



HAL
open science

L'ostéopathie : profession de santé ou activité de soins ?

Joël Moret-Bailly

► **To cite this version:**

Joël Moret-Bailly. L'ostéopathie : profession de santé ou activité de soins?. RDSS. Revue de droit sanitaire et social, 2009, 2, pp.290-300. hal-01571113

HAL Id: hal-01571113

<https://hal.science/hal-01571113>

Submitted on 1 Aug 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'ostéopathie, profession de santé ou activité de soins ?

Joël Moret-Bailly

Maitre de conférences en droit privé à l'Université Jean Monnet de Saint Étienne
Membre du Centre de Recherches CrItiques sur le Droit (CERCRID-CNRS /
UMR 5137)

Ostéopathie * professions de santé * auxiliaires médicaux * démographie * responsabilité *
aléa thérapeutique * actes professionnels *

L'ostéopathie, organisée en marge du code de la santé publique, ne constitue pas une profession de santé. Cette situation particulière implique une absence de régulation démographique, ainsi que l'application seulement partielle du régime de responsabilité issu de la loi du 4 mars 2002, notamment en ce qui concerne l'aléa thérapeutique. L'ostéopathie constitue néanmoins une activité de soins, son organisation rendant même ses praticiens largement autonomes.

L'ostéopathie, fondée par un médecin américain, Andrew Taylor Still dans les années 1870, se définit communément comme la « Pratique thérapeutique faisant appel à des manipulations sur les os »¹. Celle-ci peut plus précisément être caractérisée, du point de vue des techniques utilisées, comme une méthode thérapeutique strictement manuelle, excluant toute utilisation instrumentale et prescription médicamenteuse, et ayant pour objectif de remédier à toute perturbation de la mobilité des tissus du corps humain, de telles perturbations étant considérées comme vectrices de pathologies fonctionnelles, localement ou à distance². L'ostéopathie, se présente également volontiers comme « systémique », c'est-à-dire comprenant le corps humain comme une globalité d'interactions réciproques, censée s'opposer, de ce point de vue, à la médecine allopathique, considérée comme une approche plus parcellaire du patient³. Le décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie⁴ renvoie, quant à lui, à deux techniques, les « manipulations » et les « mobilisations » : « manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain (...) musculo-squelettiques et myo-

¹ Terme traduit de l'anglais *osteopathy* dans les années 1950, Dictionnaire Robert de la langue française, édition électronique, 2009.

² Ces pratiques, et notamment les manipulations, sont cependant potentiellement traumatisantes : v. *infra*, seconde partie, l'analyse relative à la définition des manipulations. Le Dictionnaire illustré des termes de médecine (M. Garnier et V. Delamare), Maloine, 29^{ème} édition, 2006, se concentrant non sur l'activité mais sur le sens clinique du terme ostéopathie, définit cette dernière comme une « manifestation morbide, généralement bénigne et réversible, qui semble due à une simple perturbation de l'activité d'un organe sans qu'il y ait de lésion actuellement décelable de celui-ci ».

³ S. Delcenserie, Les médecines non conventionnelles en France : de l'ombre au clair-obscur, *Rev. dr. sanit. et soc.*, 2008, 73-85, ici, 83.

⁴ Ce dernier a fait l'objet d'un recours pour excès de pouvoir jugé par CE, 1/6 SSR, 23 janvier 2008, n°304478, inédit.

fasciales, exclusivement manuelles et externes » et « mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées »⁵.

La reconnaissance de l'ostéopathie par le droit français est cependant récente, résultat de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En effet, si l'ostéopathie est pratiquée sur le territoire national depuis les années 1950, cette pratique par un non médecin constituait, jusqu'à son organisation spécifique, l'infraction d'exercice illégal de la médecine. La qualification de l'infraction était même particulièrement aisée puisque l'article 2 1° de l'arrêté du 6 janvier 1962 modifié, fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins, qui précise les actes faisant partie du monopole médical, décidait : « ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, (...) les actes médicaux suivants : 1° Toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie »⁶.

Depuis l'adoption de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, le législateur a cependant prévu que « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe (...) est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme (...) » ainsi qu' « aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par l'autorité administrative »⁷. On peut en déduire, d'une part que l'exercice de l'ostéopathie ne constitue plus un exercice illégal de la médecine en ce qui concerne les personnes qui sont titulaires de ces diplômes ou autorisations ; d'autre part qu'il existe un titre d'ostéopathe, dont l'usage est réservé, comme tout « titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique », et sous peine de sanctions pénales, aux titulaires desdits diplômes ou autorisations⁸ ; enfin, que même les médecins, qui peuvent pratiquer l'ostéopathie en vertu de l'arrêté du 6 janvier 1962 ne peuvent, en revanche, faire usage du titre d'ostéopathe qu'à la condition d'être titulaires des mêmes diplômes ou autorisations.

Il n'en reste pas moins que l'organisation de l'activité des ostéopathes pose difficulté relativement à l'architecture du système de droit. Cette organisation est, en effet, essentiellement inédite à au moins deux points de vue. D'une part, l'activité d'ostéopathe peut être l'apanage de membres de quatre professions de santé explicitement désignés par le décret n°2007-435 du 25 mars 2007, relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et infirmières et les masseurs kinésithérapeutes,

⁵ Pour une analyse plus précise de ces formules réglementaires, v. *infra*, seconde partie.

⁶ C'est notamment sur le fondement de ce texte que la chambre criminelle décidait le 12 mars 1992 (*Bull. crim.* 1992, n° 113 ; *JCP G* 1992, IV, n° 2333, et autres arrêts inédits à la même date, n°91-82.573, 574, 575, 578 et 579) que « selon l'art. 2.1° de l'arrêté du 6 janvier 1962 pris en vertu de ce texte [l'incrimination d'exercice illégal de la médecine] par le ministre de la Santé publique après avis de l'Académie nationale de médecine (...) les traitements dits d'ostéopathie ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine », d'où il s'ensuivait la condamnation du prévenu pour exercice illégal de la médecine. *Adde*, les arrêts recensés par J. Penneau, *Médecine - Accès à la profession de médecin. Exercice de la profession de médecin. Exercice illégal de la médecine*, *Jurisclasseur Lois pénales spéciales*, Fasc. 40, n°104 ; v., également, I. Robard., *Les médecines non conventionnelles et le droit*, Litec, 2008, 49 et s.

⁷ Décret 2007-435, préc., art. 4.

⁸ Infraction d'usurpation de titre, art. 433-17 c. pén.. Pour une comparaison avec les problématiques parallèles des psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes, v. Y. Dumarque, *La légalisation du titre de psychothérapeute, une avancée en « trompe-l'œil »*, *Rev. dr. sanit. et soc.* 2005, 442 ; M. Couturier, *La psychanalyse face au droit*, *Rev. dr. sanit. et soc.* 2008, 673-689, ici 680-684.

mais également de personnes n'appartenant à aucune de ces professions mais titulaires de diplômes permettant de reconnaître leurs compétences dans ce domaine, les ostéopathes dits « à titre exclusif »⁹. D'autre part, et conséquemment, l'activité des ostéopathes est définie indépendamment des professions en cause, organisation novatrice eu égard aux modalités habituelles d'organisation des professions de santé, selon lesquelles les professionnels (sauf les médecins), et notamment les auxiliaires médicaux, se voient reconnaître des compétences largement exclusives les unes des autres et faisant l'objet de monopoles¹⁰.

Deux possibilités de qualification de l'ostéopathie sont alors possibles : soit l'ostéopathie constitue une profession de santé au sens du code de la santé publique (alors même que son organisation ne lui est pas intégrée), qui s'ajoute aux professions d'ores et déjà existantes mais en ne bénéficiant pas d'un monopole aussi rigide que ses devancières (statut en quelque sorte inférieur aux professions de santé dans le sens où il protégerait moins les intérêts, notamment économiques, de ses membres) ; soit l'ostéopathie ne constitue pas une profession de santé (I), mais une activité de soins (II) dont l'organisation est largement inédite. Nous nous inscrivons ici dans la seconde perspective.

I) L'ostéopathie n'est pas une profession de santé

L'ostéopathie étant exclue des cadres habituels d'organisation des professions de santé, certaines conséquences doivent en être tirées.

A) Organisation des professions de santé et organisation de l'ostéopathie

Les « professions de santé » sont organisées, dans la quatrième partie, homonyme, du code de la santé publique, selon l'opposition entre les « professions médicales », qui font l'objet du livre Ier, et les « auxiliaires médicaux », qui font l'objet du livre troisième¹¹. Les « professions médicales » regroupent les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ; les « auxiliaires médicaux » réunissent les professions d'infirmier ou d'infirmière (titre 1), de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (titre 2), d'ergothérapeute et de psychomotricien (titre 3), d'orthophoniste et d'orthoptiste (titre 4), de manipulateur d'électroradiologie médicale (titre 5), d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (titre 6), et de la profession de diététicien (titre 7)¹².

⁹ Décret n° 2007-435, préc., art. 4.

¹⁰ V. J. Penneau, Médecine - Auxiliaires médicaux, *Jurisclasseur Lois pénales spéciales*, Fascicule n°80, notamment n° 30 à 33.

¹¹ Les « professions de la pharmacie » (pharmaciens et préparateurs en pharmacie) font, quant à elle, l'objet du livre deuxième de cette même partie.

¹² Ajoutons qu'une dernière profession a été organisée par l'ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 : le conseiller en génétique. La partie réglementaire du Code contient, enfin, depuis le 20 juillet 2005, dans le chapitre 3 de ce dernier titre, des règles relatives à quatre professions : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et techniciens en analyses biomédicales. V. J. Penneau, Médecine - Auxiliaires médicaux, préc., n°1 à 4.

Les professions médicales et les auxiliaires médicaux s'opposent tant en ce qui concerne leurs modalités d'intervention auprès du patient, qu'en ce qui concerne la manière dont les actes qu'ils peuvent effectuer sont autorisés ou prohibés. Ainsi, si les professions médicales peuvent intervenir auprès du patient « en première intention », c'est-à-dire sans intervention préalable d'un autre professionnel, les auxiliaires médicaux ne peuvent le faire que sur prescription médicale, quantitative et qualitative¹³, dans le but de décharger le médecin d'un certain nombre d'actes¹⁴. C'est alors que l'on peut comprendre l'article L. 4161-1 alinéa 2 du code de la santé publique selon lequel : « Les dispositions [relatives à l'exercice illégal de la médecine] ne s'appliquent pas (...) aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ». Rappelons que ces décrets, les « décrets d'actes » doivent, en outre, se contenter de reprendre les actes visés par un arrêté du 6 janvier 1962, qui précise, sur renvoi de l'article L. 4161-1, incriminant l'exercice illégal de la médecine, les actes réservés aux médecins (article 2), ceux qui peuvent être effectués par d'autres que des médecins, mais uniquement sur prescription quantitative et qualitative, datée et signée de ces derniers (article 3), ou dans les mêmes conditions, mais un médecin pouvant intervenir à tout instant (article 4)¹⁵. On comprend alors parfaitement l'expression d' « auxiliaires médicaux », ces derniers ne pouvant intervenir que sur prescription médicale¹⁶.

Dans ce contexte, le code de la santé publique ne contient aucune référence à l'ostéopathie, qui ne constitue donc ni une profession médicale, ni une profession d'auxiliaire médical. Une telle différence se conçoit cependant aisément, si l'on considère l'ostéopathie comme une technique, qui peut être utilisée par différents types de professionnels, que ceux-ci appartiennent ou non à des professions médicales ou d'auxiliaires médicaux. On comprend alors également que l'opposition entre les professions médicales et les auxiliaires médicaux obligeait le législateur, qui voulait organiser la pratique de l'ostéopathie sans considération d'origine professionnelle, mais en fonction de conditions de compétence¹⁷, à intervenir en dépassant ladite opposition¹⁸. Le système du Code de la santé publique n'autorise, en effet, la dispensation de soins par des auxiliaires médicaux, qu'en ce qui concerne des actes déterminés, choisis dans la liste de l'arrêté du 6 janvier 1962. Or, son article 2 1^{er} réserve (encore aujourd'hui) les actes d'ostéopathie aux seuls médecins. Si l'ostéopathie avait dû être organisée dans le cadre de ce système, il aurait donc fallu modifier, dans un premier temps, l'arrêté du 6 janvier 1962, pour faire « glisser » les actes d'ostéopathie de la catégorie des

¹³ J. Penneau, *Médecine - Auxiliaires médicaux*, préc., n°3.

¹⁴ J. Penneau, *Médecine - Auxiliaires médicaux*, préc., n°2. L'organisation des différentes professions de santé s'est, en effet, historiquement construite autour de la profession médicale (de laquelle ont été rapprochées les professions de chirurgiens-dentistes de sage-femme), les compétences des autres professions étant construite comme des dérogations à son monopole (lui-même protégé par l'infraction d'exercice illégal de la médecine) ; mais un médecin peut toujours intervenir dans le champ d'intervention d'une autre profession.

¹⁵ Sur cette technique, v. J. Penneau, *Médecine - Auxiliaires médicaux*, préc., n°3-4 ; J. Moret-Bailly, *Les modes de définition des professions de santé, présent et avenir*, *Rev. dr. sanit. et soc.*, 2008, 508-519, ici 512.

¹⁶ On pourrait voir dans le « rôle propre » infirmier une exception à ce modèle. Mais il n'en est rien dans la mesure selon l'art. R. 4311-3, « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes », formule impliquant une action conservatrice, mais non thérapeutique.

¹⁷ Attestées par un diplôme ou une autorisation administrative d'exercice, v. *supra*, introduction.

¹⁸ V., notamment les débats du 30 janvier 2002 (Assemblée Nationale), et les interventions du ministre de la santé de l'époque, ainsi que ceux du 5 février (Sénat), et les interventions du rapporteur G. Dériot, et enfin ceux du 12 février, en Commission mixte paritaire.

actes réservés aux médecins à celle des actes pouvant être effectués par d'autres personnes que des médecins, hors la présence de ces derniers (article 4)¹⁹. Il aurait fallu, ensuite, faire référence aux actes d'ostéopathie dans les décrets d'actes des différentes professions. Encore cette construction n'aurait-elle pas permis la reconnaissance de l'activité des ostéopathes « à titre exclusif », alors que l'un des objectifs du législateur était bien celui-ci. La seule solution technique adéquate pour permettre à la fois à des auxiliaires médicaux et aux ostéopathes à titre exclusif de pratiquer des actes d'ostéopathie résidait donc dans l'organisation de l'ostéopathie en dehors des catégories du code de la santé publique.

Cette nécessité, pour organiser l'activité d'ostéopathe, de contourner l'organisation traditionnelle des professions de santé amène en outre à formuler deux remarques. La première réside dans l'affirmation des limites du système actuel, puisque celui-ci ne permet plus de regrouper l'ensemble des activités de soins autour d'un modèle unique - et corrélativement de mettre en lumière la possibilité de penser la dispensation des soins au delà de ce système ; la seconde dans le constat de la permission accordée par le législateur à des auxiliaires médicaux de pratiquer des actes en dehors des décrets d'actes, piste d'évolution du droit des professions de santé évoquée, depuis quelques années, à propos des « nouvelles formes de coopération entre les professions de santé »²⁰.

Le droit des professions de santé était organisé, jusqu'à la loi du 4 mars 2002, autour de la seule opposition entre les professions médicales et les professions d'auxiliaires médicaux. La construction de l'ostéopathie en dehors de ce modèle ne peut qu'emporter certaines conséquences pour cette dernière.

B) Les conséquences d'une organisation parallèle

Deux implications fondamentales pour les professions de santé sont liées au fait d'appartenir à l'une des professions du code de la santé publique : la possibilité d'une régulation démographique et l'application d'un régime spécial de responsabilité.

La démographie des professions de santé fait l'objet, depuis une quarantaine d'années d'un contrôle étatique selon deux techniques, les *numerus clausus* et les quotas. L'expression *numerus clausus* (non utilisée par les textes) désigne le mécanisme de l'article L. 631-1 du code de l'éducation selon lequel « Le nombre des étudiants admis ainsi que les modalités de leur admission, à la fin de la première année du premier cycle, à poursuivre des études médicales, odontologiques, de sage-femme ou pharmaceutiques sont fixés, chaque année (...), par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'enseignement supérieur ». Le système est donc étroitement lié à l'organisation des premiers cycles universitaires. Tel n'est pas le cas, en revanche, du système des quotas, lié, non à

¹⁹ Hypothèse sans doute difficile à réaliser compte tenu du fait que la modification de l'arrêté de 1962 nécessite l'avis (certes non-conforme) de l'Académie nationale de médecine ; ladite Académie et le Conseil national de l'ordre des médecins ont en effet adopté une position opposée à l'organisation de l'ostéopathie telle qu'elle résulte de la loi de 2002 et du décret de 2007 organisant l'ostéopathie (Communiqué du 8 janvier 2007, site internet du Conseil national de l'ordre des médecins).

²⁰ V. la recommandation intitulée *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*, de la Haute Autorité de Santé (HAS), en collaboration avec l'Observatoire national de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS), avril 2008, 8-10.

l'organisation des examens universitaires, mais aux écoles professionnelles d'auxiliaires médicaux. Le Code de la santé publique prévoit ainsi, dans son article L. 4383-2, que « Pour chacune [de ces] professions (...), le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession considérée peut être fixé de manière annuelle ou pluriannuelle. Ce nombre est fixé (...) par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur (...) ».

On peut ainsi constater que le système des quotas diffère de celui du *numerus clausus* sur deux points : il instaure, d'une part, une sélection avant l'intégration à l'établissement de formation, alors que le *numerus clausus* intervient à la fin de la première année de formation ; il concerne, d'autre part, des formations dispensées hors de l'université²¹. Ainsi, et dans la mesure où l'ostéopathie ne fait pas l'objet d'un enseignement universitaire en premier cycle, si une régulation démographique de la profession d'ostéopathe devait intervenir, elle renverrait au système des quotas plutôt qu'à celui du *numerus clausus*. Celui-ci ne leur est cependant pas applicable puisque selon l'article L. 4383-2 du code de la santé publique, il ne concerne que les auxiliaires médicaux. Des dispositions existent, en revanche, en ce qui concerne la durée minimale ainsi que les contenus, théoriques et pratiques, de l'enseignement conduisant à l'obtention d'un diplôme permettant l'usage du titre d'ostéopathe, les écoles habilitées à délivrer ces formations faisant, en outre, l'objet d'un agrément ministériel²². Cette situation diffère néanmoins sensiblement de celle des professions de santé²³. Il suffirait cependant, pour instaurer un système de quotas en ce qui concerne l'ostéopathie, d'ajouter une référence à cette dernière dans l'article L. 4383-2²⁴.

Une seconde conséquence de l'organisation de l'ostéopathie en dehors du cadre des professions de santé réside dans le régime de responsabilité qui lui est applicable. En effet, l'article L. 1142-1, I du code de la santé publique, qui fixe, depuis la loi du 4 mars 2002, les règles en la matière, fait référence, pour déterminer son champ d'application, aux « professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code ». Or, les ostéopathes n'appartenant pas à cette catégorie, ces règles ne leur sont pas applicables. Encore faut-il distinguer les ostéopathes « à titre exclusif » des membres des professions de santé qui pratiquent des actes d'ostéopathie dans le cadre de leur profession. L'article L. 1142-1 est en effet applicable à ces derniers du fait, d'une part, de leur appartenance professionnelle, d'autre part, lorsque les faits en cause constituent « des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins »²⁵. Mais on conçoit alors que les conséquences d'un acte d'ostéopathie préjudiciable seront évaluées sur le fondement de règles différentes selon l'appartenance ou non du praticien à une profession de santé, alors que l'un des buts de la loi du 4 mars 2002

²¹ Le principe, en ce qui concerne l'université, réside dans la liberté d'inscription, qui empêche de sélectionner les étudiants avant leur intégration.

²² Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires, art. 1 à 5 en ce qui concerne l'encadrement des enseignements, art. 6 à 9 en ce qui concerne les modalités d'agrément des écoles.

²³ À moins que le nombre des écoles habilitées permette, indirectement, et selon des modalités inédites, la régulation de la démographie professionnelle ? On peut cependant en douter. En effet, les ostéopathes « à titre exclusif » sont au nombre de 9 000. Plus de quarante établissements de formation en ostéopathie sont aujourd'hui agréés. Leur capacité de formation est évaluée à 2 500 diplômés annuels.

²⁴ Ajoutons toutefois qu'une régulation démographique de l'ostéopathie ne peut être que partielle dans la mesure où cette dernière peut être pratiquée par des professionnels de différentes origines ; une telle régulation ne pourrait donc que concerner les ostéopathes « à titre exclusif » dont la formation d'origine réside dans l'ostéopathie. L'argument doit cependant être relativisé dans la mesure où, tant en ce qui concerne les professions médicales que d'auxiliaires médicaux, la liberté européenne de circulation des travailleurs ne permet plus que de réguler partiellement la population professionnelle.

²⁵ Rappelons qu'ils font partie de la liste des actes médicaux de l'arrêté du 6 janvier 1962.

résidait dans l'unification des règles de responsabilité applicables à l'occasion des actes considérés. Cette incohérence laisse encore plus d'étonner si l'on songe que c'est la même loi qui organise les deux dispositifs. Ajoutons, cependant, que les résultats d'une action en responsabilité dans l'une ou l'autre situation seraient sans doute essentiellement comparables, les règles de responsabilité intégrées au Code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 ne constituant que la reprise des règles jurisprudentielles antérieures²⁶. Il paraît dès lors probable qu'un juge saisi de l'activité d'un ostéopathe à titre exclusif appliquerait ces dernières, qui se trouvent équivalentes à celles de l'article L. 1142-1 I, puisqu'elles les ont inspirées.

Le critère d'application des règles de cet article, référé aux professions de santé, pose cependant une difficulté supplémentaire en ce qui concerne la question de l'indemnisation de l'« aléa thérapeutique ». En effet, l'article L. 1142-1 II renvoie bien, pour « la réparation des préjudices du patient (...) au titre de la solidarité nationale », au cas dans lequel « la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée ». Autrement dit, le champ d'application de l'article L. 1142-1 II est identique à celui du I. Le patient dont les préjudices, pour reprendre les termes mêmes de la loi, sont « directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et [qui] ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci » pourra donc bénéficier de la solidarité nationale si l'ostéopathe à l'origine des préjudices appartient à une profession de santé, mais non si l'ostéopathe exerce à titre exclusif²⁷. Une intervention législative étendant le régime de l'aléa thérapeutique à l'activité des ostéopathes à titre exclusif nous semble donc ici s'imposer, dans la mesure où l'objectif de la loi réside bien dans l'organisation d'une solidarité vis-à-vis des patients, peu important les professionnels qui les prennent en charge, le critère principal d'application de la loi résidant dans les « actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins »²⁸.

En conclusion de cette partie, on retiendra que l'ostéopathie ne constitue pas une profession de santé au sens du code de la santé publique, et que cette situation emporte des conséquences tant en ce qui concerne la régulation ou - l'absence de régulation - de la démographie de la profession, qu'en ce qui concerne le régime de la responsabilité des ostéopathes « à titre exclusif ».

Nous allons à présent montrer que si l'ostéopathie n'est pas une profession de santé, elle constitue une activité de soins.

²⁶ Y. Lambert-Faivre et S. Porchy-Simon, *Droit du dommage corporel, Systèmes d'indemnisation*, 6^{ème} éd., Dalloz, 2009, n°580.

²⁷ A moins que les juridictions n'étendent le bénéfice des règles relatives à l'aléa thérapeutique au delà des cas limitativement prévus par la loi ? On sait, en effet, qu'antérieurement à la loi du 4 mars 2002, le Conseil d'État avait admis l'indemnisation de l'aléa thérapeutique (CE. 9 avril 1993, *Bianchi*, et 3 novembre 1997, *Hôpital Joseph Imbert d'Arles*), alors que la Cour de cassation l'avait rejetée (Civ. 1, *Tourneur*, 8 novembre 2000), v. Y. Lambert-Faivre et S. Porchy-Simon, *Droit du dommage corporel, Systèmes d'indemnisation*, n°596-597, et les références citées.

²⁸ Ajoutons, qu'en ce qui concerne les ostéopathes exerçant à titre exclusif, la procédure de règlement amiable devant les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux n'est pas applicable, puisque l'art. L. 1142-5 fait référence, pour déterminer la compétence de cette commission aux « professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux art. L. 1142-1 et L. 1142-2 ».

II) L'ostéopathie est une activité de soins

La qualification de l'ostéopathie comme une activité de soins résulte directement de l'analyse des règles relatives à l'encadrement de son activité, que nous allons préciser, pour également montrer que celles-ci rendent les ostéopathes largement « autonomes » (au sens de dotés d'une capacité d'initiative hors du contrôle de tiers²⁹), notamment dans leurs rapports avec les médecins.

A') L'encadrement des soins d'ostéopathie

Selon le cinquième alinéa de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 « un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe (...) sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir ». Dans ce cadre, le décret d'application du 25 mars 2007, relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, décide, dans son article 1^{er}, que « Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain », « manipulations musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes ». Cette autorisation est cependant assortie de limites : « l'exclusion » de son champ « des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques ». Les ostéopathes « ne peuvent », en outre « agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques ». L'article 3 du décret prévoit, au surplus, que « I. – Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants : 1° Manipulations gynéco-obstétricales ; 2° Touchers pelviens. II. – Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants : 1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ; 2° Manipulations du rachis cervical ».

Une première conclusion peut en être tirée : les ostéopathes produisent, à l'évidence, des soins, « manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain » ; mais on peut, à leur propos, parler d'activité plutôt que d'actes de soins, dans la mesure où c'est bien celle-ci, et non un ensemble d'actes, qui est définie, la référence aux actes servant, non à l'autoriser, mais à la borner. On pourrait alors objecter que les manipulations de l'article 1^{er} ne constituent que des actes professionnels et que, partant, le mode de construction des possibilités d'intervention de l'ostéopathie serait

²⁹ Nous reprenons ici le concept proposé par le sociologue E. Freidson. Dans son étude classique (*La profession médicale*, Payot, 1984), celui-ci analyse des rapports entre la profession médicale et la profession d'infirmières de la manière suivante : « (...) la "profession" du médecin occupe dans la division du travail une position qui diffère objectivement de la "profession" de l'infirmière. L'une est autonome, l'autre ne l'est pas ; la première donne des ordres à tout le monde mais n'en reçoit de personne, l'autre donne de ordres à quelques-uns mais en reçoit également. Une telle différence est d'une portée analytique suffisante pour garantir que les deux sortes de métiers sont séparés » (p. 79). Et le sociologue d'ajouter, « Le terme "paramédical" s'applique aux métiers relatifs à l'administration de soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin » (*idem*, 58), affirmation largement pertinente, en droit positif français, en ce qui concerne le système des décrets d'actes et de l'obligation, pour l'exécution de ces derniers, d'une « prescription [médicale] écrite, datée et signée, qualitative et quantitative » (v. *supra*).

comparable à celui des auxiliaires médicaux. Mais en réalité, les règles en cause sont construites sur un modèle opposé à celui des auxiliaires médicaux : autorisation avec limites dans le cas de l'ostéopathie, exceptions à une prohibition générale, dans le cas des auxiliaires médicaux³⁰.

Ces dispositifs n'en posent cependant pas moins des difficultés interprétatives qui doivent être levées dans la mesure où, si un ostéopathe dépasse les limites posées par les textes, il commet l'infraction d'exercice illégal de la médecine³¹. Les deux alinéas de l'article 1^{er} du décret de 2007 peuvent ainsi paraître délicats à concilier : le premier définit en effet l'ostéopathie comme la « pratique des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels » ; le second comme la « prise en charge ces troubles fonctionnels » en « effectu[ant] des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé ». On peut alors se demander si les termes « manipulation » et « mobilisation » sont équivalents, ou s'il y a lieu de les distinguer. L'enjeu de cette question est le suivant : l'article 2 II du décret, subordonne « l'habilit[ation] à effectu[er] » deux actes à « un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie : (...) 1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ; 2° Manipulations du rachis cervical ». Dans cette perspective, si les manipulations et les mobilisations sont distinguées, l'ostéopathe peut effectuer des mobilisations sans autorisation médicale. Si elles ne le sont pas, toute intervention sur les crâne, face et rachis chez le nourrisson de moins de six mois, et sur le rachis cervical en ce qui concerne l'ensemble des patients, nécessite une autorisation médicale.

Dans ce contexte, si l'on écarte l'idée d'une incohérence manifeste entre les alinéas de l'article 1^{er} du décret, on peut comprendre l'opposition entre les deux formules en considérant que le premier alinéa pose une définition générique de l'ostéopathie, alors que le second utilise des termes relatifs aux techniques utilisées pour préciser la définition. Dans cette optique, la littérature médicale enseigne que « la manipulation est un mouvement forcé, appliqué directement ou indirectement sur une articulation ou sur un ensemble d'articulations qui porte brusquement les éléments articulaires au-delà de leur jeu physiologique habituel, sans dépasser la limite qu'impose à leur mouvement l'anatomie. C'est une impulsion brève, sèche, unique, qui doit être exécutée à partir de la fin du jeu passif normal. Ce mouvement s'accompagne en général d'un bruit de craquement »³². La « mobilisation » est, en revanche, « un mouvement passif généralement répété qui ne comporte aucune impulsion terminale »³³. Les manipulations impliquent donc des mouvements plus poussés que les seules mobilisations. Une telle interprétation permet d'éclairer la formule passablement confuse de l'article 1 alinéa 2 du décret selon laquelle « l'ostéopathe effectue des actes de manipulations

³⁰ V. *supra*.

³¹ Des questions similaires se posent sur un plan indemnitaire, puisque l'art. L. 113-1 al. 2 du Code des assurances prévoit que « l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ».

³² Selon R. Maigne, *Douleurs d'origine vertébrale. Comprendre, diagnostiquer et traiter*, Elsevier-Masson, 2006, 454 pages, ici 130-134.

³³ Dans la mobilisation, « l'opérateur revient à son point de départ et recommence plusieurs fois la même manœuvre d'une manière rythmée et élastique ». Et le médecin de préciser l'opposition entre les deux techniques dans la littérature internationale, de la manière suivante : « Le mot « manipulation » couvre, dans la littérature anglo-saxonne l'ensemble des techniques manuelles (excepté les massages) que nous différencions ici en « manipulations » (« thrust techniques » ou « low amplitude high velocity technique ») et en « mobilisations » (« articular technique »), *idem*, 133.

et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé », qui ne permet pas *a priori* de comprendre si les dernières formules se rapportent aux seules mobilisations ou à la fois aux « manipulations et mobilisations ». La formule de l'article 1, second alinéa du décret doit, à la lumière du sens technique des vocables, être comprise de la manière suivante : l'expression « non instrumentales, directes et indirectes, non forcées » se rapporte aux seules « mobilisations », les manipulations étant, par définition, « forcées ». Il faut alors également comprendre que les « recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé » (HAS) concernent à la fois les manipulations et les mobilisations. Les mobilisations constituent, en effet, des interventions moins traumatisantes que les manipulations, et l'on ne comprendrait pas que les recommandations de la HAS se limitent aux actes les moins graves. Mais on peut regretter, *in fine*, la piètre rédaction du texte, qui aurait sans doute dû être rédigé de la manière suivante : « Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé, des actes de mobilisation non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, ainsi que des actes de manipulation »³⁴.

Pour en revenir, enfin, à la question de la portée de l'article 2 II, on doit admettre que l'ostéopathe est autorisé à pratiquer des mobilisations « du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois » ainsi que des mobilisations « du rachis cervical », mais que les manipulations portant sur les mêmes patients nécessitent un « diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie ».

Le constat de la capacité de l'ostéopathe à intervenir, pour une partie de son activité, hors d'une habilitation médicale pose, en outre, la question de son autonomie.

B') L'autonomie de l'ostéopathe

Nous allons montrer que les ostéopathes sont, dans leur pratique professionnelle, largement autonomes, dans le sens où les contrôles relatifs à leur exercice professionnel sont tout à fait réduits. Cette situation les rapproche en fait grandement de celle de l'une des professions médicales : la profession de sage-femme.

Les sages-femmes sont, en effet, habilitées à « pratique[r] les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (...) / L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (...) »³⁵. La définition légale de la profession prévoit cependant des limites à son intervention. Ainsi, « en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin »³⁶. L'élément fondamental réside ici dans le

³⁴ Passons, en outre, sur la curieuse orthographe qui, dans le texte de ce second alinéa, conduit à associer le pluriel aux termes manipulation et mobilisation alors qu'il s'agit de types d'actes, et non d'actes considérés isolément.

³⁵ Art. L. 4151-1 c. san. pub..

³⁶ Art. L. 4151-3 c. san. pub.. Un accouchement dystocique est « laborieux, pénible » (Dictionnaire Robert de la langue française, préc), contrairement à un accouchement eutocique.

parallélisme des constructions entre l'habilitation légale de la profession de sage-femme et la définition de l'activité de l'ostéopathe. La comparaison peut ainsi être précisée à propos du rapport avec le médecin : dans les deux cas, la gravité de la situation du patient oblige le praticien à faire appel à un médecin : en cas d'accouchement dystocique en ce qui concerne la sage-femme ; si « les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent [le] champ de compétences » du praticien, ou en cas de « pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques » en ce qui concerne l'ostéopathe. Soulignons, cependant, que la nécessité de l'intervention du médecin est évaluée, dans l'un et l'autre cas, par le professionnel lui-même³⁷.

Un autre élément de rapprochement réside dans le fait que les ostéopathes peuvent recevoir les patients « en première intention », c'est-à-dire en dehors de toute prescription médicale. Or, les seules professions de santé à pouvoir agir de la sorte sont, à l'heure actuelle, les professions médicales. Et cette possibilité est déterminante en ce qui concerne l'appréciation de l'autonomie du praticien. En effet, cette dernière réside dans la possibilité de déterminer soi-même son activité, en dehors de l'intervention d'autrui³⁸. Dans cette perspective, les ostéopathes peuvent recevoir des patients en dehors d'une prescription médicale et ils peuvent alors, si le cas ne dépasse pas leur compétence (appréciée par eux), remédier aux troubles fonctionnels qu'ils constatent³⁹, en utilisant des techniques qu'ils déterminent. Exprimé différemment, l'ostéopathe, dans la quasi totalité de son activité professionnelle « ne reçoit d'ordres de personne »⁴⁰. L'ostéopathie constitue donc une activité de soins essentiellement autonome⁴¹.

On peut, pour conclure, estimer que l'organisation de l'ostéopathie place, *de jure*, ces praticiens dans une situation proche de celle de l'une des professions médicales, la profession de sage-femme, mais sans pour autant en faire une profession de santé au sens du code de la santé publique. Elle les rend, en tous cas, beaucoup plus autonomes que les auxiliaires médicaux, et rend les auxiliaires médicaux pratiquant l'ostéopathie beaucoup plus autonomes dans le cadre de cette activité que dans l'exercice de leur profession d'origine.

³⁷ Cette évaluation est souvent nommée, dans la littérature professionnelle « diagnostic négatif », mais sans que les règles en cause utilisent ce vocable.

³⁸ Pour reprendre le critère d'E. Friedson (v. *supra*, note 29).

³⁹ Nous n'insisterons pas sur l'utilisation, par le décret de 2007, du terme « remédier » alors que l'intervention à vocation thérapeutique est au cœur de l'infraction d'exercice illégal de la médecine, ainsi que de la césure entre les professions médicales et d'auxiliaires médicaux, cf. M. Penneau, Médecine - Accès à la profession de médecin. Exercice de la profession de médecin. Exercice illégal de la médecine, préc, n° 70).

⁴⁰ *Idem*.

⁴¹ Une limite pourrait être opposée à cette analyse : l'ostéopathe ne dispose pas, contrairement aux membres des professions médicales, de la possibilité de prescrire des médicaments ou des dispositifs médicaux. Encore doit-on remarquer que si cette possibilité est ancienne en ce qui concerne les médecins ainsi que les chirurgiens-dentistes, elle reste étroitement contrôlée en ce qui concerne les sages-femmes (art. L. 4151-4 c. san. pub.). Soulignons, en outre, que les techniques ostéopathiques se donnent explicitement pour (et sont règlementairement) « exclusivement manuelles et externes », et que nulle revendication de possibilités de prescription ne semble émaner des ostéopathes.