEON, Risk Manager, Directeur de clientèle chez AON France et docteur en droit

- **L'organisation des professions à l'international**

Marc RODWIN, J.D, Ph.D. Professeur de droit à la Suffolk University (Boston, États Unis) et chercheur au Edmond J. Safra Center for Ethics, Harvard University.



Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

# Première intervention : « L'organisation de l'ostéopathie dans l'organisation des professions de santé »

Joël MORET-BAILLY

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille

## L'organisation de l'ostéopathie dans l'organisation des professions de santé



**Joël MORET-BAILLY**, Professeur de droit à l'Université de Lyon ; Avocat au barreau de Paris. Spécialisé dans les questions de droit des professions, déontologie, éthique, conflits d'intérêts, secret professionnel, organisation des professions, responsabilité, notamment des professions de santé, mais également des professions du droit, du cadre de vie, etc., il accompagne le SFDO dans ses questionnements relatifs au droit des professions depuis une dizaine d'années. Il a notamment animé le groupe de travail ayant rédigé le Code de déontologie de l'ostéopathie du SFDO.

### Résumé de l'intervention

L'organisation juridique de l'ostéopathie, fruit d'une histoire particulière, est originale comparée à l'organisation habituelle des activités et professions de santé. La pratique des actes ostéopathiques n'est, en effet, pas réservée à une profession, mais peut être le fait des membres de 4 professions de santé, ainsi que celui des ostéopathes dits « à titre exclusif » n'appartenant pas à ces professions. L'ostéopathie a cependant vu, depuis 2002, un certain nombre d'alignements sur les régimes juridiques habituels des professions (inspections, secret professionnel, conflits d'intérêts...) ainsi que l'encadrement de la formation des ostéopathes à titre exclusif. Outre ces questions, l'intervention sera également l'occasion de revenir sur les prérogatives, les intérêts et les contraintes d'un ordre professionnel.

## Compte-rendu intégral de l'intervention

« Merci Philippe c'est toujours un plaisir d'intervenir au SFDO. Cela permet généralement de participer à des échanges aussi riches que constructifs.

Je vais entrer dans le vif du sujet, en tout cas de l'un des sujets car vous avez vu que vous allez avoir le grand déplaisir de m'entendre trois fois.

Cette première intervention est relative à l'organisation de l'ostéopathie dans l'organisation des professions de santé ; elle est construite et conçue comme une sorte d'introduction pour montrer quelle est l'originalité de l'organisation juridique de l'ostéopathie, ce qui évidemment aura sans doute des implications sur tout le reste, parce que qui dit « organisation originale » dit impossibilité de mobiliser un certain nombre de modèles habituels dans l'organisation des professions de santé pour organiser l'ostéopathie. Puis nous nous projeterons sur des évolutions éventuellement à venir.

J'ai prévu trois points dans cette intervention. Premièrement je vais vous présenter très rapidement, d'un **point de vue structurel**, comment les professions de santé sont organisées en droit français, comment elles sont « rangées » dans le Code de la santé publique, et ce que cela veut dire notamment - et c'est une dimension qu'il faut vraiment prendre en compte pour l'ostéopathie - d'un point de vue symbolique.

Puis j'entrerais un peu plus dans **la technique**, en vous parlant de l'organisation des actes professionnels pour les différentes professions, comment ce système est construit. Et là encore l'ostéopathie se révèle parfaitement originale, on pourrait même dire novatrice si l'on se projette dans l'avenir de l'ensemble des professions de santé.

Enfin je vous dirai quelques mots d'un serpent de mer de la profession, de celle-ci comme d'autres d'ailleurs, toutes celles qui n'ont pas la « chose magique » dont je vais vous parler (on y pense mais il faut y penser avec circonspection). La « chose magique » : c'est **l'Ordre professionnel**. Est-ce vraiment magique ? Je vous en dirai des choses. Je ne crois pas, à titre personnel, mais en tout cas c'est une question que l'on ne peut éluder car on pense, généralement, quand on ne connaît pas la technique juridique, que l'avenir d'une organisation professionnelle, ou son acmé, ce sera un Ordre professionnel.

**I - Premier point sur l'organisation**, vue d'avion, vu du Code de la santé publique. Il faut savoir, pour commencer, qu'un certain nombre de concepts en droit français sont à l'origine d'un « classement » des professions. Quand on ouvre le Code de la santé publique, on voit qu'une quatrième partie est consacrée aux professions de santé ; c'est important

car très souvent dans les textes de droit on renvoie aux « professions de la quatrième partie du Code ». Ce classement dans la quatrième partie n'est pas anodin et devient un concept juridique. Par exemple - on aura l'occasion de le voir - quand on parle de l'indemnisation des accidents médicaux, on fait référence aux professions de la quatrième partie du Code de la santé publique, dont ne font pas partie les ostéopathes ; le dispositif ne s'applique donc pas à eux. Vous voyez que, techniquement, ce n'est pas anodin.

Cette quatrième partie du Code compte un certain nombre de titres :

Les professions médicales avec trois professions :

- Médecin ;
- Chirurgien-dentiste ;
- Sage-femme.

Ce qui est fondamental, car ce classement a une conséquence. Les professions médicales sont des professions qui ont un champ d'intervention, en général à leur propre initiative, et qui sont en dehors du décret d'actes que je vais vous décrire dans un instant ; c'est-à-dire que d'autres professions ne peuvent exercer qu'un certain nombre d'actes limitativement énumérés. En ce qui concerne les professions médicales, *a priori*, on ne limite pas ce que ces professions peuvent faire dans leur champ d'intervention. Soit tout pour les médecins soit une certaine zone du corps par rapport au chirurgien-dentiste - qui fait l'objet évidemment d'interprétations quant à ses limites - soit un certain nombre d'accompagnements : schématiquement pour la grossesse, l'accouchement, les suites de l'accouchement pour les sages-femmes.

Même s'il y a évidemment des limites, la philosophie est celle-ci : « voilà votre champ de compétence, là-dedans, faites ce que vous voulez ».

Les professions de la pharmacie :

- Pharmacien ;
- Préparateur en pharmacie (je vais laisser les préparateurs en pharmacie de côté car ils ne sont pas sur les problématiques qui nous intéressent vraiment, me semble-t-il) ;

Les auxiliaires médicaux (ici on compte près d'une quinzaine de professions avec, dans l'ordre : infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue et d'autres jusqu'aux diététiciens, on a orthoptiste, orthopédiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, etc.)

Si je vous ai donné l'ordre, c'est dans un but précis, les professions ne sont pas classées n'importe comment, elles sont classées par ordre de prestige social et par ordre d'intégration historique dans le Code : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme,



infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue etc. car cet élément est fondamental. Si l'on veut intégrer les ostéopathes dans la 4<sup>ème</sup> partie du Code de la santé publique, cela s'avère complexe. En effet, si la question est : « comment font-ils en vrai, que font-ils et quelle place pour les actes d'ostéopathie par rapport aux actes des professions médicales ? », c'est symboliquement délicat, même si aux États-Unis cela paraîtrait parfaitement pertinent. Si l'on s'attache à l'origine historique et quasiment socioprofessionnelle des ostéopathes, on se trouve proche des masseurs-kinésithérapeutes, historiquement qui ont « fourni » les premiers ostéopathes. On serait donc plutôt sur les auxiliaires médicaux.

C'était une première vue d'avion et un premier questionnement : où puis-je « ranger » les ostéopathes dans le cadre de règles existantes ? C'est compliqué.

**II - Deuxième type de questionnement sur les actes professionnels :** Il faut savoir qu'en France toute l'organisation des professions de santé est construite - cela peut paraître étonnant – à partir de l'infraction d'exercice illégal de la profession médicale.

Historiquement, en 1803, on dit : les docteurs en médecine ou alors les médecins non-docteurs (parce qu'à l'époque il y avait des médecins non-docteurs qu'on appelait « officiers de santé ») peuvent intervenir sur le corps humain. Et cela on le construit techniquement en disant que c'est un fait justificatif d'une infraction pénale. Ce n'est pas toute l'intervention des médecins. Mais pensez aux chirurgiens : le chirurgien accomplit un acte qui s'appelle, en matière pénale, une violence volontaire.. Si un Professeur de droit prends un couteau et vous ouvre en deux, c'est une infraction pénale et on peut le punir pour cela. Le médecin peut le faire. Pourquoi ? Parce qu'il a les diplômes qui lui permettent de le faire. Il est médecin. Donc dans les conditions de son diplôme essentiellement (il y en a d'autres, visée thérapeutique, nationalité, etc.), il peut intervenir sur mon corps. On réserve cela aux médecins.

Puis, d'un point de vue historique, pour différentes raisons, à différents moments, les médecins vont dire : j'ai besoin de personnes qui m'aident, et on va créer des exceptions au monopole médical pour les autres professions. Et à chaque fois qu'on imagine une profession, c'est une exception au monopole médical.

Je vais prendre un exemple plus précis, celui de la profession d'infirmière. La profession d'infirmière au XIX<sup>e</sup> siècle, c'est une aide au médecin mais elle n'intervient pas directement sur le corps. Au XIX<sup>e</sup> siècle l'infirmière n'est pas faite pour soigner, elle est faite pour être dans la compassion vis-à-vis du patient, pour l'accompagner et pour assister le médecin dans le cadre de ses actes. Même aujourd'hui, quand on élargit la compétence des infirmières, elle n'a pas un rôle thérapeutique. Quand on analyse la définition du Code de la santé publique, la profession d'infirmière, dans la part dans laquelle elle n'est pas soumise



au médecin, favorise l'autonomie, vérifie la stabilité d'un état mais elle n'a pas une action thérapeutique, elle n'aura d'action thérapeutique que sous le contrôle du médecin.

**Exercice illégal de la médecine** : ce qui est très étonnant quand on aborde ces questions en droit français, c'est que l'on se rend compte que la profession médicale est définie dans l'exercice illégal ; on dit schématiquement que c'est le fait, à titre habituel, d'avoir une action diagnostique, pronostique, thérapeutique (pour aller très vite), et c'est une première partie de la définition de la médecine.

La deuxième partie de la définition est très importante techniquement : il est prévu que : « *exerce la médecine la personne qui accomplit un acte qui est prévu dans le cadre d'un arrêté* ». C'est un arrêté que l'on dit « arrêté de 1962 » (qui est remis à jour de manière très régulière mais qui a été créé en 1962). Vous avez donc une double définition de la médecine : une définition « matricielle », une définition fonctionnelle (diagnostic, pronostic, thérapeutique), puis une liste d'actes.

Et ici je reviens aux auxiliaires médicaux parce que le système de l'arrêté de 1962, fondamental, est le suivant :

- 1- Des actes sont réservés aux médecins, seuls les médecins peuvent les effectuer. Et l'on trouve notamment à ce chapitre les actes d'ostéopathie. Les actes d'ostéopathie sont, par principe, réservés aux médecins et entrent dans le cadre de leur monopole. C'est ce qui explique que, jusqu'en 2002, les actes d'ostéopathie pratiqués par des ostéopathes non-médecins, étaient considérés comme exercice illégal de la médecine. Et la loi de 2002 a prévu que, par exception à l'article qui prévoit l'exercice illégal de la médecine qui lui-même renvoie à l'arrêté 1962, certaines personnes dans certaines conditions peuvent effectuer des actes d'ostéopathie. (Je vais y revenir dans un instant).
- 2- Des actes sont réalisables par des personnes autres que les médecins, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État (essentiellement par les auxiliaires médicaux) et réalisés uniquement sur prescription quantitative, qualitative, écrite et signée du médecin. Dans cette perspective, et pour chaque profession, on va créer ce que l'on appelle le décret d'actes. Et les professionnels ne seront autorisés à ne réaliser que ce qui est prévu dans « leur » décret d'actes : les infirmiers, les kinésithérapeutes, tous les auxiliaires médicaux. Les auxiliaires médicaux sont vraiment construits en droit français comme des aides des médecins qui interviennent, par exception, sous le contrôle du médecin.
- 3- Des actes pour lesquels on dit que le professionnel peut le faire, le médecin étant présent et pouvant intervenir à tout instant.

Vous voyez donc que l'on est sur une logique d'extrême contrôle des professions.

Dans ce cadre-là, l'organisation de l'ostéopathie est complètement orthogonale avec tout cela. D'abord on ne construit pas l'ostéopathie comme une profession, contrairement à ce qui s'est fait historiquement. On vous dit : « *peuvent pratiquer des actes d'ostéopathie* (et le concept-clé c'est l'acte d'ostéopathie) : *les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les sages-femmes* (avec des conditions de formation, des diplômes) *et d'autres personnes qui etc.*, c'est à dire les ostéopathes, à titre exclusif, qui sont soumis à des conditions de diplôme, de formation, ce qui a été l'actualité de ces dernières années etc.

On est donc sur l'organisation d'une activité et non d'une profession, ce qui d'ailleurs laisse un certain nombre de traces puisque, aujourd'hui encore, quand on veut parler des ostéopathes à titre exclusif dans le droit français, que vous dit-on ? : les ostéopathes sont organisés par la loi de 2002, la grande loi de 2002 dite de démocratie sanitaire, dite loi sur le droit des patients. À l'intérieur on trouve nombre d'articles qui ont été progressivement intégrés dans le Code de la santé publique, mais il reste aujourd'hui un article non codifié, l'article 75 (quand vous allez sur Légifrance et que vous cliquez sur la loi du 4 mars 2002, dans sa rédaction actuelle, il reste l'article 75 qui comprend les ostéopathes et les chiropracteurs.) Vous êtes l'une des deux professions de l'article 75 du Code de la santé publique, ce qui veut dire que vous n'êtes pas dans le Code de la santé publique. Ce qui a un certain nombre d'implications, parce que cela signifie que, lorsque l'on veut parler d'ostéopathie, on est obligé à chaque fois, techniquement, de renvoyer à l'article 75 (ce qui ne présente pas une difficulté en soi), mais ce qui oblige à chaque fois de préciser : toutes les règles générales qui s'appliquent à toutes les professions dans le Code de la santé publique ne s'appliquent pas à vous, car elles s'appliquent aux professions de la quatrième partie du Code de la Santé Publique, dont vous ne faites pas partie. Pourquoi ? Parce que vous n'êtes pas une profession au sens du Code de la santé publique français en 2017. En termes sociologiques, évidemment que vous êtes une profession. En termes juridiques aujourd'hui, non. Et on est donc obligé à chaque fois de préciser : tel dispositif va s'appliquer aux professions de l'article 75 etc. (et d'entraîner avec vous ces pauvres chiropracteurs).

Voilà pour l'organisation de l'ostéopathie, ce qui veut dire que cela rebondit, vous l'avez compris, sur le premier point : où les mets-je dans le Code de la santé publique ?

Réponse : pour l'instant, nulle part.

Parce qu'on ne sait pas faire. Parce que l'administration (je vais peut-être m'attirer des regards courroucés ou ironiques, je ne sais pas encore, c'est un risque que je prends) a souvent du mal à imaginer et tend à reproduire ce qui existe déjà. Quand il n'y a pas les bonnes cases, on ne sait pas où mettre les choses, et cela rend les discussions, les négociations, quelque peu complexes.

Où mettre les ostéopathes ? C'est compliqué en termes géographiques ou juridiques, c'est compliqué en termes mêmes d'organisation, et c'est compliqué simplement de « penser cette chose » qui est une activité plutôt qu'une profession aujourd'hui ; d'ailleurs vous le savez bien : l'une de vos questions concerne les kinésithérapeutes qui pratiquent des actes d'ostéopathie.

Ce qui n'existait pas pour les autres professions, qui s'organisaient en silos. Vous n'êtes pas en silos, vous êtes en transversal. Cela implique déjà une organisation qui soit originale et qui implique des difficultés d'articulation. Par exemple, en ce qui concerne les règles déontologiques, quid de l'articulation avec les autres codes de déontologie ? Un kinésithérapeute qui pratique l'ostéopathie, applique sans doute le code déontologique des kinésithérapeute, est-ce qu'il appliquerait aussi un code de déontologie de l'ostéopathie ? Il y aurait plusieurs déontologies en fonction du professionnel qui pratiquerait ?

**III - Pour terminer, quelques éléments sur la question de l'Ordre** (vous voyez que je ne tente pas de répondre à des questions, j'en pose plutôt pour ouvrir un débat) : il s'agit juste pour moi de dresser ici un panorama sur ce qu'est un Ordre. Aujourd'hui il y a une vingtaine d'ordres dans le droit français, qui touchent des professionnels de santé, du droit, du cadre de vie (je pense aux architectes) etc. C'est une organisation qui est assez habituelle aujourd'hui.

On comptait huit professions au début du XIX<sup>e</sup> siècle, des professions essentiellement de justice, un gros contingent après 1945 et puis trois ordres des professions de santé qui ont été créés dans les années 2000 : les kinésithérapeutes, les pédicures-podologues puis les infirmiers.

Quelques éléments :

Tout d'abord un Ordre professionnel, même si on le considère comme un idéal, c'est extrêmement lourd. C'est très lourd parce qu'un Ordre professionnel fait beaucoup de choses. Il faut voir en gros l'Ordre professionnel comme une sorte d'administration déconcentrée, par exemple l'Ordre professionnel gère la liste des professionnels ; pour les professions qui n'ont pas d'Ordre, c'est l'administration qui effectue ces tâches. Lorsqu'il y a un Ordre, on transfère cela à l'Ordre, donc on voit un aspect complètement administratif.

L'Ordre a une compétence déontologique. Cet aspect-là est intéressant. Il peut généralement écrire le code de déontologie et le proposer au gouvernement qui va l'adopter ou non, ce qui ouvre des marges de manœuvre en termes de négociations en général.

L'Ordre professionnel est intéressant aussi en ce sens que c'est un lobbying institué ; nombre d'institutions font appel à des personnes de l'Ordre, la parole professionnelle est ainsi relayée.

L'Ordre professionnel, et c'est intéressant aussi pour l'État, est financé par les professionnels. Cela se révèle d'ailleurs très onéreux, ce qui amène par exemple les pédicures-podologues (qui sont 10 000) à ne pas avoir d'organisation départementale mais une organisation régionale parce que c'est moins cher. C'est un élément qui ne faut pas oublier : on se paye son administration.

Deux autres choses, me semble-t-il, sont à savoir pour commencer à débattre de ce point :

- Un Ordre professionnel a un rôle légal - ce n'est pas un reproche de ma part, c'est un constat objectif - il a un rôle légal qui est conservateur. Un Ordre professionnel est là pour défendre les principes professionnels, sous-entendus acquis, il est là pour défendre l'indépendance de la profession, il n'est pas là pour être sur une logique de propositions, de progrès, de négociations avec les pouvoirs publics (ce qui est plutôt le rôle des syndicats). Il n'y a pas obligatoirement de suite logique entre le syndicat et l'Ordre professionnel, ce sont des rôles différents. La question est donc : quand on imagine un Ordre, est-ce que c'est pertinent du point de vue « sociologique », du point de vue de la maturité de la profession ? Je pense qu'un Ordre professionnel peut être pertinent ou non selon la profession, selon le moment de son histoire, selon ce qu'elle fait.
- Les ordres n'ont pas vraiment le vent en poupe, en ce moment, en tout cas au ministère de la santé. Pour aller très vite, concernant l'Ordre des infirmiers, son installation s'est très mal passée. On a vu un certain nombre d'interventions pour modifier la loi, pour tenter soit de le « dénaturer » (au sens où on n'en faisait plus un Ordre en avançant que c'était réservé exclusivement aux libéraux), soit de le supprimer.

Un dernier élément sur lequel on reviendra dans d'autres interventions : historiquement les ordres professionnels ont beaucoup œuvré et ont été des instruments qui ont permis de réguler la concurrence professionnelle, la concurrence des professionnels entre eux, et la concurrence de personnes extérieures à la profession. Historiquement, c'est un vrai enjeu. Aujourd'hui la concurrence professionnelle est en train d'échapper aux professions avec une action conjointe d'institutions européennes qui vont toutes dans le même sens : la profession s'occupe de sa déontologie (de la qualité des soins, de la bonne relation des professionnels entre eux et avec les non-professionnels), en revanche la concurrence est soumise au droit commun de la concurrence. Un rôle historique des ordres professionnels est donc en train de leur échapper, du fait notamment de l'intervention du droit européen. »

## QUESTIONS/REponses :

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Vous dites que, juridiquement, l'ostéopathie n'est pas une profession. C'est une question qui revient de temps en temps et nous avons déjà entendu, sur ce point, des avis contraires, je souhaiterais savoir ce que le président du syndicat a à dire à ce sujet. »

**Philippe STERLINGOT :** « Joël MORET-BAILLY a dit que ce n'était pas une profession au sens du Code de la santé publique, me semble-t-il, mais nous en reparlerons lorsque nous ferons une intervention conjointe. L'ostéopathie est bien une profession au sens du droit européen, au sens du droit des professions tel que rappelé dans la directive 2005/36/CE, la directive « services ». L'ostéopathie est bien une profession, par contre ce n'est pas une profession de santé car elle ne figure pas dans la quatrième partie du Code comme cela vient d'être clairement énoncé. Mais sociologiquement et juridiquement, que ce soit au niveau européen ou au niveau national, c'est bien une profession. »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « J'ai le plaisir d'être l'administration. Oui ! Et il faut retenir ce qu'a dit Joël MORET-BAILLY car c'est extrêmement important. En effet, la question de la transformation de l'ostéopathie en profession de santé a été posée en 2013. On a vraiment, au niveau du ministère de la santé, réfléchi à la transformation. Mais tant qu'il n'y a pas un exercice exclusif d'une activité définie par l'ostéopathie, c'est un problème. Il existe des médecins ostéopathes, il existe des kinésithérapeutes ostéopathes, qu'est-ce qu'une profession qui est aussi une autre profession ? C'est une forme d'aporie. Pour définir cela dans le Code et en droit, il faudrait dire : à partir du moment où on est ostéopathe, on n'est qu'ostéopathe, c'est une profession de santé, on la définit. Il existe une réelle difficulté à ce sujet avec toutes les questions sur la déontologie, sur les actes. C'est une profession au sens sociologique du terme, mais à partir de doubles activités. »

**Philippe STERLINGOT :** « Juste une précision, quand on dit qu'il s'agit d'une profession, c'est que nous avons une définition d'une profession réglementée dans le droit européen reprise dans la directive 2005/36/CE qui est assez claire. Sur la question « profession », je crois qu'il n'y a pas beaucoup de doutes, par contre effectivement ce n'est pas une profession au sens de la santé ; cela dit le caractère d'une profession qui serait liée au fait de l'exercice exclusif... aujourd'hui je crois qu'il n'est pas autorisé d'interdire un double exercice, c'est-à-dire aujourd'hui rien n'empêche un médecin d'exercer aussi comme avocat, me semble-t-il, s'il n'y a pas conflit entre les deux professions. »

**Joël MORET-BAILLY :** « Quelques éléments de précision : oui, sur la profession réglementée, il n'y a absolument aucun doute, l'ostéopathie est bien une profession

réglementée au sens de la directive de 2005 modifiée en 2013 et qui est en voie de modification avec des discussions actuellement entre la commission et le Parlement européen. J'étais à titre personnel très pessimiste à ce sujet il y a quelques mois encore, me disant que c'était pour ainsi dire la fin des professions. Je le suis beaucoup moins aujourd'hui parce que le Parlement et le Conseil ont adopté des positions beaucoup plus modérées que la Commission.

Ceci dit la profession réglementée en droit européen, renvoie à quelque élément de réglementation que ce soit, serait-ce « seulement » l'usage d'un titre professionnel conditionné à un diplôme ; à la limite on vous reconnaît votre titre, point final, vous êtes une profession. Mais c'est le concept de « profession » qui devient tellement large en termes de définition qu'il recouvre *in fine* des réalités très différentes. Et si l'on revient sur les professions de santé, il y a des directives que l'on appelle verticales, profession par profession, mais pas en ce qui concerne les ostéopathes. Ce serait « une profession » vraiment reconnue en droit européen si elle bénéficiait de cette directive, ce n'est pas le cas, cela peut s'imaginer parce qu'on raisonne européen (et pas uniquement français) et que l'organisation de la profession est différente dans d'autres états.

Nous avons évoqué une dernière chose : être médecin et avocat, ce n'est pas possible, il est dit que c'est tellement compliqué d'être médecin et tellement compliqué d'être avocat, qu'une personne ne peut exercer l'une et l'autre professions. Jusqu'à quand ? L'avenir nous le dira, mais pour le moment c'est le cas.

En revanche, une ordonnance vient d'être appliquée pour les avocats sur l'exercice partiel. Pour assurer la possibilité de passer d'un Etat à l'autre dans le cadre européen, l'Europe dit : « Avec vos histoires de réglementation des professions, vous empêchez les gens d'exercer quand ils ont une partie de la compétence de ce qui, chez vous, est une profession ». Ce qui signifie, pour répondre à cette question, que l'on pourrait parfaitement imaginer demain qu'on dise : « Je suis en exercice partiel médecin, en exercice partiel ostéopathe, en exercice partiel infirmier », et cela permettrait, éventuellement, de passer outre cette difficulté de l'ostéopathie comme activité transversale. Toutefois, soyons clairs, ce sont des usines à gaz juridiques. Et les professions sont vent debout ; on n'est pas certains que l'ordonnance qui vient d'être prise tienne bien longtemps, d'autant plus que c'est en parfaite incohérence avec ce que le président Macron avait récemment annoncé : « Quand vous mettez une norme d'un côté, vous en supprimez une autre, et puis les normes européennes... » ; en gros il disait : « Ne faites pas de zèle, n'allez pas plus loin que ce que l'Europe exige ».

Mais sur cette question, on se demande si on ne va pas plus loin que ce que l'Europe exige. On verra. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « Cette ordonnance pour la libre circulation en Europe ne s'applique pas en infranational. Il n'y a pas d'exercice partiel d'une personne possédant un



diplôme français pour une autre profession française ; c'est par exemple pour un Belge, pour un Roumain, et c'est venu des balnéo-thérapeutes grecs qui avaient une petite compétence kinésithérapeutique ; un jugement rendu a ouvert la notion d'exercice partiel, mais ce n'est pas en infranational. »

**Philippe STERLINGOT** : « Je vous propose qu'on enchaîne. Nous souhaitons la bienvenue à Monsieur Laurent BORELLA, président de Kalivia, plateforme qui réunit notamment Harmonie Mutualité et Malakoff Médéric et qui regroupe près de douze millions de bénéficiaires. Monsieur BORELLA est venu nous parler des mécanismes de remboursement des actes d'ostéopathie. Pour ceux d'entre vous qui étaient présents hier soir, c'est un sujet qu'on a rapidement évoqué, sujet central pour notre profession. Cette intervention nous permettra d'aborder ensuite différents sujets et différentes questions de l'assemblée. Merci. »





Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

# L'hypothèse d'un remboursement des actes d'ostéopathie par le régime obligatoire et par les assurances complémentaires : un chemin de croix ?

Laurent Borella

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille

## L'hypothèse d'un remboursement des actes d'ostéopathie par le régime obligatoire et par les assurances complémentaires : un chemin de croix ?



**Laurent BORELLA** est depuis mai 2008 Directeur Santé au sein du groupe de prévoyance Malakoff Médéric, regroupant 2 millions de bénéficiaires en santé, et également Président de la plate-forme de gestion du risque KALIVIA, regroupant 12 millions de bénéficiaires.

Ingénieur de l'École Centrale de Lyon (1986), Laurent BORELLA est titulaire d'un DEA « Physique des Matériaux » (1986) complété par une formation à l'Institut d'Administration des Entreprises de Paris (1989).

Il a été Conseiller technique au cabinet de Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, puis de Philippe DOUSTE-BLAZY, Ministre des solidarités, de la santé et de la famille, auprès desquels il fut notamment en charge du Plan national de lutte contre le Cancer.

A ce titre, il a contribué à mettre en place l'Institut National du Cancer, dont il fut le directeur des soins puis des partenariats entre 2004 et 2008.

Précédemment, il a été Délégué Général-Adjoint de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC). Il y a mis en place un observatoire national des traitements innovants, ainsi que la Direction du département de stratégie et de gestion hospitalière. Il a également restructuré le secteur essai-recherche et a coordonné des équipes de recherche INSERM et CNRS autour d'un programme multi-sites sur la carte d'identité génomique des tumeurs du sein.

Il est l'auteur d'une vingtaine de publications scientifiques en économie de la santé, et de nombreux articles et communications dans le domaine de la santé.

Laurent Borella n'a pas souhaité réaliser de résumé de son intervention.

## Compte-rendu intégral de l'intervention

« Merci de votre invitation. Je vais essayer de traiter ce sujet non pas de façon théorique ni magistrale ni universitaire mais avec la perception que j'en ai en essayant de me mettre à la place des différents acteurs pour voir où on en est et comment ce sujet est susceptible d'évoluer. D'ailleurs le titre est quelque peu fallacieux, : le chemin de croix, je pense qu'il est quand même plus pour l'assurance-maladie que pour les complémentaires, on rembourse assez massivement aujourd'hui l'homéopathie. Je suis le président de Kalivia, mais je suis aussi le directeur santé de Malakoff Médéric, l'organisme complémentaire, sans but lucratif d'ailleurs, qui assure à peu près trois millions de Français en Santé et en Prévoyance.

Par rapport au sujet du remboursement ou de la mise au remboursement ou de la possibilité d'être inscrit quelque part pour les actes d'ostéopathie, j'essaierai d'aborder ce thème sous différents axes.

**D'abord l'axe des complémentaires :** à tout seigneur tout honneur, l'outil complémentaire c'est nous. Qu'est-ce que le métier des complémentaires ? Celui-ci est d'ailleurs souvent mis en débat.

Je dirais qu'il y a deux métiers principaux :

**I -** C'est payer des tickets modérateurs derrière la Sécurité sociale, ce qui peut effectivement faire l'objet de débats au niveau politique, les médicaments, l'hôpital, les médecines de ville etc., les tickets modérateurs à 25 %, à 30 %, à 40 %, voire 85 % (cela détonne dans le reste du monde entier un ticket modérateur à 85 %...), donc on peut payer ce type de choses sur des nomenclatures ou des bases de remboursement qui ne sont pas définies par nous, en fait, mais par les pouvoirs publics, par la Sécurité sociale ; dans certains cas il y a des dépassements autorisés, dans d'autres, non.

**II -** On peut payer tout le reste aussi dans la mesure où cela s'apparente à un acte qui relève de l'assurance. La limite de ce que l'on peut faire, c'est que l'on ne peut rembourser qu'un aléa ; si ce n'est pas un aléa, le code des assurances nous interdit de rembourser.

Les actes d'ostéopathie rentrent dans cette deuxième catégorie où, vous l'avez compris :

- Il n'y a pas de définition d'actes ;
- Sauf exception (par exemple pour des actes de la C.C.A.M.<sup>1</sup> en dentaire ou en médical), il y a des actes dits « hors nomenclature » (qui ne génèrent pas de véritable base de facturation puisqu'il n'y a pas en général de montant associé, juste un code acte qui définit ce qu'est l'acte, ce n'est pas le cas pour l'ostéopathie d'ailleurs).

---

<sup>1</sup> Classification Commune des Actes Médicaux

- Puis il y a tous les autres actes qui ne font pas même l'objet d'une nomenclature d'actes et pour lesquels il n'y a pas non plus de montants associés.

**Aujourd'hui les complémentaires**, si je prends l'exemple de Malakoff Médéric, je dirais qu'à peu près 80 % de notre portefeuille de contrats prennent en charge l'ostéopathie de façon plus ou moins importante, sur la base de droits qui sont des droits en général forfaitaires. Encore une fois, à la différence d'un acte médical où l'on décide de prendre en charge ce qui est modérateur ou de prendre en charge des dépassements d'honoraires à hauteur de 50 % de la BRSS<sup>2</sup> par exemple, on ne peut plus aller au-delà de 100 % puisque le gouvernement a décidé d'interdire de le faire à travers des contrats responsables, mais disons qu'on a des bases précises. Toutefois sur l'ostéopathie nous n'en avons pas. L'ostéopathie est traitée généralement par les complémentaires dans un grand fourre-tout qui s'appelle les soins complémentaires ou la médecine douce, et assez peu de contrats identifient l'ostéopathie en tant que telle ; la plupart des contrats identifient une enveloppe. Il y a deux enveloppes dans les contrats : une enveloppe pour les médicaments O.T.C.<sup>3</sup> - les médicaments d'automédication - et une enveloppe pour les actes qui sont non « nomenclaturés ». A ce propos, je peux vous dire que nous avons de grands débats en interne pour savoir ce que l'on met exactement dedans, parce que tous les jours de nouveaux actes arrivent, et l'on se pose à chaque fois la question de savoir si c'est raisonnable ou non de le prendre en charge. En effet, nous ne disposons pas d'un référentiel permettant de le faire facilement, ce qui ne constitue pas un avantage pour la prise en charge.

Maintenant, que se passe-t-il ? On s'aperçoit que nos clients nous sollicitent aujourd'hui autour de l'ostéopathie. Celle-ci connaît actuellement un vrai succès populaire avec une vraie prescription de bouche-à-oreille, une vraie recommandation à l'intérieur des entreprises sur son intérêt. C'est un aspect très positif pour votre profession. Aujourd'hui, par exemple, nos clients nous demandent d'améliorer l'organisation de l'accès à ses soins. Vous savez qu'on en train de constituer un réseau ; des clients insistent de façon extrêmement forte sur ce point (cela avait été le cas en dentaire aussi) menaçant de changer de complémentaire si celle-ci ne constituait pas un réseau d'ostéopathes dans les mois à venir. Cela pour vous donner l'importance de la chose d'où le travail que l'on mène actuellement autour du réseau d'ostéopathie avec Kalivia.

Je viens donc de vous présenter le point de vue des complémentaires.

---

<sup>2</sup> Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

<sup>3</sup> Over The Counter, littéralement « par-dessus le comptoir » = en vente libre

**Si je me place maintenant du côté de la Sécurité sociale** : la Sécurité sociale a des sujets importants en ce moment, cela ne vous a pas échappé. Le P.L.F.S.S.<sup>4</sup> a été présenté au conseil des ministres. On compte non loin de 200 milliards d'euros de dépenses, il faut faire des économies, la Sécurité sociale est en déficit, ce qui est une anomalie totale d'un point de vue macro-économique. Ce qui veut dire que le sujet de la Sécurité sociale, c'est d'abord de régler ses problèmes de court terme d'équilibre budgétaire courant. Ses problèmes de court terme c'est d'abord améliorer l'efficacité des parcours patients en ville et à l'hôpital. C'est d'absorber aussi l'innovation médicale, notamment autour des médicaments mais pas seulement, innovation qui arrive à une vitesse telle qu'aujourd'hui les autorités de régulation sont débordées par cet état de fait et ont beaucoup de mal à organiser la couverture ou la décision de couverture ou de non couverture autour de ces innovations.

Dans ce contexte-là, l'ostéopathie, je ne vous le cache pas, ce n'est pas le sujet central. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de personnes qui se posent la question de savoir s'il serait opportun d'augmenter le périmètre de la Sécurité sociale pour envelopper les actes d'ostéopathie. Je crois que dans ce chemin de croix, vous n'êtes pas arrivés encore à la première station.

**Si je me place du point de vue politique**, Emmanuel Macron a été assez surprenant quand il a proposé ses objectifs de zéro RAC<sup>5</sup> : zéro RAC en optique, zéro RAC en dentaire, zéro RAC en audioprothèse. Sauf qu'il n'a pas dit : zéro reste à charge en ostéopathie. Vous auriez pu bénéficier là d'un coup de pouce politique du nouveau président qui a fait une annonce assez étonnante car les trois sujets ne sont pas aujourd'hui de la compétence de la Sécurité sociale, puisqu'ils relèvent de la compétence des complémentaires. Cela aurait pu être le moment de lui souffler : et les médecines complémentaires ? Visiblement il n'y a pas pensé ou cela n'a pas été son choix, ce qui a quelle signification sur le plan politique aujourd'hui ?

Les administrations centrales, la Sécurité sociale... si vous regardez par exemple la lettre de cadrage du Premier ministre à la ministre, si vous regardez la lettre de cadrage de la ministre au directeur général de la Sécurité sociale, si vous regardez ce qui a été voté par le conseil d'administration de la Sécurité sociale etc. tout tourne autour des trois sujets qui ont été identifiés par le président Macron comme étant les sujets d'accès aux soins : le dentaire, l'optique, et l'audioprothèse. Mais l'ostéopathie n'en fait pas partie.

Il n'y a donc pas non plus de terrain politique extrêmement favorable à ce stade. Par ailleurs, quand vous regardez le rapport de l'IGAS<sup>6</sup> qui vient de sortir sur les réseaux de

---

<sup>4</sup> *Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale*

<sup>5</sup> *Reste à charge*

<sup>6</sup> *Inspection Générale des Affaires Sociales*

soins, (je ne vais pas dire ce que je pense de ce rapport, je ne suis pas là pour commenter le produit des services d'inspection centrale du ministère de la santé, mais je pense que cette inspection n'est plus véritablement autonome, ni déontologiquement totalement honnête) on s'aperçoit que ce rapport ne s'intéresse qu'aux trois sujets qui sont couverts par les réseaux de soins et qu'il n'a pas jugé bon de se poser la question de savoir si d'autres domaines pouvaient faire l'objet de ce type d'approche, là où justement le comité de la concurrence et le droit européen ont éventuellement une vision un peu plus large. On pourra revenir sur ce sujet si vous le souhaitez.

**Si je regarde sur le plan historique maintenant**, excusez-moi ce n'est pas très positif ce que je vous dis là parce que je ne suis pas en train de vous expliquer que ce n'est pas un chemin de croix mais que l'inscription à la nomenclature des actes d'ostéopathie est hautement improbable.

Sur la situation historique, ce n'est pas comme les Ordres, mais tout ce qui est couvert par le régime obligatoire public en France se révèle extrêmement compliqué, extrêmement figé. Et l'enjeu est de faire en sorte que ce gros paquet de dépenses qui frise les 200 milliards d'euros aujourd'hui soit contenu, mais les pouvoirs publics ont un mal fou à gérer les marges, à gérer tout ce qui se passe autour : les innovations, les nouvelles approches cliniques ou thérapeutiques, la frontière entre des actes de pure consommation et des actes médicaux etc. Toutes ces choses-là sont effectivement très mal appréhendées du fait d'un gros problème de gestion au cœur des « réacteurs » que sont les hôpitaux, les professions médicales, la démographie, les nouveaux actes d'innovation médicale...

Cela veut dire qu'aujourd'hui par exemple, quand de nouveaux dispositifs médicaux arrivent sur le marché -et il en arrive des quantités!-, ils ne rentrent dans les nomenclatures de remboursement Sécurité sociale que très doucement. Les nouvelles techniques médicales de même ne rentrent que très doucement, les médecins s'en plaignent, les fabricants s'en plaignent. Le seul sujet à peu près structuré c'est le médicament car, pour une raison particulière, il existe une sorte de procédure d'inscription au remboursement du médicament. L'État ne peut pas ne pas étudier un dossier, un peu comme la CNIL ne peut pas ne pas étudier un dossier ; aussi le médicament est-il aujourd'hui assez bien traité de ce point de vue-là, mais tout ce qui est un peu en dehors de ce type de procédures définies reste très compliqué. Regardez la télémédecine, c'est l'exemple-type, ou la télésanté, pratiquement rien n'est inscrit au remboursement, il y a deux actes en télémédecine. Cela fait 10 ans qu'on en parle. Le parcours est très long et très difficile.

Alors les ostéopathes là-dedans... Je vais être clair : la prise en charge des actes d'ostéopathie par le régime obligatoire, je n'y crois pas. Ou alors les actes d'ostéopathie



pratiqués par des professions qui elles-mêmes sont habilitées à facturer les actes de consultation (mais je ne vais pas rentrer dans le sujet, même si c'est très intéressant).

Les médecins c'est quand même magique, ils peuvent à peu près tout faire, ils placent une consultation et ils sont remboursés !

Selon moi, nous avons deux sujets sur les actes d'ostéopathie :

- Soit vous vous orientez vers quelque chose tout à fait en dehors des prises en charge par des financements attachés à des actes médicaux et de la « reconnaissance » du caractère médical, et vous rentrez dès lors dans le marché commun de la consommation de biens et services ;
- Soit vous essayez de jouer la carte des régimes complémentaires qui ne sont pas le marché commun des biens et services mais qui n'ont pas encore véritablement travaillé sur le sujet. Ils commencent néanmoins à le faire, notamment à travers les démarches de réseaux que nous, chez Kalivia, essayons de mettre en place.

Pour moi c'est un vrai sujet parce que si vous allez sur le « hors », non remboursé, on peut l'assumer. Un coach sportif, par exemple, pourrait vouloir être reconnu comme profession de santé, se disant : « Je suis un coach sportif dans une salle de sport, je suis là au titre de l'accompagnement des personnes dans la culture physique ». C'est clairement aujourd'hui du côté des biens et services, sans connotation médicale directe (hormis le sport adapté, et encore...).

En ce qui concerne l'ostéopathie, vous êtes, de mon point de vue, beaucoup plus du côté médical, cela me paraît assez clair, et pourtant du point de vue de la tarification et de la prise en charge, vous manquez de reconnaissance. C'est pour cela qu'à mon sens - puisque les Français sont demandeurs d'actes d'ostéopathie et de remboursement des actes d'ostéopathie - les régimes complémentaires seraient une solution ; je n'en vois pas d'autres à ce stade.

Un commentaire supplémentaire : les pouvoirs publics en ce moment adorent réguler ce qui reste de libre, peut-être que ça va changer. Les complémentaires sont terriblement régulées, notamment par les normes prudentielles et des exigences de solvabilité. Il existe nombre de règles autour du métier d'assureur qui sont extrêmement complexes et importantes, si vous ne les respectez pas vous perdez votre capacité d'existence même. Sortis de ces règles-là, nous avons les pouvoirs publics qui adorent poser des limites, mettre des plafonds. Ces dernières années, on a connu de nouvelles réglementations : en optique nous n'avons plus le droit de rembourser au-delà d'un certain plafond, nous n'avons pas le droit de passer le moindre accord avec les médecins parce que les députés ont décidé que c'était scandaleux. Paradoxalement, on peut rembourser à 500 % de



dépassement d'honoraires les médecins qui ont passé des accords de modération tarifaire avec la Sécurité sociale, mais on n'a pas le droit de rembourser au-delà de 100 % d'honoraires les médecins qui n'ont pas passé d'accord. Nous sommes confrontés à des choses extrêmement bizarres que les Français ne comprennent pas et qui, dans le cadre de l'ostéopathie, pourraient aussi advenir.

On voit que les pouvoirs publics, depuis ce qui s'est passé notamment avec les accords sur les dépassements d'honoraires en 2011/2012 (c'est-à-dire depuis que les pouvoirs publics ont finalement décidé qu'ils pouvaient mettre des régulations là où ils ne financent pas, et c'est là quelque chose à mon sens que l'on peut questionner), ont ouvert la voie à la régulation de solutions qui ne sont pas obligatoirement reconnues ou admises (par exemple les dépassements d'honoraires excessifs). En effet, ils peuvent ne pas réguler directement auprès des professionnels de santé mais auprès des complémentaires en leur interdisant de rembourser certaines choses, ou de rembourser au-delà d'un certain plafond. Plus on est organisé et plus on est capable de résister à ce type de pressions qui, en général, ne sont pas très subtiles du point de vue du métier.

La proposition que nous faisons nous, complémentaires, aujourd'hui, c'est de mettre un peu de partenariat, de régulation dans le système (y compris pour que ce soit vu positivement par les pouvoirs publics) à travers des réseaux de soins. C'est pour cela que l'on construit actuellement un réseau de soins, mais c'est surtout en réponse à des demandes de nos clients qui nous sollicitent afin de les aider à trouver des ostéopathes de qualité dont les tarifs ne soient pas indécents. D'où la proposition d'un réseau de soins que l'on a souhaité, chez Kalivia, construire de façon très ouverte et dans le respect de vos pratiques et de votre fonctionnement, de vos références et de vos caractéristiques professionnelles. Nous avons d'ailleurs beaucoup échangé à ce sujet, y compris avec votre syndicat, le SFDO, afin d'adapter notre reconnaissance de la qualité des trafics et d'organisation à ce qu'on estime qu'elle devrait être.

Aujourd'hui on en est là. Je pense que la profession est à la croisée des chemins, c'est-à-dire qu'on peut effectivement attendre la régulation par les pouvoirs publics qui, à mon avis, ne rembourseront pas mais sont capables de vouloir réguler sans rembourser, étant donné qu'ils ne se gênent plus pour réguler en dehors de leur sphère d'intervention. Je ne sais si l'ostéopathie sera concernée à court ou moyen terme, mais ce pourrait être le cas. Nous, complémentaires, nous préférons organiser les choses par nous-mêmes, en essayant de respecter les principes déontologiques que l'on a en partage avec vous, parce que les pouvoirs publics se révèlent parfois compliqués et parce qu'on ne souhaite pas la régulation, par le contrôle, de notre capacité à prendre en charge ; cela n'irait pas, je pense, dans le sens de notre capacité à mieux prendre en charge l'ostéopathie. Merci. »

## QUESTIONS/REPOSES :

**Philippe STERLINGOT** : « Merci beaucoup Monsieur BORELLA, cela nous permet de mieux comprendre les enjeux du monde de l'assurance maladie complémentaire. Ficher les ostéopathes est un sujet un peu délicat parce que le remboursement des actes d'ostéopathie par le monde mutualiste est vécu à la fois comme un soutien à l'essor économique de notre profession, mais aussi comme un vecteur d'une forme de crainte que je pourrais résumer comme le fantasme que l'assurance maladie complémentaire, à court ou moyen terme, ne prenne une forme de pouvoir sur notre profession et que celle-ci devienne finalement prisonnière de ceux qui la financent. C'est toujours le même dilemme. J'énonce les choses clairement parce que c'est le discours que j'entends aussi dans la profession.

Le syndicat a donc pris une décision historique, celle d'être l'interlocuteur des assureurs, estimant qu'on ne peut pas faire l'économie d'une discussion constructive et assumée avec les opérateurs qui financent les actes. Cette position est très contestée dans la profession ; nous sommes le seul syndicat aujourd'hui à assumer cette position ; nous avons multiplié les communications publiques sur cette position. Une profession ne peut devenir adulte et s'épanouir que si elle fait face aussi à ses obligations. Mais je suis sûr qu'il y a des questions dans la salle sur cet enjeu car il est à la fois complexe, important pour la profession et vecteur d'interrogations. ».

**Cyrille PERNOT** : « Bonjour, Cyrille PERNOT, délégué général du SFDO. Monsieur BORELLA, vous avez parlé du rapport IGAS, on ne peut pas en faire l'impasse parce que ce rapport a été rendu public le 20 septembre ; j'ai bien noté effectivement ce que vous avez dit, qu'on pouvait se demander si l'IGAS restait ou non une structure indépendante. J'ai deux questions concernant le rapport que j'ai parcouru en diagonale parce qu'il est assez conséquent et que, dans le cadre de l'organisation du congrès, je n'avais pas le temps nécessaire à sa lecture complète. L'IGAS note qu'effectivement il existe un véritable obstacle à l'évaluation des réseaux et de leur impact sur le système de santé. Elle note toutefois, en étant très prudente, qu'en matière d'optique on a eu 20 à 37 % de réduction sur les verres, en audioprothèse 10 %, en dentaire de 2 à 5 % d'économie lorsque l'on fait appel à un professionnel qui appartient à un réseau de soins. L'IGAS note qu'elle ne peut pas se prononcer sur l'impact des réseaux ni, surtout, sur la qualité des soins. Je trouve cela assez étonnant. Et elle justifie cela du fait de la diversité des pratiques des réseaux et du fait de l'absence d'indicateurs communs objectivables ou standardisés. Est-ce que vous, en tant que président de l'un des plus gros réseaux de soins, vous comptez mettre en place, avec les autres réseaux de soins, des indicateurs communs objectivables et standardisés

afin de pouvoir, dans l'avenir, répondre aux affirmations ou éventuellement aux questions de l'IGAS sur l'impact des réseaux de soins et sur la qualité des soins ? »

**Laurent BORELLA :** « C'est notamment sur ce point que le rapport IGAS - je ne dis pas qu'il est mensonger - omet, à mon avis, nombre de choses sur lesquelles nous lui avons pourtant donné des matériaux susceptibles de lui permettre de répondre ; c'est en ce sens que je suis assez remonté contre la publication de ce rapport, l'IGAS ne me semblant pas totalement indépendante dans ses conclusions. Certains domaines sont très faciles à mesurer ; en optique, puisque l'IGAS a fait un grand sujet sur l'optique, on a la plus importante base de données détaillée (que l'assurance-maladie n'a pas, que l'État n'a pas, mais que l'on a tenue à leur disposition) qui prouve clairement l'augmentation de la qualité des équipements délivrés dans le réseau par rapport aux équipements délivrés en dehors du réseau. C'est extrêmement clair, parfaitement quantifié, et je tiens à leur disposition tous ces éléments si jamais ils veulent rectifier leur rapport puisque la seule remarque sur la qualité de l'IGAS a consisté à dire que, dans les réseaux dentaires, il y a eu un centre Dentexia. Avancer cette remarque qui fait appel à un fond de débat médiatique (car il n'y a pas eu moins de cinq ou six reportages grand public sur les centres Dentexia), je trouve cela extrêmement mal venu ; ce n'est pas professionnel pour le dire très clairement et ce n'est pas digne d'une direction. Oui je suis assez en colère contre cet amalgame. J'ai rencontré personnellement l'équipe IGAS à plusieurs reprises.

Concernant les réseaux de soins, on a toujours dit qu'on ne s'estimait pas compétents pour juger la qualité des actes médicaux ou des actes apparentés à des actes médicaux. D'abord nous ne prétendons pas connaître les critères qualité des actes. Lorsque les actes sont d'ordre technique c'est assez facile, de même pour les équipements, les gammes de matériel, on peut les mesurer, mais quand on est sur la qualité d'un acte humain, c'est beaucoup plus complexe à établir. Sur tout le dispositif de certification hospitalière, d'habilitation médicale etc. on est sûr de la « certification » de méthodes, de pratiques mais pas de résultats. C'est très difficile d'évaluer les résultats. Aussi restons-nous très modestes sur ce point ; néanmoins nous en avons fait un des objectifs principaux du réseau de soins. Chez Kalivia on dit : 1° la qualité, 2° les prix.

Dans le cadre de l'ostéopathie, nous sommes très « raisonnables » sur les prix puisque l'on considère que, compte tenu de la nature de l'acte, compte tenu de la nature de nos garanties aujourd'hui, nous ne sommes pas en situation de demander des frais extrêmement bas, ce n'est pas l'objectif du réseau qui est d'abord qualitatif. Et ce que nous avons imaginé pouvoir faire dans le réseau (nous pourrions en discuter si vous voulez), c'est demander l'avis des patients eux-mêmes (c'est très contrôlé, avec un minimum d'une trentaine d'avis). Face à un ostéopathe pour lequel nous aurions un nombre important d'avis négatifs, nous considérerions que la qualité n'est pas au rendez-vous. C'est de la

perception. On sait tous ce que cela comporte comme limite, on souhaite néanmoins le tester. On ne prétend pas avoir trouvé la solution, mais on se donne les moyens d'avoir une mesure. J'estime que c'est important sur une profession comme la vôtre. On met en place quelque chose de très innovant en demandant au patient son avis sur le geste thérapeutique dont il a bénéficié, et cela pourrait par ailleurs permettre, demain, une meilleure reconnaissance de ce type d'acte.

Lorsque l'on discute avec des professions, avec vous évidemment, avec les représentants des professions, on se demande où sont les recommandations de pratiques professionnelles, où sont les publications qui permettent de définir ce que sont les bonnes pratiques ; il y en a peu, il faut le reconnaître, il y en a peu en ostéopathie, peu en dentaire, peu en optique. C'est un défaut d'ailleurs, je recommande, et je vous recommande à vous aussi, de davantage publier, de générer davantage de travaux scientifiques dans des revues à comité de lecture sur lesquelles vous pourriez vous appuyer pour démontrer le bénéfice d'un acte d'ostéopathie pour les patients. Si vous voulez « monter votre niveau de reconnaissance » par les pouvoirs publics et dans les professions médicales, c'est sans aucun doute la meilleure façon d'opérer.

En tout cas nous essaierons, nous, de notre côté, de mesurer une qualité non pas différentielle - puisqu'on ne va pas mesurer la qualité des ostéopathes en dehors du réseau, cela n'étant pas le but à ce stade - mais la qualité dans le réseau, en la démontrant et en la promouvant. Nous n'avons pas encore commencé pour l'ostéopathie mais pour le dentaire, l'audioprothèse et l'optique, nous avons d'ores et déjà montré que les professionnels du réseau étaient plutôt plus qualitatifs que des professionnels en dehors du réseau. C'est très important. Je regrette que l'IGAS n'ait pas eu l'honnêteté de le dire, et que cela réalimente au final un débat d'un niveau indécent, désastreux, avec des politiques en France qui considèrent les réseaux comme de l'achat de soins... Ces discours me mettent en colère, je suis prêt à débattre sur le sujet. On passe des mois et des années à construire autour de la qualité, mais quand on voit aujourd'hui comment sont signées les conventions médicales, les négociations qui sont menées au niveau de l'assurance-maladie et dans lesquelles n'apparaît pas le début du commencement d'un critère qualité négocié... À côté de cela, tout ce qui est organisé par les pouvoirs publics est qualifié de « formidable ». Il faut cesser de se moquer du monde, cesser de se moquer des Français et, à un moment donné, dire les choses et je les dis aujourd'hui. J'ajoute qu'en ostéopathie vous avez un challenge particulier ; si nous y parvenions ensemble, je pense que vous n'y perdriez pas. »

**Adhérent (Nicolas BRICOT) :** « Est-il possible un jour en France que, concernant la liberté de choix du praticien, ce verrou-là saute ? Et est-il possible que les patients bénéficient de remboursements différents selon le choix du praticien ? »

**Laurent BORELLA** : « Je peux donner mon avis sur la question. Je pense que la liberté de choix du praticien ne sautera pas, je pense qu'elle est fondamentalement ancrée dans le modèle profond du système de protection sociale français qui est, grosso modo, « le beurre et l'argent du beurre » : je choisis qui je veux, public privé, le remboursement est le même. Ce système français est unique au monde. Le verrou ne sautera que si des contraintes internationales nous poussent à le faire, mais je pense que nous sommes très puissamment ancrés à la fois sur la liberté de chacun et l'extrême protection du système. En tout cas les réseaux de soins n'y contribuent absolument pas. Lorsque l'on crée des réseaux de soins, on ne conçoit pas ce que l'on appelle des modèles de type H.M.O.<sup>7</sup> américains. On dit bien que chacun a le choix du praticien mais, s'il veut profiter du réseau, nous y avons négocié des choses non négligeables.

Concernant la différenciation des remboursements par contre, je suis plus nuancé ; oui, la différenciation de remboursement existe, de fait elle s'est déjà produite du côté des pouvoirs publics entre la notion de « médecine conventionnée » versus « médecine non conventionnée ». Vous savez bien que les remboursements sont moindres sur la médecine non conventionnée en France. S'il en reste parfois un peu, c'est juste pour laisser un droit de regard côté assurance-maladie...

La différenciation des remboursements existe aussi avec les réseaux de soins ; il n'est pas faux d'affirmer qu'on différencie les remboursements en général. Chez Kalivia, notre philosophie est très claire, nous ne mettons pas de remboursement à zéro en dehors du réseau versus remboursement dans le réseau, d'ailleurs juridiquement ce serait limite, mais on dit que les différences de remboursements pourraient être de l'Ordre de 15 à 30 %, ce qui n'est pas encore le cas sur l'ostéopathie puisque, aujourd'hui, comme je l'ai déjà évoqué, l'ostéopathie repose sur des forfaits. À ce stade je pense qu'à court terme on ne verra pas de différence de remboursement. Toutefois il est tout à fait possible qu'on décide, à la constitution du réseau, progressivement, au moment du renouvellement des contrats notamment, d'améliorer le remboursement des ostéopathes membres du réseau. »

**Adhérent (Robin VETEAU)** : « Je souhaiterais revenir sur la question du régime obligatoire. Ma question s'adresse tout autant à vous, Monsieur BORELLA, qu'au reste de l'assemblée si des personnes ont des éléments de réponse. On entend parfois de la part des professionnels qui s'interrogent sur l'hypothèse qu'un jour l'ostéopathie devienne une profession de santé, au sens juridique du terme, l'idée qu'il pourrait y avoir une contrainte au niveau tarifaire si l'ostéopathie devenait une profession de santé et qu'elle se trouvait, de fait, soumise à une forme de remboursement par le régime obligatoire, est-ce que cette

---

<sup>7</sup> *Health Maintenance Organization : Organisation pour le Maintien de la Santé*

relation entre un remboursement des actes par le régime obligatoire et le statut de profession de santé existe obligatoirement ou bien est-ce un fantasme ? »

**Joël MORET-BAILLY :** « J'ai une réaction parfois quelque peu brutale vis-à-vis de cela et qui renvoie en fait au début de mon intervention sur le classement symbolique des différentes professions.

De façon approximative, aujourd'hui un médecin a une consultation remboursée à 23 € et une sage-femme à 17 €. Admettons qu'on rembourse un ostéopathe, cela n'irait pas au-delà de 16 €.

À 16 € la consultation, deux solutions : soit on se dit que les consultations et les pratiques changent, c'est-à-dire qu'au lieu d'une séance de 30/45 minutes, on va passer à une séance de 10 minutes afin d'équilibrer le système, soit on se dit qu'éventuellement « au-dehors » ce serait peut-être mieux avec les mutuelles qui proposent près de 50 € pour le remboursement d'une consultation. C'est un peu brutal, je peux me tromper, mais c'est ainsi que je l'imagine, et je ne vois pas des ostéopathes parvenir à négocier plus que des sages-femmes pour les raisons symboliques sus-évoquées. »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « Sur la question : si je deviens profession de santé, tous mes actes sont-ils inscrits à la nomenclature et remboursés, la réponse est non. Nombre de professions du livre IV, dont parlait Joël MORET-BAILLY, voient des actes non remboursés. Le fantasme dont vous parliez est un fantasme. »

**Joël MORET-BAILLY :** « Concernant l'inscription à la nomenclature, c'est un chemin de croix effectivement de trois années lorsqu'on s'y attelle et, pour vous donner un autre élément de réponse, en 2008 la Haute Autorité de Santé a effectué un travail sur les nouvelles formes de coopération entre professions ; l'idée reposait sur ce que l'on nomme habituellement « délégation des tâches ». Une question s'est posée : est-ce que je peux rembourser de la même façon l'infirmier et le médecin qui pratiquent le même acte ? Réponse : on a arrêté de réfléchir. »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « On n'a pas totalement arrêté de réfléchir, puisque la loi de santé a créé -cela va faire rebondir la question - les « infirmiers en pratique avancée » qui sont désormais inscrits dans la loi. Le décret d'application est en cours de négociation. La question va se reposer puisqu'ils pourront établir des prescriptions médicamenteuses dans des listes très particulières, ce qui va reposer également la question de la valorisation de l'acte de prescription. »



**Philippe SEIGNEURIN** : « Je ne sais à qui s'adresse cette question, peut-être à l'ensemble du groupe. Monsieur BORELLA nous a parlé tout à l'heure de l'intérêt, pour la profession, de publier des études scientifiques. Pour ma part, j'ai rencontré nombre de Docteurs en biologie qui ont beaucoup de mal à faire lire leur publication par le milieu médical. En effet, dans la mesure où vous n'êtes pas médecin, on ne vous écoute pas. Vous avez beau avoir un doctorat, vous n'êtes pas médecin, donc, même si cela traite d'un sujet de santé, vous n'êtes pas lu. On entend encore : « Passez un doctorat en médecine et après vous pourrez être publié chez nous ». Est-ce qu'on a vraiment une place dans cet espace-là ? »

**Laurent BORELLA** : « Ne vous laissez pas abuser, vous avez peut-être des lieux de publication probablement de très mauvaise qualité qui peuvent tenir ce genre de discours, mais le principe même des publications c'est que les titres et travaux de l'auteur ne devraient pas compter, c'est la publication elle-même qui est relue et acceptée en tant que telle. Moi qui ne suis ni médecin ni Docteur, j'ai publié un certain nombre de communications. Un travail scientifique, ce n'est pas compliqué, cela s'appelle une étude contrôlée, une étude dans des conditions méthodologiques claires et une forme de présentation un tant soit peu normée : matériel, méthode, résultat, discussion etc. Vous avez même des boîtes qui font cela très bien à votre place. Vous avez même - je suis sûr que le syndicat peut vous payer cela - des entreprises qui le font pour l'industrie pharmaceutique, elles sont capables de rédiger des documents bien ficelés, de monter des études... Je crois profondément en la valeur de la prose scientifique. C'est celle qui justement sera respectée par le corps médical, même si c'est un ostéopathe qui l'a signée. D'ailleurs dans nombre de pays cela se passe ainsi, les professions sont beaucoup plus imbriquées, il n'y a qu'en France qu'on a ces espèces de grandes cathédrales comme celle du livre IV ; quand on regarde cela depuis l'étranger on se dit : ils sont fous ces Français ! Le monde de la publication est international et raisonne autrement... Je sais que ce n'est pas simple, que ce n'est pas l'habitude, que vous n'êtes pas formés pour cela, que rien ne vous y pousse, que vous n'avez pas de financement, que c'est très compliqué... Mais je vous le dis, comme je le dis à tous nos interlocuteurs, comme je le dis aux dentistes, aux opticiens : mais bon sang, publiez ! On vous respectera d'autant plus que vous aurez été capables de nous prouver, par des méthodes scientifiques, l'importance et l'intérêt de ce que vous faites. »

**Philippe STERLINGOT** : « Nous avons une vraie conscience, dans la profession, de cette nécessité et une vraie envie à la fois intellectuelle et presque « politique ». Nous bénéficions de quelques financements publics, deux études ont obtenu des P.H.R.C.<sup>8</sup>. On

---

<sup>8</sup> Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique



voit apparaître un peu de littérature au niveau international. Néanmoins ce n'est pas aussi simple qu'on pourrait le penser parce que les études portent sur des personnes humaines et que des structures sont chargées de veiller à l'éthique des études et au respect de la personne dans les études. Il se révèle quelque peu compliqué pour les projets de recherches en ostéopathie de franchir ces seuils-là. Et la profession n'est réglementée que depuis dix ans. Néanmoins nous avançons sur le sujet, avec une vraie conscience de cette nécessité et une vraie envie. »

**Philippe SEIGNEURIN :** « J'ai une deuxième question qui se rapporte aux deux interventions précédentes, Monsieur Joël MORET-BAILLY nous a parlé de notre classification comme profession qui, d'un point de vue structurel, ressemble à une profession médicale, et qui, du point de vue de son fonctionnement – puisque nous ne sommes pas soumis à prescription – est davantage classée dans une profession paramédicale. Et Madame Michèle LENOIR-SALFATI nous a dit qu'une des difficultés pour faire de l'ostéopathie une profession c'est qu'on était « transversal ». Est-ce que le fait de nous présenter comme une profession médicale et de nous présenter ainsi par exemple aux kinésithérapeutes qui ne seraient plus des kinésithérapeutes-ostéopathes mais des ostéopathes-kinésithérapeutes, en leur disant que d'être ostéopathes les classifie à un niveau de compétences plus élevé, avec un droit d'exercer la kinésithérapie comme les médecins ont le droit d'exercer les actes infirmiers, est-ce que cela ne pourrait pas être une option, un axe de progression ? »

**Laurent BORELLA :** « Il va falloir leur demander leur avis... »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « On n'a jamais posé cette question aux kinésithérapeutes, c'est clair, et je souhaite bon courage à ceux qui poseront la question comme ça. Personnellement je suis contente de ne plus être dans l'affaire. Les kinésithérapeutes sont en marche (sans mauvais jeu de mots) pour potentiellement devenir d'ici 5, 10 ou 15 ans ce que l'on appelle une « profession médicale à compétence définie », comme les sages-femmes, et potentiellement s'introduire petit à petit dans la partie profession médicale du Code. Des choses se mettent en place, dont des lobbies assez puissants ; ils ont obtenu dans la loi de Santé une part d'accès direct. Ce sera sans doute la première profession qui passera la barrière, je ne dis pas que c'est tout de suite mais ils sont en chemin. Et les annonces de l'universitarisation de la formation des professions de santé seront sans doute aussi un appui en ce sens. »

**Joël MORET-BAILLY :** « Je souscris à cela, et rapproché du fait de l'évolution des infirmiers en pratique avancée, peut-être que l'on va avoir en fait un titre 1bis ou un titre 2bis

prochainement avec des professions médicales et du secteur médical et, entre les deux, des professions « intermédiaires ». Peut-être la place des ostéopathes est-elle là, mais encore une fois il y a une telle sensibilité symbolique et politique que ce qui a été dit précédemment me paraît fondamental : en fait c'est la légitimité de l'ostéopathie qui est la clef de tout, me semble-t-il, sa légitimité sociale auprès des patients donc, in fine, des politiques. D'où l'idée de bien faire son boulot et de le faire savoir. »

**Loïc LE GLATIN :** « Monsieur BORELLA, bonjour. Deux informations pour vous et une question. La première information c'est que nous sommes quelques ostéopathes en France depuis de nombreuses années à nous intéresser à la notion d'évaluation et de publication scientifique et, pour votre information, il existe une revue de l'ostéopathie française qui recense toutes les publications actuelles. Elle s'appelle : « *La Revue d'ostéopathie* » dont je vous invite à rencontrer le directeur ici présent.

La deuxième information c'est qu'il existe d'autres assurances complémentaires de santé qui s'intéressent à l'évaluation et qui ont déjà monté des protocoles. Vous avez dit que c'était le rôle d'un syndicat de mettre de l'énergie dans les publications, au moins dans les recherches, moi je vous répondrais que c'est plutôt le rôle des assurances complémentaires d'aider au financement de cette évaluation de l'ostéopathie pour mieux la rembourser, pour mieux évidemment l'encadrer ensuite, notamment dans les réseaux. J'espère que nous pourrons nous rencontrer pour en discuter.

Vous avez parlé d'évaluation qualitative de l'ostéopathie, au travers de questionnaires de patients. Je souhaite poser une question sur l'évaluation économique de l'ostéopathie, puisque cela fait maintenant plus de dix ans que les assurances complémentaires de santé remboursent les patients, est-ce que vous avez pu mesurer d'un point de vue économique l'impact que cela peut avoir sur l'ensemble des dépenses que vous offrez à vos adhérents. »

**Laurent BORELLA :** « Tout d'abord, concernant les études, s'il y a un protocole intéressant nous, comme probablement d'autres, nous avons des fonds d'action sociale, on a aussi une fondation qui peut éventuellement accompagner ce genre de choses. Mais on ne va pas construire le protocole à votre place. Donc éventuellement, si vous avez quelque chose d'intéressant à proposer, vous pouvez nous en parler et j'accompagnerai votre projet auprès de décisionnaires autonomes, c'est possible.

Je vais un peu vous décevoir... Si je réponds brut de fonderie à la question : est-ce que vous avez vu l'impact économique du remboursement des consultations d'ostéopathie ? la réponse est : oui, on a vu que cela nous coûtait le montant remboursé pour les consultations d'ostéopathie. Je ne peux pas vous en dire plus, il y a très peu de domaines

sur lesquels on est en capacité (d'ailleurs la Sécurité sociale ne le fait pas non plus le plus souvent) de mesurer des R.O.I.<sup>9</sup>, des impacts etc.

Il y a un impact très clair, d'ailleurs l'IGAS n'a pas pu ne pas le mettre en évidence, c'est ce que l'on a fait en optique par exemple. En optique, on mesure très précisément les impacts de ce que l'on fait par rapport à la dépense. Nous, dans nos « tableaux de bord », qu'on appelle de sinistralité, que ce soit pour l'ensemble du groupe, par entreprise etc., on sait le mesurer très bien. Je pense que votre remarque ne porte pas sur le gain sur le coût de la consultation, mais sur le gain sur le coût global d'un soin d'ostéopathie qui a peut-être diminué le risque d'absence au travail. Si j'avais à vous recommander une étude susceptible d'intéresser les complémentaires, ce serait : est-ce que l'ostéopathie, dans les troubles musculo-squelettiques, a un impact sur l'absentéisme au travail ? Sachant que les troubles musculo-squelettiques sont les risques principaux et qu'ils sont par ailleurs associés aux troubles psychosociaux... J'ai compris que l'ostéopathie pouvait éventuellement avoir un impact aussi sur les conditions psychosociales. Ce sont des sujets qui pourraient intéresser les complémentaires. »

**Philippe STERLINGOT** : « Ce qui tombe bien car l'un de vos collègues du monde de l'assurance complémentaire finance un projet en cours qui mesure l'absentéisme en lien avec... donc on avance. »

**Béatrice COURGEON** : « La question c'est est-ce que les assureurs santé collective sont sensibles à des démarches qui seraient mises en place dans les entreprises en partenariat avec les ostéopathes pour lutter contre l'absentéisme ? Parce que, pour les entreprises, cela représente aussi un poste de dépenses important. »

**Laurent BORELLA** : « La réponse est oui. L'intervention d'ostéopathes en entreprise fait partie du catalogue de services que l'on propose à nos entreprises clientes. On s'adresse pour cela, en général, à des structures qui regroupent un certain nombre d'ostéopathes dans une région donnée. On n'est pas ici sur un modèle assurantiel, on est plutôt sur un modèle de services. On constate d'ailleurs que les tarifs des ostéopathes qui interviennent en entreprise n'ont à peu près rien à voir avec les tarifs des ostéopathes en cabinet, les propositions sont beaucoup plus basses. Cela s'explique très bien, les ostéopathes vont démarcher des salariés qui n'ont pas nécessairement de besoin. On a pratiquement partout en France des consultations à 20 € ou 30 €, ce n'est pas du tous les prix que nous proposons dans le cadre de l'accord de partenariat Kalivia. Il serait intéressant que vous

---

<sup>9</sup> Sigle anglo-saxon désignant le retour sur investissement, autrement dit la rentabilité procurée (ou non) par un investissement

puissiez qualifier ces interventions d'ostéopathes qui se déplacent en entreprise à titre non pas thérapeutique mais préventif. Je ne sais pas exactement quelle est la nature de cet acte. »

**Philippe STERLINGOT** : « Aujourd'hui nous avons des projets qui vont en ce sens et votre question est pertinente. On a la même question sur des offres d'ostéopathes qui interviennent dans des salles de sport santé et qui proposent des bilans... Nous avons un peu de mal avec cela et c'est pour nous un sujet de réflexion : est-ce que c'est un acte ostéopathique, est-ce que c'est autre chose ? Pour l'instant on estime que ce n'est pas vraiment un acte ostéopathique car l'acte ostéopathique présuppose une consultation qui peut révéler un besoin auquel on va pouvoir répondre. Mais vous mettez le doigt sur un point qui, chez nous, va faire l'objet d'un débat presque épistémologique. »

**Adhérente** : « Ma question concerne le remboursement des actes ostéopathiques pratiqués par les médecins ostéopathes et les thérapeutes ostéopathes. Quel pourcentage de praticiens font réellement une demande de remboursement pour un acte d'ostéopathie et combien font passer cela sur leurs actes en qualité de spécialiste ? C'est juste pour connaître le pourcentage de personnes qui font réellement une demande de remboursement d'un acte ostéopathique auprès des mutuelles. »

**Laurent BORELLA** : « Je ne dis pas qu'on ne pourrait pas savoir en analysant toutes les factures que l'on rembourse. On ne l'a pas fait, donc je n'ai pas la réponse. Mon sentiment c'est qu'une bonne partie passe dans l'acte médical avec dépassements d'honoraires. C'est vrai pour l'ostéopathie, c'est vrai pour la diététique, c'est vrai pour d'autres, mais je n'ai pas la réponse. Clairement les médecins ont un avantage sur vous de ce point de vue-là... Ils ont une lettre-clef. »

**Philippe STERLINGOT** : « Oui parce qu'ils ont négocié par ailleurs le moyen de facturer une consultation d'ostéopathie comme une consultation médicale, c'est-à-dire avec une lettre-clef à laquelle s'ajoute un dépassement d'honoraires pour l'ostéopathie, ce qu'ils vous envoient régulièrement sous forme de facture. On voit donc une forme de prise en charge. »

**Laurent BORELLA** : « Et que nous remboursons comme un dépassement d'honoraires je pense. Les contrats remboursent aussi les dépassements d'honoraires. Pour l'ostéopathie c'est un forfait ; en moyenne on rembourse 100 à 150 €, aussi avez-vous consommé votre



forfait après deux actes d'ostéopathie. Si vous avez besoin d'y retourner une autre fois, en règle générale la prise en charge n'est plus possible. Mais sur les dépassements d'honoraires, on n'applique pas cette logique de forfait, ce qui signifie que, dans ce cadre-là, si vous y allez dix fois, vous serez remboursé dix fois. »

**Philippe STERLINGOT** : « On assiste clairement à une dérive à ce niveau-là. »



Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

# Ostéopathie, profession de santé : quel parcours et quelles contraintes ?

Joël MORET-BAILLY et Philippe STERLINGOT

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille

## Ostéopathie, profession de santé : quel parcours et quelles contraintes ?



**Philippe STERLINGOT**, est président du Syndicat Français des Ostéopathes depuis 2002. A ce titre, il est l'auteur de nombreux rapports ou notes de synthèse sur l'ostéopathie.

Ancien masseur-kinésithérapeute, il est également titulaire d'un Master 2 Droit, santé, éthique.

Membre de la Commission Nationale d'Agrément des Etablissements de Formation en Ostéopathie, il a participé aux travaux de rédaction des « WHO Guidelines on basic training and safety in osteopathy » pour l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est membre du Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE) et vient d'être élu au board de l'Osteopathic International Alliance, fédération mondiale de l'ostéopathie (OIA), affecté à la commission d'admission des membres ainsi qu'à celle de l'organisation des conventions annuelles.

**Joël MORET-BAILLY**, Professeur de droit à l'Université de Lyon ; Avocat au barreau de Paris. Spécialisé dans les questions de droit des professions, déontologie, éthique, conflits d'intérêts, secret professionnel, organisation des professions, responsabilité, notamment des professions de santé, mais également des professions du droit, du cadre de vie, etc., il accompagne le SFDO dans ses questionnements relatifs au droit des professions depuis une dizaine d'années.

Il a notamment animé le groupe de travail ayant rédigé le Code de déontologie de l'ostéopathie du SFDO. Il a été membre des comités d'éthique de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale pour le développement professionnel continu. Il a été nommé Préfigurateur de la fonction de référent déontologue du CNRS au 1er septembre 2017.





## Compte-rendu intégral de l'intervention

**Joël MORET-BAILLY** : « Nous vous proposons un petit duo pour rompre la monotonie de la chose, comme on aime le faire. Cela nous arrive assez régulièrement dans ces assemblées et ces journées d'étude.

Sur la thématique « ostéopathie, profession de santé, quel parcours et quelles contraintes ? », nous avons décidé de nous positionner sur une intervention à la fois technique et politique, je vais donc commencer par les questions techniques, sous une modalité « repérage », puis Philippe rebondira systématiquement pour développer ce qu'il en perçoit, d'un point de vue politique, à travers son activité de « lobbying » ou de discussion avec les pouvoirs publics sur l'intérêt de la profession... »

**Philippe STERLINGOT** : « Mon activité d'interlocuteur constructif. »

**Joël MORET-BAILLY** : « C'est cela, de lobbying donc... (*rires*) ... de présentation rationnelle d'arguments en vue d'obtenir des résultats. Ce qui est de la politique.

Quelques éléments de présentation peut-être de la manière dont techniquement je vois la situation de l'ostéopathie aujourd'hui dans ses rapports avec un idéal de profession de santé tel que présenté tout à l'heure.

Nous avons un certain nombre d'acquis dans le cadre de l'ostéopathie qu'il ne faut pas oublier, notamment quand on fait référence à la situation avant 2002. Je vous rappelle qu'avant 2002, comme je l'ai dit tout à l'heure, l'ostéopathie était de l'exercice illégal de la médecine.

### Quelle est la situation en 2017 ?

- Il existe un titre d'ostéopathe avec une protection du titre, ce qui représente déjà une profession réglementée d'un point de vue européen ;
- Il existe une définition de l'ostéopathie, certes discutable, certes écrite d'une façon qui prête le flanc à l'interprétation, certes avec une nécessité de discussion sur les termes de « manipulation » et de « mobilisation », mais on a néanmoins une définition à partir de laquelle il est possible de travailler ;
- Nous bénéficions, depuis 2014, d'une définition dans l'arrêté à propos du programme d'enseignement dans les établissements d'ostéopathie ;
- Nous avons des compétences de l'IGAS pour contrôler des établissements d'ostéopathie dans le Code de la santé publique depuis quelques années ;
- Nous sommes soumis, depuis peu, à une obligation d'assurance.

- Et, nouveauté depuis l'assemblée générale de l'an passé, nous avons la reconnaissance du secret professionnel.

En effet, dans le cadre de la modification de l'article L810-4 du Code de la santé publique, nous avons vu un élargissement du secret professionnel et la possibilité de transférer des informations entre professions, notamment des professions médico-sociales. Dans le décret d'application, on a visé les ostéopathes comme pouvant être destinataires de différentes informations. Mais il me semble qu'il existe un vrai risque juridique à ce sujet, parce qu'à mon sens le décret est illégal au regard de ce que prévoyait la loi. On peut donc imaginer que, dans une hypothèse contentieuse, quelqu'un puisse contester le fait que vous ayez reçu l'information. Ce risque me paraît toutefois infinitésimal.

En tout cas aujourd'hui cela signifie que pour les pouvoirs publics il y a une sorte d'évidence, non seulement sur le secret professionnel des ostéopathes, mais sur la possibilité de faire circuler certaines informations, dans le cadre d'une prise en charge, sous condition de nécessité, entre professionnels de santé et ostéopathes. C'est un progrès considérable quant à l'intégration dans nos réseaux des professionnels qui s'occupent des patients. C'est énorme, et d'un point de vue symbolique, et d'un point de vue pratique.

Dernier élément, et je sais que le syndicat – ignoblement - n'a pas été consulté sur le sujet, dans les dernières règles sur les conflits d'intérêts, il existe une référence aux professions de l'article 75 du Code de la loi de 2002 ; ce qui veut dire que là aussi, dans les pratiques administratives aujourd'hui, il est normal lorsqu'on parle des professions de santé d'ajouter les professions de l'article 75. C'est un acquis énorme sur lequel je n'aurais pas parié quinze ans plus tôt. C'est énorme, mais on relève quelques limites.

La fonction d'ostéopathe aujourd'hui :

- Ne figure pas dans le Code de la santé publique, en tant que profession ;
- N'est pas dans le Code de la Sécurité sociale ;
- N'est pas une profession de santé au sens français du terme.

De plus, depuis quelques années, nous sommes dans un réseau de réflexions portant sur la compétence des professions de santé. Les professions, aujourd'hui, ne sont pas organisées en fonction de compétences (« ce que je sais faire ») mais en fonction de qualifications (« quel diplôme j'ai »). Et en fonction des diplômes, je peux faire, même si je ne suis pas bon. En revanche, si je n'ai pas le diplôme et que je suis très bon, je ne peux pas faire, ce serait un exercice illégal.

Hier on a cité également la définition des missions de l'Ordre des médecins dans laquelle figure la compétence des différents ordres. Cela date de 2007 ou 2008 et fait suite aux différents rapports Matillon sur la compétence. On avait dit alors qu'il fallait que l'Ordre s'en occupe mais c'est resté lettre morte me semble-t-il, ce qui veut dire que la réflexion sur la compétence, sur l'évaluation, c'est quelque chose qui, à ce jour, reste terra incognita, en

tout cas dans l'organisation des professions de santé et des ordres. Ceci pour le premier bilan technique. »

**Philippe STERLINGOT** : « Merci Joël. C'est un vrai sujet. Je crois que nous sommes aujourd'hui, un peu aussi, sur cette thématique-là, à la croisée des chemins. En fait, notre profession est un groupe - humain évidemment - qui vit avec des idées collectivement véhiculées, parfois un peu fantasmagoriques. Il existe une forme d'égo collectif, parfois quelque peu surdimensionné, qui nous pousse à désirer ce que d'autres ont :

- Un statut bien codifié, bien organisé ;
- Un Ordre. C'est un sujet, un serpent de mer, dans la profession, il faut absolument un Ordre.

La profession aujourd'hui - je le rappelais hier en assemblée générale - a franchi (et je remercie Michèle LENOIR-SALFATI ici présente parce qu'elle a été un acteur déterminant de cette évolution) un cap important en se dotant d'un système de formation extrêmement qualitatif. Nous avons vu hier soir les limites en termes de contrôle, mais il revient à la profession de savoir aussi se saisir des opportunités d'autorégulation qui lui sont offertes. La profession a franchi un grand pas et elle se retrouve aujourd'hui face à une sorte de grand champ d'avenir : qu'est-ce qu'on fait ?

Aujourd'hui l'ostéopathie c'est à peu près 30 % de Français qui, chaque année, vont voir un ostéopathe. C'est énorme. L'ostéopathie fait partie des deux ou trois plus grandes professions de la santé en termes d'exposition du public. Et cela, les pouvoirs publics ne peuvent pas l'ignorer. En tant qu'acteurs de la régulation de la Santé publique, on ne peut pas ignorer une profession qui est consultée par un si grand nombre de personnes. C'est un premier élément.

Deuxièmement, notre profession connaît une croissance extrêmement importante. Nous sommes passés de 10 000 ostéopathes en 2007/2008 à 30 000 aujourd'hui, avec une croissance de la demande de soin à peu près similaire. C'est une profession extrêmement vivante, et qui doit veiller à le rester.

La profession doit faire face à un dilemme : est-ce qu'elle doit vouloir entrer dans un système très codifié - j'ai bien aimé l'expression « en silos » - ou est-ce qu'elle doit essayer de frayer son chemin de manière autonome. J'ai un point de vue sur le sujet et je pense qu'il est partagé par mon conseil d'administration.

En préambule de cette réflexion, je voudrais rappeler ce que disait Francis BRUNELLE en 2008. Nous avons organisé une belle journée (un peu comme celle-ci) à l'Assemblée nationale dans la salle Colbert. Francis BRUNELLE avait été conseiller de deux ministres de la santé, il avait été en charge du dossier ostéopathie ; à l'époque le cabinet gérait techniquement les aspects du dossier, ce qui n'a pas nécessairement donné un excellent

résultat en termes de qualité juridique, néanmoins ce fut la première série de décrets sur l'ostéopathie ; et Francis Brunelle en avait été l'artisan.

Lorsque Francis BRUNELLE est venu s'exprimer à nos côtés en 2008, il nous a dit : « Les professions de santé, finalement, c'est une vaste prairie parsemée de barbelés. » Et au fond j'ai toujours gardé cette métaphore qu'il avait utilisée parce que je la trouve assez juste.

Est-ce que, nous, nous voulons rentrer dans une prairie avec des barbelés ? Nous voyons combien ils nous piquent les barbelés parce que nous sommes quand même pas mal secoués par différentes professions de santé qui ne nous voient pas arriver d'un bon œil.

Finalement, quand on regarde les attributs des professions de santé qui pourraient nous faire rêver, qu'est-ce qu'elles ont de plus que les ostéopathes ?

- Un diplôme d'État ;
- Un remboursement par le régime obligatoire d'assurance-maladie pour une partie d'entre elles (il a été rappelé précédemment que ce n'était pas systématique) ;
- Une régulation démographique pour certaines ;
- Un titre de médecin pour celles qui exercent la médecine ;
- Un exercice exclusif (mais pour combien de temps ?) ;
- Un remboursement par l'ONIAM, pour leurs patients, en cas de préjudice sans faute ;
- L'accès aux maisons de santé ;
- Des lobbyings, des outils institutionnels de représentation, comme l'U.N.P.S.<sup>10</sup> et autres structures (et c'est peut-être au final quelque chose d'important).

C'est donc cela qui fait rêver les ostéopathes pour leur avenir : devenir profession de santé pour avoir un diplôme d'État, avoir l'accès au remboursement par l'assurance maladie etc.

**Concernant le diplôme d'État**, si nous réussissions à obtenir l'universitarisation de la formation - ce qui n'a pas été possible en 2013 - ce point serait réglé (à noter que, par définition, un Master est un diplôme d'État).

**Concernant l'assurance maladie obligatoire**, je ne reviendrai pas sur ce point que nous avons déjà évoqué.

**Concernant la régulation démographique**, les ostéopathes rêvent d'avoir une régulation démographique dans une forme de vision un peu malthusienne se disant : « Maintenant que je suis dedans, j'aimerais bien qu'il n'y en ait pas d'autres ».

**Concernant l'exclusivité de l'exercice**, nous y reviendrons, c'est un vrai sujet que l'on doit considérer avec lucidité.

---

<sup>10</sup> Union Nationale des Professions de Santé

**Sur la question des maisons de santé**, le fait que les ostéopathes ne soient pas « profession de santé » les empêche de participer à une maison de santé. Néanmoins on constate nombre d'initiatives des ARS qui font en sorte de faire une place aux ostéopathes dans les maisons de santé, parfois « aux forceps » parce qu'elles se heurtent à une opposition farouche de l'Ordre des kinésithérapeutes ou de l'Ordre des médecins. Mais on compte de plus en plus d'exemples d'ARS qui considèrent qu'il faut trouver les moyens d'accueillir les ostéopathes dans les maisons de santé, qu'ils y ont leur place.

Ce que les ostéopathes auraient à gagner à devenir profession de santé, on le voit bien, ne sont pas des éléments extrêmement structurants pour l'avenir de la profession. Et, pour revenir à la régulation démographique, même si les ostéopathes devenaient une profession de santé, ce n'est pas pour autant qu'ils obtiendraient une régulation démographique ; la plupart des professions de santé ne sont pas régulées quantitativement pour une raison très simple, c'est que l'argument qui permet à l'État français de justifier une régulation démographique qui transgresse le principe de la liberté d'entreprise, c'est le simple fait que les actes sont pris en charge par la Solidarité nationale.

Donc, au final, les attributs d'une profession de santé qui pourrait faire rêver les ostéopathes me semblent quelque peu chimériques.

Si je reviens sur l'exclusivité de l'ostéopathie, et là j'exprime un point de vue tout à fait personnel qui n'engage pas mon conseil, la perception que j'en ai c'est que l'évolution du droit européen et international va constituer, de toute façon, une entrave de plus en plus importante à toute forme d'exigence et d'exclusivité d'un exercice.

Les visions que j'en ai aujourd'hui, et que j'ai partagées avec vous hier soir, c'est qu'au fond la France est plutôt en retard en ce qui concerne l'évaluation des pratiques, l'évaluation de la qualité... et peut-être que l'avenir pour nous, ostéopathes, c'est de réfléchir ensemble à la construction d'un dispositif, soutenu par l'État mais peut-être financé par la profession, qui se centrerait non pas sur la défense de la profession, comme le fait l'Ordre des médecins, mais sur les missions de recommandations de bonnes pratiques, sur le contrôle de la qualité des pratiques... Pourquoi n'irait-on pas vers un système de recertification, de ré-accréditation comme cela se fait au Royaume-Uni. C'est vers cela que je tends aujourd'hui ; je ne souhaite pas que notre profession retombe dans de vieux schémas et que l'on reproduise des mécaniques d'autoprotection, car il me semble que c'est assez mortifère pour une profession et que nous avons collectivement intérêt à nous engager sur une dynamique vitale (au sens : avec de la vie).

Pour conclure, je continue à dire que l'ostéopathie est une profession même si ce n'est pas une profession réglementée, etc. C'est aussi une profession qui réalise des soins au sens de la directive Droit des patients numéros 2011-24 de l'Union européenne ; de fait, il s'agit bien d'une profession de la santé, en droit européen. Nous sommes le seul pays finalement où l'ostéopathie se trouve réglementée mais n'est pas considérée comme profession de santé. Ailleurs cela va de soi.

Il me semble que ce serait une erreur de se focaliser, au prix d'une immense déperdition d'énergie, sur l'obtention d'un statut. N'avons-nous pas plutôt intérêt, et c'est l'analyse que nous partageons avec Joël - nous en avons parlé souvent -, à faire en sorte que petit à petit l'ostéopathie obtienne quelques attributs qui lui soient utiles ? N'avons-nous pas intérêt à doucement obtenir certaines caractéristiques des professions de santé de façon à mieux servir les patients plutôt que de vouloir absolument entrer dans un moule dans lequel je pense que l'ostéopathie n'est pas prête à rentrer pour une simple raison, c'est que sa construction, en termes de modèle thérapeutique est tellement différente, qu'aujourd'hui cela me semble prématuré. C'est un point de vue, il est très politiquement engagé, mais on peut revenir dessus. »

**Joël MORET-BAILLY** : « Je vais rebondir sur ce point en le prenant par l'absurde : à propos de l'organisation des professions de santé aujourd'hui, organisation au sens architectural comme je l'ai présentée au début de ma première intervention. Je reprends la question que je vous posais tout à l'heure qui est : « Admettons que je veuille faire entrer les ostéopathes dans le Code de la santé publique, je les mets où ? » C'est assez compliqué, je développe un peu.

Dans la logique du Code de la santé publique, il faut compter cinq ans de **formation**, je ne l'avais pas dit dans l'introduction mais c'est fondamental. Pourquoi ? Parce que les sages-femmes ont trois ans de formation. Donc c'est plus que les sages-femmes et, dans la logique symbolique qui est aussi liée à la longueur des études d'un point de vue historique, on devrait être devant tous ceux qui ont moins d'années de formation. Mais on a dès lors un problème avec les infirmiers en pratique avancée : ce serait « trois plus deux », mais est-ce que le « trois » représente vraiment une licence ? Non ce n'est pas une licence, c'est trois ans avec des stages. C'est compliqué mais nous avons une carte à jouer. Donc ce point serait un élément qui nous permettrait d'être suffisamment haut dans la hiérarchie symbolique liée au diplôme et au rapport entre la profession et le savoir dans le Code de la santé publique.

**L'autonomie professionnelle** est un élément fondamental. D'ailleurs on sait bien que si un certain nombre de kinésithérapeutes ont fait le choix dans leur carrière de venir à l'ostéopathie, que ce soit à titre partiel ou à titre complet, c'est afin d'éviter d'être soumis à la prescription médicale quantitative, qualitative, écrite et signée. Très clairement le patient vient vous voir, vous décidez ensemble, il repart, il revient, vous ne « rendez de compte » à personne. C'est un élément absolument fondamental et qui plaide là aussi sur le premier titre de la quatrième partie du Code de la santé publique.

Il faut ajouter le fait qu'**aux États-Unis** - je vais juste le mentionner parce que Marc RODWIN le développera cet après-midi - **les ostéopathes sont des médecins**. C'est un élément qu'on ne peut pas complètement mettre de côté, il y a d'autres endroits sur terre



dans lesquels la frontière entre les professions telles qu'on les pense en France et l'activité d'ostéopathe n'est pas aussi évidente. Et d'ailleurs le simple fait qu'on dise que l'ostéopathie est une activité qui peut être exercée par des médecins, par des kinésithérapeutes, montre bien que vous n'êtes pas tellement « dans les cases » comme je le disais tout à l'heure. C'est le premier élément de trouble.

Autre élément, le rapport aux auxiliaires médicaux, historiquement proches des kinésithérapeutes, j'en ai parlé tout à l'heure, je ne re développe pas.

Pas de décret d'actes, il est donc difficile de les situer par rapport aux auxiliaires médicaux...

Si on imaginait une volonté politique extrêmement forte aujourd'hui qui énoncerait : je veux mes ostéopathes dans trois mois dans le Code de la santé publique, la question serait : « Je les mets où ? » Aujourd'hui je pense qu'il faut un titre à part. Je prends l'article 75 de la loi 2002, et je les mets dans un titre après les autres dans le Code de la santé publique.

On pourrait donc les mettre à part, mais si on les mettait à part, cela voudrait dire quoi ?

Cela résoudrait quelques questions. Pour la question de l'indemnisation thérapeutique, pour la question de la faute médicale, nul besoin d'écrire des règles supplémentaires. Pour le secret professionnel, il en sera de même, on réalisera donc une économie en termes de nombre de règles. Et dans un calcul arithmétique que nous propose aujourd'hui le pouvoir public en disant : quand vous créez une règle de droit vous en enlevez une, on en gagne quatre ou cinq, c'est magnifique ! C'est extraordinaire ! Mais ça changerait quoi, au fond ?

Si vous avez un titre particulier avec des règles particulières hors du cadre habituel, qu'est-ce que ça change en vrai ?

Sans doute peu de chose, et c'est là le message principal.

Sauf que...

La codification à droit constant en réalité ça n'existe pas. Généralement quand on codifie il ne s'agit pas d'un simple copier-coller, mais à l'occasion du copier-coller on se rend compte de problèmes de cohérence et l'on modifie les choses à la marge. Ce ne serait pas à coût zéro, mais en termes d'utilité marginale, quel serait l'intérêt pour vous ?

La question pourrait être : d'un point de vue marginal aujourd'hui, quel serait l'intérêt de cette action-là, et, d'un point de vue syndical, est-ce que cette utilité marginale vaut l'énergie qu'on va y mettre ?

C'est un choix qui ne m'appartient pas. »

**Philippe STERLINGOT** : « Non, et il ne m'appartient pas non plus puisque c'est un choix qui appartient à une assemblée générale et qui implique une délibération. Oui, est-ce que cela mérite à la fois l'énergie et les risques afférents ? Et est-ce que la bonne stratégie

aujourd'hui c'est d'essayer d'avancer rapidement sur un statut qui effectivement comporte une dimension symbolique forte ? On pourrait essayer de trouver, comme il en avait été question en 2011/2012, une nouvelle catégorie de professions de santé dans le Code de la santé publique, créer un cinquième livre.

Ou bien est-ce qu'il ne vaut pas mieux continuer à organiser la profession, continuer à organiser les systèmes de garantie de la qualité etc. de façon à arriver dans un ordre un peu plus structuré que ce n'est le cas aujourd'hui... J'en suis là de mes réflexions. Que convient-il de faire en premier ? Est-ce qu'il vaut mieux d'abord mettre un cadre ? Ou bien ne vaut-il pas mieux dessiner le tableau en premier puis poser le cadre ensuite ? »

**Joël MORET-BAILLY :** « Sur la dynamique d'organisation du droit, nous avons de bonnes règles de droit, des règles pertinentes. Il semble qu'aujourd'hui, en comparaison avec d'autres professions que je peux connaître, le niveau d'organisation reste relativement intéressant - ce niveau était visé il n'y a pas si longtemps. L'objectif pourrait être, non pas l'institutionnalisation, mais de se dire : « Essayons de faire encore mieux notre boulot, essayons de convaincre différents acteurs, y compris les mutualistes (par exemple) de la pertinence de nos actions... »

Je pense que pendant tout un moment historique le SFDO a eu une volonté d'être dans le radar pour se faire reconnaître, peut-être faut-il maintenant passer sous le radar pour un petit moment et, lorsque des choses seront actées, quand de nouvelles avancées auront vu le jour, on pourra revenir avec un très beau « produit ». Ce n'est pas une analyse juridique, c'est une perception : repasser sous le radar, rebosser, et puis, plus tard, revenir. »

**Philippe STERLINGOT :** « Merci beaucoup. Je n'ai rien à ajouter, je vous ai livré ma pensée avec franchise. »

#### QUESTIONS/REponses :

**Adhérente :** « Je vous rejoins complètement dans vos réflexions, qui sont aussi les miennes, à ce niveau de constat de l'évolution des professions réglementées en France. On s'aperçoit que dans une certaine mesure on assiste à une certaine érosion des monopoles, au profit d'une ouverture de plus en plus large de la mise en concurrence. Et l'idée est de se dire aujourd'hui, est-ce que le combat - plutôt que d'essayer de protéger sa chasse gardée - ne consisterait pas plutôt à profiter de cette situation pour y trouver des relais de croissance et voir dans quelle mesure la profession ne pourrait pas y trouver finalement des opportunités de développement et de croissance ? »

**Philippe STERLINGOT** : « Je vous rejoins absolument, et j'ajouterais juste : est-ce qu'il est temps pour nous de monter dans un navire dont on voit bien qu'il est chahuté par beaucoup de « forces extérieures », est-ce qu'on n'aurait pas intérêt plutôt à continuer à mener notre navire sur des flots plus calmes ? »

**Joël MORET-BAILLY** : « Je vais faire une comparaison avec une profession qui, elle, en termes sociologiques, n'est pas discutée en tant que profession, c'est la profession d'avocat. Aujourd'hui la profession d'avocat est en concurrence sur 90 % de son exercice avec d'autres professions. Le seul monopole qui lui reste, c'est le monopole de la représentation devant le Tribunal de Grande Instance, la cour d'appel et la cour de cassation... Par rapport à son activité, 20 % ou 25 % du chiffre d'affaires de la profession est monopolistique et 75 % est complètement ouvert, ça n'empêche pas la profession d'avocat de jouir d'une certaine reconnaissance sociale, voire d'un certain prestige. »

**Béatrice COURGEON** : « D'où l'ouverture des avocats vers des activités commerciales, qui ont été reconnues d'ailleurs par la loi, il n'est qu'à prendre aussi l'exemple des taxis avec Uber, c'est inévitable, c'est l'avenir. »

**Joël MORET-BAILLY** : « En tout cas, c'est la pression européenne aussi. »

**Adhérent (Nicolas BRICOT)** : « Une question au niveau développement de la profession sur le plan local, régional : vous avez dit tout à l'heure qu'il pouvait y avoir des différences de décision des ARS selon l'installation ; est-ce qu'une décision dans une ARS peut faire jurisprudence dans une autre ? »

**Philippe STERLINGOT** : « Les maisons de santé sont organisées par l'article L6323-3 du Code de la santé publique qui prévoit que ne peuvent faire partie des maisons de santé et ne peuvent rédiger et construire le projet de santé que les professions médicales et les auxiliaires médicaux plus une troisième catégorie, en tout cas il n'y a pas les ostéopathes. Par contre cet article prévoit aussi que toute personne dont on considérerait intéressant qu'elle le fasse est susceptible de signer le projet de santé, et c'est finalement cette subtilité juridique qui fait que des maisons de santé élaborent des projets de santé que les ostéopathes peuvent signer. Et le plus souvent d'ailleurs la maison de santé comporte un cabinet dans lequel l'ostéopathe peut exercer.

On se trouve donc dans une sorte de tartuferie puisque que l'on ne délivre pas de fonds publics pour un projet qui inclurait un ostéopathe, parce que ce serait illégal et que l'Ordre des médecins ou les kinésithérapeutes ou toute autre entité serait fondée à le contester,

mais qu'on parvient à se débrouiller au gré de la politique locale. Et ce qu'on observe nous, au niveau du syndicat, c'est que d'une situation, il y a cinq ou six ans encore, où systématiquement les ostéopathes se voyaient rejetés, parfois même malgré la volonté de la mairie, on arrive aujourd'hui à une situation où de plus en plus souvent l'ARS, les acteurs locaux, les professions de santé, sont partants et le dispositif fonctionne avec les arrangements évoqués.

Je pense que, d'ici quelques années, l'article L6363-3 du Code de la santé publique sera modifié et que l'on écrira : « Et les ostéopathes », comme il a pu être fait sur d'autres dispositions légales.

Pour revenir sur la question de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, Marie-Laure MOCQUET-ANGER en parlera beaucoup mieux que moi, c'est un peu différent car il y a un enjeu de financement, c'est-à-dire que ce qui finance aujourd'hui l'indemnisation d'un aléa thérapeutique pour les professions de santé, c'est aussi partiellement l'assurance maladie obligatoire. Or, comme les actes ne sont pas remboursés... Je sais qu'une note avait été rédigée trois ans plus tôt sur le sujet, note que je rêve d'avoir entre les mains mais que je n'ai pas réussi à me procurer... Ce qui est sûr, c'est qu'on est face à un véritable enjeu technique. »

**Joël MORET-BAILLY** : « Juste en un mot sur la question de la jurisprudence ; en fait chaque ARS est indépendante même si on peut imaginer que, dans un réseau, les gens discutent et que, dans un État traditionnellement centralisé, on n'aime pas que la même décision ne soit pas prise partout. Mais Il n'existe pas de règle établie à ce sujet. »

**Ostéopathe (Jean-Louis BOUTIN)** : « Vous n'avez pas parlé de l'expertise chez les ostéopathes, la possibilité que les ostéopathes établissent des expertises en tant qu'experts et non en tant que sapiteurs. »

**Philippe STERLINGOT** : « Oui, parce qu'il existe des ostéopathes experts. Aujourd'hui c'est une décision qui appartient à chaque cour d'appel. Il n'y a pas de corps particulier d'ostéopathes experts mais il existe des ostéopathes experts judiciaires ; c'est surtout une question de développement des envies des uns et des autres de s'impliquer dans cette voie. »

**Adhérent** : « Auriez une explication au sujet de ce que vous avez dit sur les rapports entre la commission et le Parlement européen et les travaux récemment signés ? »

**Joël MORET-BAILLY** : « On travaille actuellement à ce que l'on appelle la réforme du « paquet services », c'est-à-dire quatre directives ; ce sont des chantiers considérables dans lesquels on compte la directive services de 2007, la directive profession de 2005, la commission de 2013. La commission a une volonté de libéralisation parce que les professions libérales représentent 1,5 % de l'économie et qu'elle estime que c'est un ressort de croissance (pour aller très vite dans la logique de la commission). L'idée c'est de libéraliser les professions, de faire sauter des entraves à leur exercice, notamment en établissant une comparaison entre les différents États dans une logique du moins-disant. En gros, si dans tel État ils exercent sans une réglementation, pourquoi vous en avez une ? C'est une entrave inacceptable au marché ! C'était l'idée à l'origine de la commission, ce qui suscitait une peur bleue pour les différentes professions que j'accompagne. Il se trouve que le Parlement est en train de se rebeller, invitant à la réflexion et au bon sens, à séparer le bon grain de l'ivraie. Il existe effectivement des mesures réglementaires qui sont du protectionnisme de mauvais aloi mais certaines sont pertinentes et visent des intérêts supérieurs, ce qui, dans la directive 2005, s'appelle des « raisons impérieuses d'intérêt général » pour organiser une profession.

Aujourd'hui nous nous trouvons au milieu d'allers-retours entre la commission et le Parlement, avec une intervention du conseil qui représente l'autorité politique de l'Europe. Et on va organiser des trilogues, c'est-à-dire une organisation entre les trois en vue d'un arbitrage. Ce qui se dessine aujourd'hui c'est que la commission, pour la première fois depuis des années, est en train de perdre quelques batailles face à l'alliance du Parlement et du Conseil (le regroupement des États). Un certain nombre de parlementaires énoncent qu'il faudrait peut-être réfléchir plus avant et ne pas rester sur une position systématique, nous en sommes là. On a vu l'intervention d'un certain nombre de commissions du Parlement ; des échéances de retour de la commission européenne sont fixées entre fin septembre et fin octobre, des réunions sont programmées au mois de décembre qui seront peut-être être décalées, mais dans l'année qui vient des choses vont se passer. »

**Philippe STERLINGOT** : « Merci beaucoup pour ces précisions. J'ai un grand plaisir à vous présenter ou à vous re-présenter, car vous l'avez déjà vue il y a trois ans dans notre enceinte, Michèle LENOIR-SALFATI qui est aujourd'hui directrice générale de l'agence nationale du développement professionnel continu et qui va nous parler de son agence et des perspectives pour les ostéopathes. Michèle LENOIR-SALFATI, comme vous le savez, a été, à l'époque où elle était sous-directrice à la DGOS<sup>11</sup>, l'artisan de la réforme de la formation, et je crois que la profession lui doit beaucoup. Merci d'être là aujourd'hui, je suis extrêmement heureux de vous accueillir. »

---

<sup>11</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins



Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

# L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu : une place pour les ostéopathes ?

Michèle LENOIR-SALFATI

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille



## L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu : une place pour les ostéopathes ?



**Michèle LENOIR-SALFATI** est titulaire d'une maîtrise de Philosophie et d'un DESS en sciences des organisations. Elle est également titulaire d'une maîtrise en sciences politiques. Après avoir enseigné la philosophie pendant 8 ans, elle exerce en qualité de responsable de formation à l'Assistance-publique Hôpitaux de Paris. Elle travaille ensuite à partir de 1999 à l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) puis la HAS en qualité de responsable des experts-visiteurs en charge des visites de certification des établissements de santé puis de chef de service Certification de établissements de santé.

Elle rejoint le Ministère de la santé en 2010 d'abord comme adjointe du sous-directeur puis comme sous-directrice des ressources humaines du système de santé à la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS). C'est dans ce cadre qu'elle a mené avec les principaux acteurs de la profession la réforme de la formation en ostéopathie.

Elle est depuis juillet 2016 Directrice Générale de l'Agence Nationale du DPC en charge du pilotage de la démarche de développement professionnel continu des professionnels de santé.

### Résumé de l'intervention

Comment maintenir sa compétence et garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients dans un environnement de santé en constante évolution (évolution des savoirs, évolution des technologies, évolution des modes de prise en charge, passage du curatif au préventif, nécessaire travail en équipe...)?

Le DPC s'est imposé à l'international comme une démarche différente de la formation continue (« CPD is more than CME ») et alliant à la formation continue des démarches d'évaluation des pratiques et de gestion des risques. Devenu obligatoire en 2009 pour l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de la loi hôpital, patients, santé, territoire, le dispositif a été réformé en 2016 par la loi de modernisation du système de santé.

Les ostéopathes, non reconnus comme professionnels de santé ne sont pas concernés par ce dispositif, mais peuvent s'inspirer des principes du dispositif de DPC dans leur propre démarche de maintien de leurs compétences.

## Compte-rendu intégral de l'intervention

« Bonjour à tous, je suis heureuse pour ma part de retrouver la « profession » d'ostéopathe qui était effectivement dans mon champ et mon périmètre de compétence à la DGOS que j'ai « abandonnée » depuis un an puisque j'ai pris, en juillet 2016, la direction générale de l'agence nationale du DPC, dispositif dont je vais vous parler aujourd'hui.

Le titre de mon intervention est volontairement provocateur. Je disais en amont à Joël MORET-BAILLY que mon intervention pourrait être très rapide. Y a-t-il une place pour les ostéopathes à l'agence nationale du DPC ? Non. Y en aura-t-il une ? Peut-être. Et voilà, j'ai terminé et on aura rattrapé une partie du retard.

Pourquoi n'y a-t-il pas de place pour les ostéopathes ? Pour les raisons que vous a exposées Joël MORET-BAILLY : le développement professionnel continu est en France un dispositif qui est obligatoire pour les fameuses professions de la partie IV du Code. Et comme vous n'êtes pas dans le Code, cela ne s'applique pas à vous ni ne s'impose à vous. En revanche, j'estime intéressant de vous présenter le dispositif, avec la même idée de ces briques que vous construisez petit à petit ; on a parlé de la brique « recherche », on a parlé de la brique « bonne pratique ». Que vous parveniez à construire un dispositif de développement professionnel continu, même si aujourd'hui il n'est pas obligatoire, même s'il n'est pas codifié, cela peut représenter une avancée assez forte pour la profession, même si elle s'opère potentiellement dans l'ombre, en auto-organisation de la profession.

Avant de vous dire de quoi il s'agit, nous allons nous intéresser au sens du dispositif. Et vous allez voir que c'est le sens du dispositif qui, au fond, le rend important pour toute profession, même si elle n'est pas codifiée.

Le DPC devient obligatoire pour l'ensemble des professions de santé. Il a été codifié en 2009 par la loi dite Hôpital Patient Santé et Territoires ; l'article 59 a commencé à se déployer à partir des premiers décrets d'application de 2011 à 2013.

Puis, parce qu'on adore les réformes successives, quelques difficultés apparaissent dans la mise en œuvre du dispositif ; et la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 réforme le dispositif et crée un nouveau dispositif réglementaire qui ne change rien à l'obligation pour les professions de santé, avec un décret sorti le 8 juillet 2016 qui crée officiellement l'Agence Nationale du DPC.

La question c'est l'enjeu, et l'enjeu est important pour vous et notamment par rapport à l'engouement que les Français ont pour l'ostéopathie. Vous avez tous eu un diplôme ; les professionnels de santé ont obtenu à 18/19 ans, voire 25/30 ans, un diplôme de formation initiale. Les professionnels de santé se mettent donc à exercer et doivent donner tout au long de leur exercice la garantie aux patients qu'ils vont leur délivrer des soins de qualité et

en toute sécurité. Donc l'enjeu est : comment je maintiens ma compétence de soignant tout au long d'une carrière qui maintenant s'étale sur 40 ans ?

Concernant le DPC, c'est un rapport de novembre 2008 de Pierre-Louis BRAS et Gilles DUHAMEL qui dit que les professionnels de santé doivent s'inscrire dans des parcours pluriannuels de développement professionnel continu couplant formation continue et évaluation des pratiques professionnelles et des dispositifs de gestion des risques. C'est cela qui, dans le rapport de 2008, inspire l'inscription de l'obligation de DPC pour les professionnels de santé dans la loi de 2009.

Le DPC a une dimension internationale. J'étais fin août à Helsinki dans une conférence où l'ensemble des pays européens était représenté mais aussi Singapour, le Japon, le Canada, les États-Unis, et la conférence évoquait le DPC et ses principes fondateurs.

### **Les constats et principes partagés à l'international sur le DPC**

- Les fondamentaux : le « life long learning », l'obligation déontologique (avant d'être une obligation inscrite dans la loi) de chaque professionnel de maintenir ses compétences tout au long de sa carrière.
- Les évolutions :
  - Un discours permanent relève, dans tous les pays, une accélération du progrès technique et des savoirs, une modification de l'organisation du système, la complexification des environnements de travail, un changement des attentes des patients. Ce n'est pas parce qu'on a été diplômé à un moment donné qu'il ne faut pas songer à s'adapter à toutes ces évolutions.
  - Si la formation médicale continue est le maintien des connaissances, le développement professionnel continu est le maintien de la compétence. Le maintien de la compétence ne passe pas seulement par le fait de se tenir informé des évolutions et des modèles théoriques, il passe aussi par un travail sur les pratiques et par un travail en équipe.

### **Évolution des pratiques et des méthodes**

Quelques éléments fondateurs du dispositif :

Premièrement, le développement professionnel continu, indépendamment du fait de proposer des démarches de maintien des compétences tout au long de sa carrière, travaille sur **des stratégies différenciées selon les moments de carrière**. J'en cite quelques-uns :

- Le début de carrière : j'ai mon diplôme, je commence à exercer, il y a ce que les anglo-saxons appellent le « *transitionning to practice* », soit un moment d'adaptation.
  - Sessions d'entraînement intensif avec simulation pour les techniques spécialisées organisées aux États-Unis notamment ;

- Tutorat et série de méthodes autour de la communication avec les patients, les familles, mais aussi autour du travail en équipe, de la prise en charge de l'urgence, toutes choses qui peuvent ne pas s'acquérir au sein d'une formation initiale. C'est à dire : apprendre à travailler.
- La maturité et la fin de carrière :
  - Maintien des compétences ;
  - Les interruptions de carrière : j'arrête d'exercer et je reprends. Quelles sont les conditions pour une reprise en toute compétence ? Assurer la réintégration ;
  - Les changements de contexte (d'un exercice libéral à un exercice hospitalier ou inversement, ou encore passage à un milieu rural).

Ces éléments formateurs font partie de types d'actions construits à l'international dans le cadre du DPC.

### **Évolution des stratégies et des méthodes**

Deuxième grand principe majeur, c'est **la place du patient et des représentants des usagers** dans les dispositifs de DPC. On voit la formation continue comme de la connaissance avec des pairs ou des experts sur la base d'échanges ; dans le DPC règne l'idée qu'il faut tenir compte de la parole du patient dans la construction même des programmes, avec cette parole des patients : « *Nothing about me without me* ». La formation continue des professionnels doit se construire dans leur rapport aux patients, et ce sous plusieurs formes :

- Utiliser l'expérience du patient dans la construction de supports pédagogiques et d'actions ;
- Dialoguer avec le patient qui fait part de son expérience de la maladie ;
- Faire appel à des patients co-formateurs dans les organismes qui dispensent de la formation continue ;
- Impliquer patients et représentants des usagers dans la conception, la conduite et l'évaluation des cursus et des programmes.

Troisième point, c'est **l'ancrage dans la pratique**. C'est-à-dire que le DPC exige deux choses :

- Le passage de la logique historique de la formation continue (qui est une formation en salle où on écoute des intervenants et où l'on prend des notes) à toute une série d'autres méthodes d'apprentissage liées à la pratique ; on s'oriente vers l'évaluation des pratiques et des méthodes innovantes en termes de formation ; c'est la simulation notamment qui, à l'international, prend une place importante. Simulation pas seulement sur mannequin mais aussi à travers des jeux de rôles etc.

- J'apprends en équipe, je n'apprends pas seul. L'idée est que ce qui apprend beaucoup ce sont toutes les démarches interprofessionnelles. C'est-à-dire que si, comme le disait Joël MORET-BAILLY, le Code est organisé en silo, la prise en charge du patient, elle, est pluriprofessionnelle. L'idée est bien de travailler autour du parcours de soins et de la prise en charge pluriprofessionnelle dans le cadre du DPC.

Toujours sur le modèle de l'interprofessionnel, il existe clairement à l'international une littérature qui expose la nécessité de se former et de faire du DPC en interprofessionnel.

Un point extrêmement important : le DPC obligatoire, pour les professions de santé, progresse dans presque tous les pays d'Europe. Il y a eu en 2015 ce qu'on a appelé une étude « *CPD mapping* » qui a été publiée en Europe, 31 pays ont participé à cette enquête, 23 pays ont des systèmes obligatoires dont la France. L'obligation de faire du DPC a été posée pour les professions de santé avec un contrôle de cette obligation.

La France s'y met puisque le ministère de la santé a décidé d'engager le dispositif.

Au-delà du DPC, on a, dans nombre de pays européens et à l'international, des systèmes de recertification dont fait partie le DPC avec l'idée que la recertification c'est aussi une façon potentielle de rejouer l'exercice et l'autorisation d'exercice qui n'est pas définitivement acquise par le diplôme initial. Deux systèmes sont particulièrement regardés en Europe : le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Je vous invite à vous pencher sur ces deux systèmes qui sont à la fois intéressants dans leur mise en place et instructifs sur les écueils de ce type de démarche professionnelle.

Tous les professionnels ont, les accompagnant dans leur parcours de développement professionnel continu, un portfolio électronique dans lequel ils tracent toutes les formations, évaluations des pratiques, suivis ; ils tracent aussi la façon dont ils ont maintenu la compétence.

Le DPC a une dimension obligatoire, mais quelle serait la sanction ? C'est la question que l'on nous pose souvent. Aujourd'hui dans le DPC à la française il n'y a pas de sanction, au sens de : tu n'as pas fait ton DPC, tu perds l'exercice ; en revanche la recertification pourrait amener à une sanction et tous les présidents d'Ordre qui auront à être l'autorité de contrôle de l'obligation de DPC disent bien que, à partir du moment où il y a une posture d'insuffisance professionnelle repérée pour un professionnel, le fait d'avoir ou non rempli son obligation de DPC pourrait jouer à charge et à décharge.

De même, s'il y a une problématique qui engage une responsabilité pénale, le juge pourra saisir le portfolio afin de voir comment le professionnel a maintenu ses compétences tout au long de sa carrière.

Enfin, nous avons une énorme mission qui est **l'évaluation de l'impact**. Aujourd'hui la formation continue en France est évaluée : combien de gens ont-ils suivi une formation ? Sont-ils satisfaits ? Ont-ils appris des choses ? A ce propos, les organismes de formation

continue établissent souvent un questionnaire « pré-post » : que saviez-vous avant, que savez-vous de plus après ?

Mais une fois que vous êtes repartis au travail, on ne sait absolument pas si la formation a changé votre pratique. Aussi l'enjeu est-il d'arriver à voir, au travers de méthodes liées à la pratique, si tout ce dispositif améliore la compétence, change la pratique et la qualité des soins, et si on sent de l'amélioration en termes de santé publique, au sens large, grâce à ces dispositifs.

L'agence du DPC doit mettre en place ce type d'évaluation et ce n'est certainement pas l'enjeu le plus simple que nous ayons à conduire.

A mon sens les ostéopathes pourraient largement s'inspirer de cette démarche pour construire un dispositif concernant leur profession, et c'est sans doute dans cette construction qu'une marche pourrait encore être franchie dans le dialogue avec les pouvoirs publics.

### **Quelle est la mise en œuvre de cette démarche en France depuis la loi de 2016 ?**

Qui porte cette démarche ? C'est l'agence nationale du DPC qui existe depuis 2016 et que je dirige depuis la même année. L'agence nationale du DPC, c'est un Groupement d'Intérêt Public ; les deux membres fondateurs sont l'État et l'Assurance-Maladie (UNCAM). Nous avons deux missions :

- Piloter l'ensemble du dispositif d'un point de vue stratégique et politique pour l'ensemble des professions de santé de la partie IV du Code ;
- Assurer la gestion financière du DPC des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires :
  - Pour les professionnels de santé libéraux conventionnés ;
  - Pour les professionnels de santé salariés des centres de santé conventionnés ;
  - Pour les médecins hospitaliers dont l'OPCA a passé une convention avec l'agence.

Pour toutes les autres professions, tous les autres modes d'exercice, on pilote le dispositif mais on ne finance pas. D'autres financeurs apparaissent d'ailleurs dans le diaporama.

Qu'est-ce qui est demandé en France à l'ensemble des professionnels de santé ?

Il leur est demandé un parcours triennal, c'est à dire qu'ils ont trois ans pour mettre en œuvre :

- De la formation continue ;
- Des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Des démarches de gestion des risques.

Avec un minimum qui est inscrit dans le décret, encore peu ambitieux aujourd'hui, soit deux actions d'un type différent en trois ans : une formation et une démarche de gestion



des risques. Le maximum serait en plus le parcours de bonnes pratiques de DPC en cours de définition par les conseils nationaux professionnels.

Les conseils nationaux professionnels sont les organisations à qui la Loi de Santé a donné une existence légale et qui représentent la profession, notamment au niveau compétence (ils réunissent des sociétés savantes, des syndicats, des universités etc.). Ils doivent définir le parcours idéal de DPC : ce qu'un membre d'une profession ou d'une spécialité doit réaliser en trois ans en termes de DPC, évidemment plus ambitieux que les deux actions et qui représentera plus à ce stade une recommandation.

L'idée est évidemment qu'il y ait un contenu scientifique et pédagogique évalué s'appuyant sur des méthodes et des modalités fixées par la Haute Autorité de Santé et qui permettent l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

À l'agence nationale du DPC, des équipes évaluent les actions déposées. Un certain nombre d'actions déposées par des organismes de formation sont refusées du fait qu'ils n'ont pu faire valider leur substrat scientifique pédagogique et leurs méthodes.

Nous avons ensuite un deuxième niveau d'évaluation avec les commissions scientifiques indépendantes composées de professionnels qui jugent la qualité scientifique et pédagogique de chaque action, avec aujourd'hui un taux de rejet des actions d'à peu près 50 %. La moitié ne passe pas la barre de ce que devrait être une action de formation de bon niveau pour les professionnels. Il y a ici évidemment un enjeu de qualité du système de formation.

**Une démarche individuelle pour chaque professionnel**, personnalisée par profession et spécialité, trois possibilités de parcours au choix. Chacun construit son parcours par briques successives, aidé par le conseil national professionnel de spécialité.

**Le financement** : il faut savoir que l'agence nationale du DPC finance le DPC des systèmes de santé libéraux et des centres de santé conventionnés. Elle donne aussi quelques crédits, via les OPCA<sup>12</sup>, aux médecins hospitaliers.

Pour les autres professions, ce sont les OPCA ou les fonds de formation, le FIF PL<sup>13</sup> ou le FAF PM<sup>14</sup> pour les médecins qui financent aussi l'obligation DPC pour, complémentirement, les libéraux conventionnés et de façon subsidiaire pour les autres professions.

Vous pourriez potentiellement le négocier aussi. Vous le faites déjà, mais vous bénéficieriez ici d'un dispositif très structuré.

---

<sup>12</sup> Organismes Paritaires Collecteurs Agréés

<sup>13</sup> Fonds Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales

<sup>14</sup> Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale

### **Nos chiffres :**

- Le budget de l'agence s'élève à 182 millions d'euros. Les professionnels de santé estiment que c'est très insuffisant mais la loi dit que l'agence « concourt » au financement, non qu'elle finance totalement ; les professionnels participent financièrement ;
- Nous devons piloter près de 2 millions de professionnels de santé (1,7 million) ;
- Organismes habilités : 1 973 ;
- Nombre d'actions de DPC publiées : 12 971. Nous devons effectuer un contrôle qualité sur l'ensemble de ces actions.

### **Et les ostéopathes ?**

Je pense que j'ai déjà donné d'une certaine manière la réponse :

- Vous n'êtes pas une profession de santé au sens du CSP, je crois qu'on vous l'aura suffisamment répété depuis ce matin, ne vous découragez pas ;
- Vous n'êtes pas ciblés par cette obligation, puisque cela concerne toutes les professions de la partie IV du Code ;
- Mais votre profession intervient dans le champ de la santé et je pense que, au-delà du dispositif, les ostéopathes connaissent le même enjeu de maintien de compétence pour la qualité et la sécurité des soins.

Mais plutôt que de demander à rentrer dans l'agence, ce que vous ne sauriez obtenir à l'heure actuelle, peut-être y a-t-il une démarche à réfléchir et à modéliser. Indépendamment de l'obligation de la formation continue, j'insiste sur une nécessité de construire un parcours couplé à ce qui est la formation continue traditionnelle, à la construction d'évaluation pratiques et de gestion des risques, sur la base d'ailleurs de recommandations de bonnes pratiques (vous voyez que nous sommes en train de boucler tout ce dont il a été question depuis le début de la matinée). Et je pense que dans votre chemin de petits pas, et de grands pas dans les dernières années, pour obtenir les briques de ce qu'est une profession de santé, cet élément pourrait constituer une brique complémentaire. Et peut-être vous dirai-je dans quelques années : « Bienvenue à l'agence nationale de DPC ! » parce que vous serez alors parvenus à imposer ce qui pourrait ressembler à une profession de santé.

En tout état de cause nous serons, y compris dans la réflexion que vous pourriez avoir sur la mise en place d'un dispositif de ce type, à votre écoute et dans l'échange, sans venir bien sûr ni en gestion ni en appui, moins encore en financement.

Je vous remercie de votre attention et, s'il y a quelques questions, j'y répondrai. »



## QUESTIONS/REPONSES :

**Adhérente (Roselyne LALAUZE POL) :** « J'invite mes confrères à intégrer les réseaux parce qu'au fur et à mesure qu'on y entre (notamment en ce qui concerne le réseau parisien), des attestations de formation sont délivrés qui sont exactement les mêmes que l'on soit kinésithérapeute, sage-femme, pédiatre ou ostéopathe, et ça vaut le coup d'infiltrer vos régions parce que on a un tronc commun qui peut nous aider. »

**Philippe STERLINGOT :** « Merci pour ce commentaire. Maintenant j'ai le grand plaisir d'accueillir et de vous présenter Marie-Laure MOQUET-ANGER qui fut l'un de mes maîtres, dix ans plus tôt, quand j'ai fait un Master en droit de la santé qui m'a vraiment changé la vie, je dois le dire. D'une part j'y ai pris un immense plaisir, et puis il y a eu un avant et un après dans ma carrière de président, un avant ce Master et un après dans le sens où ce cursus m'a vraiment ouvert l'esprit sur nombre de dispositions et de cultures ; cela s'est révélé très formateur et je vous remercie encore de m'avoir accepté à l'époque parce que je n'avais pas nécessairement un parcours qui facilitait mon introduction dans un Master. La parole est à vous. »



Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

Les difficultés d'intégration de l'ostéopathie  
dans les cadres juridiques habituels :  
responsabilité, indemnisation de l'aléa  
thérapeutique, exercice de la profession en  
maison de santé et à l'hôpital

Marie-Laure MOCQUET-ANGER

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille

## Les difficultés d'intégration de l'ostéopathie dans les cadres juridiques habituels : responsabilité, indemnisation de l'aléa thérapeutique exercice de la profession en maison de santé et à l'hôpital



**Marie-Laure MOQUET-ANGER** est professeur agrégée à la faculté de droit public et de science politique.

Directrice du master 2 droit, santé, éthique, à l'université Rennes 1, elle est l'auteur de nombreux ouvrages notamment « droit hospitalier » (Ed LGDJ Coll. Manuel - 4ème éd. 2016) et articles.

Elle dirige le DIU « Droit des malades et responsabilité médicale ». Membre titulaire de la Commission de conciliation et d'indemnisation de Bretagne et membre du comité d'éthique du CHU de Rennes, elle est aussi présidente de l'Association française de droit de la santé.

## Compte-rendu intégral de l'intervention

« Bonjour à toutes et à tous, merci beaucoup pour cet accueil. Je suis professeure de droit et je pense que des juristes, dont mon cher collègue Joël, étaient présents ce matin mais je n'ai pas pu venir plus tôt puisque j'étais prise à l'école de la santé hier soir. Mais Vous voyez je suis juriste et je suis venue avec mon Code de la santé publique.

On m'a demandé de vous parler des difficultés d'intégration de l'ostéopathie dans les cadres juridiques habituels : responsabilité, indemnisation de l'aléa thérapeutique, exercice de la profession en maison de santé et à l'hôpital.

J'ai bien compris que depuis ce matin on vous avait dit un certain nombre de choses que je vais quand même redire en introduction, je vais rappeler notamment l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 qui a reconnu le titre à la profession d'ostéopathe et à une autre profession également, mais l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 n'a jamais été codifié. Pourtant, depuis 2002, sont parus plusieurs textes relatifs au système de santé, on aurait peut-être pu le codifier mais probablement qu'on n'a pas voulu le faire puisqu'il y a eu la loi H.P.S.T. et plus récemment la loi de modernisation du système de santé. Ce qui fait que l'article 75 est toujours mis de côté (mais pas complètement) dans le Code de la santé publique, il n'est pas dans la partie codifiée, mais il est quand même cité et notamment l'éditeur DALLOZ et les collègues qui commentent le Code ont pris soin de faire figurer l'article 75, ainsi que les décrets que vous avez mentionnés, dans la partie 4 du Code, dans la partie législative, sous les conditions d'exercice de la médecine. Donc on voit bien qu'il existe malgré tout un rattachement.

Mon collègue le professeur Joël MORET-BAILLY, dans une très bonne analyse publiée à la RDSS<sup>15</sup> de mars/avril 2009, a très justement remarqué qu'évidemment les ostéopathes n'étaient pas des professionnels de santé, mais il dit bien que l'ostéopathie est une activité de soin.

On voit bien, autour de l'ostéopathie et des ostéopathes, qu'une analyse tend à rapprocher cette profession des professions de santé.

Depuis la publication de cette analyse, le législateur, comme je l'ai dit tout à l'heure, a eu des opportunités pour faire entrer cette profession (et une autre) dans le Code de la santé publique, et je pense notamment par la loi de territorialisation H.P.S.T. qui a quand même introduit des notions de « premier recours » et de « second recours » pour l'accès aux soins, le parcours de santé, et puis l'ensemble des dispositifs qui favorisent la qualité et la sécurité des prises en charge des patients. Néanmoins la loi omettant ou refusant de faire entrer la profession - dont le titre est quand même protégé - dans le Code de la santé publique, on

---

<sup>15</sup> Revue de Droit Sanitaire et Social



peut dire qu'il en résulte des difficultés autant pour vous, les professionnels, que pour les patients. Pourquoi ? Parce qu'il y a une sorte de dédale ou de forêts dans toutes les dispositions diverses et variées qui ont été adoptées depuis l'article 75 de la loi de 2002, et les patients sont plus ou moins bien informés. Pour certains, l'ostéopathie est une profession, pour d'autres c'est une profession non conventionnelle ; pour les professions de santé académiques, évidemment, ce n'est pas une profession de santé. Alors dans ce dédale de dispositions, je dirais qu'il faut essayer de retrouver quelque chose qui sécurise la profession et qui sécurise également le patient usager du système de santé.

Le patient a des droits, on ne parle pas ici des obligations ; les droits ont été principalement revus par la loi du 4 mars 2002. Des droits nouveaux ont été reconnus depuis en 2005 et renforcés par la loi de 2016, dans lesquels notamment on trouve le droit de faire un recours, en cas de mauvaise prise en charge, et un droit d'indemnisation en cas de préjudice subi du fait de l'activité de l'un des professionnels de santé concernés ou de l'activité des établissements ou services dans lesquels les prestations de santé sont réalisées. Ce qui va me conduire à évoquer d'abord la question du droit des victimes et la question de l'indemnisation. Puis, dans le cadre d'une médecine collective, le travail en équipe dans les maisons de santé, dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux fera l'objet de la deuxième partie.

**Concernant l'indemnisation**, la loi du 4 mars 2002 a d'une part créé un nouveau régime d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, c'est ce qu'on appelle la « responsabilité sans faute » qui est désormais financée par la Solidarité nationale. Elle a aussi créé une procédure assez favorable aux victimes, non contentieuse, qui permet aux victimes de s'adresser à un organisme administratif - qu'on appelle une commission de conciliation et d'indemnisation - qui facilite beaucoup l'indemnisation puisque la victime peut être indemnisée dans un délai d'un an maximum si les conditions sont remplies. Donc la loi a créé deux choses : l'indemnisation en cas d'accident médical non fautif d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale et une procédure qui facilite les droits. C'est de cela que je vais vous parler puisque les deux sont liés.

Tout d'abord la loi : l'article L1142-1 paragraphe 1 du Code de la santé publique rappelle que, et c'est important pour la suite de mon explication, par principe les professionnels de santé ainsi que les établissements de santé et les services où sont réalisés les actes de soins ne peuvent voir leur responsabilité engagée que pour faute. En ce cas, c'est l'assureur de l'établissement ou l'assureur du professionnel de santé qui indemniseront la victime. La même loi a imposé une obligation d'assurance professionnelle non seulement aux établissements de santé (sauf ceux qui peuvent être exceptionnellement autorisés par le ministre de la santé à avoir leur propre régime d'assurance) mais aussi à toutes les professions qui exercent en libéral.

Si le dommage est causé par une faute, c'est l'assureur qui indemnise. Et il est intéressant d'observer que, depuis une loi de février 2014, une obligation d'assurance de responsabilité civile professionnelle a été imposée à votre profession. Le premier paragraphe de l'article premier de la loi est rédigé d'une manière qui rappelle très curieusement l'article L1142 du Code de la santé publique relatif aux professions de santé : *« Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels, les ostéopathes et les chiropraticiens autorisés ici à user du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes accomplis dans le cadre de leur activité professionnelle qu'en cas de faute ».*

Le principe est donc exactement le même, votre responsabilité ne peut être engagée qu'en cas de faute, et un décret d'application de la loi paru le 10 novembre 2014 a fixé les seuils minimums de plafond de garantie pour vos compagnies d'assurances. C'est presque mot pour mot la même chose que pour les professions de santé, et c'est ce qui donne du corps à l'interrogation que l'on peut avoir sur l'applicabilité à la fois du dispositif d'indemnisation non fautive et de l'accès à une procédure administrative non contentieuse.

La loi du 4 mars 2002 a fixé un certain nombre de conditions pour que les victimes puissent avoir accès à la procédure et à la Solidarité nationale, c'est-à-dire à ONIAM<sup>16</sup> lorsque aucune faute n'est imputable au professionnel.

Je ne vais pas vous rappeler toutes les conditions, certaines sont très objectives :

- La date du fait générateur du préjudice ;
- Le lieu du fait générateur du préjudice ;
- L'accident doit avoir été réalisé sur le territoire de la République française ;
- Les conditions des seuils de gravité à atteindre par la victime pour pouvoir être indemnisée.

On a quatre critères qui sont évidemment parfois sujets à interprétation de la part des commissions et qui font l'objet aussi de jurisprudence, mais ce qui nous intéresse ici ce sont les actes concernés et les professionnels concernés. Je suis membre titulaire de la commission d'indemnisation de Bretagne depuis sa création et je peux vous dire que l'on discute beaucoup en commission d'indemnisation puisque la loi impose que l'accident médical ait été causé par un acte de prévention, de diagnostic ou de soin. Et régulièrement on s'interroge sur la question de savoir ce qu'est un acte de soin.

Un acte de soin n'est pas du tout synonyme d'un acte médical. Il n'y a pas de définition en bonne et due forme des actes de soin, mais la tendance, et c'est la raison de mon intervention, est de considérer qu'il n'y a d'acte de soin que dans la mesure où l'acte émane d'un professionnel de santé qui émarge dans la quatrième partie du Code de la

---

<sup>16</sup> Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

santé publique. Pour autant l'ostéopathie - et j'ai rappelé ici les travaux de mon collègue le professeur MORET-BAILLY - relève bien d'une activité de soin. Alors on peut essayer de trouver des moyens de faire admettre - je ne sais si ce sera par l'ONIAM ou par le législateur - qu'on est bien dans une activité de soin.

Pour cela je voudrais mentionner un arrêt de la cour de justice de l'Union européenne de 2013. Cet arrêt n'a rien à voir avec la responsabilité médicale mais porte sur la question de l'affiliation à la T.V.A. et éventuellement de l'exclusion d'obligation de T.V.A. La cour de justice a été amenée à se prononcer sur ce qu'il fallait entendre par « prestation de nature médicale » qui pourrait être exonérée de l'obligation de T.V.A. Elle considère ici que les prestations de nature médicale sont celles effectuées dans un but de protéger, de maintenir ou de rétablir la santé des personnes. Je pense que la profession que vous exercez correspond en large partie à cette activité. On pourrait parfaitement s'inspirer de ce que dit la cour de justice de l'Union européenne pour considérer qu'on est dans une prestation de soin et que cette prestation de soin peut être entendue pour permettre aux victimes de ces prestations d'être indemnisées par la Solidarité nationale dans l'hypothèse où, pour reprendre la loi du 14 février 2014, l'ostéopathe n'aurait pas commis une faute à l'origine du préjudice subi par la victime. C'est un premier argument.

Il me semble qu'il y a un deuxième argument, qui est un argument juridique d'abord franco-français mais que l'on retrouve aussi dans le droit non national, c'est le principe d'égalité.

Pourquoi ? Parce qu'on peut parfaitement concevoir que deux frères jumeaux soient pris en charge pour le même problème de santé, l'un par un ostéopathe-kinésithérapeute et l'autre par un ostéopathe exclusif. Ils sont tellement jumeaux qu'ils subissent le même préjudice, je vais encore plus loin dans la gémellité, dans les deux cas de figure aucune faute n'est imputable aux professionnels de santé.

Pour le premier, s'il remplit les seuils des conditions de gravité et le reste, il sera tout à fait éligible au système d'indemnisation fondé sur la Solidarité nationale. Et l'ONIAM l'indemniserà à hauteur de son préjudice.

Pour le second, dès lors que l'ostéopathe exerce à titre exclusif, il ne pourra pas prétendre, au regard de la manière dont la loi est rédigée article L1142 paragraphes 1 et 2, à être indemnisé par la Solidarité nationale. Mais la faute du professionnel de santé n'étant pas en cause, il ne sera pas non plus indemnisé par l'assurance de celui-ci (ou alors les assureurs ont beaucoup changé !).

C'est ce qu'on appelle clairement une inégalité. Et cette inégalité devant un droit, qui est le droit à indemnisation de la victime, que la personne soit un malade ou seulement un patient, c'est donc une inégalité dans l'accès à cette indemnisation au droit de la victime.

Et si l'on va plus loin, on peut aller jusqu'à dire que c'est une inégalité dans le droit au recours, voire même dans le droit à la justice, puisque si l'ONIAM refuse d'indemniser en

vertu de la lecture académique, voire littérale, de la loi, je ne vois pas non plus comment un juge judiciaire ou administratif en arriverait à obliger l'ONIAM à indemniser la victime. Sauf, peut-être, à interpréter les textes d'une autre façon, à faire une application de l'arrêt de la cour de justice de l'Union européenne ou encore à ce qu'un rapporteur public au conseil d'État, je vais vous donner un exemple, ne vienne à dire explicitement : c'est un problème d'inégalité devant la justice qu'il faut régler.

Pour cela je vais vous renvoyer à une affaire, je crois que tu l'as citée, Joël, dans tes travaux, c'est l'arrêt hôpital Joseph IMBERT d'Arles, arrêt du conseil d'État de 1997 où il s'agissait d'une indemnisation.

À l'époque ce n'était pas sur le fondement de la loi mais c'était la jurisprudence du conseil d'État qui a été beaucoup reprise par le législateur. Il a été décidé d'indemniser la maman d'un petit garçon qui était décédé au cours d'une intervention chirurgicale, une circoncision pour motif rituel. Il n'y avait aucune faute imputable au médecin. Le rapporteur public, commissaire du gouvernement à l'époque, était Madame PECRESSE et, dans ses conclusions, celle-ci a plaidé en faveur de l'indemnisation de la maman alors que le conseil d'État avait posé, avant cet arrêt, l'obligation d'un acte nécessaire au traitement diagnostique du patient pour que l'indemnisation sans faute puisse être accordée par le juge administratif. Par ailleurs il avait été relevé que la circoncision pour motif religieux n'est pas un acte nécessaire sur le plan thérapeutique. Mais Madame PECRESSE a plaidé en faveur sur le fait que ce petit garçon n'était certainement pas malade, au moment où il avait été opéré, mais qu'il était quand même un patient et un usager de l'hôpital. On ne pouvait donc pas traiter de façon différente les usagers d'un hôpital.

Par transposition, elle avait même donné l'exemple de la femme enceinte qui vient accoucher à l'hôpital, et elle disait que c'était un usager de l'établissement et qu'à ce titre elle devait être traitée de la même manière même si elle n'était pas malade. Alors je dirais, en reprenant le raisonnement de Madame PECRESSE, en transposant au niveau du système de santé - on revient à l'exemple de nos frères jumeaux - ils sont l'un et l'autre usagers du système de santé. Et je dirais d'autant plus qu'il y a quand même une responsabilité des autorités publiques, une responsabilité tout autant du législateur que du gouvernement ; depuis 2002 et l'article 75, un certain nombre de mesures ont quand même été adoptées. Outre la loi 2014 et le décret que je mentionnais, vous avez eu les décrets sur les actes mais vous avez également dans l'article 75 la possibilité d'avoir des recommandations de bonnes pratiques de la H.A.S.<sup>17</sup>, vous avez les agréments des établissements, les agréments des écoles. Donc le législateur et le pouvoir réglementaire sont quand même intervenus pour que les patients que vous prenez en charge puissent être admis, me semble-t-il, au bénéfice des usagers du système de santé et donc être traités en termes de droit

---

<sup>17</sup> Haute Autorité de Santé

d'indemnisation et de droit en recours devant le juge de la même manière que l'utilisateur qui lui a accès à une « pratique conventionnelle ».

Je ne suis pas au conseil d'administration de l'ONIAM, je ne suis que membre d'une CCI, et nous n'avons jamais eu en Bretagne de demandes d'indemnisation pour un malade qui se serait plaint d'un ostéopathe exclusif. Mais nous avons eu des demandes d'indemnisation pour des actes infirmiers, pour des actes de kinésithérapeutes, ce n'est pas les plus fréquents mais cela arrive.

Au conseil d'administration de l'ONIAM, ils ont eu à se prononcer il y a quelques années sur la question de la chirurgie esthétique. Et ils ont été favorables à l'indemnisation au titre de la Solidarité nationale des victimes d'accidents médicaux non fautifs à l'occasion d'un acte de pure chirurgie esthétique.

La cour de cassation, dans un arrêt de 2014, l'a également admis. Mais c'est le législateur, à l'occasion du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale, qui a interdit cette indemnisation.

Donc on voit bien que deux tendances qui se dessinent, une tendance qui est plutôt en faveur d'un élargissement de la Solidarité nationale des administrateurs de l'ONIAM et la tendance du législateur et, derrière le législateur, de l'assurance-maladie à l'occasion du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale.

Peut-être que la voie, c'est une piste à laquelle j'ai pensé, pourrait être de plaider un jour devant une juridiction nationale, la Cour européenne des Droits de l'Homme sur le droit à un procès juste et équitable sur cette stipulation de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Mais il faut préalablement un arrêt de la cour de cassation ou un arrêt du conseil d'État qui refuserait une indemnisation, parce que, de mon point de vue, ce peut être plaidé comme une absence du droit au recours, du droit à la justice, du droit à un procès juste et équitable. C'est une idée.

Je vais maintenant aborder la deuxième question qui est celle des **activités des ostéopathes en groupe, soit en maison de santé soit en hôpital public.**

Depuis 2002, la question du recours à des ostéopathes et autres professions de santé non admises dans le C.S.P.<sup>18</sup>, évolue dans la pratique et les patients eux-mêmes s'adressent à vous (et je pense que les chiffres annoncés ce matin à ce sujet plaident en votre faveur). Il se pose dès lors la question de savoir s'ils peuvent ou non travailler dans les maisons de santé et si, dans les hôpitaux publics, il serait possible soit de leur trouver un statut, soit de les recruter par voie de contrat ou par voie de vacation afin de « profiter » de leurs compétences.

---

<sup>18</sup> Code de la Santé Publique

S'agissant de la question des maisons de santé, le législateur a créé la qualification de « maison santé » à l'occasion d'une loi de financement de la Sécurité sociale en 2007 pour 2008. À la création en 2007, les maisons de santé pouvaient être constituées entre des professionnels de santé, ce qui a priori exclut ceux qui ne sont pas dans le C.S.P., mais avec la possibilité d'associer des personnels médico-sociaux. En 2009, la loi H.P.S.T. est revenue sur cette conception, a restreint cette possibilité en visant plus précisément cette fois-ci les professionnels médicaux et les auxiliaires médicaux. Je pense que vous connaissez l'interprétation qui a été faite par le Conseil national de l'Ordre des Médecins de la loi de 2007, connue sous le nom du Rapport Simon et qui a donné lieu à la saisine du conseil d'État par votre syndicat. Le conseil d'État, dans son arrêt de novembre 2010, a donné l'interprétation que l'on pouvait attendre, c'est-à-dire très littéral de la loi en considérant que les ostéopathes n'étant pas des professions de santé, ils ne pouvaient pas participer à la maison de santé.

Ce contentieux a quand même conduit, après la loi 2009, à une nouvelle réécriture du texte puisque c'est une loi du 10 août 2011 qui a réécrit l'article L6323-3 du Code de la santé publique. L'article dispose qu'effectivement les maisons de santé ne peuvent être constituées que par des professionnels de santé, c'est-à-dire des médecins, des pharmaciens et des auxiliaires médicaux, mais il est possible de faire signer le projet de la maison de santé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. Cette disposition de 2011 est toujours interprétée de la même manière par le Conseil national de l'Ordre des Médecins, donc de façon très restrictive. Mais cette disposition n'a jamais été modifiée et en particulier elle est restée dans le Code de la santé publique au lendemain de la loi de modernisation de notre système de santé.

Il me semble qu'on peut en tirer des conséquences, en revenant bien évidemment sur le texte :

Premièrement, le projet de santé est adopté et signé par les professionnels de santé membres de la maison de santé. Donc ce point relève de leur liberté, et cette liberté comprend aussi la liberté d'associer d'autres professions. C'est une liberté de choix. La loi ne contraint pas cette liberté.

D'autre part, le texte dispose que le projet doit être compatible avec les schémas régionaux ; à l'époque de l'article 4434-2, il doit être transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé. Il me semble qu'on peut donc admettre que, pour assurer des objectifs figurant dans les schémas régionaux, une Agence Régionale de Santé ne trouverait rien à redire à ce que des professionnels dont le titre est protégé par la loi et qui ont fait l'objet d'un début de réglementation par les pouvoirs publics comme les ostéopathes exclusifs puissent participer aux actions visées par les textes, parce que ces actions sont des actions de santé publique, des actions de prévention et des actions d'éducation pour la santé. Ce



qui revient à dire qu'un ostéopathe exclusif, comme un chiropraticien ou un psychologue, peut participer au projet, je dis bien au projet, d'une maison de santé mais sans en être membre. Il doit donc demeurer tout à fait étranger au projet immobilier. J'ajouterai qu'il s'agit d'une configuration assez classique en matière de coopération. On retrouve cela notamment pour les coopérations d'établissement de santé avec la loi d'organisation du système de santé qui a créé le G.H.T.<sup>19</sup> Le G.H.T. doit obligatoirement être créé par des établissements publics mais peuvent y être associés des établissements privés. On voit bien qu'on est dans une logique où l'on distingue participation et association.

J'ajouterai qu'il me semble assez intéressant d'associer les ostéopathes dans ces maisons de santé pour différentes raisons :

D'abord il me semble que cela participe à l'amélioration du parcours de santé des patients. Et l'on retombe ici - si j'ose dire - sur un autre droit du patient : le droit d'accès au système de santé. Mais cela favoriserait aussi, je parle sous votre contrôle, une forme de lutte contre des risques d'insécurité, voire de dérives, en permettant une coordination des prises en charge, la discussion de cas et le recours à la prescription médicale si besoin, permettant donc une forme de contrôle collectif des membres de la maison de santé sur l'ensemble des professionnels. Cela permettrait peut-être aussi d'éviter des examens inutiles.

Faut-il aller au-delà de cette interprétation quelque peu optimiste de ma part pour les maisons de santé ? Je pense que le seul moyen d'aller au-delà serait de réécrire l'article L6323-3, soit en reconnaissant votre profession comme une profession de santé - mais nous avons bien compris que ce point n'était pas tout à fait à l'ordre du jour - soit en élargissant définitivement les maisons de santé à ce qui pourrait être des professions réglementées du soin (je choisis mes mots) sans être une maison de santé.

Personnellement je ne suis pas sûre, au fond, que ce soit opportun, parce que cela pourrait éventuellement rouvrir la controverse avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Peut-être faut-il laisser le champ aux Agences Régionales de Santé qui sont amenées dans la pratique à s'adapter à l'offre de soin, à faire en sorte que les patients puissent accéder au système de santé ? Peut-être faut-il laisser les choses suivre leur cours dans la pratique et attendre les années nécessaires pour que votre profession devienne véritablement une profession de santé ?

Il en va autrement pour le deuxième point, qui concerne le recrutement à l'hôpital. En effet, ce n'est pas tout à fait la même chose parce qu'ici des établissements publics de santé reconnaissent officiellement qu'ils font appel à des professions non conventionnelles. Dans ces professions non conventionnelles, on compte la vôtre, soit une profession réglementée dont le titre est protégé (comme pour les psychologues et les chiropraticiens). Mais on sait aussi qu'ils font appel à d'autres « professionnels » (je ne sais s'il convient de parler de

---

<sup>19</sup> *Groupements Hospitaliers de Territoire*

professionnels), les hôpitaux le disent expressément. Un rapport a été établi sur les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris en 2012, et ce ne sont pas les seuls établissements.

Une question se pose ici : que dit le droit ? Que permet-il ? Est-ce que le Code de la santé publique et le droit de la fonction publique - les hôpitaux étant des établissements publics - permettent d'une façon ou d'une autre de recruter des ostéopathes exclusifs ? A priori, non. A priori le droit ne le permet pas, sauf à considérer que les ostéopathes seraient sollicités par des directeurs d'établissements dans le cadre d'une collaboration bénévole au service public (je vous vois tiquer !?), ils auraient alors le statut de collaborateurs bénévoles du service public ; je suppose que ce n'est pas la voie que vous souhaitez, donc, a priori le droit ne le permet pas. Pourtant, en creusant un petit peu, on peut envisager, à travers les textes, deux possibilités :

La première c'est celle, non pas de collaborateurs bénévoles, mais de **collaborateurs occasionnels du service public** (il existe d'autres services publics qui font appel à des collaborateurs occasionnels rémunérés par voie de vacations, ce sont notamment les experts auprès de la justice et surtout les interprètes dans un certain nombre d'administrations de l'État). Alors peut-être pourrions-nous envisager que les ostéopathes puissent être recrutés par cette voie de collaborateurs occasionnels rémunérés et puissent être affiliés au régime de la Sécurité sociale. Mais pour cela il faudrait que les textes soient réécrits puisque les ostéopathes ne figurent pas dans la liste limitative des professions qui ont été autorisées à être affiliées par leur employeur à titre de collaboration occasionnelle au service public à la Sécurité sociale, alors que nous avons évidemment un certain nombre de médecins, experts et autres qui figurent sur cette liste. Cela reste toutefois une piste que l'on pourrait creuser.

La deuxième est peut-être la plus sûre, mais elle n'est toujours pas à l'ordre du jour, c'est **d'appliquer le régime que l'on a mis en place en 1991 pour les psychologues**. Les psychologues ne sont pas des professionnels de santé, en revanche, la différence par rapport à votre formation, c'est que le diplôme de psychologue est délivré depuis de très nombreuses années dans les universités, donc il y a là une officialisation du diplôme. Les psychologues ne sont donc pas des professions de santé, ne figurent pas dans le Code de la santé publique, à la quatrième partie, pourtant, à la suite de la reconnaissance du titre, donc de la protection du titre de psychologue, un décret a été adopté en 1991 par le ministère de la santé afin de donner un statut aux psychologues hospitaliers. Aussi les hôpitaux publics peuvent-ils aujourd'hui recruter des psychologues sous le statut de fonctionnaires ayant donc des droits et des obligations sur la base du décret de 1991.

Le texte n'est pas encore tout à fait complet puisque l'on connaît encore quelques difficultés avec les psychologues hospitaliers dont on ne sait pas à quelle autorité

fonctionnelle ils doivent être rattachés. En effet, ils ne sont pas des auxiliaires médicaux et, dans la hiérarchie des professions de santé qui exercent à l'hôpital, on ne sait où ils se situent. Mais ils peuvent néanmoins être recrutés. Il me semble que c'est peut-être un statut qui pourrait être envisagé pour la profession d'ostéopathe dans les hôpitaux publics. On pourrait peut-être aussi envisager de réécrire le texte du Code de la santé publique relatif à la possibilité pour les hôpitaux de recruter, par voie de contrat, des professionnels de santé exerçant à titre libéral qui vont venir en appui des professionnels de l'hôpital pour exécuter des missions de service public, c'est ce qu'on appelait autrefois le régime de la clinique ouverte.

Le problème là encore, c'est que l'article L6146 du Code de la santé publique ne s'applique pour l'heure qu'aux médecins, sages-femmes et, depuis la loi de modernisation du système de santé, aux auxiliaires médicaux. Mais on a quand même évolué. Le système a été créé en 1943, il ne concernait alors que les médecins, il a ensuite été élargi aux sages-femmes puis, récemment, aux auxiliaires médicaux. Mais ce ne sont que des professions de santé. On peut toutefois envisager que, pour assurer l'égal accès au soin pour tous, pour assurer la permanence des soins qui sont des obligations légales imposées aux ARS comme aux établissements de santé, par petites touches, par pierres ou briques successives, on en arrive peut-être à ouvrir cette fois-ci grandement la porte de la quatrième partie du Code de la santé publique.

La personne qui m'a précédée a bien dit que c'était sans doute par l'ajout de briques successives que l'on pourrait édifier un statut qui permettrait d'entrer dans la quatrième partie du Code de la santé publique. Donc, vous le voyez, le droit n'offre rien de sûr, mais je crois néanmoins que le droit peut être entendu de façon plus optimiste qu'il y a quinze ans. Je vous remercie. »

## QUESTIONS/REponses :

**Philippe STERLINGOT** : « Merci infiniment, c'était passionnant. On a déjà répondu à nombre de questions, mais je ne doute pas qu'il y en ait d'autres encore. »

**Adhérente (Roselyne LALAUZE POL)** : « J'ai d'abord été bénévole (pendant 10 ans) puis attachée sur deux services. On m'a alors demandé de réfléchir à la mise en place dans un gros CHU pédiatrique parisien. Je viens de quitter mon poste d'attachée au mois de mars, trois de mes consœurs ont été embauchées sous contrat pour me remplacer. Je dois ajouter qu'il existe des services où des ostéopathes sont appelés, qui sont rémunérés d'une manière tout à fait différente, et dont l'embauche n'est pas sécurisée. Lorsque je suis effectivement entrée, j'ai passé une visite médicale comme tout professionnel de santé,

une des conditions était d'être à jour de ses vaccins. De même, lorsqu'on prend des stagiaires, on leur demande d'être à jour de leurs vaccins. A l'opposé, quelqu'un qui vient sur vacation, qui envoie sa facture à l'hôpital, n'est pas soumis à visite médicale alors qu'il s'occupe d'un patient dans l'hôpital. On est dans un très grand flou... Je reviens aux vaccins et à la visite médicale : s'il y avait le moindre souci, les conséquences seraient énormes au niveau du droit. »

**Marie-Laure MOQUET-ANGER :** « Les stagiaires qui peuvent exercer des activités auprès des malades doivent être vaccinés. Cela a même été reconnu par le conseil d'État, pas pour les ostéopathes mais pour d'autres types de stagiaires. Je crois me souvenir qu'il y a un arrêt du Conseil d'État pour la profession de diététicienne, donc a fortiori. »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « Je pense qu'il faut vraiment sur cette question de l'hôpital simplifier au maximum les choses. Quand j'étais à la DGOS, j'étais interrogée systématiquement sur ce point et notamment par ceux qui ne voulaient pas que les ostéopathes entrent à l'hôpital. Certains trouvaient scandaleux qu'il y ait des ostéopathes à l'hôpital. La réponse du ministère est systématiquement la même. Il n'y a effectivement pas de statut fonction publique hospitalière pour les ostéopathes, et alors ? Il y a aujourd'hui 250 000 contractuels à l'hôpital, et un certain nombre d'ostéopathes deviennent contractuels à l'hôpital, en CDD la plupart du temps, et exercent comme contractuels. Et à chaque fois que j'ai été interrogée, puisque j'étais systématiquement interrogée du fait que ma sous-direction s'occupait de la question, je disais qu'il y avait d'autres non professionnels de santé qui exerçaient à l'hôpital, il y a notamment dans les services de pédopsychiatrie des psychanalystes, des psychothérapeutes etc. qui travaillent et qui sont dans l'organigramme, le contrat le permet déjà. Je crois qu'il faut éviter les fausses questions.

Par rapport aux stagiaires : Oui, tout stagiaire qui rentre dans un hôpital doit être vacciné. Mais ce n'est pas un salarié ; il ne passe pas la médecine du travail de l'hôpital, il n'est pas vacciné par l'hôpital, il doit simplement prouver au service formation qu'il est vacciné et que ses vaccins sont à jour.

S'ils sont stagiaires ils ne peuvent pas être attachés, ce n'est pas possible, le statut n'existe pas dans les textes. »

**Adhérent (Nicolas BRICOT) :** « Etant dans un établissement de formation, je vous interpelle pour un petit problème que l'on rencontre à l'heure actuelle : il existe une pénurie de vaccins, seuls les professionnels de santé ont accès à ces vaccins. La question est de savoir si un étudiant en ostéopathie peut avoir accès à ces vaccinations réservées aux professionnels de santé. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « Quels seraient les vaccins réservés aux professionnels de santé ? Ce que l'on demande à l'hôpital c'est d'avoir les vaccins obligatoires à jour. L'hépatite n'est pas réservée aux professionnels de santé et il n'y a pas une pénurie du vaccin contre l'hépatite, ou alors c'est quelque chose qui m'aurait totalement échappé. »

**Adhérent (Nicolas BRICOT)** : « C'est ce que nous annoncent les pharmaciens, il n'y a plus de possibilités sur Marseille de se procurer des vaccins. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « Nombre de personnes non professionnelles de santé sont vaccinées contre l'hépatite B. il n'y a pas d'accès réservé aux professionnels de santé. Là aussi il faut faire cesser un certain nombre de fantasmes et de rumeurs et se dire qu'au fond aujourd'hui les choses peuvent être gérées assez simplement sur cette question. »

**Marie-Laure MOQUET-ANGER** : « En revanche, cela peut poser des problèmes de responsabilité. Si vous êtes recruté comme ostéopathe exclusif, que vous réalisez des actes qui relèvent de votre décret de compétence et qu'un patient hospitalisé dans l'établissement qui vous a recruté subit un préjudice, de deux choses l'une : ou il y a faute, ou il n'y a pas faute. S'il y a faute, ce sera la responsabilité de l'hôpital et l'assureur de l'hôpital s'en saisira. Mais si en revanche l'assureur déclare qu'il n'y a pas de faute, comment allez-vous indemniser la victime ? Et l'on retrouve la question que j'évoquais tout à l'heure : la Solidarité nationale. Parce que j'entends bien qu'il y a des contrats dans les hôpitaux, c'est la liberté contractuelle, ce sont des contrats administratifs. Mais ce sont des contrats administratifs qui ne reposent pas sur des dispositions du Code de la santé publique mais sur la liberté de l'établissement. Donc le jour où il y a un problème de responsabilité à l'égard de la victime, je pense que l'assureur de l'hôpital dira à l'établissement : est-ce que vous avez recruté dans des conditions régulières le professionnel ? Le professionnel n'étant pas un professionnel de santé, il faudra revoir la police d'assurance de l'établissement de santé et, s'il n'y a pas de faute, la balle sera dans le camp de l'ONIAM. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « C'est là où on a une vraie inégalité. »

**Béatrice COURGEON** : « Je suis Docteur en droit, et je travaille avec des professionnels de santé depuis très longtemps. Tout ce que vous dites est très juste, mais je m'interroge : est-ce que le sujet mérite qu'on y dépense autant d'énergie ? J'ai moi-même été pendant dix ans membre de la commission d'indemnisation des accidents médicaux de Bourgogne, pendant trois ans en Languedoc-Roussillon, et la probabilité que l'on ait à saisir l'ONIAM sur un accident d'ostéopathie me paraît infime. Je n'en ai jamais vu pour ma part. »

**Joël MORET-BAILLY** : « C'est arrivé une fois en Rhône-Alpes en 2007 et l'ONIAM a refusé l'indemnisation. »

**Béatrice COURGEON** : « Il faut rappeler aussi, parce qu'on est passé très rapidement sur ce point, qu'il ne faut pas croire que l'ONIAM intervient pour indemniser tous les accidents médicaux sans faute, on a des critères qui sont extrêmement restrictifs. Il faut au minimum, en dehors des autres cas, 24 % de taux d'A.I.P.P.<sup>20</sup>. J'aurais plutôt tendance à considérer qu'il

faut essayer de calmer le jeu, l'idée n'est pas de vous faire peur. Est-ce que c'est un combat qui mérite qu'on y dépense autant d'énergie ? »

**Philippe STERLINGOT** : « Juste un commentaire à ce sujet, comme le rappelait Joël nous avons quand même le cas d'un patient qui s'est retrouvé en état végétatif après une manipulation en ostéopathie et pour laquelle l'expert a conclu qu'il n'y avait pas eu de faute. Les ayants droit du patient se sont retournés vers l'ONIAM, la C.F.C.I.<sup>21</sup> Rhône Alpes a conclu qu'il fallait l'indemniser. Bien évidemment l'ONIAM a rejeté cette demande et ce patient n'a jamais été indemnisé parce que l'assurance de fait ne l'a pas pris en charge alors que cette personne aujourd'hui reste avec un besoin financier considérable. Mais nous avons quand même été condamnés, nous, ostéopathes, et notamment par un arrêt de cour d'appel de Paris à indemniser, alors que manifestement nous ne sommes pas en présence d'une faute imputable au professionnel ; la relation de cause à effet, entre le geste et le préjudice, était complètement éthérée. Il n'empêche que le juge, dans sa volonté de permettre l'indemnisation de ce patient, a trouvé un responsable qui était l'ostéopathe. Et cela renvoie à une histoire jurisprudentielle bien connue dans le monde de la médecine qui fait qu'à un moment, s'il n'existe pas de dispositif pour indemniser le patient en cas de préjudice sans faute, le juge va chercher et trouver une solution. Et je le comprends, humainement on comprend qu'un juge cherche une solution pour un patient. Mais on est aussi soumis à cela. Aujourd'hui, on ne compte pas infiniment de cas mais on en dénombre quand même deux, dans un cas il n'a pas été indemnisé, dans l'autre il l'a été parce que le juge a trouvé une solution. Mais pour nous cela reste, malgré tout, une préoccupation. »

---

<sup>20</sup> Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique

<sup>21</sup> Compagnie Française de Conseil et d'Investissement



**Béatrice COURGEON** : « C'est vrai qu'on s'était imaginé que la création de l'ONIAM et des CCI<sup>22</sup> allait mettre un terme aux dérives jurisprudentielles qu'on pouvait constater dans les contentieux médicaux. Effectivement on avait tendance, quand il n'y avait pas de faute technique, à trouver, via le défaut d'information sur les risques, des moyens d'indemniser. Mais nous avons nourri énormément d'espoir sur la création des commissions, espérant qu'elles mettraient un terme à toutes les dérives jurisprudentielles. Or, force est de constater aujourd'hui que l'on connaît toujours des jurisprudences « aberrantes » qui sont uniquement déterminées par la volonté indemnitaire.

Est-ce que l'accès de l'ostéopathie à l'ONIAM mettra un terme à ce qu'on pense être ses dérives ? Je n'en suis vraiment pas certaine. »

**Adhérent** : « Pour aller dans le même sens, un expert judiciaire nommé à la cour d'appel de Paris qui arrive en fin de mandat, il a 70 ans, donc non reconduit, a été contacté par l'ONIAM pour être expert sur certains dossiers. Je ne sais pas quels sont les dossiers, mais je sais qu'on le lui a demandé et qu'il a accepté. Donc a priori il doit quand même y avoir des demandes. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « Je pense qu'il n'y a plus d'enjeu aujourd'hui. On exerce, les pouvoirs publics ferment les yeux... En revanche, vous avez prononcé un mot important : « pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique ». L'ostéopathie, comme la chiropractie, même réglementée par tous les textes que l'on a rappelés, reste dans le périmètre des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, et quand vous allez sur le site du ministère de la santé, un onglet renvoie aux pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, l'ostéopathie est dedans. Or, l'engouement que connaît l'ostéopathie s'étend comme une traînée de poudre. Je n'arrête pas d'avoir des demandes des professionnels de santé : acupuncture, méditation, manupuncture coréenne, hypnose etc. et à un moment il va falloir, de façon très claire, que la profession construite en dehors du cadre juridique (qui a déjà été construit) des modes de différenciation : Serge BLISKO qui est le président de la Miviludes<sup>23</sup> avec laquelle j'ai signé une convention dit qu'il se crée actuellement un système de santé bis en France et il va falloir à un moment que de façon très claire et explicite l'ostéopathie s'en dégage, y compris dans ses modèles conceptuels thérapeutiques et dans ses fondements ; le principal danger pour la profession aujourd'hui me semble là. »

---

<sup>22</sup> *Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales*

<sup>23</sup> *Mission Interministérielle de Vigilance et le Lutte contre les Dérives Sectaires*



Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

Les difficultés d'intégration de l'ostéopathie  
dans les cadres juridiques habituels :  
responsabilité, indemnisation de l'aléa  
thérapeutique exercice de la profession en  
maison de santé et à l'hôpital

Joël MORET-BAILLY

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille

---

Le Syndicat Français Des Ostéopathes Exclusifs

---

## Les difficultés d'intégration de l'ostéopathie dans les cadres juridiques habituels : responsabilité, indemnisation de l'aléa thérapeutique exercice de la profession en maison de santé et à l'hôpital



**Joël MORET-BAILLY**, Professeur de droit à l'Université de Lyon ; Avocat au barreau de Paris. Spécialisé dans les questions de droit des professions, déontologie, éthique, conflits d'intérêts, secret professionnel, organisation des professions, responsabilité, notamment des professions de santé, mais également des professions du droit, du cadre de vie, etc., il accompagne le SFDO dans ses questionnements relatifs au droit des professions depuis une dizaine d'années. Il a notamment animé le groupe de travail ayant rédigé le Code de déontologie de l'ostéopathie du SFDO.

Il a été membre des comités d'éthique de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale pour le développement professionnel continu. Il a été nommé Préfigurateur de la fonction de référent déontologue du CNRS au 1er septembre 2017. Il est l'auteur d'environ 80 publications dont 8 ouvrages sur les questions de déontologie, conflits d'intérêts, discipline et organisation des professions, dont (avec D. Truchet), *Droit des déontologies*, PUF, coll. Thémis, 2016, 466 pages ; *Les conflits d'intérêts*, LGDJ, coll. Forum, janvier 2014, Ouvrage nominé pour le Prix du Cercle Montesquieu 2015, 228 pages.

### Résumé de l'intervention

Le Code de déontologie du SFDO est une norme qui n'est pas intégrée au droit de l'État mais qui constitue « seulement » une production syndicale. Le Code n'est cependant pas dénué de portée, du fait d'un certain nombre de mécanismes juridiques, droit disciplinaire, responsabilité civile contractuelle, voire pénale, intégration dans des documents contractuels professionnels, prise en compte dans le cadre de contentieux de concurrence déloyale dans le cadre de la responsabilité délictuelle. D'autres possibilités d'augmentation de la « portée normative » existent. Il s'agira, dans cette intervention, d'explorer l'ensemble de ces questions.

## Compte-rendu intégral de l'intervention

« Le SFDO me fait ce magnifique cadeau qui est d'intervenir pendant le relâchement postprandial, merci beaucoup, mais sur un sujet sur lequel un certain nombre de personnes dans cette salle m'ont déjà entendu intervenir, à savoir la question de la déontologie. Plus précisément, aujourd'hui, la question de la mise en œuvre d'un code de déontologie. Le mot qui me paraît important dans le titre c'est « opposable » même si c'est un mot que je n'aime pas beaucoup, car ce mot a un ou des sens juridique(s) précis et on ne sait pas trop, ici, ce qu'il veut dire.

Ce que j'ai cru en comprendre, c'est comment faire en sorte que la déontologie ait une efficacité ; ce qui signifie à mon sens : comment faire pour qu'elle ait une efficacité entre professionnels, et comment faire pour qu'elle ait une efficacité au-delà même de la profession, ce qui est une question récurrente.

Quelques éléments à titre préliminaire avant de vous donner un certain nombre d'instruments juridiques qui permettent l'efficacité d'une norme déontologique. Je vais commencer par une définition de la déontologie, définition qui sera plutôt d'ordre fonctionnelle.

Si l'on veut comprendre ce qu'est une déontologie, il me semble pertinent de dire qu'il s'agit d'un code d'exercice professionnel. Traditionnellement les règles déontologiques sont des règles relatives à l'exercice professionnel et comme le droit, très souvent, s'occupe des relations entre les acteurs sociaux, on trouve dans les codes de déontologie, au-delà même de l'ostéopathie, des règles qui ont trait aux relations entre les professionnels et leurs interlocuteurs.

Deux éléments me paraissent importants sur la dynamique actuelle des déontologies :

Premièrement, les déontologies reconnues dans le droit de l'État sont des codes de déontologie qui deviennent, sur un certain nombre de questions, de plus en plus des normes d'application de lois.

En effet, pendant très longtemps vous aviez le domaine de la loi et le domaine de la déontologie. Par exemple jusqu'en 2002 les droits du patient n'existaient pas, il y avait des devoirs du médecin ou des devoirs des professionnels de santé. C'était dans la déontologie. Un certain nombre de mouvements ces vingt dernières années ont fait monter des questions traditionnellement déontologiques dans la loi. Et je pense ici par exemple, en plus du droit des patients, à la fin de vie. Dans ce cadre-là, le décret d'application « naturel » est souvent le code de déontologie.

Si je vous fais cette remarque ce n'est pas pour vous parler de ce qui existe dans d'autres professions que celle d'ostéopathe, c'est pour vous dire que, aujourd'hui, parler de

déontologie ce n'est pas simplement parler d'un instrument particulier, c'est parler de questions particulières qui se retrouvent dans différentes normes. Ce n'est pas complètement nouveau, dans la déontologie on trouve toujours la question du secret professionnel qui, depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle, est en fait d'abord une question pénale et ensuite une question déontologique. Il faut vraiment avoir cet élément présent à l'esprit. On ne peut pas raisonner ainsi : d'un côté le droit habituel puis la déontologie à côté. C'est de moins en moins vrai, si ça l'a jamais été.

Deuxièmement, c'est quelque chose d'assez nouveau, qui apparaît vraiment très fortement depuis peu et qui n'existait pas au moment où j'ai pu intervenir dans le cadre du groupe de travail sur l'écriture de la déontologie du SFDO. Il se trouve que depuis un ou deux ans, l'Autorité de la concurrence française est intervenue sur les codes de déontologie des professions qui ont un code reconnu par décret en Conseil d'État. Une règle qui était un peu sous silence depuis 1993 a été remobilisée, elle oblige à soumettre certaines choses à l'Autorité de la concurrence et elle est intervenue dans un des domaines traditionnels de la déontologie qui est la question de concurrence avec une philosophie consistant à dire : quand vous parlez des relations avec le patient, de la qualité de vos interventions, c'est de la déontologie. Quand vous parlez de la concurrence, du droit commun de la concurrence, vous n'avez rien à y faire et ce que vous mettez dans la déontologie c'est, par principe, une entrave injustifiée à la concurrence, et si vous êtes amenés à le faire, vous devez l'argumenter.

On est donc ici sur un basculement historique qui consiste en une sorte de réduction du champ d'action du code de déontologie, et cela a été vrai pour le code des pédicures-podologues, le code des masseurs-kinésithérapeutes et le code des infirmiers. Et cela se multiplie.

C'est un élément important parce que ce dont on parle, quand on parle de déontologie aujourd'hui, est en train de se réduire, en tout cas en train d'être amputé de ces questions de concurrence professionnelle qui étaient traditionnellement d'ordre déontologique.

Un Conseil d'État dans les années 50 parlant de déontologie vous disait : les déontologies ce sont des codes de concurrence professionnelle. Je pense que dans cinq ans on dira : historiquement la déontologie s'occupait de concurrence mais ce n'est plus le cas aujourd'hui. C'est un pronostic, on verra ce qu'il en est.

Concernant le champ d'application le cœur de mon intervention consiste à vous dire quels sont les différents leviers juridiques pour faire produire des conséquences juridiques aux déontologies, et particulièrement à la déontologie du SFDO, ou à une déontologie un peu élargie à d'autres institutions comme on l'évoquera tout à l'heure, dans le cadre de l'U.P.O.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> *Unité Pour l'Ostéopathie*

Pour exposer ceci, il faut, me semble-t-il, commencer par avoir conscience du fait que ce qui constitue la force d'une norme juridique, sa portée, ce n'est pas son contenu, ce n'est pas ce qui est écrit dedans, c'est son contenant. C'est en fonction de l'endroit où elle se trouve, du point de vue de la hiérarchie des normes ou des instruments juridiques, qu'elle aura une plus ou moins grande influence.

Ceci étant posé, cela permet d'aborder la question qui m'a été confiée par le biais des différents instruments juridiques susceptibles d'accueillir des règles déontologiques. Ces instruments sont de plusieurs types, je vais les envisager successivement :

- Les normes d'origine étatique : les décrets, les arrêtés...
- Les normes institutionnelles mais privées, par exemple les normes syndicales ou associatives ;
- Le contrat ;
- L'usage ou le concept juridique dans le cadre de la responsabilité délictuelle.

Les rapports entre les normes déontologiques et le droit de l'État sont de plus en plus subtils, complexes, complémentaires, articulés. Il fut un temps où l'on séparait vraiment les choses, aujourd'hui c'est de moins en moins vrai. De manière générale, le droit fait de plus en plus appel au contrat, demande de plus en plus aux acteurs privés d'élaborer des règles en mettant ensuite un label ou en donnant une force exécutoire à... c'est vraiment une « logique de fond » du droit qui impacte également les questions déontologiques.

Quatre types d'instruments vous ai-je dit, en commençant par **les textes d'origine étatique**. Il se trouve que, selon les professions, les règles de déontologie émanant de l'État peuvent prendre place souvent dans des décrets, voire des décrets en Conseil d'État, plus rarement dans des arrêtés.

Concernant les décrets en Conseil d'État, dans le cadre des professions de santé la loi prévoit en général que le code déontologique prendra place dans un décret en Conseil d'État ; c'est même souvent l'Ordre professionnel qui le propose. Implicitement, cela signifie que le Premier ministre dispose, c'est-à-dire qu'il le prend ou non. En fait, on ouvre un espace de négociation entre l'ordre professionnel et l'Administration ; et quand on évoque les services du Premier ministre, évidemment que celui-ci délègue au ministère de la santé. Cela se passe ainsi habituellement.

Ce qu'il est important de comprendre quand on dit décret en Conseil d'État, acte du Premier ministre : une fois que c'est dans un décret en conseil d'État, article « tant » dans le Code de la santé publique, un ministre ne pourra prendre de façon régulière une mesure qui irait à l'encontre du code de déontologie. La loi peut toutefois aller à l'encontre (si tant est que cela passe politiquement), car symboliquement la déontologie est tellement forte dans une profession, elle a une telle portée identitaire que généralement une mobilisation se met en place pour la défendre. Mais on peut passer au-dessus, c'est ce qui s'est passé



dans le cadre de la loi sur le droit des patients : « Vous ne voulez pas modifier le décret, notamment dans la règle relative à l'information du patient ? on passe donc par la loi ». Je pense que c'est une erreur historique majeure du Conseil national de l'Ordre des Médecins dont vingt ans après on mesure l'impact... Ce qui est important à retenir, c'est que : décret en Conseil d'État = impossibilité pour le ministre de la santé d'aller ensuite à l'encontre de la règle déontologique.

Les arrêtés existent pour quelques professions du droit. Les notaires, les huissiers ont des codes de déontologie qui prennent place dans des arrêtés ministériels ; en fait on est toujours, quand on parle de droit, dans des questions de rapport de force ou de construction de rapport de force politique de légitimité. Il paraît assez clair que le ministère de la justice, même s'il ne s'agit « que » d'un arrêté, ne touchera pas à la déontologie de ces professions sans leur accord parce cela impliquerait de se mettre politiquement à dos ces professions.

En ce qui concerne à présent la portée même d'un texte reconnu par l'État ou d'un code de déontologie reconnu par l'État : on a un arrêt extrêmement important en ce moment, au sujet des avocats, sur la portée de la déontologie. Est-ce que la déontologie des avocats peut s'appliquer à des sites qui pratiquent la comparaison entre avocats ? La Cour de cassation a répondu très clairement en disant qu'il n'en était pas question mais, étant donné qu'entre-temps on a transposé dans le code de la consommation une directive européenne qui prévoit un certain nombre d'obligations sur les personnes qui gèrent des sites, on est en train de créer comme une sous-déontologie des avocats pour ces opérateurs-là, avec une obligation d'information renforcée etc.

Ce qu'il faut en retenir, c'est que le code de déontologie ne peut pas impacter les non-membres de la profession. C'est le principe qui vient d'être réaffirmé.

Deuxième type de support des règles déontologiques : **les normes syndicales ou associatives**. C'est fondamental, parce que, historiquement, cela a toujours fonctionné ainsi. Historiquement, les médecins ont commencé par avoir une déontologie médicale dans des syndicats avant que ce ne soit reconnu par l'État. Généralement on ne va pas voir l'État en disant : « Écrivez-moi une déontologie ! » (on prendrait le risque qu'ils écrivent quelque chose qui ne nous conviendrait pas), on va le voir en disant : « J'ai une déontologie, tout le monde la reconnaît, tout le monde est d'accord à son sujet, il y a une vraie légitimité, posez votre estampille dessus ! » Ensuite évidemment on va discuter du fond du texte, mais on a un premier instrument qui est généralement relativement « dépoté ».

Ces normes-là sont importantes pour nombre de raisons : tout d'abord parce que - et je pense que ceux qui avaient participé aux travaux sur la déontologie l'avaient vécu assez fortement à l'époque - réfléchir à une déontologie, c'est réfléchir aux valeurs de la

profession, c'est réfléchir au sens de ce que l'on fait, y compris sur des hypothèses limites et, in fine, c'est un travail qui peut être considéré comme le ciment d'une profession en ce sens qu'il crée de la cohésion.

Un autre élément important : une fois qu'on a créé une règle de déontologie, on a un critère objectif qui permet de dire : « Voilà ce qui nous paraît pertinent dans l'exercice de la profession et voilà ce qui ne l'est pas ». On peut espérer que cela ait une action sur les professionnels qui, en cas de doute, pourront s'y référer et choisir d'aller dans le sens de la déontologie plutôt que dans le sens contraire. Ainsi, si un professionnel décide de passer outre ce que dit la déontologie, des sanctions disciplinaires pourraient être envisagées. Hier nous avons vu, en assemblée générale, un certain nombre de modifications statutaires sur des questions disciplinaires.

Un autre élément encore : les codes de conduite et autres déontologies ont le vent en poupe en droit européen, dont en droit français. Il existe des règles dans le code de la consommation (je sais, quand on est un ostéopathe, parler de consommation fait toujours mauvais effet... ce ne sont pas des consommateurs mais des patients etc., les avocats ont le même problème). Depuis le 14 mars 2016, un article L221-5 du code de la consommation - qui est la transposition directe d'une directive européenne - nous dit : « *Préalablement à la conclusion d'un contrat de vente ou de fourniture de services (cela s'applique à vous, que cela vous plaise ou non, vous fournissez des services), le professionnel communique au consommateur, de manière lisible et compréhensible, les informations suivantes : (...) 6° Les informations relatives à l'existence de codes de bonne conduite* ». Depuis le 14 mars 2016, vous le faites tous évidemment, cela va sans dire...

Quand la profession a un code de conduite, on doit signaler le code de conduite : « *Application réglementaire, en application dudit article, le professionnel communique aux consommateurs les informations relatives à l'existence du code de conduite applicable et, le cas échéant, les modalités pour en obtenir une copie.* » Vous pouvez l'afficher dans votre salle d'attente, l'accrocher au mur ou le laisser à disponibilité sur la table. Vous mentionnez le nom du site au cas où les patients en voudraient copie. C'est une obligation européenne aujourd'hui. C'est typiquement anglo-saxon.

Aujourd'hui cela veut dire que, dans le cadre de votre rapport avec le consommateur de services, vous lui remettez la déontologie. La déontologie est structurante de votre relation. Vous avez une relation contractuelle - contractuelle n'implique pas de signer un contrat, un contrat c'est aussi la rencontre de deux volontés -, le patient est d'accord pour venir vous voir et vous êtes d'accord pour le recevoir, il y a **un contrat**. Quel est le contenu du contrat ? La déontologie en fait partie ; d'ailleurs vous l'avez dit au patient, il a la possibilité d'en prendre connaissance. S'il n'était pas d'accord, il ne vous consulterait pas. Donc la déontologie devient un élément structurant considérable de la relation. C'était

déjà vrai par le passé, c'est bien plus facile à démontrer aujourd'hui. Et c'est une tendance extrêmement lourde.

Je suis passé, vous vous en rendez compte, de la norme syndicale ou associative au contrat. Là on a un instrument légal qui fait le lien. Lorsque vous passez un contrat avec un patient, vous mentionnez en haut du contrat : « Le présent contrat s'exécutera dans le respect des règles déontologiques de l'ostéopathie ». Cela signifie que vous avez introduit le code de déontologie dans votre contrat, même si celui-ci n'est pas reproduit en annexe. C'est une modalité syndicale qui peut être extrêmement puissante. Lorsque vous établissez un contrat, faites systématiquement référence au code déontologique, cela deviendra ainsi une norme contractuelle.

Ce qui veut dire que si un jour vous êtes devant un juge, le juge étatique appliquera la déontologie, non pas parce que c'est la déontologie de l'ostéopathie, mais parce que c'est une norme contractuelle qui fait partie du contrat. C'est un instrument extrêmement puissant de relais de la règle déontologique.

Je passe sur le fait qu'il existe des questions jurisprudentielles aujourd'hui relatives à la possibilité d'annulation d'une convention qui violerait des règles déontologiques si elles sont déterminantes de la volonté des parties ou si elles sont contraires à une règle de déontologie d'ordre public, il existe d'autres mécanismes contractuels que l'on peut mobiliser dans ce cadre-là. Ce qu'il faut retenir c'est la puissance de l'instrument.

Dernier instrument déontologique qu'on peut mobiliser, c'est **l'usage, ou le concept**, ou c'est la mobilisation de la déontologie dans l'interprétation. Exemple : la concurrence déloyale. En droit de la concurrence, les juges mobilisent, pour vérifier si la concurrence est loyale ou non, les usages de la profession. C'est habituel et c'est dans le cadre de l'interprétation des règles transversales du Code civil. La difficulté, concernant les usages, reste la production de leur preuve. Comment peut-on prouver que tel est l'usage ? Soit je fais intervenir 50 témoins qui vont en confirmer le caractère habituel, soit je suis en mesure de produire un élément écrit stipulant l'usage. D'ailleurs 80 % des ostéopathes sont d'accord sur ce point ; ceux qui adhèrent à un syndicat, ceux qui adhèrent à une fédération se soumettent à cette règle. Ils l'admettent. Il est aisé de remettre au juge l'instrument juridique grâce auquel il va pouvoir mesurer la loyauté de la personne en termes concurrentiels. Le juge n'est pas lié par cet élément, mais habituellement il le prend en considération.

De manière plus générale, l'utilisation de la déontologie pour qualifier une faute civile ou une faute pénale fut l'objet d'un débat entre les années 1960 et 2010 ; maintenant on peut dire que ce débat est clos, tout le monde admet aujourd'hui qu'un juge civil utilise une règle déontologique pour qualifier une faute ; il n'y est pas obligé mais il peut le faire.

Nous avons aussi des exemples dans lesquels un juge pénal a pu y avoir recours, notamment dans l'affaire de Furiani. Les tribunes de Furiani se sont écroulées. Dans la motivation pénale qui a suivi, le juge pénal a mis en avant le code de déontologie des entreprises qui avaient monté les tribunes ; les entreprises impliquées n'avaient pas respecté leur déontologie, ce qui constitue une faute. En effet, le manque à une règle professionnelle établie constitue une faute. La déontologie peut aller au-delà de l'institution qui la porte.

Mais, et ce sera une forme de conclusion, tout ceci dépend de la légitimité de la déontologie. Si trois personnes écrivent une déontologie sur un coin de table, ce document n'engage qu'elles et ne saurait engager les 10 000 autres personnes de la profession. Si, en revanche, la majorité des institutions professionnelles, voire l'ensemble des institutions professionnelles ou simplement les institutions majeures d'une profession portent une déontologie, ce peut être très intéressant. Un juge peut s'y référer en estimant que si une minorité n'y adhère pas c'est sans doute pour de mauvaises raisons ; il faudra l'en convaincre, bien sûr. Plus le nombre de personnes impliquées est important, plus la déontologie devient légitime.

Et la légitimité peut exister à double titre. La légitimité peut être interne à la profession. La profession admet-elle, reconnaît-elle la déontologie ? Un travail pédagogique est à mener autour de la déontologie, c'est ce qu'on avait pu mettre en place d'ailleurs dans les travaux à ce sujet que j'avais accompagnés. Il convenait en effet de réunir un groupe de travail représentatif de la profession en termes d'âge, d'exercice, de situation géographique afin d'analyser la réalité de la pratique et de se mettre d'accord sur des règles communes et acceptables. Une légitimité interne reste à construire.

Mais il faut construire aussi une légitimité externe, car ce qui rend une déontologie extrêmement puissante c'est le fait que les tiers la trouvent pertinente. La déontologie parle des relations avec les tiers à la profession, aussi a-t-on tout intérêt, quand on élabore une déontologie, à associer ces tiers afin de solliciter leur avis. Ainsi, une fois embarqués dans la démarche déontologique et qu'ils la trouvent plutôt pertinente et responsable, le jour où vous voulez négocier un contrat-type avec telle ou telle institution, par exemple un organisme mutualiste, vous aurez beau jeu de dire : « Puisque depuis le début vous nous suivez sur la déontologie, inscrivons la référence à la déontologie dans le contrat ». Et là vous basculez sur l'instrument contractuel.

La légitimité passe également par la question de la formation. En effet, quand on tète la déontologie au biberon, c'est un peu plus facile de l'appréhender. Je vous rappelle que, concernant les médecins, les étudiants en deuxième année de médecine se voient remettre le code de déontologie, gratuitement, c'est l'Ordre qui les imprime. L'idée est la

suivante : au chevet du malade, dans le cadre de la méthode clinique, l'étudiant en médecine va apprendre la déontologie via la pratique. C'est le principe de la formation.

En ce qui concerne la question de l'information, on pourrait appeler tout ce dont il vient d'être question « la culture déontologique ».

Je remets les choses dans le bon sens. En fait je vous ai dit ceci : il existe des instruments juridiques et ce qui est important c'est la légitimité. La puissance de l'instrument juridique est en effet subordonnée à la légitimité. On pourrait « forcer » en droit, on pourrait créer des règles qui iraient complètement à l'encontre des mœurs, des habitudes et dire que, in fine, ça passera. Quelquefois il faut le faire, c'est pertinent. Mais construire des démarches déontologiques, c'est le contraire, il s'agit de construire une légitimité. Une fois que celle-ci est posée, cela se traduit, j'allais dire presque « naturellement » (si tant est que le droit puisse être quelque chose de naturel, ce que je ne crois pas) dans les instruments juridiques. Je vous remercie de votre attention. »

### QUESTIONS/REPONSES :

**Philippe STERLINGOT** : « Merci pour cet éclairage déontologique. Nous avons le projet de bâtir une norme déontologique complémentaire à la norme européenne sur la prestation de soins en ostéopathie avec l'AFNOR, les travaux commencent en principe au mois de décembre. Quelle est sa valeur dans les différents modèles que vous avez exposés ? »

**Joël MORET-BAILLY** : « Avant de répondre directement à la question, une petite remarque : cela me paraît extrêmement intéressant que ce soit dans une norme sur l'exercice de la profession qui n'inclut pas que des questions déontologiques justement, parce qu'en fait la déontologie est là - quand on parle d'exercice de la profession, et notamment de la prise en charge du patient - pour assurer qu'il y aura un exercice de qualité, car elle est subordonnée au fait de bien faire, de bien exercer sa profession. Cela me paraît intéressant comme instrument.

En ce qui concerne la force juridique d'une norme AFNOR... On peut reproduire le même raisonnement que celui que j'ai tenu à propos de la production syndicale ou associative avant de basculer sur la question du contrat. C'est-à-dire : une communauté s'est mise d'accord sur la pertinence d'une norme activité, je présente cela à un juge, que va-t-il en faire ? Peut-être va-t-il être convaincu par la méthodologie AFNOR et se dire que c'est quelque chose de très intéressant parce que c'est garanti méthodologiquement. Peut-être va-t-il s'en désintéresser et la mettre de côté. Mais plus la méthodologie est puissante, plus le support se révèle légitime socialement, et mieux ça va fonctionner.

Une petite réserve toutefois par rapport aux normes AFNOR : autant c'est quelque chose qui a un impact devant les juges qui ont l'habitude de traiter des questions techniques (les

questions de construction par exemple) – et quand on est dans un univers dominé par les normes AFNOR, c'est très convaincant - autant devant un juge du Tribunal de Grande Instance, la même chose peut prendre une tournure quelque peu exotique. Sauf que les magistrats changent de poste, et qu'un juge de Tribunal de Grande Instance peut avoir exercé auparavant dans des chambres où il aura été familiarisé avec la norme AFNOR et qu'il raisonnera alors comme il avait pu le faire dans d'autres chambres. Ce n'est pas absolu, mais ce qui est sûr, c'est que cet instrument est loin d'être négligeable. »

**Philippe STERLINGOT** : « Pour compléter ma question : nous avons trois ou quatre déontologies dans la profession, chacune portée par un groupe différent. Notre idée c'est que le processus AFNOR en tant que tel appelle au consensus, en commission, l'ensemble des parties prenantes de la profession, y compris le ministère de la santé, y compris les assureurs maladie complémentaire, y compris d'autres institutions qui seront identifiées. L'idée c'est d'arriver à un document par lequel on va pouvoir montrer que l'ensemble des parties prenantes a trouvé un consensus sur un texte commun. Dès lors la multiplicité des textes déontologiques ne nous sera plus opposable. »

**Joël MORET-BAILLY** : « En termes de construction de légitimité, je suis d'accord avec vous. De plus, ce qui est relativement intéressant avec l'AFNOR, c'est que, n'étant pas des amateurs, le risque d'avoir une règle déontologique contraire à une règle de droit supérieur est limité. On se dit que la qualité sera au rendez-vous. En tout cas la norme AFNOR porte une image et une réputation a priori qui laissent envisager que l'on ne connaîtra pas de difficultés dans cette élaboration. En termes de construction de légitimité, c'est effectivement un très bon outil. »

**Philippe STERLINGOT** : « Et vous serez présent pour veiller à ce qu'il n'y ait pas de contradiction avec le droit. »

**Joël MORET-BAILLY** : « Très volontiers. »

**Marc RODWIN** : « Sur la question de la légitimité, aux États-Unis des questions centrales portent sur les codes de déontologie, parce qu'on dit souvent que ces codes protègent les professions et non les patients. Aussi regarde-t-on de très près comment les règles sont établies par les professionnels. Pouvez-vous nous parler de cette tendance qui est peut-être déjà arrivée en France aussi ? »



**Joël MORET-BAILLY** : « C'est une chose que je n'ai pas rencontrée devant la cour de justice, c'est une chose en revanche qui est la base du raisonnement de l'Autorité de la concurrence. Lorsque celle-ci se penche sur les règles des cabinets secondaires etc. elle peut vous dire : « Qu'est-ce que c'est que ces règles qui n'ont aucune légitimité économique et qui sont juste faites pour protéger les intérêts économiques des professionnels ? » Ce raisonnement est tenu par l'Autorité de la concurrence, mais je ne crois pas qu'aujourd'hui ce raisonnement soit tenu par-delà cette sphère-là. Je parle en France, parce qu'en Europe on commence par demander de démontrer que l'autorégulation mise en place répond bien à des raisons impérieuses d'intérêt général. Une fois que cela a été démontré, on peut éventuellement admettre la production de règles.

Mais on voit arriver un mouvement inverse, j'en ai parlé tout à l'heure, avec des directives qui demandent d'abord la mise en place d'un code de déontologie, un code de conduite.

Pour la norme AFNOR - et c'est ce qu'on avait essayé aussi de faire dans le code précédent - l'idée était justement de consulter au-delà de la profession pour éviter la dérive dans l'écriture des règles, y compris en toute bonne foi. En effet, des règles déontologiques peuvent paraître extrêmement légitimes aux professionnels, alors qu'elles paraissent totalement intolérables aux consommateurs ou aux patients.

À titre d'exemple, un débat très clair en 2002 : le médecin estimait avoir le droit de ne pas informer le patient de son état, évoquant que c'était « pour son bien ». Et il le pensait sincèrement, estimant que toute information n'est pas bonne à dire et dans l'idée de protéger le patient. Du point de vue des patients, c'était intolérable. Eux considéraient qu'on les prenait pour des mineurs, et qu'il leur appartenait de gérer leur volonté de savoir ou non ce qu'il en était de leur état de santé. Ce qui est important à retenir, c'est que tout le monde était de bonne foi, semble-t-il, à ce sujet.

Si l'on multiplie les points de vue a priori, le risque est moindre de se retrouver dans une opposition entre la norme que l'on a produite et l'attente de nos interlocuteurs. »

**Philippe STERLINGOT** : « Peut-être les patients viendront-ils dans la commission d'élaboration... »

**Joël MORET-BAILLY** : « S'ils n'y sont pas, c'est embêtant. »

**Philippe STERLINGOT** : « Ils pourraient être invités en tout cas. »

**Adhérent** : « Après la reconnaissance de l'ostéopathie, après la reconnaissance d'une formation de qualité, aujourd'hui on reprend l'expression qui a été employée deux fois : « c'est sous les radars ». Le chantier du code de déontologie est précisément un chantier qui permet d'obtenir une légitimité professionnelle, quitte à l'utiliser après à d'autres fins. Et dans ce contexte-là, est-ce que vous ne pensez pas que, toujours sous les radars, on puisse travailler en parallèle en même temps sur le code des bonnes pratiques qui manque à la profession ? »

**Joël MORET-BAILLY** : « On peut toujours faire ce que l'on veut en parallèle. Ce qui me paraît fondamental, pour répondre à cette question, c'est ce que j'essayais de dire en introduction, c'est qu'on autonomise la discussion sur la déontologie. Je pense qu'en fait la raison première d'une déontologie est de permettre de bien exercer sa profession ; pour une profession de santé, c'est de bien prendre en charge les patients. Ce qui renvoie à la question des bonnes pratiques et, à mon sens, les deux sont parallèles. La déontologie n'a de légitimité que si elle permet d'aider à la bonne prise en charge. Les deux vont ensemble. À la limite, la déontologie est une partie des bonnes pratiques. On pourrait dire que dans les bonnes pratiques professionnelles, dans la bonne prise en charge, il est fondamental d'informer le patient, il est fondamental de lui témoigner du respect etc. Et cela même fait partie de la profession, ce n'est pas à côté, ce n'est pas un supplément d'âme. C'est une règle d'exercice de la profession. »

**Adhérent** : « Je suis fort aise que vous confirmiez ma position ou la position de certains ici. L'étude ou le travail ou le chantier du code de déontologie ne peut se concevoir sans un chantier sur les bonnes pratiques. »

**Joël MORET-BAILLY** : « Après, cela ne signifie pas qu'il soit chronologiquement articulé. »

**Adhérent (Nicolas BRICOT)** : « Ce matin on a parlé de faute professionnelle et de prise en charge d'assurances. À partir du moment où il n'y a pas de codification de bonnes pratiques, où il n'y a pas d'experts ostéopathes auprès des tribunaux, est-ce qu'il n'y a pas un vide par rapport à l'éventuelle faute professionnelle de l'ostéopathe et à la responsabilité du praticien ? »

**Béatrice COURGEON** : « D'autres ont eu cette difficulté avant vous, les sages-femmes qui se faisaient juger par les experts obstétriciens, les médecins généralistes aussi qui se faisaient juger par les spécialistes parce que la médecine générale compte énormément de sujets qui relèvent de spécialités. C'est en train d'évoluer, et aujourd'hui des experts sont

nommés qui ont passé les diplômes requis. Il ne me semble pas que cette difficulté soit toujours d'actualité. Ou si elle l'est, c'est de moins en moins. »

**Adhérent :** « Effectivement, des experts ostéopathes sont nommés auprès de certaines cours d'appel, le prérequis conseillé est d'avoir un D.U. ou d'avoir suffisamment de connaissances sur les procédures. Sur tous les experts qui sont nommés, la cour d'appel est souveraine, elle peut faire appel à un expert temporairement pour l'éclairer sur une question, elle peut aussi nommer sur ses listes d'expertise. Et sur les listes d'expertise, pour les experts qui ont été nommés, aucune ligne ne renvoie vers un chapitre concernant l'ostéopathie. Sur les derniers éléments que j'ai eus, les experts qui ont été nommés sur les listes des experts ont dû poser comme prérequis un diplôme d'État reconnu par la liste d'experts. Ce qui veut dire qu'en fait un expert dépose son diplôme d'ostéopathe, dépose son D.U., dépose son prérequis même s'il n'exerce plus depuis des années. Il peut s'agir par exemple d'un podologue ou un kinésithérapeute. Parce qu'il est kinésithérapeute, la commission commence à analyser le dossier et parce qu'il a coché la case « prérequis », elle peut décider à ce moment-là, au vu du C.V. de la personne, de le nommer sur la liste. En ce qui me concerne, j'ai déposé le dossier à la cour d'appel de Metz et le refus du dossier sur les deux années était au titre qu'il n'existait pas de ligne particulière. »

**Joël MORET-BAILLY :** « Avec un élément supplémentaire : l'inscription sur la liste qui correspond bien à ce que vous dites. Un juge a la possibilité de nommer qui il veut comme expert sur n'importe quelle affaire. Ce qui veut dire que dans la première audience, habituellement au référé, quand on va lister ce qui va se passer, on peut parfaitement avancer les arguments sur lesquels, eu égard à la spécificité de l'ostéopathie, il faut un expert ostéopathe ; ce qui était inaudible il y a dix ans ou peu audible, qui l'est encore du point de vue développement de la légitimité de la profession, finira par être entendu. »

**Béatrice COURGEON :** « Ce qu'il faut à ce moment-là c'est vous faire connaître auprès des réseaux d'experts des compagnies d'assurances qui assurent la responsabilité civile professionnelle, puisque (pour faire un parallèle avec les médecins) lorsqu'un médecin est mis en cause devant la CCI ou devant un tribunal, systématiquement l'assureur de responsabilité civile du praticien désigne un médecin-conseil qui va assister sur un plan technique notamment le praticien mis en cause, qui va assister aux expertises et se faire le contradicteur efficace de l'expert qui aura été nommé par le juge. »

**Adhérent :** « Je n'ai pas siégé dans les commissions qui habilent les experts au niveau des tribunaux, par contre ce qu'on nous a bien dit et redit lors les formations, c'est que pour ne pas qu'il y ait de conflit d'intérêts l'expert doit être le plus indépendant possible ; d'ailleurs



c'est une question qui est posée sur le dossier : « A-t-on, oui ou non, expertisé au profit d'une compagnie d'assurances ou autres ». Si on a coché la case, ce n'est pas bon. »



Agir à vos côtés  
pour l'ostéopathie

## Points de vue « extérieurs » sur l'organisation de l'ostéopathie :

- Les droits des patients en Europe  
Amanda DUBUIS
- L'organisation des professions en France  
Béatrice COURGEON
- L'organisation des professions à l'international  
Marc RODWIN

30 septembre 2017  
Congrès du SFDO 2017 - Marseille

## Points de vue « extérieurs » sur l'organisation de l'ostéopathie

Table ronde modérée par Estelle Brosset.



**Estelle BROSSET**, Professeure des Universités, spécialisée en droit public, droit européen, droit de la santé, droit des biotechnologies. Faculté de Droit, Aix-Marseille Université, elle est titulaire d'un Doctorat en droit public (« Biotechnologie et droit communautaire : le génie génétique »).

Lauréate d'une Chaire Jean Monnet de la Commission européenne (2012-2015) elle est coordinatrice du Centre d'excellence Jean Monnet "l'Europe au Sud" (2016-2019). Assesseur auprès du Doyen de la Faculté de droit, elle est aussi « Personnalité qualifiée en droit » au Haut Conseil des biotechnologies (2015-2019). Elle dirige 5 programmes collectifs de recherche financés (ANR et Ministère de la recherche) et a publié 5 ouvrages collectifs et une cinquantaine d'articles dans des revues ou chapitres dans des ouvrages collectifs.

Membre fondateur du groupe « International Health Law», Société européenne de droit international (ESIL), elle est également membre du Comité de pilotage du GDR « Normes Sciences et Techniques (depuis 2016), membre du Comité de pilotage du Groupement de recherche « Droit Sciences et Techniques » et membre du Conseil scientifique de l'Observatoire des Droits de l'Homme: Bioéthique, Santé, Environnement



## Les droits des patients en Europe



**Amanda DUBUIS**, Docteur en droit, Maître de conférence en droit à l'Université de Franche-Comté.

Amanda DUBUIS est titulaire d'un diplôme de Master II en Droit public et privé de la santé obtenu en 2009 à l'Université d'Aix-Marseille. Elle y a ensuite obtenu son doctorat en droit en soutenant en 2015 sa thèse sur *Les droits du patient en droit de l'Union européenne*, qui lui a valu notamment les félicitations à l'unanimité du jury et le prix de la meilleure thèse en droit européen décerné par l'Université d'Aix-Marseille (2017). Cette thèse sera très prochainement publiée aux éditions Bruylant (novembre 2017).

Enseignant-chercheur à l'Université depuis 2009 (Aix-Marseille Université et Faculté de droit de Toulon), elle exerce désormais en tant que Maître de conférences à l'Université de Franche-Comté. Elle y enseigne le droit européen, le droit international, le droit des affaires et le droit des personnes et de la famille.

Ses travaux de recherche l'ont conduit à participer à des colloques et publier des articles dans des revues juridiques et ouvrages collectifs, portant notamment sur les droits du patient européen, les règles européennes applicables aux professionnels de santé ou encore la santé des mineurs. Elle participera en 2018 à deux projets de recherche internationaux, l'un en partenariat avec une Université thaïlandaise (Thammasat University) et l'autre avec des chercheurs japonais.

Elle est également consultante et formatrice spécialisée en droit de la santé.

### Propos

Le sujet des droits du patient dans l'Union européenne peut surprendre au premier abord tant ce thème est éloigné des préoccupations initiales des Communautés européennes. Pourtant, le patient est désormais fréquemment évoqué par les institutions de l'Union européenne, qui sont allées jusqu'à consacrer une directive spécifique à l'application des droits du patient en matière de soins de santé transfrontaliers. Le dynamisme insufflé par cette organisation de la mobilité du patient s'étend par ailleurs à l'ensemble de ses droits, puisque certaines dispositions sont assez générales pour intéresser la personne soignée directement dans son État d'affiliation. L'ensemble de ces dispositions tend à la protection de la santé du patient, et vient encadrer l'exercice professionnel en ce sens.

Outre les dispositions spécifiques au patient, ses droits et sa santé sont également protégés par les règles applicables aux professionnels, dont l'activité est de plus en plus soumise au droit de l'Union européenne. Cette appréhension par le droit de l'Union tient compte de la spécificité des professions intervenant dans le domaine de la santé, et s'oriente vers la recherche de qualité dans l'exercice professionnel

## L'organisation des professions en France



**Béatrice COURGEON**, Risk Manager, Directeur de clientèle chez AON France.

Diplômée d'un doctorat en droit et auteur d'une thèse portant sur la responsabilité médicale en cas d'atteinte à la sécurité des patients, Béatrice COURGEON débute sa carrière en 1996 à la MACSF, d'abord en qualité de Juriste expert en charge de contentieux de responsabilité médicale. En 2002, elle y prend la responsabilité du département des sinistres médicaux, poste qu'elle occupera pendant près de 10 ans.

En 2012, Béatrice COURGEON complète son cursus juridique et son expérience dans l'assurance d'une formation en prévention des risques. Elle obtient en 2012 la Qualification de

Risk Manager et le certificat du CNAM de spécialisation en gestion des risques médicaux.

Elle occupera le poste de Risk Manager à la MACSF de 2011 à 2014. Parallèlement, elle siègera en qualité de membre titulaire dans les Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux de Bourgogne (pendant 10 ans) et de Languedoc Roussillon (pendant 3 ans).

En 2014, elle intègre le cabinet de courtage TEMERIS au poste de Directrice des Services en charge du management des sinistres et la prévention des risques.

En juillet 2016, Béatrice COURGEON a rejoint AON France, 1<sup>er</sup> courtier mondial en assurance, en qualité de Directeur de clientèle, responsable du marché des professions de santé.

En 20 ans d'expérience, Béatrice a eu à gérer parmi ses clients des Syndicats ou Fédérations médicales telles que le SFDO, la CNSD, la FFMKR mais aussi des grands groupes de l'hospitalisation privée, tels que RAMSAY GENERALE DE SANTE, ELSAN, CAPIO, VIVALTO, ALMAVIVA, COGHESTO, C2S, DOMUSVI, ARNAULT TZANK.

### Propos

Le secteur de la santé n'échappe pas à l'évolution que connaît la plupart des professions en France. Le professionnel est assimilé au sachant face au consommateur présumé être le profane à protéger. Ce postulat n'évolue pas et tend à justifier des règles toujours de plus en plus dures en matière de sécurisation des pratiques et de droit de la responsabilité des professionnels, à la limite parfois de l'infantilisation du consommateur. Pour autant, le profane devient de plus en plus averti, se renseigne, s'éduque sur des sujets complexes. Il a de plus en plus de facilités pour accéder à l'information et revendique son libre arbitre. Il devient un interlocuteur crédible. Il est impératif que les professionnels prennent la



mesure de l'évolution des comportements des consommateurs pour adapter leurs pratiques et se protéger eux-mêmes d'évolutions non maîtrisées. Le professionnel de la santé est au cœur de ces bouleversements. Nous identifierons ensemble les bons réflexes à adopter pour les gérer.

## L'organisation des professions à l'international



**Marc A. RODWIN, J.D., Ph.D.** est Professeur de droit à la Suffolk University (Boston, États Unis) et chercheur au Edmond J. Safra Center for Ethics, Harvard University. Ses recherches portent sur le droit de la santé et sur la politique et les questions pharmaceutiques. Il est l'auteur de nombreux articles et de plusieurs ouvrages comme, « *Les conflits d'intérêts en médecine : quel avenir pour la santé ? France, États-Unis, Japon* », Presses de L'EHESP, mars 2014; « *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France, and Japan* » 2011, Oxford University Press. « *Medicine, Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest* », Oxford University Press, 1993). Il a été rédacteur de la « corruption institutionnelle et politique pharmaceutique », *Journal of Law, Medicine and Ethics*, de 2013. Vol. 41, n ° 3. Il a été chercheur au CNRS, l'Institut de l'Ouest: Droit et Europe, (IODE) et Professeur Invite École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Université de Paris École de Médecine, René Descartes, Université de Rennes École de Droit, Université de Saint Étienne École de Droit, Institut d'Études Politiques de Grenoble.

Pour 2017-18 Marc Rodwin est un chercheur à la Fondation IMÉRA - Aix Marseille Université

- Page web de la Faculté: <https://www.suffolk.edu/law/faculty/MarcRodwin.php>
- SSRN web link to publications: <http://papers.ssrn.com/sol3/results.cfm>

Il a témoigné devant le Congrès américain et différents corps législatifs d'Etats américains. Il a travaillé pour des commissions gouvernementales et a participé à des comités consultatifs, dont la *Food and Drug Administration*. Il a, par ailleurs, participé à de nombreuses réunions organisées par les organisations suivantes : *National Academy of Sciences-Institute of Medicine, Agency for Health Care Policy and Research, American College of Physicians, American Bar Association, Health Care Financial Management Association*.

- Ph.D en évaluation des politiques de santé, Brandeis University.
- J.D., University of Virginia Law School.
- M.A en philosophie, sciences, politiques et économie, Oxford University.
- B.A en méthodes analytiques et évaluation de la politique publique, Brown University.

## Compte-rendu intégral de l'intervention

**Estelle BROSSET** : « Pour commencer, je vous présente toutes mes excuses car je n'ai pu assister à la matinée, donc à une grande partie des débats qui ont eu lieu ce matin. Cet après-midi la table ronde est organisée autour de l'intitulé suivant : Points de vue « extérieurs » ... Choix tout à fait judicieux parce qu'il me semble que décentrer les débats permet d'ouvrir un certain nombre de voies qui n'auraient peut-être pas été envisagées, en tout cas de donner matière à nos réflexions.

Trois points de vue extérieurs ont été retenus, mais je pense que, finalement, les points de vue extérieurs ne sont pas l'apanage des trois collègues présents ce jour à la tribune, vous avez tous des points de vue extérieurs, et je ne doute pas que les questions à venir seront nombreuses.

D'abord le point de vue du droit américain puisque nous avons la chance d'avoir Marc RODWIN qui est professeur à Boston, spécialisé en droit de la santé. Il va nous faire part en quelques minutes des défis importants du système américain relatifs aux soins de santé et plus exactement aux professions de santé et mettra en lumière les points de différence avec le système français.

Nous entendrons ensuite Amanda DUBUIS, Docteur en droit et maître de conférences, qui va nous présenter les impacts du droit de l'Union européenne sur la spécificité de l'ostéopathie.

Enfin Béatrice COURGEON, directrice de clientèle chez AON et responsable de marché des professions de santé, aura un point de vue sur le droit français et sur la question de l'assurance.

De mon côté, je ne fais que modérer les échanges, c'est-à-dire que mon rôle sera tout à fait cosmétique. J'en profite pour remercier Joël MORET-BAILLY qui m'a fait la grande amitié de m'inviter alors même que je n'ai absolument aucune spécialité en droit de l'ostéopathie. C'est lui le spécialiste. Je pense que je dois mon invitation à ma proximité géographique, je suis professeure de droit à l'université d'Aix-Marseille et je n'avais aucune raison de refuser d'être ici. Par ailleurs je m'intéresse au plan du droit européen, aux questions de santé, depuis déjà plusieurs années, et finalement au fait que ce « droit venu d'ailleurs » (pour reprendre une expression souvent employée) a influencé un très grand nombre de questions sanitaires.

Sur la question des professions de santé, ce n'est pas l'influence la plus importante puisque - je vous le rappelle ou je vous l'apprends, et Amanda DUBUIS vous le redira - le traité dit clairement que l'Union européenne doit respecter la responsabilité des responsabilités des États en matière d'organisation et de fourniture des soins de santé. Donc la question de savoir ce qui relève d'une profession de santé appartient aux États membres, à la

souveraineté des États membres ; la cour le rappelle, la commission le rappelle ; elle le rappelle d'ailleurs souvent en réponse à des questions parlementaires sur l'activité d'ostéopathe. On le verra, on aura l'occasion d'en reparler dans le débat : les occurrences, les influences ne sont pas nulles, mais elles sont quand même relativement modérées.

L'après-midi étant déjà bien avancé, je propose de commencer dès à présent ce tour de table. À chaque fois j'adresserai une première question aux différents contributeurs ce qui permettra d'ouvrir sur une discussion plus générale avec vous tous.

Je commence par le droit américain, avec ce qui est donc le plus extérieur à nous pour tendre ensuite vers le connu.

En discutant avec vous, Marc RODWIN, sur les différences entre le système américain et le système français, on envisageait la question principale du rôle de l'État et de l'autogestion dans l'organisation des professions de santé. Est-ce que, de votre point de vue, il existe une différence importante entre les deux systèmes ? Quelle est-elle ? Et finalement entre droit, marché, État, comment les professions de santé s'articulent-elles, est-ce que c'est l'État qui va déterminer le statut des professions de santé, est-ce que c'est plutôt une forme d'autogestion, comment s'organise en droit américain cette question-là ? Sachant qu'en droit américain nous sommes dans un État fédéral, nous pourrions d'ailleurs mettre l'expression au pluriel : « en droits américains ».

**Marc RODWIN** : « D'abord nous n'avons pas un Ordre des médecins ni un Ordre professionnel aux États-Unis ; c'est un peu différent. Nous avons des sociétés médicales qui n'ont pas de statut légal et cela a d'énormes conséquences.

Deuxièmement, contrairement à la France, il n'y a pas de syndicats dans le secteur médical aux États-Unis, c'est à dire que les indépendants, les libéraux n'ont pas le droit de se regrouper en syndicats, car c'est contraire à la loi sur la concurrence ; seuls les employés peuvent former un syndicat. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de lobbys ni de sociétés, mais ils ne s'organisent pas pour négocier les remboursements. La définition des « professions » chez nous est très différente de la vôtre.

Troisièmement, on a depuis longtemps, certainement depuis les années 1970, un droit de concurrence très différent. On a toujours eu un peu de concurrence du fait qu'il n'y avait pas d'Ordre des médecins. Mais avec la législation sur les H.M.O.<sup>25</sup>, en 1973, la loi fédérale a cassé le pouvoir médical d'une certaine manière ; des mesures de discipline ont été utilisées contre les médecins qui ne respectaient pas les codes de déontologie ; par ailleurs, les médecins qui voulaient intégrer les H.M.O. étaient mis à la porte par les sociétés médicales. Et plus encore, depuis 1979, la cour suprême a accepté la décision sur le droit

---

<sup>25</sup> « Health Medical Organizations » : réseaux de soin coordonnés



de concurrence qui a obligé A.M.A.<sup>26</sup>, société américaine, à régénérer tous ses codes de déontologie afin d'être en conformité :

- Sur la publicité : on a vu la mise en place de la publicité avec des prix minimums, ce qui devenait illégal ; depuis cette époque le droit sur la concurrence s'est développé ;
- Sur la profession : il existe des débats aux États-Unis sur l'ostéopathie : est-elle ou non une profession à part entière, mais cela reste quand même très différent de la France.

Une dernière chose, je voulais reprendre un sujet que Joël MORET-BAILLY a évoqué. On a vu la complexité dans la réglementation de l'État récemment concernant les « kickback » (on n'a pas l'équivalent en français, mais on pourrait dire « pot de vin »). Quand il a été question des cadeaux de l'industrie pharmaceutique, toutes les sociétés médicales disaient : « Nous, nous avons une déontologie sur les cadeaux, il est donc inutile qu'on établisse une réglementation ». Par contre le Office Specl General a stipulé : « Comme vous avez un code de déontologie qui pose des interdictions, ce sera le minimum ». Et, en réponse, toutes les sociétés médicales ont dit : « Ce n'est pas possible, si on ne respecte pas notre quota. Si ce n'est pas le maximum, pourquoi rédiger le code ? » On voit la complexité de l'affaire parce que l'État voulait que le code soit développé dans la loi. Mais est-ce que le droit est alternatif ou bien constitue-t-il la base ? »

**Estelle BROSSET** : « Peut-être reviendrons-nous à cette question d'autogestion. J'essaye de descendre maintenant un peu plus près de nous avec le droit de l'Union européenne de la santé. Amanda DUBUIS, s'agissant des professions de santé et en particulier de la profession d'ostéopathe, il me semble au final que nous avons trois entrées intéressantes. La première c'est les quelques modifications qui ont été induites par le droit de l'Union européenne pour cette profession, et la plus importante, me semble-t-il, c'est celle qui a été introduite par la directive « droit des patients » qui a reconnu la responsabilité potentielle et l'obligation d'assurance. On pourrait ajouter tous les débats sur l'exonération de la T.V.A. mais ils sont un peu plus anciens.

On a déjà eu des modifications du droit français induites par le droit de l'Union européenne, ce qui signifie qu'il est possible à l'avenir qu'il y en ait d'autres par la voie de directives, de règlements, c'est à dire de choix politiques d'harmonisation dans un certain nombre de domaines qui ne concernent pas directement les professions de santé mais des

---

<sup>26</sup> « American Médicale Association » : organisme faisant office de Conseil de l'Ordre

questions environnantes (ce peut être la qualification professionnelle ou les droits des patients) mais qui, par écho, par ricochet, induisent un certain nombre de modifications.

Le deuxième élément, et c'est là-dessus que je pense qu'il serait intéressant d'avoir votre éclairage, c'est que dans la jurisprudence - Joël MORET-BAILLY l'évoquait - on regarde les grands principes du droit de l'Union européenne, en particulier les libertés : la liberté d'établissement, la libre prestation de services, la libre circulation des marchandises. Dans la jurisprudence de la cour de justice de l'Union européenne, un certain nombre de décisions de justice ont tiré de ces libertés un certain nombre de principes qui peuvent impacter les professions de santé, qui en ont déjà impacté certaines, pas encore directement les ostéopathes, mais qui en ont impacté certaines qui concernent les monopoles, qui concernent les règles de maillage territorial (pour ne citer que ces exemples), qui peuvent concerner aussi la publicité (on a un bel arrêt sur la publicité des soins dentaires) et qui, à l'avenir, fournissent une grille de lecture sur ce que la profession doit éviter dans ses codes de déontologie, ou ce que l'État doit éviter lorsqu'il s'intéresse au secteur professionnel.

On peut peut-être aussi avoir un point de vue plus axiologique, terminologique. Je crois que l'Union européenne donne un certain nombre de définitions de ce qu'est une activité de soins et de ce qu'est un professionnel de santé. Ce sont des définitions souvent plus larges que ce que désigne le droit français. Cela ne remet pas en cause ce que dit le Code de la santé publique, puisque le traité dit : « Responsabilité première des États », mais c'est une forme de dissémination progressive de certaines notions et je trouve intéressant de toujours les avoir en tête. Des arrêts ont interprété quelles professions devaient être considérées comme professions de santé ; est-ce qu'un opticien exerce une profession de santé ou non ? La cour examine tout ce qui fait partie de l'activité pour en déduire si oui ou non il s'agit ici d'une profession de santé.

Dernier élément, pour une personne qui fait du droit à l'Union européenne, on nous taxe souvent d'être un droit spécifique qui ne ressemble à aucun autre droit, ni le droit national ni le droit international et, pour une profession qui est toujours, pour l'heure, dans un statut spécifique, autant vous dire que du côté des Européanistes du droit de l'union, finalement la spécificité est devenue l'identité constitutive de ce droit. Il y a peut-être ici un message intéressant pour la structuration à l'avenir de la profession de considérer non pas la spécificité comme un défaut mais comme un élément de son identité.

Je souhaite adresser une question à Amanda DUBUIS : concernant cette jurisprudence, les modifications sont déjà admises, on les connaît, vous les connaissez bien, mais celles à venir seront peut-être déterminées par une jurisprudence qui ne concerne pas du tout les

ostéopathes, qui concerne d'autres professions de santé, mais qui finalement, dans les résultats, fournit une sorte de grille de lecture qu'il est intéressant d'avoir en tête. Pouvez-vous simplement nous dire en quelques minutes quelle est cette jurisprudence ? »

**Amanda DUBUIS** : « Avant d'attaquer cette question spécifique sur la liberté d'établissement, je voudrais apporter deux précisions, afin de prolonger ce que vous disiez, sur les interactions entre la profession d'ostéopathe et le droit de l'Union européenne.

D'abord une première précision terminologique : en droit de l'Union européenne la notion de professionnel de santé est appréhendée largement, comme vous l'avez évoqué, mais, parmi ces professionnels, on compte les professions réglementées parmi les professionnels de santé, les professions non réglementées, y compris les professionnels qui sont autorisés à user d'un titre particulier, c'est le cas de l'ostéopathie. Finalement au regard du droit de l'Union européenne, le professionnel de santé c'est aussi l'ostéopathe. Pour moi cela me semblait une précision importante parce que cela permet de faire une distinction par rapport au droit français qui exclut l'ostéopathe de cette catégorie alors que le droit de l'Union européenne l'inclut, même s'il n'y a pas énormément de conséquences sur le statut parce que, comme le disait Estelle BROSSET, finalement le statut des professions dépend de chaque État, c'est à chaque État d'organiser le statut. Il n'y aura donc pas d'impact mais la précision est importante.

Et, comme vous le disiez, en droit de l'Union européenne les professions de santé sont appréhendées largement parce qu'effectivement même les opticiens rentrent dans cette catégorie. Pourquoi les opticiens peuvent-ils y entrer ? Parce que, selon la cour de justice, si une partie de l'activité des opticiens est commerciale (par exemple la vente de lunettes de soleil), une autre partie consiste à corriger la vision et c'est appréhendé comme une contribution à la protection de la santé publique. C'est important parce que cela montre que, finalement, la cour de justice appréhende le professionnel de santé comme celui qui contribue à protéger la santé publique.

Une autre précision sur la place de l'ostéopathie dans toutes les règles professionnelles européennes, nombre de ces règles professionnelles ont été organisées pour permettre la libre circulation, à la fois la libre circulation du professionnel qui souhaite travailler dans un autre État membre et la libre circulation du patient qui se fait soigner dans un autre État (parce qu'au cours d'un déplacement il a besoin de soins ou parce qu'il choisit d'aller se faire soigner ailleurs pour des soins moins onéreux ou plus pointus, ou encore parce que les techniques ne sont pas disponibles dans son État). Grâce au droit de l'Union européenne, il a le droit non seulement d'accéder aux soins mais encore d'en obtenir le remboursement.

Une directive importante de 2011 a permis ce remboursement du patient mobile et, comme vous le signaliez, c'est ce texte qui est à l'origine aussi d'un l'impact sur la

profession d'ostéopathie avec cette obligation d'assurance légale issue de cette directive sur le patient mobile.

Voilà pour cet aspect afin de mettre en avant l'existence de règles professionnelles qui peuvent intéresser l'ostéopathe même si globalement nombre de ces règles européennes ne vont pas impacter l'ostéopathe parce que, tout simplement, on revient sur des questions de compétence et, au final, comme la profession est organisée au niveau interne, il n'y aura pas d'impact. C'est malgré tout intéressant de les envisager dans cette journée parce que cela nous montre ce vers quoi tend l'Union européenne et ce vers quoi tendront la profession et les professions de santé en général.

La notion importante à retenir à mon sens, c'est que ce droit de l'Union européenne qui s'intéresse aux règles professionnelles par le biais de la liberté de circulation a pour but aussi de préserver quelque chose d'essentiel, la protection de la santé du patient. Toutes ces règles-là qui permettent la mobilité du professionnel, qui permettent la liberté d'établissement (sur laquelle je vais revenir) et, dans une moindre mesure, l'organisation de la déontologie, veillent donc à préserver la protection de la santé et finalement c'est un panel assez important des règles professionnelles et des règles de déontologie.

Pour répondre enfin à la question sur la liberté d'établissement : la liberté d'établissement ou d'installation est organisée par le droit de l'Union européenne, elle permet à un professionnel d'aller s'installer dans un autre État, d'aller ouvrir un cabinet dans n'importe quel État membre, ou même dans son État d'origine (on a des jurisprudences qui concernent aussi ce point de vue).

Point important : cette liberté n'est pas totale parce qu'il peut y avoir des contraintes imposées par l'État. En fait l'État ne peut imposer des contraintes ni restreindre l'installation sans le justifier au regard du droit de l'Union européenne. Il doit évoquer un « motif impérieux d'intérêt général », c'est le terme employé en droit de l'Union européenne. Ce motif impérieux d'intérêt général peut être la protection de la santé ou la volonté d'assurer un accès du patient à des soins sûrs et de qualité.

Pour schématiser, si l'État français veut restreindre une forme d'activité, restreindre la liberté d'établissement d'un professionnel, il faut qu'il puisse le justifier par un motif, et c'est par ce côté-là que beaucoup de restrictions nationales sont légitimées au regard du droit de l'Union européenne et notamment le monopole pharmaceutique qui permet à un État de soumettre l'ouverture d'une officine à un système d'autorisation, qui permet aussi de réserver la vente de médicaments à l'intérieur des pharmacies et de ne pas permettre à des parapharmacies ou des supermarchés d'en vendre.

Enfin des jurisprudences concernent la légitimité de la législation nationale qui interdit à des laboratoires pharmaceutiques ou à des entreprises d'avoir des parts dans une officine, ce qui serait contraire à la protection de la santé. En effet, le pharmacien qui vendrait des

médicaments dans ce contexte-là ne serait pas totalement indépendant et pourrait peut-être inciter le patient à la consommation ce qui, bien évidemment, ne va pas dans le sens de la protection de la santé.

La cour de justice légitimise toutes ces règles-là mais il convient de respecter un schéma pour que l'État soit dans la légalité au regard du droit de l'Union européenne, il doit se justifier. La cour utilise toujours la même méthode d'analyse, la même réflexion, face à une atteinte à la liberté d'établissement, elle va rechercher d'abord si cette atteinte est justifiée par une raison impérieuse d'intérêt général, c'est-à-dire si l'État peut justifier vouloir protéger la santé ou vouloir assurer l'accès à des soins sûrs et de qualité.

Après avoir vérifié ce point, la cour va rechercher si cette interdiction mise en place par l'État ne va pas créer une discrimination entre les nationaux et les autres ressortissants (par exemple pour un praticien belge qui voudrait s'installer en France, il convient de considérer si l'interdiction qui lui en serait faite est applicable à tous les praticiens ou vise seulement à empêcher l'installation d'étrangers).

Enfin la cour va vérifier si cette interdiction-là est appropriée pour réaliser l'objectif qu'il subit, c'est-à-dire l'interdiction de s'installer dans telle profession ou dans telle zone géographique, et elle va vérifier aussi si l'interdiction est proportionnée ou si elle se révèle trop stricte, c'est-à-dire si finalement une interdiction un peu plus souple n'aurait pas pu être mise en place tout en permettant de protéger la santé des patients.

Si la cour estime que le système mis en place n'est pas approprié ou n'est pas proportionné, les restrictions mises en place par l'État peuvent être amenées à évoluer, ce qui peut être intéressant pour la profession puisqu'on peut envisager que certaines interdictions posées par l'État pourraient tomber par le biais de ce droit de l'Union européenne. »

**Estelle BROSSET :** « C'est déjà bien complet mais je pense qu'il y aura des questions sur le droit européen. Je vais de suite donner la parole à Béatrice COURGEON. On a parlé à plusieurs reprises de l'obligation de l'assurance, vous êtes au cœur même de ce secteur, existe-t-il encore, selon vous, des difficultés irrésolues dans ce secteur de l'assurance concernant la profession d'ostéopathe ? Et plus globalement - je suis arrivée au moment où l'on parlait des difficultés d'intégration dans les cadres juridiques traditionnels de la responsabilité médicale - quel est votre point de vue sur ces difficultés d'intégration et sur la spécificité de la profession et son intégration dans les cadres juridiques habituels ? »

**Béatrice COURGEON :** « Pour vous dresser un tableau extrêmement schématique du paysage de l'assurance de la responsabilité médicale aujourd'hui : du point de vue de l'ostéopathie, nous avons très peu d'acteurs assureurs enclins à s'aventurer sur

l'assurance de cette spécialité ; on a plutôt tendance aujourd'hui à travailler avec des assureurs plus généralistes.

Qui s'intéresse aux professions de façon générale ? Nous avons Allianz, AXA, des assureurs comme MMA, mais c'est vrai que les assureurs traditionnels tels que MACFS, CHARMES, Pasteur Mutualité ou encore la Médicale de France refusent toujours à ce jour, à ma connaissance, de couvrir la profession. Pas tant pour des raisons qui tiennent à l'existence d'un risque qu'ils ne voudraient pas couvrir (parce qu'en réalité il existe un principe dans l'assurance qui est de dire il n'y a pas de risque inassurable, il suffit de mettre le juste prix en face) que pour des raisons politiques.

Aujourd'hui l'enjeu à mon sens le plus important pour votre spécialité n'est pas de trouver un assureur qui va gérer votre sinistre, parce que vous n'êtes pas sur une spécialité qu'on appelle dans notre jargon une spécialité dite de fréquence mais plutôt une spécialité d'intensité. L'enjeu pour vous va être de trouver finalement des garanties avec des capacités qui vont vous couvrir suffisamment sur le sinistre maximum possible. Aujourd'hui la loi prévoit un plafond de garantie fixé à huit millions d'euros par sinistre et quinze millions d'euros par professionnel et par année d'assurance.

Aujourd'hui l'expérience montre qu'on assiste, c'est inéluctable, à une flambée des indemnisations due en partie à la réforme de la loi d'indemnisation du dommage corporel avec la généralisation de la nomenclature Montillac qui a créé une kyrielle de postes d'indemnisation que vérifient les juges lorsqu'ils doivent réparer un dommage aux victimes.

De mon expérience et de ce que l'on a pu connaître comme sinistre maximum en responsabilité médicale, c'est un sinistre qui a débouché sur onze millions d'euros d'indemnisation. C'était un dossier qui concernait un nouveau-né qui avait été opéré d'une chirurgie orthopédique et qui avait dû subir de nombreux déplacements dans des institutions spécialisées ce qui fait que le poste de dépenses des frais de santé était très important.

Aujourd'hui où en est-on au sein des compagnies d'assurances, au niveau de la réflexion ?

Il est clair que les plafonds légaux à huit millions de certaines spécialités ne sont pas suffisants. Aujourd'hui on en est, nous, courtiers, à essayer de négocier les limites de garantie qui montent jusqu'à onze, voire douze millions d'euros. La réflexion est principalement sur l'obstétrique parce que l'on redoute l'accident de naissance qui va toucher le bébé qui survivra dans un état qui va nécessiter des soins à vie. La réflexion c'est de se dire que les progrès de la science, avec l'assistance médicale à la procréation, font que l'on assiste à une recrudescence de grossesses gémellaires, voire de triplés, et qu'aujourd'hui les assureurs se disent que ce n'est même plus dix millions d'euros qu'ils



vont devoir payer une fois mais potentiellement dix millions d'euros qu'ils devront payer deux fois, voire trois fois.

Le vrai sujet derrière cette réflexion c'est : est-ce qu'il appartient encore au droit de la responsabilité de régler ce genre de sujet, est-ce qu'on n'est pas arrivé à la limite de l'exercice ? Est-ce que la réflexion ne va pas nous amener à s'interroger sur la nécessité de créer un fonds de garantie qui serait alimenté par la Solidarité nationale ?

Cette idée mérite effectivement réflexion parce qu'aujourd'hui ce n'est pas un professionnel de santé ni même un assureur qui va pouvoir satisfaire à la réparation de ces montants d'indemnisation.

Voilà le portrait que je pouvais dresser de l'assurance avec, nécessairement, des assureurs de plus en plus enclins à avoir des gages de garantie, qui seront de plus en plus sensibles aux actions de prévention qui peuvent être menées par leurs assurés et sur lesquelles on essaye évidemment de les accompagner au maximum. »

**Estelle BROSSET :** « Peut-être y aura-t-il des questions sur l'assurance, mais afin de laisser la possibilité à ceux qui nous viennent d'autres systèmes de s'exprimer à nouveau, je voudrais revenir à vous, Marc RODWIN, parce que vous avez simplement ouvert la porte pour nous dire qu'aux États-Unis il y a finalement entre le droit et l'autogestion une répartition un peu différente du système français, pouvez-vous, en quelques mots, nous en dire davantage ? »

**Marc RODWIN :** « Nous avons des ostéopathes aux États-Unis mais je ne sais pas s'ils font la même chose qu'en France, en tout cas ils ont un statut très différent, ce sont des médecins. Ils ont des écoles. Ceux qui sortent des écoles de médecine et ceux qui sortent des écoles d'ostéopathie sont les uns et les autres reconnus comme médecins. Ils exercent et leurs actes sont remboursés.

Venons-en aux questions d'autogestion ou de réglementation par l'État : au commencement, les professions de santé et surtout les professions médicales reposaient sur l'autogestion. Ce qui est étonnant, je trouve, en regardant les autres pays, c'est qu'aux États-Unis ils ont pris un rôle de leaders en mettant en place la formation continue, l'éducation et l'accréditation des écoles de médecine. Par exemple, ce sont les chirurgiens qui ont dit : « Les hôpitaux n'ont pas de normes, on devrait les réglementer ». Et ils ont développé tout un système de réglementation des hôpitaux et c'est ensuite passé aux structures indépendantes.

La même chose s'est passée avec les écoles de médecine. Les écoles de médecine étaient privées, les médecins étaient propriétaires et on avait le droit d'exercer même si on sortait

de l'école de médecine sans avoir obtenu l'examen ; les médecins d'A.M.A. ont dit : « On a besoin d'un système de normes ». Ils ont demandé à ce que les États mettent en place des examens pour être sûrs que ceux qui sortaient des écoles de médecine aient bien les compétences requises. Au commencement du XX<sup>e</sup> siècle, la moitié des écoles se sont écroulées.

Ils ont fait la même chose en mettant en place des normes pour les « résidences » et pour les formations continues ; les professions de plus en plus mettent en place des normes et visent à augmenter leurs compétences et à créer des codes éthiques.

Maintenant l'État se préoccupe des normes des professions de santé mais il existe encore très peu de lois sur ces questions. L'État a commencé à intervenir à travers deux questions, deux problèmes :

- Quand l'État a financé et remboursé la médecine, ce qui est venu beaucoup plus tard qu'en France, ils se sont dit qu'ils devaient contrôler ce qu'ils faisaient.
- La profession faisait l'objet d'une critique : les professions de santé leur reprochaient de ne pas œuvrer dans l'intérêt du public mais pour gagner leur vie.

Pour ces raisons, des législations ont été mises en place afin de régler de façon plus marquée la profession.

Aujourd'hui chaque État contrôle le droit d'exercer pour les professions de santé alors que, par le passé, seuls les gens des professions de santé décidaient de ces questions. Maintenant il est obligatoire que des gens du public, étrangers à ces professions, et des juristes d'État y prennent part. Et les médecins les écoutent.

D'autres différences : au Massachusetts par exemple, n'importe quelle personne peut taper sur l'ordinateur le nom de son médecin et voir les disciplines, les établissements et les résultats de chaque médecin ; on a beaucoup plus de transparence.

Les États contrôlent le droit d'exercer, mais sur les questions de compétence, d'accréditation des écoles, de formation, de certification des médecins, là ça change. C'est l'American Medical Association qui a demandé que la formation continue soit obligatoire afin d'obtenir le droit d'exercer. Vous avez aussi cette obligation en France, mais la différence c'est qu'aux États-Unis si on n'a pas les points suffisants, le droit d'exercer cesse. Cette façon de faire a beaucoup plus d'effets... Mais ce n'est pas le paradis aux États-Unis parce qu'on décide qu'on doit suivre des formations continues ; en effet, ce que l'on doit y faire est beaucoup plus flou.

Ce qui existe pour la formation continue existe aussi pour la spécialisation : des professions ont décidé de mettre en place des examens. Si on veut être chirurgien en cardiologie, on doit suivre une formation en chirurgie, puis en cardiologie, puis une spécialisation en chirurgie cardiologie pour la pédiatrie... Ça devient de plus en plus complexe. Et on a les

mêmes tendances, avec un peu de retard, avec d'autres professions, comme les infirmiers ; je ne parle pas des ostéopathes parce que je ne pense qu'il y ait de règles particulières... c'est peut-être un peu plus souple.

Une grande tension se fait sentir maintenant à propos des compétences et des spécialisations. On voit nombre de conflits dans les professions parce que chaque spécialité se réclame de compétences particulières. Et là on connaît de vraies batailles entre professions. Il n'existe pas une règle à laquelle se référer qui résoudrait les problèmes. Des litiges naissent aussi autour des questions de concurrence, de loi du marché. Les lois découlent souvent de ces litiges.

Les programmes des assureurs, les programmes du médical, parfois acceptent le fonctionnement des professions sur la gestion des remboursements. Si on trouve que ce n'est pas assez performant des règles sont mises en place. Mais certains assureurs ont un grand champ d'action, aussi les réglementation mises en place peuvent-elles avoir un effet sur tout le marché... Mais pas toujours... Par exemple, le système « Medicare » a développé tout un système de codage pour les remboursements. Beaucoup d'assureurs privés complémentaires ont adopté ce principe parce qu'ils l'ont trouvé valable, mais ils n'en étaient pas obligés, cela ne leur était pas imposé par la loi.

Dernier point, on n'a pas un seul système parce que le fonctionnement est fédéral, chaque État a son propre fonctionnement. »

**Estelle BROSSET** : « Du fait de l'heure tardive, nous allons passer directement aux questions sur la formation continue. J'avais une question pour Amanda DUBUIS sur la directive « qualification professionnelle » : aux États-Unis j'ai bien compris la répartition et les conflits parfois, s'agissant de la formation continue et des accréditations, entre le niveau fédéral et le niveau fédéré. Dans l'Union européenne cette directive qualification professionnelle a été souvent modifiée, encore récemment. A chaque modification les choses avancent-elles d'une manière plus appuyée pour déterminer ce que doivent être les obligations de formation des professionnels de santé ou bien finalement restent-elles encore très généralistes, ne se mêlant pas d'une question qui est à nouveau dans le champ de la compétence nationale ? Sur les connaissances linguistiques, se sont déroulés nombre de débats, précisément pour satisfaire à ce principe de libre prestation de services. Est-ce que, de votre point de vue, on remarque une intensification du droit européen sur cette question-là ou finalement avons-nous un statu quo avec une détermination du droit français ? »

**Amanda DUBUIS** : « De mon point de vue, il n'y a pas eu d'intensification du droit de l'Union européenne sur ces aspects-là qui tendent à la protection des droits du patient. Et,

pour ce qui est du développement professionnel continu, il figure dans la dernière directive.

On a vu plusieurs directives sur la mobilité des professionnels de santé, la dernière en date est celle de 2013 et, dans cette directive figure non pas une obligation mais un encouragement (c'est formulé ainsi) ; les États sont invités à encourager le développement professionnel continu... on y va avec des pincettes pour des raisons de compétence encore une fois, parce que cela relève de la compétence des États d'organiser cela et non d'une compétence de l'Union européenne ; celle-ci exprime néanmoins son point de vue en signifiant qu'il conviendrait d'encourager cet aspect. Et on y va doublement avec des pincettes parce que toutes les professions ne sont pas concernées. La liste des professions concernées comprend les médecins, les infirmiers, les dentistes, les vétérinaires, les pharmaciens etc. ces professions-là sont visées expressément, les ostéopathes n'en font pas partie.

L'autre aspect important que vous évoquiez, c'est une nouveauté du texte de 2013 concernant la mobilité des professionnels. C'est une obligation de vérifier les compétences linguistiques de certaines professions, il s'agit d'un texte général qui concerne toutes les professions réglementées donc aussi bien les professions de santé au sens large que les architectes par exemple. Mais il existe des dispositions spécifiques à la santé.

En ce qui concerne les compétences linguistiques, une disposition spécifique dit que des contrôles de connaissances peuvent être imposés (ce n'est pas une obligation) par les États lorsqu'ils évaluent les qualifications des praticiens étrangers qui veulent exercer en France ; il est dit aussi que ces contrôles de connaissances linguistiques peuvent être imposés pour les professions qui ont des implications en matière de sécurité des patients. On n'est pas, cette fois, sur une liste précise, on voit plus largement, on parle uniquement des professions qui ont une implication en matière de sécurité des patients. L'ostéopathie est incluse ce qui montre que la visée est de prendre véritablement en compte cet impératif de santé. Cela reste toutefois un encouragement, on encourage les États, on leur donne la possibilité de faire des vérifications des compétences linguistiques. Il ne faut pas que cela puisse être considéré comme une discrimination à l'égard des ressortissants d'autres États. Ce contrôle de connaissances va toujours, de mon point de vue, dans le sens de la sécurité du patient.

Je voulais évoquer un autre outil afin de poursuivre sur cette directive sur la mobilité. Avec la directive de 2013 est apparue la carte professionnelle européenne, certificat électronique qui permet un échange d'informations entre les autorités compétentes. C'est non seulement un outil de simplification des démarches administratives pour le professionnel qui veut se déplacer (pas uniquement le professionnel de santé mais toutes les professions réglementées), mais c'est aussi un outil de sécurité du patient qui permet

aux autorités, lorsqu'un professionnel veut s'installer en France par exemple, de vérifier les qualifications et de vérifier que les diplômes ne sont pas falsifiés, ce qui s'avère important dans un contexte de mobilité.

Cette carte professionnelle européenne permet aussi de vérifier que le professionnel n'a pas été sanctionné dans un autre État, ou d'en avoir l'information. Jusque-là il n'existait pas de système de contrôle en la matière et c'était très problématique, car des professionnels qui étaient sanctionnés dans un État voisin partaient simplement exercer ailleurs. Les autorités sont donc maintenant informées, grâce à cet outil, lorsque le professionnel a été suspendu ou interdit d'exercice. Ce point ne concerne pas pour l'instant toutes les professions réglementées, seulement quelques-unes d'entre elles : les infirmiers, les pharmaciens, les kinésithérapeutes et aussi, pour un domaine hors santé, les guides de montagne et les agents immobiliers ; mais les ostéopathes n'en font pas partie, peut-être en feront-ils partie prochainement, mais pour ce faire la directive pose des conditions, il faut d'une part une mobilité significative de la profession et d'autre part que la profession soit partie prenante du développement de cette carte. »

**Estelle BROSSET** : « S'agissant de la jurisprudence dont vous parliez sur la liberté d'installation - qui est vraiment une grille de lecture générale et qui n'intéresse, pour l'heure, qu'assez modestement les ostéopathes -, j'ai vu passer des jurisprudences sur l'application de cette jurisprudence aux règles déontologiques avec une affaire sur la publicité autour des soins dentaires, est-ce cela ne pourrait pas avoir un impact sur les règles déontologiques dont la profession se dote elle-même ? »

**Amanda DUBUIS** : « Effectivement, on a vu cette importante jurisprudence. En fait l'Union européenne n'a pas de compétence pour ces règles de déontologie. On compte deux arrêts sur la déontologie des professions de santé, l'un concerne le professionnel mobile et stipule que celui qui se déplace doit respecter les règles locales. L'autre arrêt est plus récent, et il est intéressant de constater qu'au départ on était sûr de la mobilité et que l'on arrive, par le biais de cette liberté de circulation, sur des problématiques de déontologie. L'arrêt que vous évoquiez est un arrêt récent, il date du 4 mai 2017 et concernait un dentiste établi en Belgique qui faisait de la publicité pour son cabinet et les soins dentaires qu'il dispensait par différents moyens. Il avait notamment placé un grand panneau avec trois faces assez imposantes devant son cabinet pour se signaler ; la cour dit qu'il s'agissait d'un « totem ». Il faisait aussi de la publicité dans les journaux locaux et par le biais de son site Internet, mettait en valeur les soins dentaires qu'il prodiguait et comparait ses prestations avec celles de ses collègues. Tout ceci était contraire au droit belge qui est très strict en la matière, notamment pour les dentistes. Hormis la petite plaque devant le

cabinet, toute forme de publicité est interdite. Ce point concerne également les sites Internet.

La cour de justice a été amenée à se prononcer à ce sujet, elle a en quelque sorte sanctionné la Belgique du fait de sa législation jugée trop stricte. C'est intéressant pour l'élaboration des règles déontologiques, cela nous enseigne qu'il ne faut pas être trop strict non plus.

L'intérêt de cet arrêt c'est de montrer que les professions de santé sont certes des professions à part (on doit préserver le patient) mais qu'il faut permettre aux professionnels de travailler, ou tout au moins de se faire connaître de sa patientèle ou de sa clientèle. Ce qui s'avère rassurant c'est que l'arrêt précise que si l'on ne peut interdire absolument la publicité, on peut en revanche l'encadrer. La cour de justice incite d'ailleurs à l'encadrer « strictement » afin d'éviter des formes de concurrence entre les praticiens susceptibles de nuire aux patients et à la profession. Cet arrêt sollicite l'établissement de règles professionnelles et encourage à viser l'indépendance, la dignité, l'honneur et la loyauté - loyauté tant envers les clients qu'envers les autres membres de la profession. Les termes exacts employés dans l'arrêt : « *viser la dignité de la profession* ».

**Marc RODWIN** : « On a perdu aux États-Unis la dignité de la profession. Pour la publicité, tant qu'elle n'est pas mensongère, elle reste acceptable. Si un professionnel vante, sur une chaîne de télévision, les bons résultats de ses soins sans aborder aussi les problèmes, ce n'est pas acceptable. Mais on ne peut s'opposer à une publicité du type : « J'exerce dans la profession depuis dix ans, je pratique de bons prix, voici mes tarifs ».

**Joël MORET-BAILLY** : « Je me permets deux petites notes de bas de page par rapport à l'arrêt de mai 2017, en fait c'est la reprise du contenu de la directive services qui a d'abord été appliquée aux experts-comptables puis aux avocats. On constate - alors même que ce n'est pas censé être ainsi puisque, pour les professions de santé, c'est « en silos » - que c'est l'application de la jurisprudence directive services pour toutes les professions, dans le cadre des professions de dentiste.

Et ce qui est assez amusant c'est que - je vous parlais un peu plus tôt de la question de savoir si la déontologie des avocats s'appliquait aux opérateurs de l'Internet - la Cour de cassation dans un arrêt de 2017 reprend le code de la consommation et utilise les mêmes mots : dignité etc. qui sont les mots de la directive services qui ont été mis dans le code de la consommation à propos des prestataires informatiques. Ce qui veut dire que sous le biais de la jurisprudence européenne, on se retrouve, pour les professions libérales et pour d'autres activités, avec les mêmes exigences, une sorte de « déontologisation » transversale et une absence d'originalité des professions libérales. »



**Marc RODWIN** : « Aux États-Unis, on pense maintenant que la concurrence et l'information protègent les patients. En France, pour ces questions de publicité, il ne s'agit pas seulement de la dignité de la profession, le patient a un intérêt à être correctement informé. Une profession n'a pas le droit de contrôler d'autres professions pour maintenir sa déontologie, sauf si l'on peut démontrer que les gens qui créent la publicité le font contre l'intérêt du patient ou leur donnent des informations mensongères (en disant par exemple que tel praticien soigne le cancer mieux qu'un autre). »

**Philippe STERLINGOT** : « Globalement il ressort de nos échanges que tout ce qui a trait aux enjeux économiques et à la régulation des enjeux économiques des professions est en train d'échapper aux professions. Aujourd'hui la publicité, en Australie, en Nouvelle-Zélande, est autorisée pour les professions de santé à la condition que les contenus soient vérifiables, notamment au regard des données acquises de la Science et à condition que les contenus soient des contenus sincères. Ce sont des éléments à replacer dans le contexte de la réflexion que l'on aura dans quelques mois sur la déontologie. Ces enjeux échappant manifestement aux professions, il faudra trouver les moyens de maintenir une garantie de qualité de services pour les patients.

Le sentiment que j'ai en tant que dirigeant syndical, c'est que la prévalence des sinistres, en tout cas des demandes de réparation de préjudices, augmente peu à peu. Là où l'on comptait une affaire tous les deux ou trois ans il y a huit ans encore, on est aujourd'hui sur une moyenne de deux ou trois affaires par an, pas obligatoirement des affaires très graves mais on relève quand même un certain nombre de départs d'incendies. Je ne connais pas toute la jurisprudence mais, à ma connaissance, le plus gros préjudice réparé dans le monde de l'ostéopathie s'élève à deux millions six. »

#### QUESTIONS/REponses :

**Adhérent (Robin VETEAU)** : « Dans les données que vous avez exposées, Madame COURGEON, pendant votre intervention, je me demande quelles sont vos sources d'information sur l'évaluation des risques ou l'évaluation de la sinistralité en ostéopathie, car c'est une réflexion que l'on a de façon continue au sein du syndicat depuis quelques années. »

**Béatrice COURGEON** : « Sur les sources de la sinistralité en ostéopathie - et les recherches m'ont permis de dire qu'on n'était pas sur une spécialité à risques fréquents - ce que j'ai pu analyser c'est que l'on compte potentiellement des chutes et quelques côtes cassées mais je n'ai jamais eu de réclamations sur un défaut d'information (sur des risques par exemple) ; concernant le dossier à deux millions d'euros, il s'agissait d'un AVC. Mais, encore une fois,

ce sont des dossiers très isolés et qui nécessitent des opérations d'expertise extrêmement poussées ; la plupart du temps plusieurs experts sont nommés parce que la difficulté n'est pas tant de dire « J'ai eu un geste et, derrière, j'ai un résultat dommageable » que de trouver le lien de causalité entre les deux ; c'est bien souvent à ce niveau-là que toute la discussion va porter parce que nécessairement un patient n'arrive jamais sain ; en général quand il vient voir son ostéopathe ou même son médecin, le patient a déjà une fragilité, et toute la difficulté va consister à faire la part des choses entre ce qui relève de l'état antérieur et ce qui peut relever potentiellement du geste. Parfois le geste n'aura fait que révéler une prédisposition.

Ce sont des dossiers extrêmement complexes. Je ne suis pas en train de minimiser le risque, le risque zéro n'existe pas. Il vous arrive notamment d'intervenir sur des nouveau-nés, le risque n'est pas si théorique que cela. D'où la nécessité d'avoir une attention particulière sur les limites de garantie. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Si j'ai bien compris ce sont des données assurantielles que vous avez en sources, ce n'est pas croisé avec d'autres études qui auraient pu être réalisées par ailleurs ? »

**Béatrice COURGEON :** « Ce sont essentiellement des données au niveau des assurances. »

**Adhérent (Robin VETEAU) à Mme DUBUIS :** « Sur la question de la liberté d'installation dans l'Union européenne, est-ce qu'une différence de formation pour des ostéopathes dans des pays différents est suffisante pour justifier ce besoin impérieux d'intérêt général et pour limiter, empêcher, mettre sous condition l'installation d'un professionnel dans un pays membre ? »

**Amanda DUBUIS :** « Oui, c'est la question de la reconnaissance des diplômes qui permet de savoir si le professionnel peut s'installer, soit pour une installation à long terme, soit pour une simple prestation de service (aller ponctuellement dispenser des soins dans un autre État).

Pour permettre cette mobilité, une reconnaissance des qualifications a été organisée ; elle est automatique pour certaines professions, les médecins par exemple, mais ne l'est pas pour d'autres comme les ostéopathes parce qu'il n'y a pas d'harmonisation, l'organisation relevant de chaque État membre. Les États sont libres d'apprécier si le diplôme obtenu dans un autre État correspond aux critères d'exercice de leur État. Les États ont une liberté d'appréciation dont la limite est la réalisation d'une discrimination dans cette appréciation.

Un arrêt de 1991 concerne un ostéopathe diplômé en Grande-Bretagne qui venait exercer en Italie. Il s'est vu refusé l'exercice en Italie au motif qu'il n'était pas italien alors que le diplôme de la Grande-Bretagne était accepté en Italie, ce qui constituait une discrimination puisque l'on reconnaissait ce diplôme uniquement pour les nationaux. Les discriminations ont beaucoup évolué depuis cet arrêt. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Pour des États membres de l'Union européenne pour lesquels il n'existe pas de réglementation sur la formation ni sur les conditions d'exercice, l'esprit de la loi européenne, si je comprends bien, est donc de ne pas limiter la mobilité ou l'installation des professionnels ? »

**Philippe STERLINGOT :** « La réglementation française de l'ostéopathie prévoit des règles très précises sur l'installation d'ostéopathes provenant de pays autres que la France. Soit l'ostéopathe vient d'un pays où l'ostéopathie est réglementée, et dans ce cas-là on regarde le niveau de formation, soit l'ostéopathe vient d'un pays où l'ostéopathie n'est pas réglementée, on regarde alors le niveau de formation ou l'expérience ; les processus sont évalués par une commission. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Pour les ostéopathes français qui veulent exercer à l'étranger, dans un État membre de l'Union européenne (à ma connaissance il n'y a pas tant de pays que cela qui ont des réglementations et notamment des conditions de formation et de diplôme), est-ce que l'esprit de la loi européenne est de laisser ces professionnels s'installer comme bon leur semble dans les pays où il n'existe pas de réglementation ? »

**Philippe STERLINGOT :** « Tout dépend du pays. Dans les pays où il n'existe pas de réglementation mais où l'on jouit d'une « forme de tolérance », je pense notamment à l'Italie, c'est assez libre et facile. En revanche si nous prenons comme exemple l'Allemagne, un arrêt de la cour suprême allemande datant de 2015 prévoit que les ostéopathes qui ne sont ni médecins ni physiothérapeutes doivent être « *Heil Praktikers* ».

C'est vraiment au cas par cas selon les États. Aujourd'hui un jeune français qui voudrait s'installer à l'étranger devra regarder de très près le droit national. »

**Amanda DUBUIS :** « Le droit de l'Union européenne ne s'intéresse pas à cet aspect parce que c'est de la compétence de chaque État. A chaque fois que des questions sont posées sur ces points-là, soit par le biais des arrêts de la cour de justice, soit par les questions parlementaires adressées directement au Parlement européen, il est répondu que cela relève de la compétence des États. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « On établit donc une distinction entre le principe de liberté d'installation et les conditions d'accès à cette installation ? »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « Pour les professions de santé, le ministère de la santé a créé la notion de mesures compensatoires. Effectivement, quand on circule entre les États, on constate notamment des différences de formation et il appartient aux États d'organiser ce que l'on appelle des mesures compensatoires ; celles-ci sont prises selon différentes dispositions.

La nouvelle directive qui vient d'être transposée par ordonnance dit : « A partir du moment où la mesure compensatoire est telle qu'elle amènerait le professionnel à refaire entièrement un cursus... c'est là qu'arrive la notion d'exercice partiel qui bouleverse nombre de représentations des cadres professionnels, qui fait réagir les professionnels de santé et qui, à mon avis, en termes de jurisprudence de circulation, d'encadrement des professions, va poser des problèmes juridiques très précis, y compris en termes déontologiques, y compris en termes de règles professionnelles ; sur tous ces sujets on ouvre des problématiques de droit qui seront certainement intéressantes à analyser.

On ouvre la boîte de Pandore, y compris en termes d'information du patient. »

**Adhérente (Roselyne LALAUZE POL) :** « Concernant la sinistralité, on n'a pas parlé de l'O.M.S.<sup>27</sup> notamment qui ne donnait pas obligatoirement le même niveau de compétence ou qui demandait des compétences supérieures en pédiatrie. L'O.I.A. a créé une certification... »

**Philippe STERLINGOT :** « Nous avons parlé de la Nouvelle-Zélande qui met actuellement en place une certification particulière préalable à l'exercice de l'ostéopathie pédiatrique. »

**Adhérente (Roselyne LALAUZE POL) :** « L'O.M.S. demandait plus d'heures pour ce qui était appelé le « module pédiatrique 2 ». Concernant la sinistralité, en pédiatrie et en néonatalité, les risques sont beaucoup plus importants, c'est très clair. »

**Béatrice COURGEON :** « Effectivement, plus il y aura de formations plus il y aura de sécurisation autour de la formation des professionnels qui seront amenés à prendre en charge les nouveau-nés, plus on sera effectivement dans un système de sécurité qui, à terme, fera écho auprès des assureurs. Aujourd'hui les assureurs se retranchent derrière le

---

<sup>27</sup> Organisation Mondiale de la Santé

texte existant. Cela ne signifie pas que les choses ne peuvent pas changer car l'histoire montre que les textes évoluent au fur et à mesure des pratiques. »

**Adhérente (Roselyne LALAUZE POL) :** « L'assureur voit le texte différemment, il ne le voit pas comme le juriste et c'est un véritable problème. »

**Philippe STERLINGOT :** « Ce n'est pas tellement l'assureur qui va prendre en compte ou non l'analyse sur le certificat de non-contre-indication préalable à une prise en charge du nourrisson, c'est le juge qui va regarder cela. Mais on n'ouvrira pas ce débat maintenant. »

**Joel MORET-BAILLY :** « A l'époque nous étions parvenus à un accord avec Allianz puisqu'on avait confronté nos interprétations ; je crois qu'ils s'étaient rangés à celle que j'avais proposée. »

**Philippe STERLINGOT :** « Concernant le risque sur le nourrisson, ce n'est pas tant que le risque est plus élevé, c'est que, s'il survient, il est potentiellement beaucoup plus coûteux. »

**Béatrice COURGEON :** « Tout à fait, c'était le sens de mon message. »

**Marc RODWIN :** « Aux États-Unis, les assureurs ont un rôle très important parce qu'à travers le paiement ils décident en quelque sorte de ce qui passe. Finalement ce sont eux qui développent les règles le plus souvent. Par exemple il est interdit normalement de prescrire hors A.M.A., sauf si les assureurs considèrent que c'est une sécurité finalement... ils effectuent eux-mêmes leur propre analyse de la situation. Je sais qu'un débat a lieu en France sur les réseaux coordonnés de soins ; des gens pensent que dans le futur on devra donner aux complémentaires un rôle plus grand... »

**Philippe STERLINGOT :** « Oui avec, me semble-t-il, une petite nuance c'est que je crois qu'aux États-Unis le recours à la transaction préalable à toute action judiciaire est beaucoup plus important qu'en France. Et quand il y a un préjudice, l'assureur négocie beaucoup plus et trouve fréquemment un accord avec le professionnel. On passe ainsi moins souvent devant le juge. »

**Marc RODWIN :** « Je n'en suis pas sûr, mais je ne dis pas que c'est faux, parce que finalement c'est notre assureur, qui n'est pas le même que l'assureur du médecin, qui estime si le risque est avéré ou non. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Sur la question hospitalière : il a été pris comme exemple les conditions de formation des psychologues qui, si j'ai bien compris, contribuaient à justifier la création d'un statut de psychologue hospitalier... »

**Marie-Laure MOQUET-ANGER :** « Ce n'est pas exactement ce que j'ai dit. A la suite de la reconnaissance du titre professionnel de psychologue, le décret de 1991 avait créé un statut de psychologue à l'hôpital, ce n'est pas les conditions de formation, c'est la reconnaissance du titre. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Le titre d'ostéopathe est maintenant reconnu en France, qu'est-ce qui empêche aujourd'hui la création du statut pour les ostéopathes ? »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « C'est très simple, vous avez remarqué qu'on ne crée plus beaucoup de corps dans la Fonction publique, qu'on a vu au contraire un mouvement visant à les réduire, qu'il n'y a pas eu de création de nouveaux corps depuis bien longtemps ; et même les médecins qui ont fait leur entrée officielle dans le Code de la santé, en même temps que les pharmaciens, n'ont pas pour l'instant de statut de fonctionnaires avec une grille etc. donc je crois que ce n'est plus du tout dans l'histoire de la Fonction publique. Il est donc peu probable qu'on en crée un. Ce n'est même pas parce que c'est l'ostéopathie etc., c'est d'un autre ordre, là on est dans une autre histoire qui se révèle complexe.

On voit naître toute une série de nouveaux métiers dont on a besoin à l'hôpital dans le cadre de l'évolution actuelle et qui sont hors corps de la Fonction publique, qui n'ont pas le statut de fonctionnaires et qu'on embauche comme contractuels à l'Hôpital public, y compris quand ils sont reconnus comme professions de santé (nous en avons parlé ce matin). Les médecins sont essentiellement des contractuels. On a toute une série de professions autour de la génétique ; tous les biologistes qui interviennent à l'hôpital (je ne parle pas des médecins biologistes, mais des Docteurs en biologie) sont sur des statuts de contractuels. Il n'y a pas de corps qui accueillent les Docteurs de haut niveau à l'hôpital. C'est aussi pour des motifs économiques et de finances publiques. »

**Philippe STERLINGOT :** « Il n'y a donc aucun espoir de « corps à corps » entre l'ostéopathie et l'hôpital ? »

**Michèle LENOIR-SALFATI :** « J'ai envie de vous poser une question : est-ce que vous rêvez d'être fonctionnaires ? »



C'est un noble métier, j'incarne la Fonction publique de l'État et je l'adore, mais est-ce que vous en rêvez ? On parle depuis ce matin de la problématique des kinésithérapeutes, il n'y a plus de kinésithérapeutes hospitaliers.

C'est d'ailleurs un gros sujet parce que le niveau de rémunération d'un kinésithérapeute hospitalier n'arrive absolument pas à approcher ce qu'ils gagnent en libéral. Un kinésithérapeute qui démarre, comme un infirmier qui démarre à l'hôpital, c'est un peu plus que le SMIC, et ils terminent une carrière à moins de 3 000 €. Il faut que chacun mesure ce que représenterait la fonctionnarisation de la profession. »

**Philippe STERLINGOT** : « La question c'est : comment l'ostéopathie réussit-elle correctement à exercer en sécurité à l'hôpital. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « Sous contrat à l'hôpital, on emploie des généticiens, on emploie des biologistes, on a employé des assistants de recherche clinique, il n'y a pas plus de base légale, c'est une fonction avec la liberté de contractualisation de l'hôpital : le contrat dans le public.

Dans la Fonction publique hospitalière, on compte aujourd'hui 250 000 contractuels de métiers tout à fait différents, indépendamment des corps de fonctionnaires.

Vous savez qu'une des réflexions dans la Fonction publique vise à une Fonction publique à l'italienne où les grands corps exercent des fonctions régaliennes de régulation etc. et, à côté, des contractuels, avec des contrats de dix ans etc. A l'hôpital on voit parfaitement comment les choses pourraient évoluer, et c'est sans doute ce qui finira par advenir, ne serait-ce que pour des motifs économiques.

Je ne comprends pas bien la question de la base légale parce qu'on embauche au-delà des professions de santé réglementées à l'hôpital. »

**Joël MORET-BAILLY** : « Une remarque générale en termes à la fois structurels et conjoncturels, je me demande si la question se pose dans la mesure où, si l'on regarde la dernière loi de financement, l'hôpital n'embauchera pas. Il s'agit même actuellement de ne plus remplacer ceux qui partent à la retraite. Deuxièmement, en termes d'intérêt professionnel, on gagne davantage en tant que contractuel. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « Ce n'est pas à l'hôpital que vous aurez accès à la recherche, ceux qui ont accès à la recherche à l'hôpital, on va être clair, c'est uniquement les PUPH<sup>28</sup>, et

---

<sup>28</sup> Professeurs d'Université Praticiens Hospitaliers

de plus en plus on introduit dans les statuts de PH<sup>29</sup> un accès à la recherche qu'ils n'ont pas à la base. Le PH c'est celui qui fait tourner la machine. Donc travailler à l'hôpital (ça aussi cela fait partie des fantasmes) n'implique pas l'accès à la recherche. Il existe toute une série de personnels hospitaliers dont la fonction est le soin et non la recherche. L'accès à l'université, ce n'est pas à l'hôpital, c'est uniquement au CHU. »

**Marie-Laure MOQUET-ANGER :** « Ce sur quoi je veux revenir, ce n'est pas sur la question du fond légal du recrutement. Je connais comme tous ici sans doute la loi de 2007, qui est une loi prise en application d'une disposition de l'Union européenne, et le recrutement d'un contractuel pour trois ans renouvelable une fois (au bout de six ans on finit par le titulariser). Il faut quand même dire que l'état d'une loi c'est encore cela en France. Y compris à l'hôpital. Non, le fondement légal, c'est le fondement légal sur la rémunération.

Dites-moi comment on peut rémunérer l'activité d'un ostéopathe exclusif qui n'est pas reconnu comme une profession de santé et qui n'est pas pris en charge par l'assurance maladie ? C'est quand même l'assurance maladie et les complémentaires qui financent les hôpitaux. Donc je ne vois pas sur quel fondement légal un hôpital peut tarifier la consultation, les honoraires d'un ostéopathe exclusif, ou bien alors, mais ça je sais qu'ils savent le faire (moi, non) ce sont des tarifs déguisés. Il y a des prestations hospitalières complémentaires qui sont régulièrement dénoncées, y compris par l'assurance maladie. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Merci pour cette réponse très claire. »

**Adhérent :** « Juste à titre indicatif, au niveau de la déontologie dans les autres pays européens, sur l'avancée de la reconnaissance ostéopathique qui s'est mise en place, existe-t-il déjà des codes de déontologie sur lesquels on puisse s'appuyer ? »

**Philippe STERLINGOT :** « Il y en a un en Europe qui est opposable au sens où Joël MORET-BAILLY l'énonce, c'est au Royaume-Uni. Je crois que c'est le seul État en Europe qui possède un code de déontologie opposable aux ostéopathes. Les Suisses sont en train d'y travailler, mais ce n'est pas encore fait. On sera peut-être les deuxièmes, si on avance suffisamment vite. »

**Adhérent (Robin VETEAU) :** « Code déontologique qui s'accompagne, à ta connaissance, d'aspects pratiques comme on pourrait l'exiger en France d'un guide de bonnes pratiques ? »

---

<sup>29</sup> Praticien Hospitalier

**Philippe STERLINGOT** : « Non, je parle d'un code de conduite, c'est-à-dire de règles qu'on a dans le code de déontologie de l'ostéopathie en France, peu ou prou, puisqu'on retrouve les mêmes obligations, mais simplement formulées à l'anglaise, les cultures d'écriture étant relativement différentes.

Puisque l'on parle des recommandations de bonnes pratiques en Europe, il en existe également au Royaume-Uni créées par l'Ordre des ostéopathes anglais, mais à la différence que l'Ordre des ostéopathes anglais est centré sur le patient, non pas sur la profession, c'est-à-dire qu'il veille à l'élaboration et à la mise en œuvre de règles qui permettent de garantir la qualité et la sécurité des soins. Mais toutes ces règles ne sont pas obligatoirement transposables en France. »

**Michèle LENOIR-SALFATI** : « En Italie, je crois qu'il y a un projet de loi qui a été approuvé par le Sénat italien le 24 mai dernier et qui devrait passer par la chambre des députés prochainement et dont l'article 4 prévoit la reconnaissance de l'ostéopathie en tant que profession de santé, la création officielle d'un Ordre des ostéopathes et l'obligation pour les ostéopathes d'obtenir une licence et une habilitation de trois années d'expérience. »

**Philippe STERLINGOT** : « Oui, mais depuis il y a eu un changement de gouvernement et ça n'a pas évolué. »

**Marc RODWIN** : « Aux États-Unis, dans les codes de déontologie, était posée l'interdiction d'avoir des rapports avec des gens qui ne faisaient pas partie de la formation traditionnelle ; le code éthique des sociétés savantes médicales devient de plus en plus abstrait et court, par contre on développe en même temps des opinions basées sur une clause de plus en plus détaillée sur des questions difficiles qui évoluent beaucoup. Toute une réflexion se déploie, et ce n'est pas seulement sur les clauses pratiques. Lorsqu'une question apparaît sur une profession, le comité fait une analyse et établit un rapport, un article est rédigé et après ils renouvellent pour trois ans ; c'est intéressant et cela devient peu à peu légal car ils analysent le droit et ils donnent des exemples d'interprétation : si quelqu'un fait telle chose comment cela sera-t-il être perçu par l'opinion. »

**Philippe STERLINGOT** : « Je reconnais bien là le pragmatisme anglo-saxon qui, plutôt que d'émettre un certain nombre de règles, émet une forme de doctrine qui évolue au fil des besoins. Il y aurait des choses à regarder de ce côté-là.

Je pense qu'on a fait le tour des différentes questions.

Je voudrais remercier d'une part ceux qui ont eu le courage de tenir jusqu'au bout mais également et surtout tous les intervenants qui sont venus aujourd'hui. Merci Estelle BROSSET pour votre présence qui a été un peu plus que « cosmétique », si vous me



permettez. Merci à vous trois : merci Michèle LENOIR-SALFATI, merci Marie-Laure MOQUET-ANGER et merci Joël MORET-BAILLY. Nous avons eu une journée infiniment passionnante.

Évidemment je regrette, comme c'est de coutume, le trop petit taux de participation de mes chers camarades. C'est la raison pour laquelle cette année, je le redis, nous allons rédiger une publication sur cette journée afin que d'autres que nous puissent profiter de ces débats de très bon niveau.

Merci à tous. »

Le secrétaire général

Robin VETEAU