



*Master 2 Droit de la Santé et de la Protection Sociale 2012/2013*

Pierre-Luc L'HERMITE

# *La juridicisation de l'ostéopathie*

Directeur de mémoire : Monsieur Grégory CAUMES

Co-directrice de mémoire : Madame Florence CROUZATIER-DURAND,  
Maître de Conférence Toulouse Capitole 1

Université Toulouse 1 Capitole

2 rue Doyen Gabriel Marty – 31042 Toulouse cedex 9 – France – Tel. : 05 61 63 35 00

# Remerciements

Que l'expression de ma gratitude aille d'abord à ma directrice de thèse, Florence Crouzatier-Durand, dont la totale disponibilité s'est toujours manifestée par une exigence aussi bienveillante que rassurante.

Je tiens dans ce même temps à saluer ceux qui ont cru en moi et dans les yeux desquels j'ai pu trouver courage et pugnacité dans les moments difficiles.

Enfin j'adresse mes remerciements à tous les professionnels de santé et professionnels travaillant dans le soin, à défaut de considération législative, pour leur assistance et les obstacles qu'ils m'ont permis de repousser.

# Liste des principales abréviations

A.M.M.	Autorisation de Mise sur le Marché
A.R.S.	Agences Régionale de Santé
C.D.M.	Code de Déontologie Médicale
C.N.A.M.	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
C.S.P.	Code de la Santé Publique
D.E.	Diplôme d'Etat
D.I.U.	Diplôme Inter Universitaire
D.O.	Doctor of Osteopathy
D.U.	Diplôme Universitaire
H.P.S.T.	Hôpital Patients Santé et Territoire (loi du 21/07/2009)
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
I.R.M.	Imagerie par Résonance Magnétique
M.D.	Medical Doctor
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
P.R.S.	Projet Régional de Santé
R.N.C.P.	Répertoire National des Certifications Professionnelles
U.E.	Union Européenne

# Sommaire

## **Partie I**

**L'ostéopathie : des origines aux considérations normatives actuelles**

**Chapitre 1 : Construction de l'ostéopathie au fil de l'Histoire**

**Chapitre 2 : Le statut de l'ostéopathie en France**

## **Partie II**

**L'ostéopathie comme réponse providentielle aux grands enjeux du droit de la santé**

**Chapitre 1 : La nécessaire adaptation de la prise en charge du patient suite à l'avènement de l'ostéopathie**

**Chapitre 2 : Encadrement juridique de l'ostéopathie**

# Introduction

« Des mœurs du temps mettons-nous moins en peine  
Et faisons un peu grâce à la nature humaine  
Ne l'examinons point avec la grande rigueur  
Et voyons ses défauts avec quelques douceurs. »

*Molière 1666 le Misanthrope*

Si la tonalité de cette citation ne semble pas avoir pris une ride même à notre époque, c'est-à-dire près de 350 ans plus tard, c'est parce qu'encore aujourd'hui on ne peut faire l'économie d'un constat lucide au sujet de la nature humaine. En effet, celle-ci aura su faire couler beaucoup d'encre du fait du vif intérêt qu'elle suscite. Certains diront que sa complexité en fait sa richesse. D'autres diront que cela ne fait qu'en rajouter à l'exténuant conflit entre la bienfaisance objective, à l'image de l'arrêt du Conseil d'Etat *Morsang-sur-Orge* de 1995<sup>1</sup> au sujet du lancer de nain ou encore du droit naturel au sens de Hugo Grotius, et la bienfaisance subjective laissée à l'appréciation de chacun.

De tous temps l'homme a subi les effets dévastateurs de la maladie, des blessures et a constamment recherché des solutions aux maux auxquels il était confronté. Les problèmes multiples posés par les médecines « *non-conventionnelles* » soulèvent de grandes questions de droit médical du fait des compétences hétérogènes que les différentes formes de ces approches proposent. Toutefois le phénomène de l'ostéopathie, et au sens large des nouvelles médecines, se développe à l'échelle mondiale et particulièrement en Europe. En effet, en 1990 les états membres ne disposaient d'une réglementation que sur 5 de ces disciplines, et en 2007 il y en avait une pour 48 d'entre elles<sup>2</sup>. Si le vif intérêt suscité par ces nouvelles approches est manifeste, il faut toutefois impérativement garantir l'innocuité d'une pratique pour que celle-ci puisse être proposée aux usagers avec la sérénité nécessaire au bon fonctionnement de la distribution de l'offre de soins. En effet, pour qu'une approche thérapeutique puisse être validée scientifiquement, il faut qu'elle réponde statistiquement de manière favorable à un certain nombre d'évaluations. Seulement « *la médecine a oublié qu'elle était un art et que la science n'était qu'un outil au service de l'art* » rappelle David Hawkins. En effet « *l'art médical* » sous-entend clairement qu'il est impossible que chaque situation soit anticipée et laisse donc la porte ouverte à une marge d'adaptation. Cette capacité d'adaptation inhérente à la dimension « *artistique* » de la médecine paraît antagoniste avec le principe de protocole. La nature même de l'ostéopathie, médecine holistique par essence, ne rend pas possible son évaluation avec les outils classiquement utilisés. Si de nombreuses équipes de recherche ont totalement intégré ce concept cela n'est pas encore le cas de tous les observateurs. Ce qui a parfois pour conséquence de créer des controverses n'apportant que confusion dans l'esprit des personnes non initiées et de jeter l'opprobre sur la profession. Il en est de même pour bon

---

<sup>1</sup> <http://www.conseil-etat.fr/fr/presentation-des-grands-arrets/27-octobre-1995-commune-de-morsang-sur-orge.html>

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010

nombre d'autres approches des médecines « *non-conventionnelles* ». C'est sans doute tout le problème de ces thérapeutiques qui peinent à être appréciées par les instances de contrôle et d'évaluation. L'ostéopathie se rapproche davantage des soins individualisés que des normes générales statistiques ne prenant pas en compte, par définition, la spécificité de chaque individu : « *Les altérations de la santé répondent à un examen attentif et à un traitement adapté à ce qui est spécifiquement trouvé chez la personne plutôt que quelques mesures hasardeuses, fondées sur des statistiques de population* »<sup>3</sup>.

L'ostéopathie rencontre paradoxalement un succès qui n'est plus à démontrer auprès des usagers, qui trouvent en cette médecine alternative des solutions efficaces à leurs maux. L'étude d'Emmanuelle Richard se base sur un questionnaire effectué auprès de 243 personnes. Ce mémoire met en évidence que 70% des personnes interrogées connaissaient effectivement l'ostéopathie en 2010. Il faut remarquer que cette évolution est significativement croissante. En 1995, 46% des français connaissaient l'ostéopathie (*Enquête COFREMCA 1995*), et ils étaient 61% en 1999 (*Sondage IPSOS 1999*). De plus, « *L'identité spécifique de l'ostéopathie, est ici assez bien mise en relief, le résultat étant suffisamment significatif : il s'agit bien d'une thérapie, d'une médecine, d'un soin... On ne retrouve que très peu de confusion avec un autre type de thérapie. [...] L'ostéopathie semble donc bien avoir, une identité propre et connue* »<sup>4</sup>. Quant à l'image que les médecins ont de l'ostéopathie, les résultats divergent un peu entre les spécialistes et les généralistes. A la question « *connaissez-vous l'ostéopathie ?* » les médecins généralistes ont répondu oui à 76% contre 82% chez les médecins spécialistes, et ce chiffre semble être croissant. Par ailleurs, 70% des médecins de cette étude pensent que l'ostéopathie est un atout supplémentaire aux soins de médecine allopathique. Il faut en outre noter que dans le milieu médical, il existe de plus en plus de défenseurs des atouts que présente l'ostéopathie. La XI<sup>ème</sup> journée scientifique RSN des pays de la Loire d'octobre 2007 en témoigne. Le Dr Laprerrie, médecin et ostéopathe, expliquait au nom de son expérience personnelle que « *l'ostéopathie constitue une réponse dans certains cas, quand par exemple l'exercice de la médecine dite classique a ses limites* »<sup>5</sup>. Professeur Pascal Cathebras, médecin anthropologue : « *La question des médecines parallèles est un sujet tabou pour la médecine hospitalo-universitaire. Mais est-il raisonnable et scientifique d'ignorer des recours thérapeutiques qui concernent près de la moitié des*

---

<sup>3</sup> LEE Paul – *Mécanismes de l'esprit en ostéopathie* p. 19

<sup>4</sup> RICHARD Emmanuelle – *L'Ostéopathie vue par le grand public* p.61

<sup>5</sup> [http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/livre\\_comm7.pdf](http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/livre_comm7.pdf)

*patients hospitalisés? »*<sup>6</sup>. La note d'analyse n°290 datant d'octobre 2012 du centre d'analyse stratégique du ministère de la santé constate un « *recours croissant aux médecines non-conventionnelles telle que l'ostéopathie [...] L'Organisation Mondiale de la Santé s'est quant à elle prononcée en faveur de leur intégration dans les systèmes de santé pour compléter la gamme de soins offerts aux patients »*<sup>7</sup>. Cette situation est connue de tous depuis plusieurs années, car déjà en 1994, Paul Lannoye, alors rapporteur de la commission de la santé publique du parlement européen, ajoutait dans ses considérations « *qu'une partie de la population des États membres de l'UE a recours à certaines médecines et thérapeutiques non-conventionnelles et qu'il serait en conséquence irréaliste d'ignorer cet état de fait »*. Deux ans plus tard, l'article 12 du Pacte international du 16 décembre 1996 énonce que « *les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre »*. Ce qui n'est pas sans rappeler l'Organisation Mondiale de la Santé apportant la définition suivante : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*. Pour atteindre le meilleur état, il semble évident qu'il est nécessaire de se donner tous les moyens nécessaires pour y parvenir.

L'évolution de la reconnaissance de l'ostéopathie, qui a bénéficié ces dernières années d'une véritable acceptation dans les mœurs, est passée d'une considération de « *pratique illégale de la médecine »* (où les praticiens non-médecins pouvaient encourir, selon le Code Pénal, jusqu'à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende) à une profession reconnue des autorités. Cette profession bénéficie d'un titre professionnel que l'on trouve à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002. Avant cela il n'était pas rare que des actions en justices soient intentées contre des ostéopathes. Le Professeur Cornillot constate la chose suivante : « *Combien d'ostéopathes non-médecins poursuivis n'ont-ils pas vu les salles d'audience combles de supporters enthousiastes venus les soutenir »*. Le plus souvent, à l'issue de ces procès, ces derniers ne se trouvaient pas condamnés. Selon Maître Isabelle Robard, avocate au barreau de Paris et Docteur en droit, « *pour avoir étudié l'histoire et l'évolution de l'exercice illégal de la médecine depuis la période du Moyen Age jusqu'à nos jours, nous pouvons affirmer que ce sera la première fois qu'une brèche sera portée dans le monopole médical »*.

---

<sup>6</sup> CATHEBRAS Pascal – *Recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : Banalisation et pragmatisme* p. 6

<sup>7</sup> CHRQUI Vincent – *Note d'analyse n°290 Centre d'analyse stratégique* p. 2

Il faut toutefois nuancer cette reconnaissance encore modeste et fragile, car l'ostéopathie ne figure nullement dans le code de la santé publique et n'est évidemment pas prise en charge par la sécurité sociale, même si aujourd'hui plus de 300 mutuelles la remboursent. Son Code de Déontologie existe, mais il n'y a aucune structure qui permettrait de rendre son respect obligatoire. Par extension, il faut comprendre que son irrespect n'est pas susceptible de sanctions. Un exemple concret concerne le problème de l'hétérogénéité de la formation entre les ostéopathes : «*La formation des professionnels œuvrant dans les domaines de l'ostéopathie et la chiropratique revêt à cet égard une importance capitale. Or elle est aujourd'hui de niveau variable* » explique la commission de réflexion confiée au Professeur Guy Nicolas avant les années 2000. Mais surtout, le législateur n'a pu se soustraire à la problématique majeure et tout à fait actuelle concernant l'ostéopathie. Cette approche thérapeutique se revendique comme une branche dérivée de la médecine s'intéressant spécifiquement à la prise en charge curative et préventive des troubles «*fonctionnels* ». Or le modèle institutionnel français considère la médecine comme «*Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités* »<sup>8</sup>. La proximité inévitable entre l'ostéopathie et la médecine est maintenant plus qu'évidente dans leurs définitions, dans leurs pratiques et dans leurs indications. En effet, la pratique concrète ainsi que les études montrent constamment que les indications aux traitements dispensés en ostéopathie excèdent assez largement le trouble fonctionnel. De ce fait, le législateur n'aura d'autre choix, à l'avenir, que de déterminer avec davantage de circonspection et de minutie le statut de l'ostéopathie. Par juridicisation, il faut ici entendre que le développement des outils juridiques relatifs à l'ostéopathie semble être assez urgent. Face aux grands chantiers qui concernent la santé sur le territoire national il convient de se demander :

Quelles réponses pourrait apporter l'ostéopathie en cours de construction aux grands enjeux de santé publique ?

Pour apporter des réponses satisfaisantes, il convient de s'interroger préliminairement sur l'histoire de l'ostéopathie. Elle débute théoriquement au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, mais nous allons voir qu'en réalité la médecine ostéopathique a, du fait de sa prétention à revêtir l'appellation de «*médecine* », des racines bien plus anciennes qu'il n'y paraît. Nous observerons que bon nombre de grands noms s'étant illustrés dans l'histoire de la médecine

---

<sup>8</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9decine/50082>

ont été récupérés par le courant allopathe aujourd'hui considéré comme statistiquement dominant (partie 1). Il bénéficie, en effet, d'une représentation au sein de toutes les institutions de pouvoir : sénat, assemblée nationale, académie nationale de médecine, Agences Régionales de Santé, hôpitaux, cliniques, laboratoires pharmaceutiques. Aujourd'hui le terme de médecin est synonyme d'allopathe dans la représentation de chacun. Nous étudierons enfin dans la partie 2 les constructions législatives, réglementaires et décrétales progressive de l'ostéopathie qui illustrent le processus de juridicisation.

Nous verrons ensuite dans la deuxième partie que l'avènement récent de l'ostéopathie en tant que médecine alternative potentielle soulève plusieurs questions. Il convient de s'entendre sur ce que l'on qualifie des « *grands enjeux de santé publique* ». Dans le chapitre 1 nous observerons que la situation actuelle de l'offre de soins sur le territoire pose de nombreux problèmes qui semblent ne pas trouver de solutions satisfaisantes. Les déserts médicaux, la permanence des soins sont des obligations qui retiennent toute l'attention des pouvoirs publics. Ils commencent à trouver des solutions à travers le glissement de tâche mis en place avec certaines professions médicales et paramédicales. Nous allons envisager le rôle que l'ostéopathie pourrait jouer face à cet enjeu majeur d'assurer à la population l'accès à de véritables soins appropriés. L'ostéopathie appartient au groupe des médecines dites « *non-conventionnelles* », mais nous verrons que des subdivisions existent. Elles permettent de dissocier les thérapeutiques complémentaires et alternatives, ce qui soulèvera à terme des problématiques de responsabilité en fonction du degré d'habilitation à effectuer des diagnostics ou des actes. Mais cela agira aussi sur le libre choix du praticien et de la thérapeutique aux yeux de l'utilisateur du système de santé. Enfin nous verrons (chapitre 2) que l'ostéopathie, en cours de construction, devra indéniablement passer par un rassemblement des professionnels l'exerçant. Ceci autour du respect de certaines normes essentielles pour assurer une sécurité du patient ainsi que des soins de qualité et de haut niveau. Cela passe évidemment avec l'assurance d'être convenablement représenté lors d'un contentieux auprès des tribunaux. Il paraît évident, étant donné la nouveauté, la spécificité et surtout la responsabilité liée à l'exercice de cette pratique, que les ostéopathes aient le droit d'avoir des experts qui puissent déterminer auprès des tribunaux si la responsabilité d'un de leurs confrères est, ou non, engagée.

Cependant, nous ne traiterons naturellement pas de manière exhaustive l'ensemble des solutions que l'ostéopathie pourrait apporter aux problématiques relatives aux « *grands enjeux*

*de santé publique* ». La santé publique pourrait apparaître comme une branche du droit public et du droit social englobant un « *ensemble de règles applicables aux activités qui tendent à restaurer la santé humaine, la protéger et prévenir ses dégradations* »<sup>9</sup>. Nous ne développerons pas non plus les potentiels bienfaits apportés par l'ostéopathie dans une dimension économique, ni de ses apports dans l'intégralité des services que l'on peut trouver dans un établissement de santé, ni la lutte ou la prévention contre des pathologies rencontrées pas les usagers dans le cadre de leur activité professionnelle.

---

<sup>9</sup> DE FORGES Jean-Michel – *Que sais-je ? Le Droit de la Santé* p. 7

# Partie 1

L'ostéopathie :  
Des origines aux considérations  
normatives actuelles

« *Si tu ne sais pas où tu vas, regardes d'où tu viens* » Auteur inconnu

Effectuer un état des lieux ou élaborer des perspectives au sujet de l'ostéopathie ne peut faire l'économie d'une investigation synthétique de son vécu. A travers l'Histoire, l'humain cherche souvent à dépasser l'émotion attachée à certains éléments pour tendre vers la compréhension des faits. L'édification d'une science s'effectue de manière très progressive. En effet, son histoire n'est pas figée puisqu'elle est en permanence en réécriture. Les croyances passées se sont parfois avérées inexactes et par la suite, l'expérimentation et la progression des moyens techniques ont permis parfois de réhabiliter ces hypothèses, parfois de les infirmer. De ce fait l'intégration des mécanismes qui ont érigé son essence est primordiale. Il semble donc qu'il faille s'attarder un instant sur l'Histoire afin de se pencher sur les événements chronologiques ayant forgé la destinée de cette discipline (Chapitre 1) permettant de cerner avec d'avantage d'éléments sa nature et les raisons qui font d'elle ce qu'elle est au présent (Chapitre 2). Et par extension d'envisager avec plus de perspicacité son potentiel devenir.

Il s'agit seulement de retracer les grandes lignes de l'Histoire de la médecine ostéopathique en observant son évolution se tissant des origines les plus lointaines à aujourd'hui.

# Chapitre 1 - Construction de l'ostéopathie au fil de l'Histoire

La notion de médecine ostéopathique suggère naturellement une appartenance explicite à la médecine. Il existe des pays où la pratique médicale se décline et propose un partage monopolistique comme aux Etats-Unis avec les Doctors of Osteopathy (D.O.) et les Medical Doctors (M.D.) tous deux habilités à exercer l'art médical avec des approches différentes<sup>10</sup>. Il existe également, en opposition au modèle précédemment cité, des pays comme la France où la dichotomie existe entre médecine et toute autre approche ne répondant pas à la définition imposée par la loi, même si ses attributions sont quasiment similaires. Nous allons tenter d'analyser la mise en place de la médecine à travers l'Histoire (Section 1). La mise à l'écart des thérapies manuelles pour consacrer l'allopathie ne revêt peut-être pas autant de légitimité que cela pourrait s'entendre. Ensuite nous verrons l'histoire propre de l'ostéopathie (Section 2).

---

<sup>10</sup> HOLLIS, JANING, PATTERSON – *The science and clinical application of manual therapy* p. 2

## Section 1 : Des origines communes illégitimement accaparées par la médecine occidentale

« Il existe peu de renseignements sur les premiers « spécialistes » qui tentèrent d'apporter un soulagement médical à leurs compagnons souffrant de douleurs, de fièvres, de plaies »<sup>11</sup>.

L'idée d'avoir recours à une forme de magie inscrite dans un ésotérisme irrationnel paraîtrait de nos jours d'une inadéquation totale avec l'idée que nous nous faisons de la médecine. Pourtant, les premiers médecins empruntaient en guise de remède des méthodes que l'on taxerait aujourd'hui volontiers de magiques. La connotation péjorative de ces termes est évidente du point de vue de la médecine occidentale classique que nous connaissons. Bien qu'il soit difficile de l'affirmer, c'est à priori pourtant sous cette forme que la médecine, ou l'art de diagnostiquer et de guérir, a vu le jour. Ainsi les hommes qui avaient pour habitude de pratiquer ce genre de rites incantatoires ou de mettre en place ces traditions se sont nommés « chamans »<sup>12</sup> en Asie, « féticheurs »<sup>13</sup> en Afrique respectivement en fonction de la localisation géographique des pratiques et des peuples. Ainsi en était-il pour la médecine Babylonienne datant de 2000 ans avant J-C (Jésus-Christ) où « la médecine mésopotamique était étroitement intriquée à la magie et était empreinte d'empirisme »<sup>14</sup>. La médecine Egyptienne (entre 2088 et 323 avant J-C) s'inscrivait également volontiers dans cette proximité avec la religion. En Grèce antique, la notion de demi-dieux guérisseurs était assez largement répandue. La véritable fracture avec ces rites incantatoires est due au mythe d'Esculape (en latin) ou d'Asclépios (en grec), né en 1260 avant J-C<sup>15</sup>. D'après la légende, suite à de nombreuses péripéties : « le centaure Chiron [...] lui aurait appris comment soigner les maladies par la parole, les herbes et le couteau »<sup>16</sup>. Asclépios aurait donc été le premier homme à savoir comment guérir d'autres hommes. Progressivement, on assiste à un détachement du monopole quasi exclusif du divin au profit de la nature et de la science par

---

<sup>11</sup> SOURNIA Jean-Charles - *Histoire de la médecine* p. 11

<sup>12</sup> *Idem* p. 13

<sup>13</sup> *Ibid*

<sup>14</sup> HALIOUA – *Histoire de la médecine* p. 6

<sup>15</sup> *Idem* p.37

<sup>16</sup> SOURNIA Jean-Charles - *Histoire de la médecine* p.34

une médecine laïque. Les descendants d'Asclépios ont été chargés de la transmission ainsi que de la pérennité du savoir de leur ancêtre<sup>17</sup>.

Hippocrate a marqué une véritable rupture avec les considérations essentiellement basées sur la croyance avant l'apogée du fameux « *corpus Hippocraticum* » (ensemble des œuvres d'Hippocrate sur la médecine, la chirurgie, l'hygiène, l'approche thérapeutique, la théorie des humeurs). On qualifia souvent la pensée hippocratique d'humaniste, ce qui pour l'époque était avant-gardiste<sup>18</sup>. Le célèbre serment d'Hippocrate parle de la responsabilité du thérapeute vis-à-vis du malade et il redonne de l'importance aux règles et à l'engagement moral. La notion de prise en charge de l'individu est mise en avant. Dans un des traités d'Hippocrate, il y explique les « *devoirs du médecin* » :

1. Respect de la hiérarchie maître/élève
2. Maintenir l'intégrité du patient, pas de mise en danger
3. Si le praticien est limité, il doit demander de l'aide à son confrère
4. Ne pas émettre de jugement sur la vie privée et résister à la tentation

L'accent est mis sur l'enseignement des médecins, ainsi Hippocrate rejette catégoriquement les ignorants, les charlatans et les magiciens. La dichotomie s'opère alors entre les médecins et les autres traitements non conventionnels. Bien qu'Hippocrate fût théoriquement le premier allopathe, il trouva tout de même le moyen de mettre en avant quelques concepts qui sont totalement contemporains à l'ostéopathie. On peut d'ailleurs retrouver des écrits d'Hippocrate lui-même relatifs à des traitements manuels : « [...] *Je tiens en haute estime ceux qui l'ont découvert, comme ceux qui, génération après génération, me succéderont et dont les travaux contribueront au bon développement de l'art manuel de guérir. Le praticien adroit et consciencieux doit être habile de son coup d'œil autant que de sa main, lorsqu'il s'agit de corriger des déviations vertébrales du malade étendu devant lui, sur la table de traitement. Si le traitement est effectué de manière correcte, aucun dommage ne peut en résulter car il s'agit de traiter les légères déviations des vertèbres et non de grossiers déplacements* »<sup>19</sup>. On peut également trouver dans cet ouvrage : « *Il est nécessaire*

---

<sup>17</sup> HALIOUA – *Histoire de la médecine* p.38

<sup>18</sup> JOUANNA Jacques – *Hippocrate* p. 168 et 172

<sup>19</sup> HIPPOCRATE - *De articularis*

*de posséder une solide connaissance de la colonne vertébrale car de nombreuses maladies sont causées par un état défectueux de cet organe [...] le médecin habile et consciencieux doit être habile de son coup d'œil autant que de sa main lorsqu'il s'agit de corriger les déviations vertébrales du malade étendu devant lui »<sup>20</sup>. Naturellement on ne peut en aucun cas assimiler l'ostéopathie à une évolution de cette définition ou de ces propos d'antan, mais déjà Hippocrate manifestait une considération tout à fait respectable à propos des thérapies manuelles et, en l'occurrence, vertébrales. Doit-on y voir une assimilation à une extension de la médecine ? Déjà à cette époque, on note que la médecine manuelle avait non seulement toute sa place, mais était totalement admise. Si son acceptation et son utilisation n'étaient pas mises en cause, c'est bien que son intérêt était avéré et donc son efficacité.*

Galien a formulé, à son tour, au II<sup>ème</sup> siècle certaines observations qui s'avèrent être tout à fait dans le sens de la logique et des principes de l'ostéopathie. Il expliqua ainsi qu'une lésion sur un organe entraîne une altération de son fonctionnement. Ce qui mit en exergue le fait que l'atteinte d'une structure peut entraîner une perturbation de sa fonction. L'analogie avec l'interrelation entre la structure et fonction au sens ostéopathique est saisissante. Ce féru d'anatomie et de chirurgie pratiqua beaucoup de dissections et rédigea de nombreux écrits qui resteront valables pendant des décennies. *« Le dédain qu'il témoigne pour la chirurgie est dû au fait qu'il ne l'aborde qu'à travers les soins donnés aux gladiateurs des cirques de Pergame et de Rome, et aux esclaves victimes d'accidents du travail, deux professions méprisées par ses contemporains. La chirurgie ne s'en relèvera pas, au-moins jusqu'à la Révolution française »<sup>21</sup>. Il semblerait même que Galien, lui aussi, du fait de ses connaissances élevées en anatomie, soit également à l'origine de certains traitements manipulatifs comme le traitement de la septième cervicale pour soulager une névralgie cervico-brachiale du nerf radial<sup>22</sup> : « Je reçus un jour l'historien et géographe Pausanias qui souffrait d'un mal mystérieux : son bras gauche s'était peu à peu engourdi et ses trois derniers doigts n'avaient déjà plus de sensibilité. Après m'être assuré de l'examen de son bras, je l'interrogeai et appris qu'il avait été commotionné lors d'un accident de char quelques mois plus tôt à son retour d'Asie mineure. J'en conclus que la première paire de nerfs, immédiatement voisine de la septième cervicale, avait dû être atteinte en quelque endroit dans cette chute, et que cela avait occasionné une inflammation locale. Je compris cela parce que l'anatomie nous enseigne que les nerfs semblent émerger de la même source*

---

<sup>20</sup> HIPPOCRATE - *De articularis*

<sup>21</sup> SOURNIA Jean-Charles – *Histoire de la médecine* p. 53

<sup>22</sup> CAPOROSI, PEYRALADE – *Traité pratique d'ostéopathie crânienne* p.21

*que les veines, chaque paire de nerfs suivant un cours semblable à celui des veines. Les nerfs, nombreux à leur origine, comprimés en faisceaux et communiquant dans les gaines communes, prennent leur source dans les méninges, dont ils sont des embranchements. Parmi eux, le dernier des nerfs cervicaux se rend directement aux plus petits doigts. Je prescrivis au malade de cesser les compresses et je traitai cette partie de l'épine dorsale où le mal avait son siège : les doigts affectés furent guéris à la suite du traitement de la colonne vertébrale ».* Ce récit s'apparenterait volontiers beaucoup plus à de l'ostéopathie.

Beaucoup plus tard, en France, face au constat de la montée de l'utilisation déraisonnable de la médecine par des gens peu qualifiés, une Ordonnance royale de 1352 expliqua : *« affirmant que beaucoup de personnes [...] ignorant la science de Médecine [...] prescrivent et conseillent l'administration de clystères trop violents [...] ce qui cause scandale dans le peuple et constitue un grave danger pour les âmes et le corps et entraîne dérision, préjudices et injures pour les plaignants et la science de Médecine »*. C'est à ce moment-là que l'on commença à parler de la notion de monopole médical. Mais déjà, à l'époque l'on pouvait observer les premières dérives témoignant des premières limites de cette instauration monopolistique : *« En dehors de Paris et Montpellier, presque toutes les facultés étaient devenues si faciles pour les récipiendaires, qu'on a vu le titre de docteur conféré à des absents »*<sup>23</sup>.

La Renaissance fut propice au développement du raisonnement médical et à l'évolution de l'émergence lointaine de certains principes qui constitueront des piliers de l'ostéopathie. Paracelse (médecin aux environs de 1500) mit en avant que la maladie est la conséquence des altérations et des irrégularités au sein d'un réservoir chimique inhérent à l'homme. Cette explication est directement issue d'une théorie de l'école iatro-chimiste (une différenciation de la pensée médicale de l'époque). Là encore on peut reconnaître une liaison avec la notion chère au Docteur Andrew Taylor Still (inventeur de l'ostéopathie cf. II du chapitre 1) à propos des réserves naturelles que posséderait le corps humain en vue de s'auto-guérir, appelé scientifiquement l'homéostasie. Plus tard, la vision de Descartes sur le corps humain rejoint tout à fait la conception mécaniste du Docteur Still en certains points, malgré des divergences. Celui-ci estimait que le corps humain est organisé à l'image d'une machine par l'intermédiaire de leviers. Borelli défendait, au XVII<sup>ème</sup> siècle, que les nerfs étaient parcourus d'un liquide. Cette notion fut objectivée plus tard par des physiologistes comme le

---

<sup>23</sup> PICARD Germaine-Anne – *La réglementation des études de médecine en France : son évolution de la Révolution à nos jours*

Dr Irvin Korr (1960) en ajoutant que les nerfs possèdent également une motilité et une fonction trophique. Plus tard un élève de Borelli, nommé Baglivi, explique que tous les tissus du corps sont baignés dans des liquides et mus par ces derniers, et qu'il y a deux types de tissus. Le premier type est mû par le cœur en son rôle de pompe systémique, alors que le deuxième est mû par l'intermédiaire des contractions rythmiques des méninges cérébrales. L'intégralité de ces théories du XVII<sup>ème</sup> siècle est clairement superposable aux théories du concept ostéopathique au sens large et tout particulièrement au concept d'ostéopathie crânienne développé par le Docteur William Garner Sutherland, ostéopathe américain<sup>24</sup>.

Au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle, aux médecins incombait la lourde tâche de réaliser des diagnostics cliniques avec l'observation du teint, de la bouche, de l'aspect et la couleur des urines ou des selles. Seuls les chirurgiens s'efforçaient à reconnaître une tumeur par une palpation abdominale, un toucher rectal, buccal, vaginal. Ils essayaient d'apprécier des ankyloses, de rechercher des fractures apparentes ou plus profondes, etc. En effet, cette autorisation était réservée exclusivement au chirurgien-barbier. Le chirurgien est étymologiquement « *cheiros* » en grec : « *ceux qui opèrent avec les mains* »<sup>25</sup>. L'ostéopathie se rapproche donc historiquement sans doute davantage de la chirurgie que le Docteur Still aimait appeler : « *la chirurgie ostéopathique* » qui s'effectuait sans instruments ou encore « *la chirurgie sans couteau* ». Plus tard dans le courant du XVIII<sup>ème</sup> siècle, les querelles identitaires entre les chirurgiens en devenir et les médecins de l'époque ne peuvent se soustraire à une petite analogie entre la relation qu'entretiennent les médecins occidentaux actuels et les ostéopathes en France. En effet, de la même manière, chacun exerce son activité à sa façon de manière indépendante. Toutefois, de plus en plus de médecins prennent conscience de l'efficacité de l'ostéopathie, notamment sur des troubles fonctionnels qui ne s'adressent à aucune spécialité médicale, ou sur des pathologies dont les origines sont totalement floues ou récurrentes sans explication médicale théoriquement et intellectuellement satisfaisante. Néanmoins, lors du regroupement de la chirurgie et de la médecine, il fut introduit la notion de contact avec le patient, qui était niée par la totalité des médecins jusqu'alors: « *La chirurgie introduit en médecine une nouvelle gestuelle, des pratiques d'exploration manuelle du corps, jusqu'alors interdites aux médecins. Tous les étudiants apprennent désormais à explorer une tumeur, à apprécier son volume, ses connexions, ses liens avec les tissus du voisinage, sa mobilité, l'aspect de la peau la recouvrant, sa*

---

<sup>24</sup> T.LIEM, T.K.DOBLER - *Guide d'ostéopathie*

<sup>25</sup> TOUSTAIN Jérôme – *Les racines de l'ostéopathie dans la médecine antique* p. 113

*température, etc.* »<sup>26</sup>. Ces approches d'appréciations sensibles sont évidemment là-encore très contemporaines des techniques utilisées en ostéopathie afin de caractériser ce que l'on appelle une « *dysfonction ostéopathique* » et son entourage local ou locorégional. On peut également observer que dans l'histoire de la médecine et de l'ostéopathie les similitudes sont nombreuses. Le lien fondamental entre l'ostéopathie et la médecine est naturellement la connaissance de l'anatomie. Cela concerne cette lutte pour obtenir le droit d'accéder à la connaissance dissimulée par le corps. Souvent pratiquées illégalement par le passé, les dissections bravant les lois étaient faites par des médecins et des artistes bravant les lois. Cette discipline fut longtemps paralysée par des tabous religieux, mais la connaissance passe nécessairement par l'expérimentation. Il ne s'agit pas seulement de lire ce que les livres proposent, il faut le voir de ses yeux pour en être tout à fait certain. C'est la méthode dite expérimentale. Les scientifiques l'avaient compris. « *Le salut est venu, on le sait, de la méthode anatomoclinique, c'est-à-dire de la dissection des cadavres, car l'anatomie est, depuis le XVI<sup>ème</sup> siècle, la seule science médicale ayant une véritable consistance* »<sup>27</sup>. Nombreux furent les médecins qui, de la même manière qu'Andrew Taylor Still, ont pratiqués la dissection. Galien, Paul d'Egine, Avicenne, Vésale l' « *anti-galiénique* » (avec sa remise en cause des travaux de Galien), Ambroise Paré qui fut chirurgien de guerre tout comme Still, etc. On remarque que les avancées dans le domaine de la médecine à travers les âges ont été effectuées par des hommes dont le nom est familier aux férus d'anatomie. En effet ces scientifiques ont souvent attribué au fruit de leurs découvertes leur propre nom. Ces chercheurs étaient tous des anatomistes à part entière, même si leurs découvertes et leurs avancées étaient dans un tout autre domaine, leur dénominateur commun restait l'anatomie : Malpighi<sup>28</sup>, Monro<sup>29</sup>, Hérophile<sup>30</sup>, Pecquet<sup>31</sup>, Sylvius<sup>32</sup>, Lieutaud<sup>33</sup>, Spigel<sup>34</sup>, Fallope<sup>35</sup>, Guyon<sup>36</sup>, Willis<sup>37</sup>, Winslow<sup>38</sup> etc.

<sup>26</sup> SOURNIA Jean-Charles - *Histoire de la médecine* p.207

<sup>27</sup> TUBIANA – *Histoire de la pensée médicale* p. 153

<sup>28</sup> BOUCHET, CUILLERET - *Anatomie descriptive et fonctionnelle* p. 1990

<sup>29</sup> CROSSMAN, NEAVY - *Neuroanatomie* p. 13

<sup>30</sup> [http://books.google.fr/books?id=L295ZwdK8hMC&pg=PA148&lpg=PA148&dq=pressoir+d%27h%C3%A9rophile&source=bl&ots=7hMGRhi4O\\_&sig=PoBxvWndaAEbYktdrSZSu2RPnaI&hl=fr&ei=MppGTfLpPMOz8QP5juyuCQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=10&ved=0CGoQ6AEwCQ#v=onepage&q=pressoir%20d%27h%C3%A9rophile&f=false](http://books.google.fr/books?id=L295ZwdK8hMC&pg=PA148&lpg=PA148&dq=pressoir+d%27h%C3%A9rophile&source=bl&ots=7hMGRhi4O_&sig=PoBxvWndaAEbYktdrSZSu2RPnaI&hl=fr&ei=MppGTfLpPMOz8QP5juyuCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CGoQ6AEwCQ#v=onepage&q=pressoir%20d%27h%C3%A9rophile&f=false)

<sup>31</sup> BOUCHET, CUILLERET - *Anatomie descriptive et fonctionnelle* p. 2101

<sup>32</sup> CROSSMAN, NEAVY - *Neuroanatomie* p. 54

<sup>33</sup> BOUCHET, CUILLERET - *Anatomie descriptive et fonctionnelle* p. 2235

<sup>34</sup> *Ibid* p. 1948

<sup>35</sup> *Ibid* p. 2294

<sup>36</sup> KAMINA - *Précis d'anatomie clinique Tome 1* p. 255

C'est en 1803 que l'appellation Docteur en médecine réapparut suite à la disparition des universités lors de la Révolution française de 1789. La loi va alors attribuer à l'Etat français la responsabilité du contrôle des diplômes des médecins en leur demandant de manière systématique un enregistrement préfectoral établissant ainsi un premier lien entre les médecins et l'Etat. Ainsi le monopole médical continua à tisser progressivement sa toile. Par la suite cette idée fut allègrement renforcée par la loi Chevandier de 1892 qui a instauré très officiellement le fameux monopole médical en faisant disparaître les officiers de santé qui étaient les concurrents des Docteurs en médecine. Une citation illustre bien les efforts considérables qui ont été nécessaires pour établir le monopole médical : « *L'ampleur des efforts déployés pour arriver à ce résultat explique probablement la violence des réactions que suscite aujourd'hui toute tentative de remise en cause de l'omnivalence du titre* »<sup>39</sup>. Ceci explique sans doute que de nos jours les stigmates laissés par notre Histoire habite encore les considérations de certains professionnels. Cependant, la loi Chevandier va également établir un partage de l'activité médicale en instaurant la profession de « *chirurgien-dentiste* » afin permettre à ceux qui n'ont « *pas les capacités d'aller jusqu'au Doctorat* »<sup>40</sup> (sous-entendu de médecine) de toutefois exercer une profession. La majoration du monopole médical se cristallisa avec la néo-création d'un Ordre lors des Ordonnances du 24 septembre 1945 par le Général de Gaulle. La création des conseils ordinaires et des instances de sanction aura sans doute permis de bannir les charlatans mais va renforcer la médecine occidentale dans l'idée de sa toute-puissance et inhiber le nécessaire besoin d'introspection propre à chaque structure. « [...] *la création d'un monopole médical semblant à l'heure actuelle contribuer à un blocage de l'évolution du corps médical* »<sup>41</sup>. Nous verrons que ceci va considérablement freiner l'essor de l'ostéopathie en France par la suite dans le II du chapitre 2 de la partie I.

---

<sup>37</sup> DUFOUR Michel - *Anatomie de l'appareil locomoteur tête et tronc* p. 303

<sup>38</sup> BOUCHET, CUILLERET - *Anatomie descriptive et fonctionnelle* p. 1879

<sup>39</sup> LAUNOIS Robert – La médecine libérale a-t-elle jamais existé ? P87-97

<sup>40</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p. 15

<sup>41</sup> *Ibid* p.17

## Section 2 : L'Histoire propre de l'ostéopathie

L'ostéopathie vit le jour aux Etats-Unis avec le Docteur Andrew Taylor Still, né le 16 août 1828 à Jonesboro en Virginie. Il aimait s'adonner à la dissection d'animaux dès son enfance, et appréciait particulièrement expérimenter sur sa propre personne des méthodes de soulagement de certains maux comme les migraines ophtalmiques par exemple : « *Un jour je devais avoir dix ans, j'eus mal à la tête. Je pris les rênes de mon père pour labourer et j'en fis une balançoire en les accrochant entre deux arbres. Mais la tête me faisait trop mal pour que le balancement soit confortable. Je laissai donc la corde pendre à environ vingt ou vingt-cinq centimètres du sol, étalai dessus l'extrémité d'une couverture et m'allongeai sur le sol en utilisant la corde comme oreiller oscillant. Ainsi, je reposai étendu sur le dos, la corde en travers du cou. Très vite, je me sentis plus à l'aise et m'endormis. Je me réveillai peu de temps après, le mal de tête ayant disparu. Comme à cette époque je ne connaissais rien à l'anatomie, je ne prêtai pas attention au fait qu'une corde puisse arrêter un mal de tête et la nausée qui l'accompagnait. Après cette découverte, j'encordais mon cou chaque fois que je sentais venir un de ces signes* »<sup>42</sup>.

La vie familiale fut considérablement éprouvée puisque sa première épouse du Dr Still décéda en 1859 (cinq années plus tard, en 1864, il perdit trois de ses enfants dans une épidémie de méningite cérébro-spinale). Il entama une formation de *Medical Doctor* en 1860 à Kansas City après le décès de sa femme. Il fut par la suite médecin et chirurgien dans l'armée nordiste pendant la guerre de Sécession. Sur le terrain, il fut confronté à l'anatomie de manière tout à fait frontale. Ceci lui permit d'apprécier les moindres parties du corps humain à maintes reprises, notamment par l'intermédiaire des squelettes. Un peu plus tard, confronté à la réalité de l'impuissance de la médecine, Andrew Taylor Still conceptualisera ses réflexions en créant une médecine alternative à ce qui existait classiquement à cette époque. A cette date, la médecine connaît de cuisants échecs avec des traitements approximatifs se soldant souvent par le décès des patients. Il n'était pas rare de pratiquer ce qui s'appelait la « *médecine héroïque* », qui consistait à effectuer des saignées jusqu'à l'inconscience, puis de purger le patient à l'aide de calomel jusqu'à ce que celui-ci présente des signes

---

<sup>42</sup> STILL Andrew Taylor – *Autobiographie* p. 33

d'empoisonnement mercuriel. Rappelons brièvement que le calomel est du protochlorure de mercure (Hg<sub>2</sub>Cl<sub>2</sub>) utilisé aujourd'hui en tant que pesticide et fongicide<sup>43</sup>.

« *Ce n'est qu'après que mon cœur eut été déchiré et lacéré par le chagrin que je pus me rendre vraiment compte de l'inefficacité des médicaments* » écrivit Andrew Taylor Still. Dix années de réflexions aboutiront à ce qu'il nommera, logiquement pour son époque et paradoxalement pour la nôtre, « l'anti-médecine ». Il créa l'ostéopathie le 22 juin 1874 et fonda le premier collège d'ostéopathie à Kirksville le 10 mai 1892 délivrant des diplômes de *Doctor of Osteopathy* (D.O.). Par ailleurs, la notion de D.O proviendrait originellement d'une volonté propre d'Andrew Taylor Still et ces deux lettres ne seraient la contraction que de « Dig On ». En anglais « to dig on » signifie creuser ou fouiller<sup>44</sup> en référence avec la nécessité de réfléchir à cette nouvelle façon d'appréhender un malade. L'expansion de l'ostéopathie se fit assez rapidement car lors de l'automne qui suivit sa proclamation officielle survint une épidémie de dysenterie. Le Dr Still croisa un jour dans une rue de Macon en Georgie un enfant justement atteint : « *Plaçant les mains sur le bas du dos de l'enfant, il trouva que comme dans son propre cas, il était chaud, alors que l'estomac était froid [...] il traita l'enfant en appliquant des pressions pour déplacer quelques zones chaudes vers les froides et ajustant les os pour libérer les apports nerveux et sanguins vers les intestins. Le lendemain, la mère rapporta à Still que l'enfant allait bien. [...] Still guérit de nombreux cas de dysenterie* »<sup>45</sup>. Si la description de cet épisode nous semble davantage proche de l'approximation que de l'expérience médicale, rappelons-nous que pour l'époque l'ostéopathie ne disposait pas des moyens que nous avons aujourd'hui pour comprendre son mode d'action et son fonctionnement. Ces balbutiements d'ostéopathie ont tout de même su conduire le Dr Still à traiter bon nombre de pathologies à l'époque. Cela fut une aubaine inespérée que le Dr Still sut mettre à profit dans la propagation du message quant à l'efficacité de l'ostéopathie. Il réussit à guérir plusieurs patients de leurs céphalées, fièvres, dysenterie (gastro-entérite aujourd'hui) et anémies. De nombreux faits sont relatés quant aux exploits de celui que l'on appelait « le vieux docteur ». Ainsi le Dr Still accrut sa notoriété en prenant en charge de nombreux cas délaissés par la médecine de l'époque. « *Les patients étaient dithyrambiques sur Still et ses traitements, de sorte que certains médecins locaux craignaient la ruine de leur pratique* »<sup>46</sup> et c'est précisément ce qui, aujourd'hui encore,

---

<sup>43</sup> TROWBRIDGE Carol – *Naissance de l'ostéopathie* p.31

<sup>44</sup> LEE Paul – *Interface* p. 19

<sup>45</sup> TROWBRIDGE Carol – *Naissance de l'ostéopathie* p. 176

<sup>46</sup> *Idem* p. 194

alimente les craintes de certains fervents défenseurs du monopole médical. Les relations historiques entre médecins et ostéopathes dans le monde ont parfois été tumultueuses, avant que les « D.O » *Doctor of Osteopathy* américains deviennent rattachés aux « M.D » *Medical Doctor*.

La course à l'objectivité est un mal nécessaire en médecine. Nous l'évoquerons plus loin dans ce mémoire (partie II, chapitre 2, II) au sujet des « *données acquises de la science* » ou encore des « *données actuelles de la science* ». Cela s'inscrit probablement encore plus dans la nécessité concernant l'ostéopathie qui a dû essayer bien des contestations (nous le verrons dans le deuxième chapitre de la partie I). Les années 1890 virent croître un certain nombre d'idéologies, concepts tels que les théories pré-évolutionnistes, évolutionnistes, la phrénologie, le spiritualisme, le mesmérisme et le perfectionnisme<sup>47</sup>. Ces théories avaient tendance, pour cette période, à côtoyer la frontière indicible qui sépare la science et la spiritualité. C'est sans doute ce qui a contribué à initier les premières critiques à l'encontre de l'ostéopathie. Aujourd'hui, si la recherche se développe de plus en plus, bon nombre de concepts ont été mis en évidence grâce à l'évolution de la technologie. En effet, l'ostéopathie n'est maintenant plus contestée ni reconnue comme appartenant à un système de soin proche du domaine sectaire, comme cela aurait pu être le cas à une époque plus ancienne. Les procès verbaux de la commission d'enquête issue du rapport du sénat du 3 avril 2013 au sujet de « *l'influence des mouvements à caractères sectaires dans le domaine de la santé* » ont auditionné des témoins relatant des histoires où des membres de leur famille ont été sous l'emprise de gourous ou victime de charlatanisme. Dans tous les cas il s'agissait de bio-psycho-généalogie, de naturopathie ou encore de biologie totale... A aucun moment l'ostéopathie n'est de nos jours associée à des pratiques peu orthodoxes<sup>48</sup>.

Depuis Galien, la moelle épinière était considérée comme un « *chef d'orchestre* » du système nerveux central. Des études sur le fonctionnement neurologique sont publiées en 1820 par Bell et Magendie, en 1830 Marshall Hunt étudie les mécanismes réflexes, en 1840 Benedict Schilling publie une étude sur le système nerveux autonome. Il paraît assez évident que le Dr Andrew Taylor Still était probablement très au fait de ces travaux et que ceux-ci ont considérablement conduit ses réflexions. Après la naissance de l'ostéopathie, en 1874, une étude publiée par Hilton (1879) met en lumière une relation entre la structure anatomique et la

---

<sup>47</sup> TROWBRIDGE Carol – *Naissance de l'ostéopathie* p. 153

<sup>48</sup> Rapport au Président du Sénat – *Influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé* - Par Alain Milon et Jacques Mezard p. 313, 330, 336

fonction physiologique, ainsi que la relation entre le système nerveux neurovégétatif et la transmission de la douleur. Ces travaux confirment tout à fait le concept ostéopathique. Les théories d'Andrew Taylor Still, dont certaines sont encore actuellement en cours d'objectivation, auront dû attendre le XIX<sup>ème</sup> siècle pour que des scientifiques tels que Claude Bernard contribuent à les vérifier. Il expliquait que le corps humain dispose de nombreux mécanismes qui sont dans la capacité de préserver le milieu intérieur. On ne peut nier aujourd'hui encore qu'il y ait une certaine forme de tendance dans le « *milieu intérieur* » à essayer de se réguler. L'homéostasie, en effet, s'observe dans les divers mécanismes de régulation comme le maintien de la glycémie malgré les apports alimentaires en sucre quotidiens et notre activité physique<sup>49</sup>. Les fluctuations du liquide cérébro-spinal, qui étaient allègrement contestés, ont été objectivées par IRM en 2009 *Osteopathic Medicine and Primary Care* [www.om-pc.com/content/3/1/8](http://www.om-pc.com/content/3/1/8). Paul R. Lee, D.O., nous rappelle que « *La science démontre la réalité d'un phénomène à ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'observer directement ce phénomène particulier grâce à quelque mesure objective* ». L'évolution des connaissances en physiologie permet souvent de confirmer les postulats originels émis par le Dr Still et les autres penseurs ostéopathes. De nombreux ouvrages permettent d'en attester comme *Bases physiologiques de l'ostéopathie* d'Irvin Korr, *Ostéopathie viscérale* de Hebgen (selon Barral et Chapman notamment), Roger Caporossi *Le système neuro-végétatif et ses troubles fonctionnels*, et tant d'autres. L'arrivée de l'ostéopathie en Europe s'est effectuée en 1917 en Grande-Bretagne grâce à un élève direct du Docteur Still, le Docteur John-Martin Littlejohn, qui a fondé une école, la « *British School of Osteopathy* ». En France il faudra attendre qu'un médecin, le Docteur Lavezzari, introduise cette nouvelle forme de médecine. Par la suite, l'histoire française montrera une succession de querelles ayant pour but premier la reconnaissance de l'ostéopathie et également de manière explicite la volonté de plusieurs métiers de santé de s'approprier l'ostéopathie tant son intérêt thérapeutique semble majeur.

Cette histoire sulfureuse nous permet aujourd'hui de définir avec plus de minutie ce qu'est véritablement l'ostéopathie. Nous constatons qu'elle est bien une médecine à part entière puisqu'elle tend à élaborer un diagnostic de l'état de santé du patient en fonction de ce qu'il dit, de ses antécédents et de l'examen clinique. L'ostéopathe propose ensuite un traitement qui devrait permettre au patient d'améliorer sa condition et lui donne des conseils au sujet de la conduite à tenir. Une des problématiques à laquelle est confronté l'ostéopathie

---

<sup>49</sup> SOURNIA Jean-Charles - *Histoire de la médecine* p.282

est son nom lui-même. Naturellement, en entendant ce mot en France, il n'est pas illogique de penser à une maladie des os. Toutefois, au sens du Docteur Still l'ostéopathie traduit plutôt l'idée d'être atteint d'une maladie par le biais des os. Selon certains professeurs de grec classique, il faut aborder ce mot comme un rébus : « os-te-on » : « *ός* » = celui-ci, celle-ci, celui celle par qui - « *τέ* » = à la fois ou « *τη* » tiens, tenir - « *ον* » = être. Le rébus sémantico-linguistique de ces morphèmes donne : « *celui qui est à la fois l'être* » ou « *celui par qui tu tiens l'être* ». « *L'os est ce qui reste de l'être, c'est aussi par lui que l'on tient mieux le corps* » explique Philippe Guérin D.O. On pourrait imaginer définir l'ostéopathie comme « *épreuve ou expérience de l'os ou par les os* ». Bien que l'objectif d'Andrew Taylor Still se limitait à dire que quelqu'un de malade n'a pas « *son squelette parfaitement agencé* ». Ce qui signifie que les « *dysfonctions ostéopathiques* » sont étroitement liées à des troubles. Remarquons que la présence de troubles et de ce fait de perturbation de la fonction tend à favoriser l'apparition d'un état pathologique. Notons que les pathologies sont les reflets perceptibles par le patient ou par les autres individus de manière générale, ou seulement par un praticien quand ses manifestations sont plus ténues. La présence de « *dysfonctions ostéopathiques* » n'est pas nécessairement visible, mais leur existence peut acheminer le corps à un état apparent de maladie. L'ostéopathe devra de ce fait rechercher les « *dysfonctions ostéopathiques* » qui sont pour lui le reflet d'un mauvais fonctionnement du corps humain au niveau biomécanique ou métabolique. C'est à travers ces dysfonctions que l'ostéopathe envisagera une thérapeutique. D'un point de vue anatomo-physiologique, il faut reconnaître que quasiment toute structure s'attache sur l'os. Les tissus aponévrotiques, musculaires et ligamentaires ont des insertions osseuses. Embryologiquement, l'os entoure les structures vasculo-nerveuses du corps humain puisque ces dernières sont formées chronologiquement avant lui : « *L'ossification commence à la fin de la période embryonnaire. Elle est précédée par une matrice cartilagineuse ou membraneuse qui sera progressivement remplacée par du tissu osseux* »<sup>50</sup>. L'os peut dès lors se développer autour des structures néo-formées en amont. Ceci montre bien que ce tissu est très réactif par rapport aux diverses tensions ou influences des structures qui s'attachent sur lui. L'os incarne donc obligatoirement le reflet de l'état des différents tissus qui l'entoure. De la même manière, il est possible, en agissant sur l'os, d'exercer une action sur ces tissus environnants, et par extension sur l'ensemble du corps.

Andrew Taylor Still définissait cette médecine par ces mots : « *L'ostéopathie est une science. On l'utilise pour guérir l'affligé. C'est une philosophie qui inclut la chirurgie,*

---

<sup>50</sup> KAMINA - Précis d'anatomie clinique Tome 1 p. 16

*l'obstétrique et la pratique générale. Un ostéopathe se doit d'être un homme de raison et de prouver son discours par son œuvre. Il n'a que faire des théories à moins qu'elles ne soient démontrées [...] Il doit maîtriser l'anatomie et la physiologie et posséder une bonne connaissance de la chimie ; il peut alors raisonner de l'effet à la cause donnant naissance à la condition anormale ou maladie. Il guérit en corrigeant toutes les causes qui entravent le flux normal du sang et des autres fluides »<sup>51</sup> ou encore dans un autre ouvrage d'une façon un peu différente : « *Qu'est-ce que l'ostéopathie? C'est une connaissance scientifique d'anatomie et de physiologie, utilisée par une personne intelligente et habile, capable de l'appliquer à l'homme malade ou blessé par des tensions, des coups, des chutes, une anomalie mécanique ou un accident. L'ostéopathe moderne doit avoir une connaissance magistrale de l'anatomie et de la physiologie. Il doit parfaitement connaître chirurgie ostéopathique, obstétrique ostéopathique et pratique ostéopathique, soigner les maladies en ajustant les parties du corps qui ont été atteintes par des tensions, des chutes ou tout autre cause ayant modifié les cours d'un nerf, même très légèrement »<sup>52</sup>. Le Docteur Still insistait souvent sur la notion de «cause» : « *Mon but consiste à ce que l'ostéopathe pense en philosophe et à ce qu'il cherche la cause* ». Il ne s'agit donc pas pour l'ostéopathe d'effectuer des techniques successivement pour enlever des symptômes. Il faut remonter dans la lecture du corps du patient jusqu'à ce que l'on trouve l'origine des troubles qui ont pu le conduire à un état pathologique. De plus, avec les acquis théoriques, philosophiques et pratiques que doit maîtriser l'ostéopathe, Still suggérait que la maladie est le résultat d'une succession de dérangements de la structure mécanique. Elle est le reflet d'un dysfonctionnement interne que l'on peut observer par l'intermédiaire de la palpation. L'ostéopathe devait de ce fait avoir la capacité de déchiffrer l'histoire du patient inscrite dans ses tissus, notamment par l'intermédiaire du positionnement des os, des zones de chaleur, des tensions musculaires, de la posture du patient, mais aussi du ressenti du patient, de son histoire, de son état d'esprit. En d'autres termes, le fait d'agir de manière préventive sur un déséquilibre constaté par l'ostéopathe et de redonner un fonctionnement optimal aux tissus devrait théoriquement prévenir l'apparition de maladies. L'ostéopathe serait donc chargé d'actions de préventions sur le corps des patients, de la même manière que l'on dispenserait des conseils hygiéno-diététiques.**

---

<sup>51</sup> STILL Andrew Taylor - *Ostéopathie recherche et pratique* p. 20, 21

<sup>52</sup> STILL Andrew Taylor - *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie* p. 41

La définition de l'ostéopathie a nécessairement évolué au cours du temps. Voici la définition que les praticiens de médecine ostéopathique lui ont donnée à Bruxelles en 1987 lors de la convention européenne d'ostéopathie : *«La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution. Sa philosophie englobe le concept de l'unité de l'être, tant au niveau de ses structures que de ses fonctions. Son originalité consiste à tenter de ré-harmoniser les rapports de mobilité et de fluidité de ses structures anatomiques afin de laisser aux informations véhiculées par les vaisseaux et les nerfs la liberté de circuler et d'apporter en périphérie tout ce qu'il faut pour nourrir les organes dont les diverses fonctions participent à l'homéostasie générale. Son art consiste à appliquer les concepts ostéopathiques à toutes les branches et spécificités de la pratique médicale. Sa science comprend la connaissance médicale dans un ensemble afin de rétablir la santé, de prévenir la maladie et d'en soulager ces maux ».*

En somme, nous pouvons constater, à travers cette lecture analytique de la définition de l'ostéopathie et de son Histoire souvent commune avec celle de la médecine, que les connexions sont extrêmement nombreuses. Ceci saute aux yeux tant dans les attributions des actions curatives et de prévention que dans leurs structurations à travers le temps. Jérôme Toustain, chercheur en histoire de la médecine, explique que *« La récupération des grands personnages de cette époque par le courant allopathique prend pour le moins la forme d'une injuste « annexion » au vu de cette relecture de l'histoire selon une approche ostéopathique »*<sup>53</sup>. Ceci pour plusieurs raisons, notamment, le toucher relatif aux malades était la besogne des *« chirurgiens barbiers »* d'une part, et d'une autre parce que la représentation du travail manuel fut à son tour stigmatisée car ce dernier était lié à l'omniprésence de l'esclavage dans les rapports humains. L'action de la main était perçue comme réductrice, ce qui explique pourquoi le côté mécaniciste de la médecine antique porté par Galien et tant d'autres, n'a pas pu s'épanouir avant 1874 avec sa consécration grâce au Dr Andrew Taylor Still. *« L'Ostéopathie met fin à l'incohérence de la médecine antique et procure à la révolution anatomique l'aboutissement qu'elle attendait depuis plus de 2000 ans »*<sup>54</sup>. De la même manière et en conclusion de son ouvrage *« Histoire de la médecine »*, Jean-Charles Sournia explique en guise de perspective que la médecine de demain ne pourra probablement pas faire l'économie de compter sur ce qu'il nomme des *« médecines parallèles »* comme

---

<sup>53</sup> TOUSTAIN Jérôme – *Les racines de l'ostéopathie dans la médecine antique* p. 125

<sup>54</sup> *Idem* p. 127

l'ostéopathie, aujourd'hui davantage qualifiées de « *médecines alternatives* » ou « *médecines non-conventionnelles* ».

Toutefois, la brèche au sein du monopole médical est bel et bien une réalité car aux Etats-Unis de nos jours un D.O. (Doctor of Osteopathy) est considéré comme un médecin. Il possède autant de droits et de responsabilités que les M.D. (Medical Doctor). Un D.O. peut, en effet, avoir le droit de pratiquer la chirurgie, de prescrire des médicaments ou de prescrire des examens complémentaires, type examens biologiques ou imagerie médicale. En France, avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la porte est maintenant textuellement ouverte, mais il reste à définir le statut encore inadapté de l'ostéopathie au vu des enjeux que sa présence dans la prise en charge des patients représente. Nous allons voir comment les textes français ont, de manière chronologique, permis un encadrement réglementaire de l'ostéopathie et quelles semblent être les perspectives à court terme dans ce domaine.

# Chapitre 2 – Le statut de l’ostéopathie en France

De nos jours, les professions d’ostéopathe et de médecin allopathe ont toutes deux un statut légal. Car c’est bien à travers la codification et la consécration législative, réglementaire ou avec la parution de décrets, que la reconnaissance prend toute sa dimension. L’apparition officielle tardive de l’ostéopathie en France la dessert obligatoirement dans la représentation de l’esprit du plus grand nombre. Là où l’allopathie a bénéficié de 2400 ans pour forger sa réputation et son image, l’ostéopathie n’est vieille que de 139 années. Néanmoins rappelons que l’ostéopathie et la médecine occidentale ont toutes deux une histoire commune, comme nous l’avons mis en évidence, par l’intermédiaire notamment d’Hippocrate et de tant d’autres. Bien que certaines topiques les unissent (comme la connaissance de l’anatomie, de la physiologie, de la pathologie) leur singularité affirme leur différenciation aux yeux des gens et naturellement aux yeux de la loi. Le cheminement ne fut pas de toute aisance. Ce parcours s’est amorcé le 6 janvier 1962 lorsque parut un arrêté du ministère de la santé. L’article 372 du code de la santé publique réserve exclusivement aux médecins le diagnostic et le traitement conduisant à la pratique des manipulations vertébrales. Bien que la « *manipulation* » vertébrale ne concerne qu’une partie à part entière des outils dont dispose l’ostéopathe, cet article incarne le départ d’un long cheminement en direction de la reconnaissance textuelle du statut d’ostéopathe. Arrêt du 6 janvier 1962 :

« *Article 2 :*

*Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1°) du code de la santé publique, 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 [...]*

*Article 4 :*

*Peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, dont la liste est limitative :*

*[...] 20° Mobilisation manuelle des segments de membres (à l'exclusion des manœuvres de force). »*

C'est le Dr Robert Maigne qui, en 1996, a codifié les manipulations médicales. Avec la création du D.I.U. (Diplôme Inter Universitaire) de médecine manuelle-ostéopathe de nombreux médecins sont formés à la manipulation vertébrale affiliant ceci à de l'ostéopathie. Seulement sa définition du terme « *manipulation* » diverge totalement de la représentation ostéopathe de cette dernière. Une analyse approfondie est disponible notamment l'article de Jean-Louis Boutin inspiré de l'ouvrage de Lionnelle et Marielle Issartel « *L'Ostéopathie, exactement* »<sup>55</sup>.

*« La manipulation est un mouvement forcé, appliqué directement ou indirectement sur une articulation 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 [...] La mobilisation est un mouvement passif qui est généralement répété. Elle ne dépasse pas le jeu passif normal d'une articulation, ou d'un ensemble d'articulations. Elle ne comporte aucun mouvement brusque ou forcé »*<sup>56</sup>.

La dimension de mouvement forcé ne concerne en rien les ostéopathes puisque l'intégralité des techniques ostéopathiques structurelles ne dépasse pas la barrière articulaire physiologique. Le Tribunal Correctionnel de Nancy le confirme en ces termes : « *le prévenu (ostéopathe) n'effectue pas de manipulations forcées sur les vertèbres ou la colonne vertébrale, mais qu'il rentre dans l'amplitude articulaire* »<sup>57</sup>. En ce qui concerne les

---

<sup>55</sup> <http://www.osteopathie-france.net/essai/articles-sites/761-manipulations-vertebrales?start=1>

<sup>56</sup> MAIGNE Robert - *Douleurs d'origine vertébrales et traitements par manipulations*

<sup>57</sup> Tribunal Correctionnel de Nancy affaire n°3880/95 du 9 octobre 1995 2<sup>ème</sup> chambre

techniques myo-fasciales périphériques, crâniennes et viscérales, elles ne sont en rien concernées par la nature de cette définition. En 1996 s'ouvrent des D.I.U. de médecine physique et de réadaptation dans quinze facultés de médecine françaises. L'enseignement de manipulations vertébrales est alors dispensé aux médecins bénéficiaires de cette formation. Nous allons d'abord détailler l'ascension fulgurante de l'ostéopathie dans les mœurs jusqu'à sa consécration dans la loi du 4 mars 2002 (Section 1) ainsi que les décrets de 2007 avec ses attributions supplémentaires suite à la loi du 21 juillet 2009 (Section 2).

## Section 1 : Des fondements à la loi du 4 mars

2002

Dans les années 1960, l'originalité de prise en charge des patients en ostéopathie rencontra un très vif succès auprès des professionnels de santé qui l'exerçaient en France. Si bien que le monopole médical s'exprima de manière autoritaire en demandant aux pouvoirs publics d'interdire aux non médecins la pratique de la médecine ostéopathique qui se limitait alors dans les consciences à l'usage de manipulations. Le clivage issu d'un paradoxe qui va prospérer pendant plusieurs années pris véritablement son origine. A la fois les autorités publiques manifestent un certain scepticisme quant à la pratique de l'ostéopathie et à la fois les médecins français signifient clairement leur volonté de s'accaparer cette nouvelle médecine tant ses bienfaits semblent être manifestes. N'oublions pas que bon nombre de parlementaires sont des médecins eux-mêmes et que l'enthousiasme au sujet de l'ostéopathie ne sera pas partagé dès le départ par l'unanimité des acteurs. Il apparaît donc une dichotomie entre les pro ostéopathie et les opposants malgré des tolérances pour les professionnels qui exerçaient des manipulations. Nous verrons qu'au fil du temps et de sa structuration de cette dernière les individus initialement sur la réserve vont considérablement diminuer en nombre au fur et à mesure qu'ils apprennent à découvrir l'ostéopathie. Surtout que, paradoxalement cette fois encore, suite à la création d'un Diplôme Universitaire de Médecines Naturelles en 1982 à Paris XIII, des ostéopathes pourtant non-médecins enseignent cette pratique à des médecins à la faculté de Bobigny. Les médecins sensibles à la pratique de l'ostéopathie ont donc été initialement formés par des non-médecins. Un Diplôme Inter Universitaire de « *Médecine Manuelle Ostéopathie* » verra également le jour à la faculté de Bobigny en 1995. La formule fut similaire car les enseignements étaient également dispensés par des ostéopathes non-médecins comme Jean-Pierre Barral entre autres. Le Dr Cassoura, médecin ayant reçu cet enseignement universitaire, évoque à de longues reprises dans son livre cette rencontre entre médecine occidentale considérée comme la seule référence respectable à cette époque et un enseignement prodigué par des ostéopathes pourtant non-médecins « *Le cours démarre [...] deux ostéopathes [...] des non-médecins* »<sup>58</sup>. L'année suivante, le premier

---

<sup>58</sup> CASSOURRA Alain – *L'énergie, l'émotion la pensée, au bout des doigts* p. 23

collège d'enseignement vit le jour s'adressant à des personnes novices de tout enseignement médical préalable.

François Mitterrand s'est exprimé en 1985 de la façon suivante au sujet de l'ostéopathie, en particulier en tant que médecine non conventionnelle : *«Il s'agit là d'une réalité sociale qu'il n'est plus possible d'ignorer [...] Les Français sont attachés à la qualité de leur médecine, et beaucoup d'entre eux souhaitent la voir s'ouvrir à d'autres pratiques alternatives ou complémentaires, tout en étant assurés de leur efficacité et de leur innocuité»*<sup>59</sup>. Les bienfaits apportés par cette nouvelle forme de médecine sur le territoire national ne pouvaient alors plus être niés *« Bon nombre de personnes rentrent pliées en deux, boitant, la mine triste, et ressortent droites comme un i, la démarche souple et l'œil pétillant. Le spectaculaire de l'amélioration ne peut échapper ni au patient ni à son entourage »*<sup>60</sup> ou de manière un peu plus poétique : *« L'ostéopathie est à la médecine ce que le silence est à la musique »*<sup>61</sup>. C'est pour cette raison que l'année suivante une commission qui avait pour objectif d'évaluer les thérapeutiques non conventionnelles a été créée. Les questions à l'Assemblée Nationale et au Sénat se sont alors multipliées demandant davantage de clarté sur la perspective de la reconnaissance de l'ostéopathie à l'image de celle du 8 septembre 1997 : *« attire l'attention de M. le secrétaire d'Etat à la santé sur le statut de l'ostéopathie. A une époque où les économies budgétaires en matière de santé sont à l'ordre du jour, les ostéopathes proposent des traitements peu onéreux et souvent très efficaces. Il demande au ministre quelles les dispositions il compte prendre à l'égard de la reconnaissance statutaire de la profession d'ostéopathe »*<sup>62</sup>. Les réponses des différents membres des gouvernements invoquaient souvent la pratique illégale de la médecine afin d'éluder soigneusement la récurrence de ces questions concernant cette nouvelle médecine. Ceci soulevait bien ce qui serait sans doute le problème majeur qu'allait poser l'avènement de l'ostéopathie. La plus grande difficulté résidait dans le fait de concilier le partage d'un exercice à la fois des médecins et des non-médecins, d'autant plus que le nombre de patients amenés à consulter des ostéopathes était de plus en plus croissant. Les gouvernements ne pouvaient donc pas nier la franche popularisation de l'ostéopathie qui imposait, comme une évidence, une réaction du pouvoir afin de décider de son statut, de ses attributions, des conditions d'accès à son

---

<sup>59</sup> Rapport au Ministère des Affaires Sociales et de la solidarité nationale et au secrétaire d'Etat chargé de la santé – *Les médecins différentes, un défi ?*

<sup>60</sup> CASSOURRA Alain – *L'énergie, l'émotion la pensée, au bout des doigts* p. 66

<sup>61</sup> MACH-HOUTY Abdelaziz – *Comment j'ai découvert l'ostéopathie* p. 115

<sup>62</sup> Journal Officiel de l'Assemblée Nationale du 8 septembre 1997 p. 2845

exercice. Face à la volonté manifeste de François Mitterrand de créer une commission d'évaluation (en 1986) de nombreuses controverses ont alors émergé. Comme dans tout débat contradictoire, les pour et les contre ont tenté de s'exprimer jusqu'aux élections législatives suivantes. A cette échéance, le nouveau ministre de la santé Michèle Barzach (médecin de formation) annula le travail pourtant engagé précédemment, anéantissant ainsi toute tentative de normalisation de la situation au sujet des ostéopathes en France. Les incompréhensions philosophiques et conceptuelles des représentants de la médecine occidentale ont conduit, une fois de plus, le monopole médical à reprendre l'ascendant sur l'évolution et en opposition avec la volonté populaire.

Malgré les tentatives répétées de dissolution des volontés militantes en faveur de l'intégration de l'ostéopathie au sein du système sanitaire français, c'est de l'Union européenne que va provenir l'esquisse d'une solution qui va contribuer à la reconnaissance de cette dernière. En effet, ces évolutions ont bénéficié de l'adoption du rapport Lannoye du 28 mai 1997 par le Parlement Européen sur les « *médecines alternatives* »<sup>63</sup> dont faisait partie l'ostéopathie, puis en 1999 d'une commission de l'Assemblée Parlementaire du conseil de l'Europe<sup>64</sup> ayant également rendu des conclusions favorables à l'exercice de l'ostéopathie. Cette commission commence d'ailleurs son rapport avec : « *L'Assemblée réaffirme son attachement aux médecines conventionnelles qui ont apporté les preuves scientifiques de leur efficacité* »<sup>65</sup>. Le projet de résolution indiquait alors ceci :

*« L'assemblée estime, en effet, que pour les patients la meilleure des garanties réside dans une profession bien formée et consciente de ses limites, structurée avec un système de déontologie [...] Il serait illusoire de refuser la naissance de nouvelles professions relevant du domaine de la santé [...] Pour l'assemblée, ces formes alternatives ou complémentaires de la médecine devraient pouvoir être exercées à l'avenir tant par des médecins de la médecine conventionnelle que par des praticiens de la médecine non-conventionnelle correctement formés (le malade pouvant les consulter indifféremment suivant la décision de son médecin traitant ou de son libre choix) ».*

Au mois d'avril 1999, en Belgique, une loi permit ainsi à un certain nombre de disciplines d'obtenir une reconnaissance. Parmi elles figurait l'ostéopathie. Notons toutefois

---

<sup>63</sup> <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR>

<sup>64</sup> <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/FRES1206.htm>

<sup>65</sup> *Ibid*

que les systèmes judiciaires français et belge sont très proches<sup>66</sup>. Ce qui explique pourquoi cette initiative d'un pays membre va sans aucun doute considérablement pousser la France à réagir et même l'attirer dans son sillon. C'est dans cette dynamique que Bernard Kouchner, alors Ministre de la Santé du gouvernement français, décida par mimétisme de créer une commission de réflexion au sujet de l'ostéopathie. L'objectif clairement affiché de cette commission était de parvenir à une régularisation du statut d'ostéopathe tout bonnement en le légalisant. C'est de cette manière que la présidence du groupe de travail de la commission de réflexion fut confiée au Professeur Guy Nicolas. Celui-ci était anciennement vice-président du Haut Comité de santé publique. Ainsi peut-on lire dans la lettre de mission adressée par le Ministre Kouchner le constat suivant : « *L'ostéopathie et la chiropraxie, tout en relevant de la médecine non-conventionnelle, séduisent un nombre grandissant de nos concitoyens. Seuls les médecins ostéopathes, en l'état actuel du droit, peuvent exercer toute légalité [...] il importe dans ces conditions, que le meilleur niveau de qualité et de sécurité soit assuré à nos concitoyens, quel que soit le professionnel auquel il s'adresse. Il semblerait que les pratiques de l'ostéopathie et de la chiropraxie fassent l'objet d'une reconnaissance qui conduise la puissance publique à édicter des normes de formation et de pratique, seules à mêmes d'assurer la sécurité des prestations offertes. Ce souci de clarification s'impose à l'heure où l'Europe réfléchit aux médecines non-conventionnelles* ». Au cours des deux années qui suivirent, l'élaboration de travaux alimentée de nombreux débats réunissant les représentants des associations socio-professionnelles du milieu de la médecine occidentale, ostéopathique ainsi que les auxiliaires médicaux masseurs kinésithérapeutes ont abouti à une conclusion.

Le 4 octobre 2001, l'amendement n°52 bis déposé par le Député Debré est voté : « *L'usage professionnel du titre d'ostéopathe et de chiropracteur est réservé aux titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation technique à l'ostéopathie ou la chiropraxie dans une école, un institut ou une université inscrits sur une liste établie par décret* ». Le sénat ne s'opposera pas à cet amendement et va même l'adopter dès la première lecture le 5 février 2002. Au cours de cette séance au sénat, Bernard Kouchner aura même prononcé ces mots « *Dans des pays, et pas seulement aux Etats-Unis, l'ostéopathie a pignon sur rue [...] nous sommes en retard par rapport à nos voisins. En second lieu [...] la justice est lasse de la situation [...] Les conseils régionaux de l'Ordre des médecins portent régulièrement plainte, mais plus aucune affaire ne donne lieu à poursuites* ». Le 19 février 2002 le sénat vote définitivement la dernière version du projet établi par la commission. Cette version sera donc

---

<sup>66</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p. 65

le désormais célèbre article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 portant sur les « *droits des malades et qualité du système de santé* ». C'est avec cette loi de mars 2002, reconnaissant une compétence s'exprimant par le titre d'ostéopathe et/ou de chiropracteur, que le véritable changement s'est donc produit. En application de l'article 75 précédemment cité venant de la loi dite Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, on peut lire que « *L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivré dans un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixées par voie réglementaire. Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions fixées par décret. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa. Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir. Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l'État dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations* ».

Suite à cette effervescence croissance autour de l'ostéopathie, le 15 décembre 2005 le ministre de la santé, Xavier Bertrand, propose au doyen Ludes de la faculté de médecine de Strasbourg de réaliser une mission d'études et de propositions concernant l'application de l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux ostéopathes et aux chiropraticiens. Bernard Ludes fournit donc ce rapport<sup>67</sup> élaboré à l'aide de différents représentants de la profession. Le 25 janvier 2007, ce travail est rendu public et son bilan porte surtout sur les conditions de formation des différents acteurs amenés à pratiquer l'ostéopathie : médecins, kinésithérapeutes et ceux qui ne sont pas professionnels de santé, dans le sens où ils n'appartiennent pas à la IVème partie au Code de la Santé Publique. Ainsi peut-on lire dans sa conclusion que la clé de voûte du consensus au sujet de la reconnaissance et de la classification de l'ostéopathie repose sur l'établissement du diagnostic. « *Le diagnostic et le*

---

<sup>67</sup> <http://reseauprosante.fr/files/santepublique/Ostheopathie-Chiropraxie-rapport-de-mission.pdf>

*traitement, préventifs ou curatifs, sont réservés aux médecins [...] L'ostéopathie constitue un exemple intéressant : longtemps réservée aux médecins, il a fallu attendre un décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, pour que le titre d'ostéopathe soit reconnu et que l'accomplissement d'actes déterminés ne soit plus considéré comme un exercice illégal de la médecine »<sup>68</sup>. Cette compétence était initialement exclusivement réservée au médecin. Toutefois, dans la lecture analytique des décrets à venir (II) nous observerons que pour le moment cette question reste partiellement en suspens.*

Il existe donc un titre d'ostéopathe ce qui incarne une matérialisation très concrète d'une identité juridique à part entière. Un titre professionnel est « *une certification professionnelle délivrée, au nom de l'État, par le ministère chargé de l'Emploi. [...] Il existe 300 titres professionnels couvrant l'ensemble des secteurs d'activité et correspondant à des qualifications de niveaux V à III »<sup>69</sup>. Ainsi peut-on lire sur le site [http://www.anteeformation.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13&Itemid=29&f013f85aa4bc6c333d9b25d6dd51c329=794e108f5f0b105c887c54a6e4bc5ab1](http://www.anteeformation.com/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=29&f013f85aa4bc6c333d9b25d6dd51c329=794e108f5f0b105c887c54a6e4bc5ab1) que le titre professionnel « *atteste que son titulaire maîtrise les compétences, aptitudes et connaissances permettant l'exercice d'activités professionnelles qualifiées [...] Il permet de favoriser l'évolution professionnelle ou le retour à l'emploi de son titulaire et s'obtient au terme d'un parcours de formation professionnelle ou par le biais de la validation des acquis de l'expérience »*. Désormais le titre d'ostéopathie protège la profession. En effet personne ne peut se prévaloir librement de pratiquer la médecine ostéopathique sans bénéficier du titre la consacrant. Tout l'enjeu qui est maintenant au cœur des préoccupations des ostéopathes est naturellement de savoir quelles sont les modalités permettant de bénéficier de ce titre. En effet, l'accès au titre manque d'unicité car il existe différents moyens d'y parvenir. Les médecins, les kinésithérapeutes sont les deux professions majoritaires qui souhaitent continuer à bénéficier du titre d'ostéopathe afin de la pratiquer librement. Toutefois des clarifications devaient nécessairement s'imposer car il existe également des praticiens qui ne sont pas déjà des professionnels de santé tels que décrits dans la partie IV du Code de la Santé Publique qui exercent également le métier d'ostéopathe.*

Les décrets devaient donc initialement clarifier la situation pour que chaque individu qui souhaiterait exercer l'ostéopathie puisse savoir exactement quel chemin arpenter afin d'être

---

<sup>68</sup> VIALLA François – *Les grandes décisions du droit médical* p. 280

<sup>69</sup> <http://travail-emploi.gouv.fr/espaces,770/formation-professionnelle,1937/dossiers,1963/les-titres-professionnels,1986/les-titres-professionnels,12857.html>

dignement préparé à la pratique de cette profession et solidement compétant dans les connaissances nécessaires à cette médecine non conventionnelle. Il restait encore à définir concrètement le champ d'action de l'ostéopathie c'est-à-dire ses contours. Nous allons voir qu'encore actuellement, le débat est assez largement ouvert quant aux perspectives qui s'offrent, étant donné l'état actuel de l'offre de soins sur le territoire national et les avancées scientifiques dans le domaine de l'objectivation des théories et des pratiques de l'ostéopathie. De nouveaux décrets d'applications sont d'ailleurs prévus pour mars 2014 car immédiatement après la parution des décrets de 2007 de nombreuses incohérences se sont manifestées.

## Section 2 : Des décrets de 2007 à la loi HPST de 2009

Le 4 mars 2007, de nombreux praticiens ostéopathes manifestent dans l'optique d'obtenir des décrets qu'ils estiment adéquats avec la nature de leur profession. En effet, le fondement juridique de l'article 21 de la Constitution applicable au retard inacceptable de la parution des décrets faisant suite à la loi du 4 mars 2002 a poussé le Registre des Ostéopathes de France, l'Association Française d'Ostéopathie, le Syndicat National des Ostéopathes de France et le Centre Européen d'enseignement Supérieur de l'Ostéopathie à poser une requête au Conseil d'Etat. Celui-ci demanda de manière injonctive au gouvernement de rédiger les décrets nécessaires à bon usage du titre d'ostéopathe. La sanction dans le cas d'absence de publication des décrets aurait été de 200 euros par jour à partir des six mois suivant la décision. C'est dans ce contexte que paraît le 25 mars 2007 le décret n°2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

On y retrouve au chapitre 1<sup>er</sup>, article 1er des actes autorisés : *« 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, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens para cliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue 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 »*. Une première problématique se pose quant à la définition du mot « *manipulation* » que nous avons précisée dans le propos introductif du chapitre 2 de la Partie II. La notion de prévention est toutefois évoquée comme mission à part entière de l'ostéopathe, ce qui, nous le verrons, aura un rôle capital dans les perspectives qui vont se dessiner quant à son action potentielle dans la distribution de l'offre de soin sur le territoire national. Il convient de s'attarder un instant sur le terme de troubles « *fonctionnels* », en opposition avec le terme de troubles « *organiques* ». Le législateur a nécessairement attribué cette compétence aux ostéopathes car cela permettait de véritablement dissocier le médecin généraliste de l'ostéopathe. En effet, si l'ostéopathe avait été habilité à

« prévenir » et « remédier » à la fois à des troubles organiques et fonctionnels, il n'y aurait plus eu de différence entre ces deux professions, ainsi les ostéopathes se seraient trouvés dans une position d'instabilité juridique<sup>70</sup>.

L'article 2 précise que « *Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque 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 son champ de compétences* ». Il est clairement énoncé : « *orienter le patient [...] lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical* ». Le fait d'évoquer la notion de diagnostic signifie quelque chose d'extrêmement important du point de vue de la sémantique. Par cette notion, le législateur sous-entend que l'ostéopathe est alors qualifié pour porter un diagnostic devant tout type de pathologie, puisque ce dernier a la capacité d'exclure des patients (c'est-à-dire de les envoyer chez un spécialiste nécessaire). Ceci fait étroitement écho à l'article 1 énonçant que l'ostéopathe s'intéresse aux troubles « *fonctionnels* ». Donc en recevant un patient en première intention dans son cabinet, l'ostéopathe doit, dès lors, déterminer si la ou les problématiques du patient relèvent de sa compétence. Afin de se déclarer incompétent, l'ostéopathe doit diagnostiquer la maladie du patient. L'ostéopathe est en mesure d'effectuer un diagnostic différentiel ainsi que de reconnaître un diagnostic où le pronostic vital pourrait être engagé. De ce fait, un ostéopathe est un thérapeute manuel habilité à diagnostiquer, c'est donc un professionnel de première intention. Le patient n'a donc nullement besoin de recevoir un avis médical préliminairement à une consultation d'ostéopathie. Déjà en 1995 une réponse du Sénat avait soulevé cette question : « *La mise en œuvre des techniques ostéopathiques suppose au préalable l'élaboration d'un diagnostic d'ensemble étayé par tous les examens complémentaires nécessaires et sa pratique implique des connaissances médicales approfondies* »<sup>71</sup>. Il existe toutefois une nuance à cette notion de diagnostic apportée le 14 juin 1995 par le Tribunal correctionnel de Paris dans l'affaire n°P.9212801136. Le Tribunal avait en effet retenu la définition du petit Larousse : « *jugement porté sur une situation, sur un état [...] identification d'une maladie par ses symptômes* ». Les juges avaient alors rejeté le fait que les ostéopathes effectuaient des diagnostics médicaux. En réalité, le diagnostic ostéopathique s'intéresse aux troubles fonctionnels et les prévenus avaient déclaré que « *cette pratique est autre que médicale, qu'il s'agit d'une voie*

---

<sup>70</sup> GNAHO Sylvain – *Le Service Public Hospitalier et l'ostéopathe : collaboration, intégration, quelles possibilités juridiques ?* p. 23

<sup>71</sup> Journal Officiel du Sénat du 16 mars 1995 p. 623

*différente de la médecine [...] qu'il ne s'agit pas pour eux de déterminer si la personne observée est atteinte de telle ou telle affection* »<sup>72</sup>. Modérons cette assertion en précisant que cette affaire qui date de 1995 est de fait antérieure à la loi du 4 mars 2002 et étrangère à l'évolution sociétale accompagnée de tous les maux au sujet de l'offre de soin sur le territoire national. Le doyen Bertrand Ludes avait d'ailleurs lui aussi très habilement anticipé cette problématique relative à l'élaboration du diagnostic : « *Si d'autres professionnels (que les médecins) doivent être amenés à réaliser ces actes (des diagnostics), le législateur devra prévoir un cursus adapté à cette fin* »<sup>73</sup>. La question du diagnostic touche pourtant au monopole médical. Celui-ci suscite habituellement tant de véhémence et de foudre dès qu'il est approché de trop près. Il est donc intéressant de constater que dans les propos du doyen il n'est plus question de balayer les ostéopathes d'un revers de main, mais au contraire d'envisager leur accorder une compétence traditionnellement médicale. Ce qui va dans le sens des glissements de tâche que nous évoquerons en partie II. Cela est-il pour autant très étonnant puisque la grande majorité des observateurs, incluant l'OMS récemment, mettent en évidence que « *les praticiens ostéopathes intègrent les connaissances scientifiques et médicales actuelles* »<sup>74</sup>. Cette compétence ne cesse de se démocratiser et la pénurie de médecins dans les années à venir sur le territoire national ne va sans doute que confirmer ces idéologies : « *Les praticiens partagent un ensemble de compétences de base qui les guident pour le diagnostic, la gestion et le traitement de leurs patients et constituent le fondement de l'approche ostéopathique des soins médicaux* »<sup>75</sup>. En cas de contentieux, le fait que l'ostéopathe semble être compétent en matière de diagnostic impose donc au praticien d'apporter la preuve qu'il a su exclure les pathologies organiques qui nécessitaient, au moment de la consultation au sein de son cabinet, une prise en charge thérapeutique différente type médicale (au sens occidental) ou chirurgicale. Il est donc indispensable que l'ostéopathe prenne un temps nécessaire et suffisant lors de l'anamnèse pour interroger le patient sur ses symptômes. Qu'il examine avec minutie les examens complémentaires d'imagerie médicale ou biologiques, et naturellement l'examen clinique, qui sont des éléments indispensables à l'élaboration du diagnostic. La collecte de ces données doit naturellement figurer dans un dossier patient élaboré à cet effet comportant les annotations effectuées par le praticien. De nombreux témoignages de médecins qui ont été initiés à l'ostéopathie par la suite

---

<sup>72</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p. 56

<sup>73</sup> <http://reseauprosante.fr/files/santepublique/Ostheopathie-Chiropraxie-rapport-de-mission.pdf>

<sup>74</sup> Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010

<sup>75</sup> *Ibid*

reconnaissent allègrement la dimension de diagnostic propre à l'intervention d'un praticien ostéopathe : « *L'ostéopathie va bien au-delà de la réalisation de deux ou trois techniques. Elle n'a rien à voir avec la kinésithérapie. L'ostéopathie est une médecine en soi avec une démarche spécifique, un examen spécifique, un diagnostic spécifique et un traitement spécifique* »<sup>76</sup>.

L'article 3 exclut toutefois certains actes : « *I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants : 1° Manipulations gynéco-obstétricales ; 2° Touchers pelviens.* » et limite la possibilité d'exécution de certains autres « *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* »<sup>77,78</sup>. Là encore, le décret renouvelle l'utilisation du mot manipulation qui n'est pas davantage défini au sujet de la sphère rhumatologique-orthopédique que dans la sphère uro-gynécologique. Naturellement, aucun médecin n'a la moindre idée de ce que représente une contre-indication médicale à la réalisation d'un acte ostéopathique. De plus, l'ostéopathe ne réalisant, par définition, aucune manipulation au sens où le Dr Maigne l'a définie en 1996 (bien que cette définition ne soit pas officielle, mais à défaut d'en avoir une nous nous identifierons à cette dernière), ces certificats médicaux ne sont pas demandés car ils ne correspondent à rien dans la pratique concrète.

Malgré les avancées contrastées de ces derniers décrets, des précisions restent à apporter pour la profession d'ostéopathe. Très récemment, le 5 février 2011, l'article 64 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire n° 2009 - 879 du 21 Juillet 2009, prévoyant 3520 heures de formation spécifique, a été supprimé<sup>79</sup>. Le gouvernement se trouvant totalement bloqué par rapport à la volonté du législateur a dû saisir à son tour le Conseil Constitutionnel à propos précisément de la rédaction de l'article 64. Il en est en effet de la compétence des décrets de définir les dispositions d'application de la loi et non l'inverse comme cela semblait être le cas<sup>80</sup>.

---

<sup>76</sup> CASSOURRA Alain – *L'énergie, l'émotion la pensée, au bout des doigts* p. 58

<sup>77</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006055745&dateTexte=20101003>

<sup>78</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000462001&categorieLien=cid>

<sup>79</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

<sup>80</sup> <http://www.snof.fr/actualite.html>

*« Le Conseil constitutionnel a été saisi le 18 janvier 2011 par le Premier ministre, dans les conditions prévues par le second alinéa de l'article 37 de la Constitution, d'une demande tendant à ce qu'il se prononce sur la nature juridique des mots : « qui doivent être au minimum de 3 520 heures » figurant au premier alinéa 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. Le Conseil constitutionnel ; Vu la Constitution, notamment ses articles 34 et 37 ; Vu l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 modifiée portant loi organique sur le Conseil constitutionnel, notamment ses articles 24, 25 et 26 ; Vu la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;*

*Le rapporteur ayant été entendu ;*

*1. Considérant que les dispositions soumises à l'examen du Conseil constitutionnel ont pour objet de fixer la durée de formation conduisant à la délivrance des diplômes d'ostéopathe et de chiropracteur ; qu'elles ne mettent en cause ni les principes fondamentaux de l'enseignement qui relèvent de la loi en vertu de l'article 34 de la Constitution ni aucun des autres principes ou règles placés par la Constitution dans le domaine de la loi ; que, dès lors, elles ont le caractère réglementaire :*

#### *Article 1*

*Les mots : « qui doivent être au minimum de 3 520 heures » figurant au premier alinéa de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ont le caractère réglementaire»<sup>81</sup>. La dimension non conforme à la Constitution fit retourner la durée légale de formation à 2665 heures.*

Toutefois, un rapport de l'OMS a été effectué sur les médecines traditionnelles en 2008<sup>82</sup> puis en 2010<sup>83</sup>. Dans ce dernier rapport sur les principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative rassemblant 29 Docteurs en médecine et trois Professeurs en médecine, l'OMS explique qu'il semble raisonnable que la formation en ostéopathie comprenne au-moins 4200 heures de formation dont 1000 heures de

---

<sup>81</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023528333&fast>

<sup>82</sup> <http://www.medecine-ecologique.info/?Rapport-de-l-OMS-sur-les-medecines>

<sup>83</sup> Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010

pratiques clinique<sup>84</sup>. Ce rapport avait pour fonction de guider les autorités sanitaires nationales à mettre en place « *les lois, règlements et pratiques d'exercice adéquats* »<sup>85</sup>. Notons qu'il arrive parfois que les avis de l'OMS prennent des valeurs de circulaires administratives unilatérales. Ce qui leur donne une valeur au potentiel contraignant car elles sont susceptibles de modifier l'ordre préexistant (et donc susceptibles de recours pour excès de pouvoir). Les recommandations de l'OMS incarnent un argument de plus en faveur d'une volonté de la profession d'élever son niveau de formation, comme cela est déjà le cas dans certains établissements proposant des études en 5 ou 6 ans après le baccalauréat pour obtenir le titre d'ostéopathe.

La jurisprudence du Conseil d'Etat datant du 23 janvier 2008 n°304482 *Profession d'ostéopathe SNFO et AFO*<sup>86</sup> apporte des explications au sujet de la profession d'ostéopathe. Il considère que le titre d'ostéopathe n'est « *pas placé dans une situation identique à celle des professionnels de santé* ». En effet différentes analyses, comme celle de Jacques Mornet en 2008, mettent en évidence que la caractérisation de l'ostéopathe est au-delà des auxiliaires médicaux. Ils exercent leurs activités compte tenu de l'exercice illégal de la médecine qui est de l'ordre de la prohibition générale assortie d'exceptions listées par « *décrets d'actes* » depuis le 6 janvier 1962. Dans la relation médecin/auxiliaire, le médecin possède les pleins pouvoirs et délègue par le biais de prescriptions des actes aux auxiliaires médicaux. La profession d'ostéopathe serait donc plutôt « *constitutif d'un exercice de type médical* »<sup>87</sup> car il réalise des anamnèses, des examens du patient, effectue un traitement et donne des conseils.

Actuellement, l'essentiel des négociations avec l'Etat se réalise par l'intermédiaire des représentants syndicaux des Associations Socio Professionnelles dites représentatives. De nouveaux décrets étaient annoncés il y a maintenant quelques années mais la période électorale n'est parfois pas propice au travail sur la réforme d'un décret relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Le travail engagé devrait théoriquement paraître au Journal Officiel à l'horizon du mois de mars 2014. L'enjeu de ces décrets sera naturellement de contribuer à valoriser l'image de la profession d'ostéopathe en demandant un niveau d'étude évidemment supérieur à l'équivalent de trois années comme certaines formations

---

<sup>84</sup> Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010

<sup>85</sup> Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010

<sup>86</sup> <http://www.rajf.org/spip.php?article2751>

<sup>87</sup> MORNET Jacques – *Ostéopathes et ostéopathies. Ambiguïtés juridiques et scientifiques, difficultés organisationnelles ?*

d'auxiliaires telles que les masseurs-kinésithérapeutes ou d'autres. Un autre objectif serait de faire disparaître l'article 3 au sujet de la limitation de certains actes qui ne trouve aucune légitimité du fait d'une part de l'utilisation du terme non défini de « *manipulation* », et d'une autre de la connaissance et de la compétence des praticiens de première intention tout à fait aptes à déterminer la pertinence d'effectuer ou non des techniques cervicales, génito-pelviennes ou encore de la face et du crâne chez le nourrisson. Certains auteurs préconisent la création d'un Diplôme d'Etat d'ostéopathie, qui permettrait de structurer davantage la profession afin de faciliter la transition vers un statut d'une éventuelle nouvelle profession de santé officielle qui ne serait pas auxiliaire médical, car habilitée à réaliser des diagnostics, comme nous l'avons vu. Toutefois cette idée ne semble pas encore être d'actualité à court terme. Seul le fruit des négociations entre les syndicats et l'Etat permettra de le découvrir à mesure que celles-ci avanceront en 2013 et en 2014.

## Partie 2

L'ostéopathie comme réponse  
providentielle aux grands enjeux du  
droit de la santé

Le Professeur François Vialla affirme que l'existence même du droit médical cristallise la fusion entre l'austérité réputée du droit et la dimension humaine de la médecine : « *Dès lors le droit, discipline souvent technique et froide, s'humanise et se trouve confronté aux joies et douleurs des existences de sujet de droit, qui sont et demeurent des personnes* »<sup>88</sup>. Dans son ouvrage, le Professeur François Vialla cite également le Doyen Savatier : « *médecin et juriste incarnent deux humanismes. L'un et l'autre exercent des arts directement placés au service intime de l'homme et qui appliquent des sciences dont l'homme est l'objet... [...] médecins et juristes sont animés de la même préoccupation de rechercher le bien humain... Mais de même que le confluent de deux fleuves, celui du droit et de la médecine, dans cette recherche, produit nécessairement des remous. Si, dans l'ensemble, les eaux de deux fleuves convergent, elles s'affrontent, par endroit, et bouillonnent...* »<sup>89</sup>. C'est précisément ce qui rend cette discipline particulièrement intéressante et complexe à la fois. La synergie de ces deux domaines est en effet très utile au regard des enjeux d'avenir. La frontière indicible entre la pratique des soins et le droit s'illustre à maintes reprises dans les questions de santé publique et de droit des usagers. La juridicisation de l'ostéopathie amènera prochainement des atouts supplémentaires que l'on ne pourra négliger du fait des apports que cette médecine proposera. Des questions se poseront alors sur la nature de la prise en charge des patients (Chapitre 1). Naturellement, cela ne sera possible que si ce processus en cours d'évolution propose un cadre juridique permettant de l'intégrer dans le système sanitaire français (Chapitre 2).

---

<sup>88</sup> VIALLA François – *Les grandes décisions du droit médical* p. 2

<sup>89</sup> SAVATIER – *Au confluent de deux humanismes : ententes et mésententes entre médecins et juristes* p. 234

# Chapitre 1 – La nécessaire adaptation de la prise en charge du patient suite à l’avènement de l’ostéopathie

De nos jours, l’offre de soin sur le territoire national subit plusieurs écueils. Tout d’abord, l’augmentation des déserts médicaux est un phénomène excessivement préoccupant, surtout quand les observateurs expliquent que ce phénomène risque de tendre à une augmentation dans la prochaine décennie. Assurer la permanence des soins (comme le demande l’article L 6314 du Code de la Santé Publique) devient donc une tâche difficile à réaliser, étant donné les recours humains à l’état de pénurie. Face à ces grands enjeux, des stratégies ont déjà été adoptées par les gouvernements en responsabilité. Comme nous l’avons étudié plus tôt, l’ostéopathie présente la particularité intéressante d’être une médecine généraliste et assez adaptable à de nombreux troubles rencontrés par les patients. Face à cette problématique concernant l’offre de soin, qui semble pourtant inévitable, il convient de s’interroger sur le rôle de l’ostéopathie en envisageant la place que celle-ci pourrait adopter en vue d’endiguer la pénurie de professionnels (Section 1) et d’optimiser la prise en charge des patients en respectant leurs droits (Section 2).

## Section 1 : Une subversive restructuration de l'offre de soin sur le territoire intégrant l'ostéopathie

La pénurie de médecins est la conséquence de l'absence d'anticipation du passé et particulièrement des années 1970-1990 entraînant la mauvaise régulation que nous connaissons actuellement. Ces déserts médicaux présentent plusieurs problèmes majeurs qui seront au cœur des futurs enjeux de santé publique. Ce que l'on qualifie de désert médical est une zone géographique sous-dotée en professionnels de santé et plus particulièrement en médecins. Or, depuis 2004, le médecin traitant est la véritable pierre angulaire de la prise en charge des usagers. Il collecte toutes les informations et données de santé qui concernent ses patients. Ils doivent systématiquement passer par lui pour accéder à des professionnels de santé de type auxiliaires médicaux que l'on trouve au livre 3 de la partie IV du Code de la Santé Publique, puisqu'ils exercent exclusivement sous prescription médicale. Mais le patient doit également passer par son médecin traitant afin d'accéder à des médecins spécialistes à l'exception de certains cas de figure. Le patient peut consulter un gynécologue pour des examens cliniques gynécologiques ponctuels avec les actes de dépistage ainsi que le suivi de la contraception, de la grossesse et enfin également pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. L'usager a également le droit d'accéder librement à un psychiatre. Il peut aussi accéder à un ophtalmologue pour obtenir une prescription de lunettes et le suivi des glaucomes. Enfin il peut aussi consulter un stomatologue<sup>90</sup>. C'est toutefois au médecin traitant qu'on envoie les bilans des diverses hospitalisations lorsque son patient sort de l'hôpital. En somme, il est le véritable centre de collecte de toutes les informations et d'orientation de son patient dans le système sanitaire français. Il est donc tout à fait aisé de comprendre à quel point la population se trouve dans l'embarras quand les médecins généralistes viennent à manquer. Les patients se retrouvent sans véritable référent ce qui explique le fait que ces mêmes personnes se dirigent tout naturellement vers les services d'urgence les plus proches lors de l'apparition du moindre problème de santé. Ce qui n'est pas sans encombrer les services d'urgence qui reçoivent des motifs de consultation impropres à la définition médicale correspondant véritablement à une « urgence ».

---

<sup>90</sup> <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-medecin-traitant-et-le-medecin-specialiste.php>

Aujourd'hui, 5% de la population française réside dans une région où l'accès à un médecin généraliste est problématique. Plus grave encore, 30% de la population française est directement concernée par une dérogation de l'offre de soins, et la baisse prévisible du nombre de professionnels de santé devrait accroître davantage les difficultés dans ces zones déjà fragilisées. Ces inégalités territoriales sont dues au fait que les praticiens préfèrent s'installer à Paris, et ceci s'associe à l'héliotropisme concentré en Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Paca et en Aquitaine. Il existe un véritable effet ciseau car les zones de raréfaction d'offre de soins connaissent également une augmentation des besoins du fait du vieillissement de la population<sup>91</sup>. Enfin, d'un point de vue purement mathématique, la population française augmente chaque année de 10% et le nombre de médecins diminue également depuis peu de 10% par an. Inutile d'être un expert pour comprendre que le déséquilibre manifeste entre l'offre et la demande ne va cesser d'accroître au fur et à mesure du temps. La permanence des soins, que l'on retrouve à l'article L 6314 du Code de la Santé Publique, est une mission de service public<sup>92</sup> depuis la loi du 21 juillet 2009 dite loi Hôpital Patient Santé Territoire, ou encore loi Bachelot. Elle consiste à assurer l'effectivité des soins dispensés sur le territoire français vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Aujourd'hui, le directeur de l'Agence Régionale de Santé est chargé de sa mise en place avec la participation du conseil de l'Ordre des médecins. Cette mission semble, du fait du contexte, également difficile à remplir.

Le gouvernement a donc imaginé des solutions à long terme comme augmenter le numérus clausus, qui est maintenant déterminé en partenariat avec les Agences Régionales de Santé. Cependant, il a aussi fallu trouver des solutions à moyen terme pour endiguer cette carence en créant les contrats d'engagement de service public. Ce contrat propose aux étudiants en deuxième année de médecine de bénéficier jusqu'à la fin de leurs études d'une bourse de 1200 euros par mois. En échange ceux-ci s'engagent à s'installer dans une zone médicalement sous dotée de manière proportionnelle au temps pendant lequel ils ont pu bénéficier de ces généreux avantages financiers. Ceci devait permettre d'inciter les jeunes médecins à s'installer dans ces déserts médicaux afin qu'ils perdent progressivement ce qualificatif. En effet, en s'installant plusieurs années dans un endroit, le législateur a estimé que les chances que ceux-ci s'y implantent définitivement étaient augmentées. Il a également été question d'exonérations fiscales sur l'impôt et sur les charges professionnelles dans une

---

<sup>91</sup> <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.html>

<sup>92</sup> Article L - 6112 du Code de la Santé Publique

« commune de moins de 2 000 habitants ou dans une zone de revitalisation rurale »<sup>93</sup>. Enfin, les parlementaires ont réfléchi à une solution rendue publique le 20 avril 2013 pour déroger au parcours de soin axé autour du médecin traitant : « Des dérogations au parcours de soins sont prévues afin que les assurés consultant les médecins nouvellement installés dans les zones sous-médicalisées ne soient pas pénalisés pour non-respect des règles du médecin traitant »<sup>94</sup>. Un certain nombre de mesures ont été suggérées et elles sont toutes financées par l'assurance maladie et les collectivités territoriales, ce qui représente un coût significatif. Malgré ces mesures incitatives, il se trouve que l'efficacité ne semble pas être au rendez-vous.

L'ostéopathie est une médecine manuelle et, comme nous l'avons vu, elle s'intéresse à un large spectre de problématiques de santé. Pour ainsi dire, un ostéopathe peut techniquement tout investiguer sous réserve que sa formation médicale soit suffisamment développée. C'est d'ailleurs ce que demande l'O.M.S. dans son rapport<sup>95</sup>. De ce fait, dans un pays où la dérogation de l'offre de soin est mise à mal, ne pourrait-on pas imaginer un instant que l'ostéopathie incarne une solution opportune qui aurait un double ou même un triple intérêt ? Si les ostéopathes convenablement formés (RNCP niveau 1, comme cela existe dans onze écoles françaises accréditées)<sup>96</sup> étaient intégrés dans le système sanitaire, cela permettrait d'atténuer considérablement la dérogation de soins puisque l'ostéopathie est habilitée à évaluer l'état de santé du patient en dissociant les problématiques relatives aux urgences et celles que ne le sont pas. Ce qui permettrait d'adresser les véritables urgences aux urgences et non la totalité des personnes n'ayant aucun autre moyen de diagnostic que leur propre appréciation. La dimension curative de l'ostéopathie, ainsi que ses bienfaits sur la qualité de vie ou sur la gestion des effets secondaires de certains traitements médicaux s'adresse à quasiment tout type de pathologie. Il existe donc une possibilité d'endiguer, au moins en partie, les complications inhérentes aux déserts médicaux avec l'ostéopathie en tant que médecine non conventionnelle capable d'évaluer l'état de santé d'un usager du système sanitaire français et l'orienter si cela est nécessaire, et éventuellement de traiter bon nombre de motifs de consultation qui pourraient désengorger les urgences et déculpabiliser les cabinets de médecine générale qui n'arrivent plus à faire face à la demande dans les campagnes. Nous allons voir par quel biais cette perspective pourrait se concrétiser

---

<sup>93</sup> <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.html>

<sup>94</sup> <http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.html>

<sup>95</sup> Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010

<sup>96</sup> Répertoire National des Certifications Professionnelles Niveau 1 = échelon le plus haut

notamment avec les transferts de compétences déjà existants avec la profession d'infirmier dans le cadre de certains protocoles stricts. L'Etat prévoit d'ailleurs la potentielle création de nouveaux métiers de paramédicaux praticiens ayant des compétences supérieures à des auxiliaires médicaux. Les pouvoirs publics eux-mêmes proposent certaines solutions qui consistent à promouvoir la prolifération des maisons de santé<sup>97</sup>. Ces centres de santé et maisons de santé sont des groupements pluridisciplinaires de divers praticiens intervenants dans le milieu sanitaire et ceux-ci intègrent de plus en plus d'ostéopathes.

Nous pouvons constater que face au phénomène des déserts médicaux, le gouvernement et les parlementaires se doivent de trouver de véritables solutions afin d'éviter au pronostic vital de la santé publique d'être définitivement engagé. Les solutions consistant à augmenter le nombre de médecins afin de rétablir la balance sont évidemment cohérentes, mais les effets bénéfiques ne pourront être constatés qu'à long terme. Dans un souci d'efficacité plus proche, le législateur a donc dû proposer des mesures financières afin de panser les plaies de ce système à la dérive, ceci bien que la sécurité sociale soit paradoxalement largement déficitaire<sup>98</sup>, 18.6 milliards d'euros en 2011. Naturellement, le déficit de bon nombre d'établissements de santé comme l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (qui obtenait en 2011 un déficit de 90 millions d'euros), génère une politique de diminution des coûts<sup>99</sup>. Le personnel représentant en moyenne 60% du budget d'un établissement de soin a donc été une victime directe de cette politique initiée par Nicolas Sarkozy.

Toutefois, si la volonté générale semble claire, nous allons voir que dans les faits certains problèmes se posent et que certaines solutions opportunes semblent émerger progressivement. Les glissements de tâche s'inscrivent volontiers dans les stratégies adoptées par le législateur. En effet, ces glissements existent entre médecins et infirmiers depuis déjà quelques années du fait des facteurs économiques, nous l'avons évoqué un peu plus haut, mais également du fait d'une baisse considérable du nombre de médecins et une répartition territoriale peu favorable à l'optimisation de ceux déjà installés d'un point de vue démographique. Cet état de fait, loin d'être dépourvu de fondements circonstanciels, est basé sur une somme de constats manifestes. Une étude C.F.D.T. de mai 2011 est assez caractéristique de la situation actuelle. En effet, 65% des soignants déclarent que la charge du

---

<sup>97</sup> Article L – 6323-1 du Code de la Santé Publique

<sup>98</sup> <http://www.ccomptes.fr/>

<sup>99</sup> <http://www.actusoins.com>

travail et sa densité se sont objectivement dégradées au cours de ces dernières années<sup>100</sup>. Vincent Lautard, infirmier D.E., a réalisé une analyse d'un questionnaire proposé à des infirmiers sur 5 mois en 2012 : « *Ce questionnaire avait comme objet à travers quatre questions, d'étudier les glissements de compétences entre les professionnels infirmiers et les professionnels médicaux. 108 infirmiers ont répondu à ce questionnaire* »<sup>101</sup>. Il constate dans son analyse que dans l'exercice de ses fonctions « *l'infirmier dans sa pratique quotidienne du soin a tendance de façon régulière, à dépasser son cadre de compétences* »<sup>102</sup>. C'est donc, au-delà d'une réflexion sur l'avenir, un véritable fait établi. Les professionnels paramédicaux sont contraints de réaliser des actes en dehors de leurs compétences pour faire face au manque de personnel ou aux contraintes économiques. Certaines professions médicales (nous allons le voir plus bas) et paramédicales comme celle d'infirmière sont donc en pleine mutation. En effet, les professions d'infirmière clinicienne<sup>103</sup> et infirmière praticienne sont assez répandues dans le monde. C'est précisément pour tendre dans cette direction que l'intégration de ces nouvelles professions semble nécessaire dans le cadre universitaire afin de concrétiser et d'encadrer ces innovations. En France, les premiers masters de pratiques avancées en soins infirmiers se sont mis en place en 2010. La loi Hôpital Patients Santé et Territoire du 21 juillet 2009 a donc mis en place différents protocoles de coopération entre professionnels bien que ceux-ci soient officieusement considérablement développés ces dernières années<sup>104</sup>. « *Le master 1 qui a lieu à Paris, met l'accent entre autre sur le raisonnement clinique, les réactions humaines, les interventions infirmières spécifiques, l'éducation thérapeutique du patient ou encore le processus de consultation clinique adapté aux infirmiers. Le master 2 qui a lieu à Marseille, permet aux infirmiers de se spécialiser soit, dans la pratique avancée en oncologie soit, dans la pratique avancée en gériatrie, ou encore de se spécialiser en tant qu'infirmier coordinateur en parcours complexe de soins* »<sup>105</sup>. En effet, certains infirmiers bénéficient actuellement de glissements de tâches dans le cadre de protocoles de coopération. Ces documents doivent impérativement à la fois être validés par la Haute Autorité de Santé et obtenir l'autorisation de l'Agence Régionale de Santé. Le champ de compétence des infirmiers est donc augmenté pour certains domaines spécifiques qui en

---

<sup>100</sup> <http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org>

<sup>101</sup> LAUTARD Vincent - *Glissement de compétence entre infirmier et médecin : une insécurité juridique permanente* p. 24

<sup>102</sup> *Ibid* p. 57

<sup>103</sup> BERLAND Yvon – *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner* p. 102

<sup>104</sup> Article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009

<sup>105</sup> LAUTARD Vincent - *Glissement de compétence entre infirmier et médecin : une insécurité juridique permanente* p. 53

amèneront probablement d'autres s'ils s'avèrent bénéfiques de manière objective. Précisons enfin que cette logique est également renforcée par le fait que maintenant tous les infirmiers ont le droit de renouveler une ordonnance pour des contraceptifs oraux, au même titre que les pharmaciens. Cela se retrouve au décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.

L'évolution progressive des mœurs se retrouve également dans le glissement de tâche relatif à la profession de sage-femme, puisqu'elle a également assisté à l'augmentation récente de son champ de compétence. Ceci est un reflet supplémentaire de la volonté du législateur d'étendre les actes médicaux dans les compétences des professionnels les plus susceptibles de s'en charger afin de faire face aux demandes de la population. Actuellement, les sages-femmes sont habilitées à réaliser des examens gynécologiques de suivi et d'adresser à un gynécologue le cas échéant si l'état de la patiente le nécessite. Ceci depuis la loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoire qui a permis cette évolution pour les sages-femmes<sup>106</sup>. En effet, dans bon nombre d'endroits du territoire national, il n'est pas rare d'avoir plusieurs mois d'attente avec de pouvoir accéder à un gynécologue. Le fait de déléguer les actes de prévention et de diagnostic soulage partiellement les cabinets de médecine gynécologique et assure aux patientes désireuses d'obtenir une consultation plus rapidement d'en avoir la possibilité. Les sages-femmes ont, à la différence des infirmiers, un fonctionnement basé sur des missions à réaliser. L'article L 4151-3 du Code de la Santé Publique explique clairement que l'énumération des actes autorisés par les sages-femmes est non limitative à l'article R.4127-318 du même Code. Elles disposent toutefois d'une définition des actes qu'elles peuvent réaliser mais la liste n'est pas exhaustive dans le Code de la Santé Publique<sup>107</sup>. Elles sont donc tenues de s'y conformer « *sauf circonstances exceptionnelles* »<sup>108</sup>.

Si la délégation de tâche a commencé à se développer, comme nous venons de le mettre en évidence ci-dessus, de nouvelles professions ont également été créées dans cette dynamique de réponse aux problématiques qui traversent le système sanitaire français. Ainsi, le métier d'assistant de soins en gérontologie peut être proposé à des aides-soignantes et aides-médico-psychologiques. Très récemment, le 27 avril 2013, vient d'être annoncée par la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales la prochaine création d'une profession appelée

---

<sup>106</sup> [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/histoire\\_de\\_la\\_profession/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/index.htm)

<sup>107</sup> Article R - 4127-378 du Code de la Santé Publique

<sup>108</sup> Article R - 4127-313 du Code de la Santé Publique

gestionnaire de lits au sein des services d'urgences. Ce métier fera appel à de véritables gestionnaires afin d'éviter l'encombrement des brancards dans les couloirs générant des obstacles incompatibles avec le bon fonctionnement d'un service d'urgences de surcroît.

Les glissements de tâche existent donc avec des professions médicales et d'auxiliaires médicaux. Ce phénomène est le résultat d'un besoin de la population, motivé par l'association des données économiques et du fruit de choix politiques adoptés dans les années 1970. Cette piste semble satisfaire aux nécessités concrètes du terrain et est accueillie favorablement par les équipes déjà en place. Il existe toutefois certaines réserves qui méritent d'être mentionnées. Ces réflexions proviennent souvent de médecins voyant dans l'apparition de ces glissements de tâche une évanescence du monopole médical qui ne saurait être satisfaisante à leurs yeux. Nous avons évoqué plusieurs fois au cours de ce mémoire la notion de « *brèche* » ou de « *rupture* » dans ce monopole qui est une histoire très ancienne concernant plutôt la sensation de dépossession de certains praticiens de leur médecine occidentale qui est parfois considérée dans leur représentation fantasmatique comme un élément sacré. Seulement, les chiffres mettent en évidence une indéniable réalité qui devrait désormais inexorablement prendre l'ascendant sur ces considérations. A savoir qu'il semble hiérarchiquement prioritaire de se focaliser exclusivement sur la santé des usagers plutôt que sur des controverses entre professionnels pour se disputer le monopole médical.

L'ostéopathie a l'avantage d'être une médecine non conventionnelle très généraliste. Si les décrets ne sont pas encore tombés, ils tendraient à respecter les revendications de l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir au minimum 4200 heures de formation. Ce qui fait de la profession d'ostéopathe une profession non soumise à la prescription médicale et donc susceptible de recevoir n'importe quel type de patients portant n'importe quelle pathologie. Les indications au traitement ostéopathique sont très nombreuses de manière préventive, curative et/ou par le biais de l'action plus large sur les effets secondaires de certains traitements (médicamenteux entre autres) ainsi que sur la qualité de vie. Cette médecine non conventionnelle est donc intéressée par les troubles gastroentérologiques, uro-gynécologiques, pulmonaires, cardio-vasculaires, immunitaires, neurologiques, dermatologiques, endocriniens, pédiatriques, gériatriques, oncologiques (essentiellement sur les effets secondaires des traitements), rhumatologiques. Il paraît donc évident de constater que son spectre interventionnel s'étend à quasiment tout type de problématiques en santé. Dès lors, il convient raisonnablement de se poser la question du transfert de compétence.

Pour les infirmiers, la réalité du terrain n'a parfois pas la faiblesse d'attendre que le législateur décide de permettre légalement l'encadrement d'une activité. On ne peut pas nier le fait qu'aujourd'hui l'éducation thérapeutique est, qu'on le veuille ou non, une partie à part entière du travail de l'ostéopathe. Car celui-ci, à travers son anamnèse, va être inexorablement amené à interroger le patient sur son hygiène de vie incluant son alimentation, la fréquence de ses consultations chez un chirurgien-dentiste, chez son gynécologue ou sa sage-femme, chez son généraliste, ses résultats de prise de sang, son état psychologique, l'évolution de sa ou ses pathologie(s) et de ses troubles au sens large. L'ostéopathe paraît donc tout indiqué pour incarner le praticien qui veille sur l'état de santé global de son patient. Il pourrait donc sans doute être à même d'orienter le patient dans le circuit pourquoi pas à l'image du médecin traitant.

L'éducation thérapeutique permet une certaine forme de prévention. Les actions de prévention consistent théoriquement en la méfiance vis-à-vis des substances tabagiques, psychoactives, alcooliques, au respect des vaccins et à la surveillance de l'hygiène de vie. Mais il semble que ceci ne soit pas suffisant. Il se développe de plus en plus d'idée communément admise qu'une épidémie ne frappe pas systématiquement tout individu. Certains ne sont pas contaminés par un virus pour de multiples raisons. D'abord parce que leur système immunitaire a été convenablement préparé à le combattre à travers le vaccin à l'origine de la mise en place de la défense spécifique. Toutefois une personne ayant une hygiène de vie négligée verra souvent de manière parallèle son système immunitaire affaibli. C'est précisément sur ce plan que l'ostéopathe peut jouer un rôle capital de prévention. Des consultations prophylactiques régulières à hauteur d'une fois par an permettraient de participer à l'optimisation du fonctionnement des systèmes du corps. Ce grand principe est d'ailleurs partagé par bon nombre de médecines non-conventionnelles telles que l'acupuncture et tant d'autres. Ce concept est appelé « *la grande prévention* » et consiste non pas à déceler une pathologie particulière à l'aube des premières manifestations cliniques mais plutôt de faire en sorte d'éviter à tout prix qu'une pathologie puisse apparaître au sein de l'organisme<sup>109</sup>. Cela ne fait naturellement pas l'économie de rester éveillé face aux manifestations des symptômes du patient et d'élaborer des diagnostics d'opportunité afin de laisser aux spécialistes le soin d'intervenir de manière curative, le cas échéant, sur la pathologie dont souffre le patient.

---

<sup>109</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p. 91

Dans cette dynamique de surveillance et de prévention, nous pourrions imaginer que l'ostéopathe formé en 5000 heures reçoive des habilitations obtenues par glissement de tâche de réaliser certains gestes de prévention ou de diagnostic. Cela pourrait volontiers passer par la prescription d'imagerie médicale telle que des échographies, des radiographies, des Tomo Densito Métries (scanners), des I.R.M. Cela pourrait également s'exprimer par le biais de réalisation de dépistages comme par exemple la prescription de coloscopie pour le dépistage du cancer du côlon, des dosages biologiques, des tests cliniques comme des touchers prostatiques, etc. Autant de compétences qui paraissent à la portée d'un ostéopathe, à condition d'avoir reçu un enseignement suffisant en matière de physiopathologie et d'imagerie médicale, ce qui semblerait être le cas pour les établissements de formation sur 5000 heures. C'est peut-être même sur ce point que les clivages au sujet du partage du titre pourraient prendre toute leur dimension. Comme nous l'avons déjà expliqué, le titre d'ostéopathe est partagé par des médecins, des kinésithérapeutes et des praticiens non professionnels de santé pour l'essentiel. Ces professionnels, sous réserve de décrets, effectueront une formation en 5 ans au cours de laquelle leur sera dispensé un enseignement suffisant et nécessaire pour devenir des cliniciens chevronnés afin d'agir en première intention sur les patients. Les masseurs-kinésithérapeutes quant à eux sont des auxiliaires médicaux. Ils exercent donc sur prescription d'un médecin habilité à effectuer un diagnostic.

Si l'ostéopathe souhaite prétendre à cette compétence dans le cadre d'un éventuel glissement de tâche, il est évident que les connaissances des auxiliaires médicaux tels que les kinésithérapeutes ne seront pas suffisantes. Elles devront satisfaire un très net approfondissement en effectuant les cinq années d'études théoriquement réglementaires.

## Section 2 : Le nouveau visage des droits des usagers considérant l'ostéopathie

Le droit des usagers peut se décliner en de très nombreux points, en particulier depuis la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner. Dans notre analyse nous allons nous focaliser préférentiellement sur la notion de dignité humaine, de thérapeutique appropriée, de libre choix thérapeutique et du praticien.

« *La dignité de la personne humaine ne peut plus s'appréhender par le seul regard porté sur les humains, mais par une réflexion générale sur la vie* »<sup>110</sup> explique Marie-France Callu, Maître de conférences Université Lyon III. Si le concept même de dignité est à lui seul un sujet éminemment vaste du fait de l'appréciation que chacun peut avoir de sa définition, il est surtout utile d'observer la façon dont le législateur l'a utilisé lors de ses nombreuses codifications. Par exemple dans l'article 16 du Code Civil : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci* ». Là, il est fait référence à « la » dignité humaine. La loi du 4 mars 2002 propose une nuance fondamentale dans sa formulation à l'article L 1110-2 du Code de la Santé Publique : « *La personne malade à droit au respect de sa dignité* ». Ici il est fait référence non plus à « la » dignité mais à « sa » dignité. La part d'appréciation subjective que l'utilisateur du service public, ou que le patient plus largement, aura de sa dignité doit donc être respectée par les tiers. Le Code de déontologie médicale désormais inclus dans la partie réglementaire du Code de la Santé Publique à partir de l'article R 4127 -1 et suivants reprend cette nuance tenue à l'article R 4127 -2 : « *Le médecin [...] exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité* ». Ici encore l'adjectif possessif féminin singulier à la troisième personne est retrouvé. Il en va de même dans le Code de l'action sociale et des familles : « *lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* » à l'article L 311-3. L'interprétation de ce bouleversement était susceptible d'intervenir car la notion de dignité, bien que très fréquemment utilisée, n'est pas clairement définie et son contenu non précisé par les textes. De nombreux philosophes se sont pourtant emparés de la question à travers les âges. Aristote dans *La politique*, explique que l'homme est un animal politique du fait qu'il

---

<sup>110</sup> VIALLA François – *Les grandes décisions du droit médical* p.43

possède un langage articulé et une réflexion (logos), ce qui lui confère donc une certaine dignité. Saint Augustin dans *Confession*, Platon dans *La République*, La Boétie avec son discours de la servitude volontaire, Hannah Arendt dans *Crise de la culture*, *Le contrat social* de Rousseau, *Les essais* de Montaigne. Marie-France Callu nous précise toutefois, dans « *Les grandes décisions du droit médical* » dirigé par François Vialla, que Cicéron<sup>111</sup> a toutefois utilisé la dignité comme outil de dissociation entre l'animal et l'homme. Ce qui s'inscrit dans un registre contradictoire avec bon nombre des auteurs précédents. Malgré le vif intérêt que suscite le concept de dignité, son absence de délimitation textuelle pose à la fois un avantage et un inconvénient. Le problème est que cela ne permet pas d'adapter des standards de comportements humains en fonction de chaque situation car les contours flous, par essence, l'empêche. L'aspect positif est que cela procure une marge de manœuvre laissée à l'appréciation des juges. C'est surtout suite à la Deuxième Guerre mondiale que le concept de dignité de la personne humaine s'est considérablement développé, en particulier suite à la mise en lumière des expériences menées par les tristement célèbres « *médecins de la mort* ». La dignité se retrouve dans le préambule de la Déclaration Universelle des droits de l'homme de 1948 « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine [...] constitue le fondement de la liberté* » ou dans un avis du Conseil constitutionnel de 1994 affirmant le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, ou encore dans le Traité de Nice en l'an 2000 comportant, lui aussi, un passage au sujet de la dignité « *La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée* ».

Aujourd'hui deux formes de dignité peuvent être appréhendées. Une objective, qui se retrouve dans le célèbre arrêt du *lancer de nain* du Conseil d'Etat du 27 octobre 1995 : *Morsang sur Orges*. La dignité objective d'ordre public a demandé de suspendre ces concours de lancer de nain malgré le consentement pourtant affirmé des personnes qui y participaient. Il existe aussi une dignité qualifiée de subjective qui reste à l'appréciation de chaque individu sur le territoire national. Cette dignité se matérialise dans le choix stratégique de l'emploi des mots « *sa dignité* » préféré à « *la dignité* ». De ce fait, le patient décide de la représentation qu'il aura de sa dignité notamment lors d'actes médicaux ou d'actes touchant à sa santé au sens large. C'est-à-dire que cette notion est relative à toute prise en charge consistant à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement à l'égard de sa personne. Le patient possède donc le choix incontestable de recourir à la thérapeutique qui lui semble la plus

---

<sup>111</sup> PEDROT Philippe – *Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine* p. 148

adaptée à son état après avoir été préalablement informé, sauf s'il s'y est clairement opposé préliminairement. L'ostéopathie en tant que médecine non conventionnelle incarne donc obligatoirement un recours qui devrait être de l'ordre de l'alternative thérapeutique. Et à cet effet systématiquement proposée dans la limite de la validation scientifique de ses indications pour le moment trop limitée à des troubles musculo squelettiques bien que de plus en plus d'études paraissent. Le patient pourrait donc exiger de recourir en première ou en seconde intention à une consultation d'ostéopathie. Afin de simplifier l'exécution de cette éventualité, il serait sans doute pertinent d'intégrer aux équipes de soin des hôpitaux, des cliniques, des maisons de santé, des centres de santé, les ostéopathes. Ceci permettrait premièrement de familiariser les patients à la vue des ostéopathes encore parfois assez méconnus, deuxièmement, de favoriser le travail pluridisciplinaire en rapprochant les praticiens pour favoriser leurs échanges, et enfin de banaliser l'ostéopathie pour l'amener progressivement dans les mœurs avec un véritable caractère alternatif. Trop souvent, l'ostéopathie est perçue comme une option thérapeutique réjouissante pour le patient arrivé en bout de course quand les méthodes occidentales ont finalement atteint leurs limites. Toutefois, de nombreux arrêts de la Cour de cassation et de la Cour administrative d'appel ont reconnu qu'un retard de prise en charge d'un patient est préjudiciable pour celui-ci. C'est une perte de chance d'obtenir une meilleure guérison.

Un droit supplémentaire propre à l'usager est d'accéder au meilleur traitement possible. Il est donc du devoir du praticien libéral de s'efforcer tout au long d'une consultation d'établir un diagnostic, de déterminer un traitement ou de le prodiguer lui-même lors du traditionnel colloque singulier. Le praticien est même tenu d'établir le meilleur diagnostic et de dispenser le meilleur traitement. Si cette notion semble à première vue assez évidente, il n'est toutefois que très peu aisé d'adapter ce concept à la pratique quotidienne de l'appréciation clinique de l'état d'un patient et de la reproductibilité d'une prise en charge. Du fait de la très large hétérogénéité des pathologies, le fameux polymorphisme clinique, des étiopathogénèses restant encore inconnues, de l'appréciation parfois très particulière des patients de leurs problématiques, il est impossible de délimiter au scalpel les contours des données acquises de la science. Le praticien se retrouve souvent confronté seul à une interprétation globale de l'état de santé du patient et ses maux. Et déjà le Professeur Violla ainsi que les auteurs du *Traité de droit médical* (Auby, Péquignot et Savatier) disent clairement qu'il est possible que l'aspect éprouvé d'un acte médical ne le soit parfois que partiellement. En écrivant « *l'usage, au-moins apparent, de connaissances* », les auteurs du

Traité de droit médical réaffirment que l'approximation ne semble pas être complètement exclue du raisonnement médical valide. Le Professeur Vialla énonce même clairement qu' « *il convient d'admettre que la persistance de rituels scientifiques est une réalité dans le monde médical* »<sup>112</sup>. C'est dans ce contexte que la notion d'Art médical prend toute sa dimension. Il existe donc bien dans la pratique médicale des difficultés inexorables de reproductibilité, ce qui laisse une dimension subjective d'interprétation. Cette marge d'appréciation qui semble donc être le propre de la nature, et de la nature humaine plus particulièrement, positionne le praticien rigoureusement devant ses choix, engageant sa responsabilité propre. Toutefois dans les choix thérapeutiques qui s'offrent au praticien, la Cour de cassation précise dans une décision du 4 mai 1982 que « *la cour estime que le choix d'une pratique ou d'une thérapeutique parmi d'autres possibles, ressort de la conscience du praticien et ne saurait engager sa responsabilité pénale* ». En somme, il n'y a pas, pour un cas donné, un choix unique qui s'impose au professionnel mais une multitude. En effet, dans la solitude d'un cabinet de consultation, il arrive que des praticiens soient, du fait de la part d'improvisation que demande l'interprétation de l'état de santé d'un patient, amenés à apprécier subjectivement certains éléments concourant à l'élaboration d'un diagnostic. Celui-ci va inexorablement conduire à une prise en charge, qu'il y ait intervention d'un geste, d'une prescription, d'un avis ou d'une abstention thérapeutique justifiée. La délivrance de l'information face à la volonté d'un patient de ne pas recevoir de traitement n'est pas considérée comme une absence de prise en charge, comme le précise l'article L 1111-2 du Code de la Santé Publique. Dans le cadre du soin, le praticien est parfois donc amené à expérimenter des approches nouvelles avec une certaine garantie supposée de maîtrise technique et du respect du devoir d'humanisme, qui sont les deux piliers fondamentaux inviolables de la relation médicale. Si le professionnel possède une possibilité d'expérimentation, celle-ci reste théoriquement toute relative et encadrée par des lois et des décisions de justice qui savent également y mettre une limite ferme. Initialement, rappelons qu'en 1830 « *la responsabilité des médecins dans l'exercice consciencieux de leur art ne saurait être justiciable de la loi* ». L'immunité acquise suite à la décision du tribunal civil de Domfront excluait toute possibilité d'engager une action en responsabilité contre un médecin. Il faudra attendre le célèbre arrêt Mercier du 20 mai 1936 où la Cour de cassation explique « *qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien [...] de lui donner des soins [...] consciencieux et attentifs [...] conformes aux*

---

<sup>112</sup> VIALLA François – *Les grandes décisions du droit médical* p. 216

*données acquises de la science* ». L'émergence de ce contrat médical va explicitement limiter la part d'improvisation envisageable de la part du praticien. Toutefois, l'art médical est aussi une « *manière de faire une chose selon une certaine méthode* » selon Quicherat et Chatelain<sup>113</sup>. Ce qui implique, de fait, l'ajout d'une dimension de conduite à tenir, de reproductibilité. Il existe donc une véritable volonté de limiter l'isolation du praticien au sein du colloque singulier en établissant des guides auxquels il pourra se référer. Les hautes juridictions judiciaires et administratives se réfèrent d'ailleurs volontiers à l'expression maintenant consacrée : « *données acquises de la science* » dans les arrêts du 6 juin 2000 et du 11 juillet 1991. Ces connaissances théoriquement actuelles conditionnent des règles de bonne pratique. Même si elles peuvent être retrouvées dans la littérature médicale, les plus anciennes ne semblent pas systématiquement non plus dans l'obsolescence comme l'illustre l'arrêt du 13 mai 1959 de la Cour de cassation « *méthode, si elle n'est pas extrêmement fréquente, existe cependant ; qu'elle est décrite par les livres classiques et qu'on ne peut faire grief au docteur Pesque de l'avoir employée* ». Plus récemment, le législateur a même encadré les recherches biomédicales consacrées en 1988 par la loi Huriet-Sérusclat et plus récemment le 5 mars 2012 avec la loi Jardé. Il existe également dans la jurisprudence une responsabilité au sujet de l'aléa thérapeutique. Dans l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Lyon de 1997, Consorts Gomez, un chirurgien avait opéré un patient atteint de la maladie de Scheuermann. Seulement, à l'époque, les équipes de soin manquaient sévèrement de visibilité quant à la prise en charge de cette pathologie. On retrouve également une responsabilité dite pour risque que l'on a vu survenir lors du fameux arrêt du Conseil d'Etat Bianchi de 1993 d'abord, puis Joseph Imbert d'Arles en 1997 et Consorts Thierry plus récemment en 2010. La vocation d'un avocat spécialiste en droit de la santé est d'ailleurs née en écoutant certains témoignages éloquents comme celui illustrant la limitation thérapeutique des praticiens : « *Un jour, à la radio, lors d'un flash d'actualités, j'entendis parler d'un médecin qui était en détention provisoire pour avoir prescrit une nouvelle substance, aujourd'hui couramment utilisée en milieu hospitalier. Je fus profondément choquée par cette situation où le médecin se retrouvait en prison pour avoir osé choisir le traitement qu'il estimait, en son âme et conscience, le meilleur pour soigner son patient* »<sup>114</sup>. La quête d'objectivité sera donc, par essence, une recherche qui n'aboutira pas sur quelque chose d'absolu. La loi du 4 mars 2002 consacre les droits des usagers du système de santé français. Une des caractéristiques, parmi la kyrielle de ces droits nouvellement acquis, est la possibilité pour le patient de recourir à la

---

<sup>113</sup> VIALLA François – *Les grandes décisions du droit médical* p. 217

<sup>114</sup> <http://centre-re-source.fr/droit.html>

meilleure thérapeutique pour sa prise en charge. En effet, l'article L 1110-5 du Code de la Santé Publique énonce que le patient peut recourir aux « *soins les plus appropriés* ». Il convient de s'arrêter sur ce que l'on entend exactement par ce terme. Approprié signifie : « *qui convient, juste, adéquat* » selon le dictionnaire *Le petit Larousse 1998*. Ce mot sous-entend donc que l'on possède la connaissance de tous les outils qui sont susceptibles d'apporter une amélioration à la maladie, à la souffrance ou aux effets secondaires des traitements pris par le patient. Donc, dès lors qu'un acte thérapeutique est objectivement reconnu comme tel, il doit être systématiquement proposé au patient. Sinon celui-ci ne possède pas l'intégralité de l'information médicale<sup>115</sup> sur la totalité des perspectives qui s'offrent à lui du fait de l'exclusion de certaines alternatives thérapeutiques. De ce fait, il ne peut recevoir la thérapeutique la plus « *appropriée* » à sa prise en charge.

De nombreuses études établissent l'efficacité objective de l'ostéopathie au sujet d'un certain nombre de motifs de consultations. Pascal Maillard, ostéopathe D.O., a effectué une étude sur la place de l'ostéopathie en milieu hospitalier et Michèle Stefani sur la pratique ostéopathique vue par les médecins en 2007. Leurs conclusions sont limpides : « *L'ostéopathie a amélioré de manière très significative 7 cas sur 10, avec au-delà du confort de la non douleur retrouvée, une amélioration nette de leurs possibilités fonctionnelles. [...] Pourquoi ne pas imaginer un instant qu'un ostéopathe puisse être inclus dans l'équipe thérapeutique ?*

*-ou bien on considère que les disciplines classiques sont suffisantes dans leur analyse clinique et leur traitement, auquel cas la notion d'échec thérapeutique est virtuellement impossible.*

*-ou bien on essaye d'avoir une analyse critique et on ne se prive pas d'une approche clinique ayant des résultats dans certains domaines, fut-elle surprenante dans son originalité. »<sup>116</sup>*

Il y a donc actuellement un paradoxe entre d'un côté les textes législatifs, les décisions de justice rendues par le juge judiciaire ainsi que le juge administratif et d'un autre, l'absence totale de reconnaissance de l'ostéopathie, pourtant consacrée par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Nous pourrions imaginer que ceci soit susceptible d'être considéré lors d'une action intentée en responsabilité civile comme une perte de chance d'obtenir une meilleure guérison.

---

<sup>115</sup> Articles L 1111-2 et L 1111-7 du Code la Santé Publique

<sup>116</sup> MAILLARD Pascal - *Place de l'ostéopathie en milieu hospitalier*. p.79

Il peut y avoir plusieurs explications à ce phénomène. Tout d'abord la reconnaissance de l'ostéopathie n'est vieille que de 11 ans. Cette récente mise en lumière explique sans doute pourquoi les pratiques et usages ne sont pas encore complètement habitués à intégrer l'ostéopathie comme une thérapeutique à proprement parler, ni comme une fin en soi. En effet, celle-ci est parfois plutôt considérée comme une « *médecine complémentaire* » à la prise en charge plus classique de la médecine occidentale. Nous reviendrons sur cette appellation impropre plus loin en essayant de définir les médecines parallèles, complémentaires et alternatives pour rendre davantage de lisibilité.

Une autre explication potentielle, qui est d'ailleurs souvent un reproche adressé à la communauté des ostéopathes, serait son manque de validation scientifique. Cette idée est entretenue par le rapport de l'INSERM du 30 avril 2012. Dans ce document, des chargés de mission ont analysé plusieurs études réalisées par des équipes pluridisciplinaires provenant de pays où la législation n'est pourtant pas la même. Même si les rapporteurs ont été obligés de reconnaître que « *l'étude la plus importante concerne l'étude UK Beam Trial Team qui a randomisé 1334 patients [...] cette étude a montré une supériorité des manipulations à la prise en charge courante* »<sup>117</sup>, ils en arrivent toutefois à la conclusion suivante pourtant bien plus atténuée : « *Les réponses apportées par l'ostéopathie sont potentiellement efficaces [...] mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques* »<sup>118</sup>. Précisons sans rentrer dans des considérations scientifiques trop techniques que de nombreuses études n'ont pas été prises en compte dans l'analyse de l'INSERM car ses rapporteurs ont estimé que le nombre de cas était trop faible (inférieur à 70 cas). Dans ces travaux, les résultats en faveur de la supériorité du traitement ostéopathique sont souvent édifiants car à cette échelle des études sur de très nombreux troubles existent (pulmonaires, cardiaques, O.R.L., endocriniens, etc.). Il suffit pourtant de consulter des thèses de médecine pour constater qu'assez souvent les analyses des doctorants portent sur des études similaires réalisées parfois sur moins de 50 cas. Leurs conclusions n'en sont pas pour autant invalidées.

Il est également fréquemment reproché aux ostéopathes le manque de protocole dans leurs soins. Le protocole est, par essence, anti-ostéopathique et à l'encontre de toute médecine holistique. La prise en charge d'un patient s'intéresse à la fois à des éléments objectifs comme une palpation abdominale, une analyse des antécédents chirurgicaux et médicaux, ainsi qu'à

---

<sup>117</sup> INSERM, *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie* p. 182

<sup>118</sup> *Ibid* p. 186

des éléments subjectifs comme l'état psychologique du patient à l'instant « t ». Il n'existe pas de recettes en ostéopathie. Il n'y a pas une seule technique qui permet de traiter une colopathie fonctionnelle, par exemple. Seule la prise en charge du patient dans sa globalité permet d'obtenir un résultat, en somme, une multitude de tests et de techniques. Ce qui augmente considérablement le nombre de combinaisons. La pratique de l'Art médical prend donc une dimension véritablement importante en ostéopathie, le praticien se fie à son toucher, lui aussi extrêmement subjectif, et agit fréquemment en suivant son appréciation. Ce phénomène, aux antipodes de la démarche protocolaire et de la reproductibilité, pourrait tout à fait être reproché à un ostéopathe lors d'une mise en cause de sa responsabilité. En effet, ce dernier devrait alors apporter aux juges les éléments à la fois subjectifs et objectifs qui l'ont conduit à agir de la façon dont il l'a fait. L'expert ne pourra qu'apprécier les éléments qui ont pu conduire à l'élaboration du diagnostic, qui déboucheront ensuite sur une ou plusieurs erreurs entraînant ou non une faute.

Une limite supplémentaire réside dans le fait que si les études classiques dites « *en double aveugle* » analysées par l'INSERM semblent parfaitement convenir à l'évaluation des produits de santé, elles ne le sont en aucun cas pour l'ostéopathie. En effet, Le Dr Laprerie met en exergue que les études randomisées (telles que citées ci-dessus) sur l'efficacité de certaines thérapeutiques ne pouvaient en rien s'appliquer à l'ostéopathie. Son concept oblige fondamentalement à ne pas être évaluée de la même manière. Il poursuit en expliquant que quoi qu'il en soit, il se rend lui-même à l'évidence : « *ce que l'on constate tous les jours : ça marche* ». <sup>119</sup> En somme, l'état de santé actuel de l'ostéopathie est encore assez parasité par transmissions d'avis basés sur l'empirisme souvent non documenté. Ce qui explique en partie les réserves que peut parfois manifester une partie du corps médical, même si ces revendications sont de moins en moins nombreuses. Des études comportant des analyses épimédicales, qui sont des outils très adaptés, devraient permettre à terme de mettre en évidence l'efficacité objective des traitements dispensés par les ostéopathes. Ce travail a déjà commencé en particulier aux Etats-Unis.

La qualification des approches thérapeutiques atypiques au regard de la médecine occidentale a toujours été un problème. Nous allons tenter d'effectuer un éventail exhaustif de toutes les appellations qu'il est commun de rencontrer. La dénomination « *médecine alternative* » est un terme qui profite d'un atout de reconnaissance par la mention du terme

---

<sup>119</sup> [http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/livre\\_comm7.pdf](http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/livre_comm7.pdf)

« médecine ». Cependant, le mot « *alternatif* » ne fait référence qu'à une opposition organique supposée à la prise en charge occidentale plus communément appelée médecine allopathique avec n'importe quelle autre thérapeutique. Toutefois, comme l'explique pertinemment maître Isabelle Robard dans son ouvrage intitulé *Médecines non conventionnelles et droit*, c'est historiquement la médecine allopathique qui a été la véritable alternative aux médecines dites traditionnelles<sup>120</sup> au sens l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>121</sup>. Les médecines traditionnelles étaient donc originellement la médecine de référence, comme nous l'avons mis en lumière dans le volet historique de ce mémoire (Partie I ; Chapitre 1). En effet, dans le rapport de 2010, l'OMS explique dans sa préface que « *la médecine traditionnelle a de puissantes racines historiques et culturelles* »<sup>122</sup>. Ces deux approches pourraient également être qualifiées de « *parallèles* », mais cela supposerait qu'elles évolueraient séparément sans aucun point de contact, par définition. Or il suffit d'exercer un tant soit peu l'ostéopathie pour constater que ces deux approches agissent synergiquement quand cela est nécessaire. En Grande-Bretagne, l'étude réalisée en 1991 par Thomas, Carr, Westlake et Williams a montré que les patients ayant recours aux médecines non conventionnelles, pour un tiers d'entre eux, n'ont plus recours à la médecine allopathique et les deux autres les utilisent en même temps<sup>123</sup>. Ce constat met en exergue à quel point le développement de ces thérapeutiques s'est implanté dans l'esprit des patients en Europe. Si 56% des patients avouent avoir recours occasionnellement aux médecines « *parallèles* », 42% consultent de manière habituelle. L'ostéopathie correspond à 28% des thérapies les plus fréquemment utilisées selon l'étude de 1993<sup>124</sup>. Le fait de craindre les effets secondaires des médicaments classiques est l'élément qui pousse certains patients à consulter( pour 21% d'entre eux). En ce qui concerne les patients qui n'ont jamais recours aux médecines non conventionnelles, il n'a pas été mentionné que les non usagers considèrent qu'elles sont inefficaces. Les patients sont donc favorables à un pluralisme thérapeutique.

C'est en 1997 que la résolution du Parlement européen ne valide pas non plus le terme « *complémentaire* ». Toutefois, le terme de « *médecines non conventionnelles* », qui est apparu dès les années 1990 au Conseil de l'Europe, semble temporairement faire consensus

---

<sup>120</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p. 3

<sup>121</sup> Organisation Mondiale de la Santé – *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*

<sup>122</sup> *Ibid*

<sup>123</sup> THOMAS, CARR, WESTLAKE, WILLIAMS – *Use of non-orthodox and conventional healthcare in Britain*

<sup>124</sup> JAURREGUIBERRY – *Recours aux médecines parallèles parmi les patients hospitalisés en médecine interne*

même si nous allons montrer qu'une évolution proche tend à se dessiner. Cette dénomination implique d'abord qu'il y ait une norme, une convention préétablie. Cette norme serait donc relative à la médecine allopathique. Par définition, toute autre forme de pratique de l'Art médical (bien qu'impossible selon les textes) serait donc de la médecine non conventionnelle, et les thérapeutiques concernant généralement la santé seraient donc des soins non conventionnels. L'essor fulgurant des médecines non conventionnelles, dans lesquelles figure l'ostéopathie, s'explique, selon le Professeur Cornillot dans son rapport de 1986 intitulé *Médecines différentes*, par le fait qu'elles proposent de ne pas systématiquement recourir à la pharmacopée et donc elles seraient un véritable retour à la genèse de la médecine traditionnelle. Ce revirement de situation serait dû à « *la déception engendrée par l'inefficacité de la médecine classique* »<sup>125</sup>. Toutefois, l'intérêt suscité par les professions de médecines non-conventionnelles est toujours de plus en plus croissant. Il est donc du rôle de l'Etat de déterminer la considération qu'il souhaite leur conférer, car les nombreuses dérives pourraient incarner un obstacle à la santé publique. Ainsi peut-on lire : « *l'importance d'assurer aux patients une liberté de choix thérapeutique aussi large que possible, en leur garantissant le plus haut niveau de sécurité et l'information la plus correcte sur l'innocuité, la qualité, l'efficacité et les éventuels risques des médecines dites non conventionnelles, et de les protéger contre les personnes non qualifiées* »<sup>126</sup>. Le rapporteur prolonge sa réflexion et « *invite la Commission, lorsqu'elle établira une législation européenne sur les médecines non conventionnelles, à distinguer clairement entre les disciplines non conventionnelles à caractère "complémentaire" et les médecines dites "alternatives", c'est-à-dire celles qui remplacent la médecine conventionnelle* »<sup>127</sup>. Dans ce rapport, une nuance de taille est explicitement énoncée. Il pourrait y avoir une distinction entre les disciplines complémentaires et alternatives<sup>128</sup>. Comme nous l'expliquions plus haut, une opposition pourrait survenir entre médecines non-conventionnelles que l'on pourrait qualifier d'« *alternatives* » et des soins non conventionnels que l'on qualifierait de « *complémentaires* ». Le législateur va donc devoir définir avec minutie le statut des différentes professions considérées aujourd'hui comme « *non-conventionnelles* ». En effet, l'hétérogénéité régnant entre ces différentes professions est manifeste. Elles n'ont souvent pas un niveau d'étude égal et, de fait, n'ont pas les mêmes prétentions thérapeutiques.

---

<sup>125</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p. 5

<sup>126</sup> <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR#Contentd615260e357>

<sup>127</sup> *Ibid*

<sup>128</sup> CHRIQUI Vincent – *Note d'analyse n°290 Centre d'analyse stratégique* p. 2

L'ostéopathie est sans doute actuellement la thérapeutique qui requiert le niveau le plus haut en termes d'exigences du fait des indications concernant quasiment tout type de problématiques du corps humain et animal. C'est une profession de première intention, comme nous l'avons expliqué dans l'interprétation des décrets de 2007. Son niveau d'exigence clinique est très important, le contraire serait synonyme de condamnation des patients qui y auraient recours, car cela occasionnerait des retards de diagnostic et donc des retards de prise en charge. C'est pourquoi des études approfondies de sémiologie, de physiopathologie semblent indispensables pour obtenir une sérénité de sa pratique et ainsi incarner la médecine dite « *alternative* ». Les textes actuels, après avoir demandé 3250 heures de formation, n'en demandent plus que 2660. Il est évident qu'avec un si faible niveau de connaissance et de pratique, les exigences que requiert ce métier ne peuvent dignement être acquises. C'est pour cela que de nombreuses écoles proposent des études à plus de 5000 heures, respectant ainsi les prérogatives de l'Organisation Mondiale de la Santé avec sa volonté d'un minimum de 4200 heures. Il semblerait que les décrets qui doivent paraître prochainement au sujet de l'ostéopathie devraient combler ce manquement.

Les nombreuses autres dérives profitent justement de ce relatif flou juridique. Certains praticiens exercent donc, parfois même sans le savoir, un exercice illégal de la médecine (sous-entendu médecine conventionnelle). Car la pratique illégale de la médecine que l'on retrouve à l'article L 4161-1 du Code de la Santé Publique est une infraction d'habitude. C'est-à-dire que l'élément matériel, qui est la pratique, doit être renouvelé dans le temps au moins deux fois (contrairement à l'exercice illégal de la pharmacie). L'objectif est de protéger le monopole médical et de prémunir les usagers des personnes pratiquant le charlatanisme. Ainsi, il existe des actes réservés aux titulaires du diplôme de médecin. Cela concerne entre autre « *l'établissement d'un diagnostic [...] traitement des maladies [...] réelles ou supposées* »<sup>129</sup>. Ainsi peut-on considérer que l'ostéopathe est parfois amené à effectuer de la pratique illégale de la médecine. Ce qui renforce l'idée selon laquelle il paraît indispensable que l'intervention du législateur puisse clarifier ceci, d'autant plus que l'Europe, comme nous venons de le voir, s'intéresse de près aux médecines non conventionnelles. Il s'agirait donc de clarifier le statut juridique de ces professions. Maître Robard expose clairement la situation avec une parfaite limpidité les enjeux à venir à ce sujet : « *La reconnaissance de ces pratiques peut aboutir à deux options : soit un « élargissement » du monopole médical englobant toutes les formes de médecines, y compris non-conventionnelles, soit plutôt, et c'est l'orientation*

---

<sup>129</sup> Article L 4161-1 du Code de la Santé Publique

*européenne qui se fait jour, une réorganisation du monopole médical impliquant la création de nouvelles professions de santé »<sup>130</sup>.*

En effet, une révolution semble être en marche pour justifier le fait que le patient a le droit de librement choisir son praticien, la thérapeutique qu'il estime pertinente pour sa santé, « *annonçant une intégration inéluctable des médecines non-conventionnelles dans notre système de santé* »<sup>131</sup>, ceci dans un souci de préserver le respect de « *sa* » dignité.

Enfin, la notion de libre choix se retrouve de toute évidence par la possibilité de recourir au praticien que l'utilisateur a choisi. La liberté de choix du praticien, retrouvée à l'article L 1110-8 du Code de la Santé Publique, est un aspect essentiel du droit de la santé car c'est un pilier du triangle hippocratique comprenant le malade, sa maladie et le médecin ou plus largement son praticien. L'évolution qui a été nécessaire pour la concrétisation de ce principe, maintenant cardinal, a connu pourtant bien des méandres. Au XIV<sup>ème</sup> siècle, Guy de Chauliac affirmait que « *le médecin attend du patient qu'il lui obéisse tel un serf à son seigneur* » ; plus récemment, dans le premier Code de Déontologie Médicale en 1947 on pouvait également lire que « *le médecin impose l'exécution de sa décision* ». La loi du 4 mars 2002 a su consacrer le droit des usagers du système de santé ce qui permit de rendre obligatoire la délivrance de l'information et l'obtention du consentement. Toutefois, cette loi met en exergue le fait que de plus en plus, l'utilisateur devient un acteur à part entière de sa prise en charge. Ceci dans le but de le responsabiliser davantage et parfois atténuer, de fait, la responsabilité des soignants, des laboratoires. L'arrêt de 2003 Consorts contre Seita en est une illustration, puisque le comportement de la victime ayant un cancer du poumon après avoir fumé au cours de sa vie joue un rôle exonératoire sur la personne mise en cause. Le patient est donc tenu d'appliquer la prévention comme l'énonce l'article L 1111-1 du Code de la Santé Publique : « *Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* ». Cette responsabilisation maintenant admise du patient lui donne donc des libertés supplémentaires, comme de choisir librement son praticien.

Cependant, la reconnaissance récente de l'ostéopathie en tant que médecine non conventionnelle ne permet pas pour autant au patient d'accéder le plus librement possible à un ostéopathe. Pourtant, en 1994 à Amsterdam la déclaration sur la promotion des droits des

---

<sup>130</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p. 6

<sup>131</sup> *Ibid* p. 6

patients en Europe, dirigée par le bureau régional de l'O.M.S précisait bien que « *chacun a le droit de recevoir les soins correspondant à ses besoins, y compris les mesures préventives et des activités de promotion de la santé [...] les patients ont le droit de choisir leur médecin ou tout autre dispensateur de soins [...] les patients ont le droit d'être pleinement informés de leur état de santé [...] et des possibilités thérapeutiques alternatives* »<sup>132</sup>. Une raison évidente semble pouvoir expliquer ce constat. D'abord, il faut reconnaître qu'un bon nombre de professionnels de santé et en particulier des médecins méconnaissent l'ostéopathie. La plupart de ces professionnels en ont entendu parler mais ne maîtrisent pas véritablement son utilité. C'est pourquoi il paraît essentiel que la totalité des professionnels exerçant dans le milieu de la santé et plus particulièrement les médecins généralistes, qui incarnent la pierre angulaire de la prise en charge, soient convenablement informés des indications, de l'efficacité ainsi que des limites de l'ostéopathie. Dans le cas contraire, il est probable que le respect du libre choix du praticien du point de vue humain et du point de vue de ses qualifications continue de ne pas être complètement appliqué.

L'article 6 du Code de Déontologie Médicale indique clairement que « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin* » et va même jusqu'à énoncer : « *Il doit lui faciliter l'exercice de ce choix* ». Naturellement, le Code de déontologie médicale s'adresse en ces termes aux médecins, et les ostéopathes ne sont pas des médecins sur le territoire français. Par contre, nous pourrions imaginer qu'en admettant que l'ostéopathe soit un praticien à part entière et agissant sans prescription médicale, l'orientation vers celui-ci ne soit plus seulement considérée comme une simple éventualité véritablement facilitée par le médecin. Nous avons mis en évidence que la dimension « *alternative* » de la médecine ostéopathique propose une option différente à la prise en charge du patient. Toute rétention d'information empêche le patient d'évaluer la thérapeutique qu'il estime être la plus adaptée à son état. Donc tout empêchement manifeste au libre choix de son praticien est un obstacle à la liberté du patient. L'évolution des mœurs montre clairement que les personnes ayant recours aux médecines non conventionnelles admettent toujours avoir confiance envers leur médecin traitant. Toutefois, aujourd'hui, les usagers du système français de santé réclament davantage d'informations qu'auparavant. Le bulletin de l'Ordre des médecins du 11 novembre 1992 en témoigne : « *L'homme, aujourd'hui, entend être associé, informé, consulté. De même qu'on ne peut plus enseigner comme autrefois, ni*

---

<sup>132</sup> Article 2.2 de la *Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe*

*juger, ni commander, ni diriger [...] il en va de même lorsqu'il s'agit de soigner* »<sup>133</sup>. Il précise d'ailleurs son sentiment au sujet de notion monopolistique de la médecine occidentale « *nous devons nous défendre de la tendance à croire que notre savoir nous appartient en propre, que nous disposons d'un monopole et que l'exercice de notre métier ne regarde que nous* »<sup>134</sup>.

---

<sup>133</sup> REMOND – *Malades et médecins, quel dialogue ?*

<sup>134</sup> *Ibid*

# Chapitre 2 – Encadrement et régulation juridique de l’ostéopathie

Une profession du milieu de la santé qui souhaite légitimement se construire ne peut se soustraire à certaines étapes. « *Le professionnel considère la déontologie comme un élément central de sa profession permettant de la réguler* »<sup>135</sup>. Tout d’abord, ce qui fédère les professionnels est l’élaboration des règles de bonne pratique, c’est-à-dire la rédaction d’un Code de déontologie qui sera commun à chaque praticien candidat à la pratique ce métier. La déontologie est donc « *la connaissance de ce qui est juste ou convenable* »<sup>136</sup> selon J. Bentham dans l’ouvrage *Déontologie, ou science de la morale*. Initialement, le Registre des Ostéopathes de France (R.O.F), qui vit le jour en 1981, fut créé pour faire connaître cette pratique aux pouvoirs publics. En effet, il semblait alors nécessaire que la profession se regroupe en se fédérant autour d’une structure, à défaut de considérations supplémentaires en provenance du gouvernement. Le R.O.F. permet donc l’élaboration du premier Code de déontologie propre à la profession d’ostéopathe en France. Puis, il paraît indéniable qu’il faille trouver un système qui permette de veiller au respect de ce Code. Cette fonction est traditionnellement attribuée à un Ordre professionnel. Nous allons tenter d’analyser le modèle ordinal proposé par celui des médecins afin de mettre en lumière ses atouts et ses limites (Section 2). Une fois que la profession possède cette structure représentative avec ses propres règles, il lui faut également la possibilité d’être convenablement défendue en cas de litige ou de préjudices en tout genre. En effet, la profession d’ostéopathe doit accepter le fait que la consécration s’accompagne irrémédiablement de sa judiciarisation. Il convient donc à une profession de se doter d’experts qui seront chargés auprès des tribunaux de vérifier si le professionnel s’est comporté en « *bon père de famille* », s’il a commis une faute et si oui de la caractériser (Section 1).

---

<sup>135</sup> CHAUVIN, JARRIJON, PLANTIVEAU – *Effectivité d’une déontologie propre à l’ostéopathie* p. 20

<sup>136</sup> BINET Jean-René – *Droit Médical* p. 11

## Section 1 : Le contentieux et l'expertise, vers la construction des normes en ostéopathie

Le recours à l'expertise est naturellement un enjeu majeur dans le développement d'une profession digne. En effet, qui mieux qu'un professionnel serait à même d'évaluer la qualité du travail d'un de ses confrères ? On imagine difficilement un professionnel de santé être compétent pour évaluer le travail d'un autre qui exercerait un métier différent. C'est pourtant la version qu'a retenue le législateur par son abstention de positionnement vis-à-vis des ostéopathes pendant une longue période. Du temps où les ostéopathes n'avaient pas de statut juridique, il ne pouvait naturellement pas y avoir d'expert. Les médecins experts auprès des tribunaux se sont donc vu incombent la tâche d'évaluer le travail des ostéopathes avec toutes les méfiances et les réserves que ceux-ci pouvaient avoir à l'époque. Il n'est naturellement pas ici question de mettre leur impartialité en doute, toutefois la faible reconnaissance de la profession associée aux minces éléments de preuves scientifiques et à l'attaque potentielle que l'ostéopathie incarnait vis-à-vis du monopole médical ne devait nécessairement pas jouer en sa faveur. Mais dès lors que le titre d'ostéopathe a été reconnu avec la loi du 4 mars 2002, certaines incohérences ont toutefois persisté. L'arrêté du 10 juin 2005 relatif à la nomenclature du décret n°2004-1463 du 23 décembre 2005<sup>137</sup> énonce dans son article I : « *Il est dressé chaque année une liste nationale et une liste par cour d'appel sur lesquelles sont inscrits les experts désignés tant en matière civile qu'en matière pénale* ». L'article 4-1 énonce que « *Les demandes d'inscription sur les listes d'experts judiciaires sont examinées en tenant compte :*

*a) Des qualifications et de l'expérience professionnelle des candidats, y compris les compétences acquises dans un Etat membre de l'Union européenne autre que la France.*

*b) De l'intérêt qu'ils manifestent pour la collaboration au service public de la justice ».*

Les experts sont classés en fonction de leurs compétences initiales dans le milieu de la santé. Les rubriques possèdent une lettre et des chiffres pour différencier les différents types de métiers. Par exemple les experts F8 correspondent aux métiers suivants : sages-femmes,

---

<sup>137</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005983254>

auxiliaires médicaux. Les experts F 8.2 correspondent aux professions suivantes : auxiliaires réglementés à savoir infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, rééducation fonctionnelle, orthophonie, orthoptie et puériculture. Selon les textes, il n'y a aucune ligne avec la mention « *ostéopathie* » dans la liste des experts parus au texte numéro 12 du Journal Officiel du 28 juin 2005. Il semble donc obligatoire d'être préalablement professionnel de santé au sens de la partie IV du Code de la Santé Publique pour être candidat au poste d'expert. Ce qui impose donc, en ce qui concerne les ostéopathes, d'être obligatoirement médecin, masseur-kinésithérapeute ou infirmier en amont. Cela présente une incohérence plus qu'évidente en inadéquation totale avec la réalité. En effet, les ostéopathes exclusifs représentent plus de 60% du nombre total d'ostéopathes exerçant sur le territoire national. Les établissements de formation agréés de niveau master 2, c'est-à-dire délivrant un RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles) de niveau 1 proposent des enseignements pour des ostéopathes exclusifs, c'est-à-dire avec le plus haut niveau d'exigence. Il serait donc, selon les textes, possible qu'un expert moins qualifié qu'un ostéopathe exclusif RNCP niveau 1 évalue la légitimité de la prise en charge d'un patient par celui-ci. Mais surtout, les textes ne prévoient pas la possibilité pour les praticiens les plus qualifiés d'accéder à la fonction d'expert. Ce qui semble pourtant totalement illogique. Il paraîtrait, en effet, plus cohérent de faire en sorte que les professionnels les plus qualifiés puissent être experts dans la discipline où ils sont objectivement les plus compétents pour se prononcer.

L'enjeu était absolument majeur pour les ostéopathes d'obtenir des experts car les professionnels étaient de plus en plus nombreux et les actes augmentaient également de manière considérable. De plus, les juges reconnaissent que la qualité des actes ostéopathiques est au-moins équivalente à ceux effectués par des médecins. Il est, entre autres, possible de le lire dans certains arrêts dont celui de la Cour Administrative d'Appel de Paris du 25 novembre 2011 n°10/1579 que l'on peut trouver sur Légifrance :

*« Considérant qu'il résulte de l'instruction que M. A a suivi un enseignement en ostéopathie [...] établissement de formation en ostéopathie agréé ; qu'il n'est pas sérieusement contesté par l'administration que cette formation, qui comporte à la fois des modules d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie et des enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie, correspond à celle exigée par le décret susmentionné du 25 mars 2007 ; que l'intéressé qui exerce en qualité d'ostéopathe a d'ailleurs reçu l'autorisation d'user du titre d'ostéopathe par décision préfectorale du 17 mars 2008*

[...] *qu'il suit de là que les actes accomplis par M. A, doivent être regardés comme ayant été d'une qualité équivalente à ceux qui, s'ils avaient été effectués par un médecin, auraient dès lors été exonérés* ». Il faut également bien noter que les tribunaux de Cour d'appel ont tendance à appliquer les jurisprudences qui étaient appliquées pour l'exercice académique de la médecine. On le retrouve dans l'arrêt de la Cour d'appel d'Angers datant du 15 juillet 2009, soit sept ans après la loi du 4 mars 2002 et deux ans après l'apparition des décrets d'applications relatifs à l'exercice de l'ostéopathie.

Toutefois prêtons-nous à une analyse exclusivement textuelle. La loi n°2004-130 du 11 février 2004 suivie des décrets évoqués ci-dessus de 2004 modifiés le 19 juillet 2007 ont réformé la loi du 29 juin 1971. L'article 1 de la loi de 2004 énonce : « *Sous les seules restrictions prévues par la loi ou les règlements, les juges peuvent désigner pour procéder à des constatations, leur fournir une consultation ou réaliser une expertise, une personne figurant sur l'une des listes établies en application de l'article 2. Ils peuvent, le cas échéant, désigner toute autre personne de leur choix* ». L'article est consultable sur Légifrance<sup>138</sup>. Il est alors très clairement énoncé que toute personne du choix du juge est susceptible d'être désignée pour effectuer une expertise à condition de respecter les conditions de l'article 2. L'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires énonce : « *Il est établi chaque année, pour l'information des juges, une liste nationale, dressée par le bureau de la Cour de cassation, et une liste, dressée par chaque cour d'appel, des experts en matière civile* ». Les experts figurant sur ces listes doivent également impérativement respecter l'article 2 de la loi du 11 février 2004 :

« *I. - Il est établi pour l'information des juges :*

*1° Une liste nationale des experts judiciaires, dressée par le bureau de la Cour de cassation ;*

*2° Une liste des experts judiciaires dressée par chaque cour d'appel.*

*II. - L'inscription initiale en qualité d'expert sur la liste dressée par la cour d'appel est faite, dans une rubrique particulière, à titre probatoire pour une durée de deux ans. A l'issue de cette période probatoire et sur présentation d'une nouvelle candidature, l'expert peut être réinscrit pour une durée de cinq années, après avis motivé d'une commission associant des représentants des juridictions et des experts. A cette fin sont évaluées l'expérience de*

---

<sup>138</sup> <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000433988>

*l'intéressé et la connaissance qu'il a acquise des principes directeurs du procès et des règles de procédure applicables aux mesures d'instruction confiées à un technicien. Les réinscriptions ultérieures, pour une durée de cinq années, sont soumises à l'examen d'une nouvelle candidature dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.*

*III. - Nul ne peut figurer sur la liste nationale des experts s'il ne justifie de son inscription sur une liste dressée par une cour d'appel pendant trois années consécutives. Il est procédé à l'inscription sur la liste nationale pour une durée de sept ans et la réinscription, pour la même durée, est soumise à l'examen d'une nouvelle candidature ».* Le bureau de la Cour de Cassation est donc compétent pour désigner les experts auxquels il souhaite avoir recours. Ce qui lui permet de solliciter des experts ostéopathes exclusifs qui pourront assumer cette fonction auprès des tribunaux de la République. Cet ostéopathe exclusif n'est pas nécessairement au préalable médecin ou masseur-kinésithérapeute pour l'essentiel. Très concrètement, de nos jours, il n'y a encore que peu d'ostéopathes exclusifs qui ont pu prêter serment sur le territoire. A titre d'exemple, pour l'année 2012/2013 il n'y a eu qu'un seul ostéopathe exclusif qui ait prêté serment sur le parquet de Dijon. Cela s'explique puisqu'il n'existe que très peu de contentieux liés à l'exercice de l'ostéopathie. Cela se vérifie dans de nombreux secteurs puisque les responsabilités civiles professionnelles des ostéopathes exclusifs sont les moins chères sur le marché des professions de santé, ce qui est un reflet significatif du constat des assureurs.

Fadi Dahdouh et Raoul Carbonaro définissent l'expert judiciaire comme « *un technicien au service du juge et disposant dans l'exercice de ses missions des prérogatives particulières qui traduisent une délégation des pouvoirs du juge. Il devient en ce sens un auxiliaire de justice* »<sup>139</sup>. L'expert judiciaire est donc un véritable garant de l'interprétation du comportement d'un professionnel dans l'exercice de son art. Sa présence est donc essentielle car il est un outil indispensable lors de la résolution d'un contentieux concernant un praticien ostéopathe. En effet, si les juges sont compétents en matière de droit, ils n'ont à priori aucune connaissance médicale ou de médecine ostéopathique. Ils ne sont donc absolument pas à même d'établir la lumière sur le respect de la déontologie par un professionnel ou de déterminer si celui-ci a commis un ou plusieurs actes de nature à engager sa responsabilité civile ou pénale. En effet la responsabilité repose sur le trépied d'un fait générateur, associé au lien de causalité menant à un préjudice. Bien que la notion de faute ne soit pas

---

<sup>139</sup> DAHDOUH et CARBONARO – *L'expertise judiciaire en ostéopathie* p. 37

juridiquement définie, elle correspondrait à un manquement à une obligation imposée par la loi, le règlement ou une norme générale de comportement.

Du fait de ses nombreuses compétences, l'ostéopathe doit être un praticien consciencieux qui doit tenir à jour ses dossiers patients, effectuer des diagnostics afin d'éliminer des pathologies organiques qui nécessiteraient, au moment donné de la consultation, une autre prise en charge que purement ostéopathique. L'anamnèse, l'examen clinique, l'analyse de l'imagerie médicale ou des examens biologiques doivent être des moments clés rigoureux que l'ostéopathe doit pouvoir respecter. Lors d'un contentieux, le praticien devra justifier à l'expert qu'il s'est comporté comme tout autre praticien normalement diligent l'aurait fait à sa place, c'est-à-dire en « *bon père de famille* ». A la suite de l'élaboration du diagnostic, l'ostéopathe devra encore rester vigilant et dispenser une information claire, loyale et appropriée. Bien que cette assertion provienne du Code de déontologie médical dans l'article R-4127-35 (inclus dans le Code de la Santé Publique aux articles réglementaires R-4127-1 et suivants) il paraît évident que ce droit du patient est totalement transférable à l'ostéopathe qui doit nécessairement respecter l'article L 1111-2 du Code de la Santé Publique selon lequel « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». L'information comprend absolument tout ce qui est relatif au patient, son état de santé et sa prise en charge. L'information concerne les diagnostics, la démarche thérapeutique, la stratégie thérapeutique, les pronostics à court, moyen et long terme, les conseils hygiéno-diététiques, la conduite à tenir après la consultation, ainsi que toutes les questions que peut se poser le patient au sujet d'éventuelles techniques. L'information contraint également le professionnel à expliquer les risques liés à une technique ou à l'ostéopathie en général. Toutefois, un arrêt de la Cour de cassation du 18 décembre 2002 explique qu'il n'est pas nécessaire de tenir le patient systématiquement informé des risques totalement imprévisibles. Suite à l'information, il sera nécessaire pour arriver à l'acte thérapeutique de recueillir le consentement du patient comme l'impose l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». Il est précisé dans cet article que cela ne vaut que pour un « *professionnel de santé* » et nous avons constaté que, pour le moment, un ostéopathe ne figure pas dans la Partie IV du Code de la Santé Publique et n'est donc pas un professionnel de santé. Seulement, il paraît peu probable que dans le cas d'un défaut de consentement cet article ne soit pas invoqué. Les juges reconnaissent que la qualité des actes ostéopathiques est au moins équivalente à ceux

effectués par des médecins. Cette obligation incombe à tout professionnel de santé, c'est-à-dire aussi bien au chirurgien-dentiste, qu'au brancardier. Il paraîtrait donc impossible que le juge ne considère pas l'ostéopathe comme soumis à l'obligation d'information ou de consentement. L'ostéopathe doit agir, comme nous l'avons étudié (Partie II, Chapitre 1, II), dans le respect de l'article L 1110-5 du Code de la Santé Publique, c'est-à-dire en utilisant les soins les plus appropriés selon l'expression consacrée. Le praticien doit respecter le secret professionnel car le patient a le droit au respect de sa vie privée, comme le met en exergue l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique. Les sanctions relatives au secret professionnel figurent à l'article 226-13 du Code Pénal.

L'expert ostéopathe aura donc pour rôle de se positionner à la place de l'ostéopathe incriminé et d'agir, en conscience, comme s'il recevait le patient au sein de son propre cabinet. Il devra vérifier si le praticien a respecté les droits des malades, vérifier la qualité de l'élaboration du diagnostic et le choix de la stratégie thérapeutique de son confrère. Naturellement, tous ces actes doivent apparaître comme conformes et pertinents à ce qui existe dans la littérature médicale, ostéopathique, les travaux de recherche, les études publiées. Il en va de même pour une abstention thérapeutique, car celle-ci est considérée comme un acte basé sur l'appréciation du praticien, motivé de son avis de professionnel et justifié au vu de l'état de son patient. Choisir de ne pas faire une technique peut être considérée comme une perte de chance d'obtenir une meilleure guérison, même si le cas ne s'est, à ce jour, pas encore présenté.

Il apparaît donc plus qu'essentiel que la médecine ostéopathique puisse se doter d'experts. En effet, le sort d'un professionnel peut dépendre d'une conclusion d'expert, même si la vocation des conclusions de l'expert n'est pas de désigner un responsable ou un coupable mais de formuler un avis basé sur la loi, le règlement ou sur le respect des règles de bonne pratique. L'ostéopathie est aujourd'hui reconnue scientifiquement par les kyrielles d'études qui se consultent les sites de référence en la matière tel que Journal of the American Osteopathic Association<sup>140</sup> pour ne citer que lui. Il paraît donc indispensable que la profession ait l'autorisation légitime d'avoir des ostéopathes (qui ont sanctionnés un D.I.U., ou un D.U., ou encore des formations auprès de Cours d'Appel, comme celle d'Aix en Provence) préparés à la réalisation d'expertise. Aujourd'hui des diplômes délivrés par des universités de droit au moins à deux endroits sur le territoire national existent et devraient permettre plusieurs

---

<sup>140</sup> <http://www.jaoa.org/>

choses. Tout d'abord, cela devrait assurer aux professionnels qui se retrouveront dans l'enceinte d'un tribunal d'être convenablement compris et donc considérés avec justesse. Puis implicitement « *les expertises judiciaires amèneront les praticiens à s'interroger sur les contours des obligations liées à cet exercice professionnel, de même que l'évaluation de la responsabilité par les juridictions affinera les critères de responsabilité et de compétences propres à cette profession. Elles aideront ainsi à définir le régime juridique de l'ostéopathie* »<sup>141</sup>. Marc Chauvin, ostéopathe D.O. ayant validé un D.I.U. d'expertise en ostéopathie m'expliquait au cours d'un entretien récent qu'il est important pour la profession exclusive que plusieurs ostéopathes formés en RNCP niveau 1 parviennent à prêter serment et être ainsi enregistrés pour ensuite créer à l'avenir une compagnie propre d'experts reconnue comme telle. Il est donc primordial pour une profession telle que la médecine ostéopathique de se doter d'experts pour contribuer à la structurer. Il semble toutefois également indispensable qu'en amont de l'expertise, la déontologie soit aussi respectée. Selon Memeteau, la déontologie « *c'est une morale, mais appliquée aux professions, dans la contemplation des difficultés concrètes de chaque art* »<sup>142</sup>. Et classiquement, le respect de cette déontologie est assuré par un Ordre professionnel, comme cela est le cas pour l'Ordre des médecins qui est la profession avec laquelle des comparaisons sont assez souvent établies.

---

<sup>141</sup> DAHDOUH et CARBONARO – *L'expertise judiciaire en ostéopathie* p. 160

<sup>142</sup> MEMETEAU - *Droit médical et déontologie : suggestion prudentes en faveur d'un rapprochement* p 748

## Section 2 : La décadence du modèle ordinal, un exemple à ne pas suivre

A l'heure où, de toute évidence, le rassemblement des ostéopathes semble apparaître comme une nécessité plus qu'essentielle, il conviendrait de s'interroger un instant sur la notion d'ordonnancement qu'il serait souhaitable d'adopter afin de bénéficier de l'expérience des prédécesseurs en la matière. « *Combien d'hommes s'identifient aux modèles que les conventions sociales leur proposent!* » rappelle Manuel de Diéguez, philosophe français. La totalité des problématiques auxquelles les ostéopathes sont confrontés ne pourront raisonnablement se dissiper uniquement avec la création d'une instance qui suivrait un modèle déjà en déclin. Son histoire en est le parfait reflet et nous allons essayer de le mettre en lumière.

En effet, il faut remonter au 10 mars 1803 pour que l'appellation Docteur en médecine refasse surface, suite à la disparition des universités lors de la Révolution française, afin d'honorer les dignes représentants de ce corps de métier. Puis la loi Chevandier de 1892, instaurant le monopole médical sous la Troisième République, éradique les officiers de santé qui faisaient concurrence aux Docteurs en médecine de l'époque : « *L'ampleur des efforts déployés pour arriver à ce résultat explique probablement la violence des réactions que suscite aujourd'hui toute tentative de remise en cause de l'omnivalence du titre* »<sup>143</sup>. Dans les années 1940, la plupart des professions indépendantes ont adopté un Ordre professionnel. Ceci originellement afin de minimiser l'importance que les syndicats auraient pu avoir dans ce que l'on qualifiait déjà à l'époque de crise. Le mot crise, soit dit en passant, vient du grec « Krisis » signifiant la fin d'un cycle et par extension, le début d'une nouvelle ère. Les syndicats durent donc entrer en hibernation, ce qui permit de consacrer l'avènement des fameux Ordres. Leurs débuts ne furent pour autant que fort peu glorieux, puisque créés le 7 octobre 1940 par Vichy, et déjà dissous en 1943. Le Général de Gaulle restaura un nouvel Ordre des Médecins<sup>144</sup> pour le « *maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice* »<sup>145</sup>. Leur code de déontologie

---

<sup>143</sup> [http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2421\\_Medecine\\_Liberale.pdf](http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2421_Medecine_Liberale.pdf)

<sup>144</sup> Ordonnance du 24 septembre 1945

<sup>145</sup> Article L4121-2 du Code de la Santé Publique

n'hésitait pourtant pas à allègrement clamer des principes discutables, considérant par exemple que le consentement du patient n'est pas une donnée médicale pertinente et qu'il faut donc imposer le traitement aux malades. Dans cette dynamique, nous allons voir que les attributions, qui jadis étaient du ressort de l'Ordre, sont de plus en plus évanescentes et que celles qui lui restent conservent tant bien que mal un équilibre précaire.

Les missions dont l'Ordre était initialement chargé, en partie, comprenaient entre autres la permanence des soins<sup>146</sup>. Seulement, telle qu'elle est définie à l'article L 6314 du Code de la Santé Publique, elle est sous l'égide du directeur de l'Agence Régionale de Santé<sup>147</sup> qui l'organise et la planifie. Les médecins libéraux sont pourtant intégrés à la gestion de l'offre de soin mais sont relégués par le Schéma Régional d'Organisation des Soins à l'élaboration participative du cahier des charges<sup>148</sup>. La surveillance du droit des malades elle-même est assurée par les conseils de surveillance<sup>149</sup> des ARS et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie<sup>150</sup>. Témoignage supplémentaire de la mise à l'écart de l'Ordre pourtant initialement concerné par cette aspiration. La surveillance au sens large, pilier du système de sécurité sanitaire, ne relève pas non plus de l'Ordre puisque cette mission est attribuée à des institutions telles que l'INPES, l'INVS, l'ANSM, l'ANSES, l'EFS, l'agence de biomédecine, et la liste pourrait encore s'allonger.

La formation continue des médecins (aujourd'hui Développement Professionnel Continu) est, depuis la loi du 21 juillet 2009, à la charge de la Haute Autorité de Santé et de la Direction Générale de l'Offre de Soins<sup>151</sup> ainsi que le fruit de subtils arrangements entre syndicats et CNAM<sup>152,153</sup>, là où encore, l'organisation ordinale était théoriquement en charge de sa mise en place. Le conservatisme de l'Ordre se manifeste aussi sur des questions éthiques. Sa farouche opposition à la loi Veil concernant l'avortement<sup>154</sup>, du 17 janvier 1975 et définitivement adoptée le 31 décembre 1979, en est l'illustration. Afin de guider le législateur sur les orientations les plus pertinentes à adopter au sujet des nouveaux enjeux éthiques initiés par l'ouvrage « *Bio ethics : Bridge to the future* » du cancérologue Américain

---

<sup>146</sup> Article 77 du Code de Déontologie Médicale

<sup>147</sup> Article L 1432-1 du Code de la Santé Publique

<sup>148</sup> Article L 1411-11 du Code de la Santé Publique

<sup>149</sup> Article L 1432-3 du Code de la Santé Publique

<sup>150</sup> Article L 1432-4 du Code de la Santé Publique

<sup>151</sup> Article 59 de la loi HPST

<sup>152</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie

<sup>153</sup> <http://pharmanalyses.fr/organisation-de-la-sante-le-declin-de-lempire-ordinal-2/>

<sup>154</sup> [http://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2004-2-page-75.htm#Cairn\\_no11](http://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2004-2-page-75.htm#Cairn_no11)

Potter en 1971, François Mitterrand va instaurer en 1983 le fameux CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique). Ici encore, le conseil de l'Ordre des médecins sera soigneusement tenu à l'écart des comités de réflexion et des propositions formulées par le CCNE. Les lois de bioéthique verront pourtant bien le jour en 1994, 2004 et 2011. Il en va de même pour l'apparition de la Haute Autorité de Santé, des rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé (plus ancienne) et de toutes ces institutions créées dans le domaine de la santé, dépossédant petit à petit l'Ordre de ses prétentions initiales. Cet exposé - loin d'être exhaustif - met en évidence à quel point, au fil du temps, le conseil de l'Ordre est institutionnellement dessaisi de ce à quoi il aspirait pourtant de manière originelle.

Le fait que l'adhésion à l'Ordre ait un caractère intangible : « *L'ordre national groupe obligatoirement tous les médecins* »<sup>155</sup> est un problème dont on ne peut faire l'économie. Il n'est plus à démontrer qu'aujourd'hui les jeunes praticiens ostéopathes peinent à gagner leur vie du fait de l'absence de régulation raisonnable de la part des différents gouvernements. Ne parlons même pas de la question d'adhérer à un syndicat. Ils ne se la posent plus du fait des tourments causés par leur situation<sup>156</sup>. L'académie d'ostéopathie possède des comptes désastreux et a même été récemment contrainte d'envoyer un message de détresse constatant l'hécatombe financière dans laquelle elle se trouvait, ce qui témoigne de la situation abyssale qui est celle du financement des associations d'ostéopathes. L'académie d'ostéopathie possède pourtant un rôle non négligeable qui contribue assez largement au développement de cette médecine. Au cours de l'été 2012, Marisol Touraine avait d'abord déclaré que l'adhésion aux ordres professionnels pourrait devenir non obligatoire, mais face à la colère des représentants ordinaires voyant là encore une atteinte à leur monopole, la ministre a dû rapidement rectifier son propos en précisant que cela serait « *facultatif pour les infirmiers* ». Pourtant ce monopole est déjà bien ébréché. Rappelons les mots de Maître Isabelle Robard au sujet de la loi du 4 mars 2002 accueillant la consécration de l'ostéopathie : « *Pour avoir étudié l'histoire et l'évolution de l'exercice illégal de la médecine depuis la période du Moyen Age jusqu'à nos jours, nous pouvons affirmer que ce sera la première fois qu'une brèche sera portée dans le monopole médical* ».

Aujourd'hui, l'Ordre conserve toutefois un rôle de « *conseiller* » auprès des pouvoirs publics, ainsi que sur son code de déontologie régi par les articles réglementaires R 4127-1 et

---

<sup>155</sup> Article L 4121-1 du Code de la Santé Publique

<sup>156</sup> <http://www.profession-osteopathe.com/snof/ETUDIANTS.html>

suiuants. La traduction en droit administratif de ce terme sous-entend que l'Ordre ne peut que suggérer des avis facultatifs, n'ayant donc aucune vertu contraignante. Gilles Deuers, avocat au Barreau de Lyon constate solennellement que « *le Code de déontologie ne peut apporter que des aménagements marginaux* ». C'est encore une fois à titre consultatif qu'il émet des propositions que les instances supérieures acceptent ou non de retenir. Les bribes de son « *pouvoir* » semblent avoir pris des vacances dans des contrées fort lointaines de l'injonction. Enfin, l'Ordre se garde théoriquement aussi la possibilité de recevoir et de traiter les doléances de patients à qui l'on a refusé de dispenser des soins ou qui ont reçu des traitements dits « *inappropriés* »<sup>157</sup> entre autres. Pour autant, 32 % des médecins refusent les patients ayant la Couverture Maladie Universelle, désinvolture pourtant non autorisée. Prolongeons ainsi le paroxysme d'irréalité en mentionnant tout de même qu'un des membres du conseil de l'Ordre, atteint d'une pathologie psychiatrique d'une particulière gravité pour autant non traitée a su, sans même essayer d'agir avec minutie, se faire élire à l'échelle départementale sans aucune difficulté. Ce qui a soulevé de nombreuses questions quant au mode d'élection basé sur une technique de noms rayés, au dernier restant selon un principe d'échevinage.

L'exemple supplémentaire illustrant son inefficacité est le nombre très élevé des praticiens appliquant des dépassements d'honoraires abusifs ayant miraculeusement échappé à la vigilance de l'Ordre des médecins (pour qui encore une fois le mot corporatisme a su soigneusement prendre toute sa dimension). Il se manifeste aussi nettement moins dans les sanctions infligées à l'encontre de ces médecins qui pratiquent des tarifs défiant les lois élémentaires de la logique, car dans ces cas-ci, l'Ordre brille souvent par sa singulière absence ô combien préjudiciable. C'est sans doute par excès de suspicion que les négociateurs de l'avenant n°8 à la convention médicale de 2012<sup>158</sup> ont soigneusement écarté les représentants de l'Ordre<sup>159</sup>. Et pour cause, ceux-ci ont toujours été farouchement opposés aux nombreuses évolutions financières. Ils étaient, en effet, féroce­ment opposés au conventionnement, arguant une atteinte aux libertés du médecin. Cette revendication date de la charte médicale du 30 novembre 1927 reconnaissant le libre choix de perception d'honoraires par entente avec le malade. Il faudra patienter jusqu'au 26 juillet 2011 avec l'avènement des secteurs 1, 2 et 3. Les analyses montrent que 15% des personnes majeures refusent de se soigner car cela leur revient trop cher malgré le conventionnement. Nous pouvons légitimement nous interroger

---

<sup>157</sup> Article L 1110-5 de Code de la Santé Publique

<sup>158</sup> [http://www.apima.org/img\\_bronner/avenant\\_8\\_ACS.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/avenant_8_ACS.pdf)

<sup>159</sup> <http://pharmanalyses.fr/organisation-de-la-sante-le-declin-de-lempire-ordinal-2/>

sur ce qu'aurait été la réalité des soins dispensés en France si ce conventionnement n'avait pu voir le jour. Le sens critique du conseil de l'Ordre est également moins affuté vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques à l'origine de conférences tenues dans des îles paradisiaques, où certains praticiens aimaient venir en famille. C'est également le cas au sujet des fameux leaders d'opinion longuement décriés dans le récent ouvrage des Professeurs Bernard Debré et Philippe Even<sup>160</sup> eux-mêmes. Et puis enfin, la formation continue biaisée ayant parfois des conséquences dramatiques s'est récemment illustrée à travers de plusieurs scandales. En effet, l'affaire récente du Médiateur, pour ne citer qu'elle, a révélé que lors des formations continues des indications thérapeutiques hors A.M.M.<sup>161</sup> étaient suggérées afin de semer le trouble dans la compréhension générale des médecins qui en bénéficiaient. Il semble, en effet, difficile de se doter d'un financement afin d'assurer de développement professionnel continu sans la participation des puissants laboratoires pharmaceutiques.

La juridiction ordinale appartient au droit administratif car elle exerce une mission de service public. De ce fait, leurs actes unilatéraux, leurs décisions juridictionnelles sont susceptibles de recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif comme l'énonce l'arrêt du Conseil d'Etat de 1943 Bouguen. La fameuse loi du 4 mars 2002 fut également rendue célèbre car les chambres disciplinaires de l'Ordre des médecins eurent à leur tête des magistrats administratifs apportant un peu de clarté dans cette confusion que l'on aurait pu taxer de corporatiste. Toutefois nous manquons encore de distance afin d'évaluer la pertinence de l'autorité du magistrat sur les décisions ordinales. Seulement, les décisions prises par les Ordres hors des juridictions sont des mesures d'ordre intérieur et donc non susceptibles de recours pour excès de pouvoir, elles peuvent de ce fait échapper au contrôle du juge administratif. Pakadech Komson illustre le fait que le juge administratif se contente parfois de suivre les décisions ordinales sans les contrôler : « *il tente de respecter l'appréciation des faits par les ordres professionnels en matière de santé qui est un organisme spécifique et compétent dans ce domaine* »<sup>162</sup>.

En somme, persistent pour les ordres des occupations de « *contrôle du libellé des plaques [...] changement de qualifications des médecins, suivi des contrats, [...] délivrance des autorisations de remplacement* »<sup>163</sup>. Reste aussi son rôle de médiation lors des conflits

---

<sup>160</sup> EVENE, DEBRE - *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux* - 2012

<sup>161</sup> Autorisation de Mise sur le Marché

<sup>162</sup> KOMSON Pakadech – *Les attributions des ordres professionnels en matière de santé* p. 98

<sup>163</sup> <http://www.conseil-national.medecin.fr/les-missions-1207>

entre adhérents d'une association de médecins où il tente de leur éviter un procès effectué, lui par contre, dans des tribunaux de la République. François Mitterrand lui-même avait proposé la suppression de l'Ordre des médecins dans les années 1980. Illustration, selon lui, du conservatisme gênant incompatible avec la conception même de la démocratie, ce que nous avons à de nombreuses reprises mis en évidence dans ce bref aperçu de la situation. L'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme Gautrin contre France rappelle le problème de l'impartialité dans le modèle ordinal<sup>164</sup>. N'ignorons pas que la politique européenne tend vers une disparition de ce modèle ordinal.

Pourtant, il est incontestablement nécessaire de veiller à la ferme application du code de déontologie des ostéopathes afin d'éviter d'observer passivement toutes les dérives dont chacun a connaissance. De nombreux acteurs intervenant dans le milieu du droit de la santé ont maintes fois suggéré l'idée qu'il apparaîtrait comme nécessaire que les « *médecines non-conventionnelles* » et en particulier l'ostéopathie, du fait de sa dimension généraliste, se structurent de manière similaire à la médecine occidentale. Ceci afin de valoriser leur représentation auprès des autorités publiques et ainsi participer de manière plus active à la distribution de l'offre de soin sur le territoire. Les déserts médicaux à l'horizon 2030 vont inexorablement favoriser la direction des patients vers les thérapeutiques dites non-conventionnelles. Néanmoins, l'histoire de l'ostéopathie révèle, depuis 1874 au moins, tant d'ingéniosité qu'il semble largement possible de penser un système garant du respect des valeurs auxquelles la profession d'ostéopathe aspire. Ce système doit néanmoins être lucide et s'inspirer des erreurs du passé commises par les professions déjà existantes afin de préparer la sérénité de l'avenir. Nuançons toutefois ce portrait peu séduisant des attributions de l'Ordre des médecins, car il ne faut pas négliger le fait que leur Code de Déontologie figure dans les articles réglementaires du Code de la Santé Publique. Bon nombre de problèmes qui concernent l'ostéopathie seraient rapidement évincés si la profession avait elle aussi l'honneur de voir une consécration similaire de son Code de Déontologie. Le mémoire de Chauvin, Jarrigon et Plantiveau explique fort bien que la déontologie possède un critère matériel et l'autre formel : « *Le critère matériel : ce sont les valeurs qui constituent la morale professionnelle, guidant le praticien dans son exercice quotidien, aussi bien dans son rapport avec son patient, que dans l'exercice libéral lui-même. Le critère formel : la déontologie ressemble à une œuvre hybride issue d'un ordre professionnel et de l'ordre étatique. Si le*

---

<sup>164</sup> <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=315059&Site=COE>

*code de déontologie est une norme juridique, il est alors opposable au praticien. Son respect devient obligatoire et son non-respect sanctionné »<sup>165</sup>. De nombreux observateurs expliquent que le modèle ordinal proposé ne semble pas être un bon choix stratégique : « les ordres professionnels médicaux [...] n'ont malheureusement pas fait l'objet ensuite, lors de l'ordonnance du 25 septembre 1945, d'un débat parlementaire. Ce ne sera qu'à l'occasion de la loi sur les droits des malades que pour la première fois un débat législatif aura lieu débouchant sur une première réforme qu'il faut saluer. Spécialiste du contentieux disciplinaire par mes travaux universitaires et ma pratique du contentieux ordinal, je constate qu'il faudrait aller encore plus loin dans la garantie des droits de la défense et du procès équitable sous forme de réforme, surtout au niveau Régional. Le droit comparé européen, excepté en Belgique, démontre l'existence d'autres systèmes disciplinaires qui fonctionnent. L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes nouvellement créé calqué sur l'ordre des médecins risque de reproduire les mêmes problèmes. En conséquence, je ne crois pas que la création d'un ordre supplémentaire, celui des ostéopathes soit un gage de meilleure compétence professionnelle et d'une plus grande éthique, ceci d'autant plus que le titre d'ostéopathe n'est pas une profession de santé en tant que telle, empêchant de facto cette création. Ceci permet ainsi à la profession d'ostéopathe de faire abstraction des difficultés et contraintes que connaissent actuellement les professions de santé en crise »<sup>166</sup>.*

---

<sup>165</sup> CHAUVIN, JARRIJON, PLANTIVEAU – *Effectivité d'une déontologie propre à l'ostéopathie* p. 22

<sup>166</sup> ROBARD Isabelle - Rapport de débats sur le thème : *Titre d'Ostéopathe : réponses aux forces vives de l'ostéopathie*

# Conclusion

Nous nous sommes demandé au début de ce mémoire quelles réponses pourraient être apportées par l'ostéopathie aux grands enjeux de santé publique.

Nous avons démontré, à travers ce mémoire, que l'histoire de la médecine révèle à quel point les grands noms de la médecine ont été souvent illégitimement rattachés à l'histoire de la médecine allopathique plutôt qu'à la médecine ostéopathique. En réalité, la problématique majeure vient du fait que leur histoire est commune. Voilà pourquoi la volonté systématique de dissocier leurs origines est une tâche complexe. Bien que la naissance de l'allopathie et celle de l'ostéopathie aient toutes deux des spécificités, leurs prétentions finales partagent bon nombre d'attributions : « *prévenir* » et « *remédier* » à des « *troubles* ». Des différences existent toutefois, nous l'avons vu, entre la prise en charge des problématiques « *organiques* » et « *fonctionnelles* » montrant que le chemin vers la reconnaissance est encore à parfaire. Mais surtout, la reconnaissance de l'ostéopathie est aujourd'hui établie car cette médecine non-conventionnelle a su faire ses preuves aux yeux des usagers. « *L'ostéopathie est aujourd'hui entrée dans les mœurs et il est normal que le législateur rende légal ce qui est de la pratique courante* » déclarait Paul Blanc, sénateur en 2002, année de sa consécration législative. Le sursaut à la fin du XX<sup>ème</sup> a offert à l'ostéopathie une considération de l'ordre d'une véritable médecine manuelle non-conventionnelle. Cette consécration puise également ses sources dans la métamorphose de la relation médicale du fait du paradoxal développement technologique ayant à la fois permis des progrès médicaux techniques et fourni aux patients un accès à la connaissance. Souvent les patients constatent le côté déshumanisé de la médecine et se plaignent d'être réduits à des sommes d'analyses, là où l'ostéopathie est une médecine avec une approche globalisante qui exclut, par essence, le côté segmentaire de la médecine allopathique. L'ostéopathie est donc une véritable expérience philosophique. « *Mon but consiste à ce que l'ostéopathe pense en philosophe et à ce qu'il cherche la cause* » expliquait Dr Andrew Taylor Still. N'oublions pas à cet égard les mots de Galien : « *Le meilleur médecin est aussi philosophe* »<sup>167</sup>.

Le modèle du paternalisme médical tend à considérablement diminuer depuis l'avènement des moyens modernes de communication et des associations d'usagers ayant intégré les anciens conseils d'administration des établissements de soin (depuis les Ordonnances Juppé du 24 avril 1996) qui permettent aux patients d'être parfois bien plus avertis sur la compréhension de leurs maux. Ainsi, le comportement du praticien en « *bon*

---

<sup>167</sup> GALIEN – *Traité philosophiques et logiques* p. 16

*père de famille* » et sa bienfaisance téléologique (de la tradition aristotélicienne) prend fin pour consacrer le modèle autonomiste où le patient rééquilibre la relation soignant/soigné. L'usager a, dès lors, le droit, comme nous l'avons montré, d'être pleinement informé de tout ce qui concerne sa santé et sa prise en charge. Il devient un véritable partenaire du praticien et décide, en conscience, de sa prise en charge. Selon le Conseil Consultatif National d'Ethique, le praticien propose une conduite et le patient choisit. L'adjuvance du « *Contrat social* » de Rousseau et du « *Fondement de la métaphysique des mœurs* » de Kant n'est naturellement pas innocente dans l'essor de ce modèle. Le patient constate et évalue lui-même ce qui lui améliore son état. Il ne dispose pas des connaissances pour juger de la compétence technique d'un praticien, mais sa subjectivité lui permet d'observer l'évolution favorable ou défavorable de sa condition. Le monopole médical allopathe devient donc un colosse aux pieds d'argile, car cette volonté d'information est de plus en plus présente du côté des patients. Aux Etats-Unis, les usagers utilisent des critères de futilité afin d'évaluer la balance bénéfique/risque faisant presque parfois oublier le rôle essentiel d'un thérapeute qui est l'empathie nécessaire à la compréhension globale de la problématique du patient. Les Américains ont toujours eu une tradition beaucoup plus libérale qu'en Europe, laissant l'individu face à ses choix et devant en assumer l'intégralité de ses conséquences en totale autodétermination. En effet, le modèle autonomiste de la relation soignant-soigné vient d'une tradition purement anglo-saxonne. « *C'est l'individu et personne d'autre qui prend la décision et qui vit avec la douleur et la maladie. C'est l'individu et personne d'autre qui prend la décision, et qui doit suivre le traitement ou y renoncer. C'est l'individu et personne d'autre qui prend la décision, et qui s'il en réchappe, devra vivre avec le résultat de cette décision* » déclare le tribunal fédéral de district dans l'affaire « *Andrews against Ballard* » en 1980<sup>168</sup>. Bien que le modèle européen soit naturellement de tradition moins libérale, l'implication du patient dans le soin va inéluctablement avoir une influence sur le rôle du thérapeute qui est déjà en pleine mutation. Cette volonté manifeste va inexorablement conduire les patients à réclamer des précisions sur les rôles des ostéopathes et les bienfaits qu'ils pourraient tirer des consultations. « *Certains ont bien saisi la notion de prévention, d'autres préfèrent aller chez l'ostéopathe pour éviter une prise médicamenteuse, ou quand la médecine allopathique ne trouve pas de solution à leur problème de santé* »<sup>169</sup>. Il aura fallu du temps, et ce travail n'est évidemment pas révolu, pour que les fervents défenseurs du monopole médical allopathe acceptent le fait sociétal

---

<sup>168</sup> [http://www.leagle.com/xmlResult.aspx?xmlDoc=19801536498FSupp1038\\_11375.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985](http://www.leagle.com/xmlResult.aspx?xmlDoc=19801536498FSupp1038_11375.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985)

<sup>169</sup> RICHARD Emmanuelle - *L'ostéopathie vue par le grand public* p.67

incontestable qui met en évidence les insuffisances de ce système. La médecine occidentale, au même titre que toute autre instance, est impuissante face à la légitimité populaire.

Le législateur a reconnu l'ostéopathie depuis la loi du 4 mars 2002 et des décrets du 25 mars 2007. Toutefois, la précipitation avec laquelle les décrets de 2007 ont été réalisés explique pourquoi de nouveaux devraient voir le jour en 2014 pour combler les insuffisances du passé. En effet, de nombreux rapports mettent en évidence à quel point la coopération entre les différents acteurs du milieu de la santé est primordiale pour assurer la meilleure offre de soin aux usagers. Le rapport de 2010 de l'OMS propose que « *les pays combinent les modes de soins conventionnels et traditionnels afin de tirer le plus grand bénéfice des meilleures caractéristiques de chaque système et de permettre à chacun d'eux de compenser les points faibles de l'autre* »<sup>170</sup>. Et pour cela cette instance préconise de « *promouvoir l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé* »<sup>171</sup>. Comment être plus explicite que la déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe datant pourtant du 28 au 30 mars 1994 à l'issue d'une concertation sous la responsabilité de l'O.M.S. « *Chacun a le droit de recevoir les soins correspondants à ses besoins, y compris les mesures préventives et des activités de promotion de la santé [...] Les patients ont le droit de choisir leur médecin ou tout autre dispensateur de soins [...] les patients ont le droit d'être pleinement informés de leur état de santé [...] et des possibilités thérapeutiques alternatives* ». Il s'agit de savoir quel serait l'intérêt que pourraient avoir les praticiens de médecine allopathique à travailler en collaboration avec les ostéopathes. Il va de soi que pour bon nombre de praticiens, la question est partiellement surpassée puisqu'ils travaillent déjà avec des ostéopathes. L'exemple la médecine traditionnelle chinoise montre un modèle tout à fait intéressant. Des départements spécialisés ont vu le jour en faveur d'un travail synergique d'une vision occidentale de la médecine et une vision traditionnelle. Cela a eu lieu à l'Université de Pékin en 1980<sup>172</sup>. Il semble donc qu'en Chine et pour le cas de la médecine traditionnelle chinoise, la cohabitation intelligente, entendons par là pour le patient, entre deux approches et conceptions de la médecine semble se réaliser parfaitement. Cela à la fois dans la pratique au chevet des patients dans des structures hospitalières, mais également au sein de son enseignement universitaire. Le travail en collaboration semble être possible et transposable de la même manière en France. Les enjeux actuels de santé publique relatifs aux déserts médicaux, la

---

<sup>170</sup> Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010

<sup>171</sup> *Ibid*

<sup>172</sup> ROBARD Isabelle – *Médecines non conventionnelles et droit* p.122

permanence des soins et la réalisation des missions de service public représentent des problématiques qui, si elles ne sont pas convenablement traitées, peuvent devenir hautement préjudiciables pour le patient. C'est précisément en ce sens que l'intérêt de l'ostéopathie prend toute sa dimension. En effet, nous avons pu imaginer un glissement de tâche qui pourrait être opéré entre médecins allopathes et ostéopathes afin d'optimiser l'offre de soins sur le territoire. Ce qui assurerait les missions précédemment évoquées et surtout qui respecterait la codification concernant les droits des patients de recevoir la prise en charge la plus « *appropriée* ». Ce qui assurerait également le véritable libre choix des patients quant à leur praticien ou leur thérapeutique et donc affirmerait le respect de chaque patient à « *sa* » dignité. La prise en charge ostéopathique permet parfois de proposer aux patients victimes de pathologies idiopathiques, ou ne cédant pas avec les traitements habituels, de recouvrer la santé. En effet la définition de l'ostéopathie nous montre clairement que la lecture des mécanismes de la survenue de la pathologie et la façon d'envisager la thérapeutique sont abordées de manières très différentes avec la médecine allopathique. Ceci rend assez légitime la notion de libre choix du patient de recourir à la thérapeutique qu'il souhaite. De ce fait, si l'analyse médicale allopathique ne propose pas de consensus efficace ou satisfaisant, il est fort probable que l'analyse médicale ostéopathique puisse apporter des réponses intéressantes. De plus, l'intérêt de l'ostéopathie se manifeste également comme alternative à l'addition de prises médicamenteuses : « *La percée récente des médecines dites douces [...] est un mouvement de réaction contre certaines explications trop simplistes de l'état du malade ; ces méthodes, nombreuses ont comme caractéristiques de considérer l'individu dans sa globalité, de limiter le recours à des médicaments chimiques aux effets souvent imprévisibles et de viser au contraire à renforcer les défenses naturelles de l'organisme* »<sup>173</sup>.

Enfin, pour que l'ostéopathie puisse véritablement avoir l'assurance d'être pratiquée et défendue dignement, il paraît indispensable que les praticiens se fédèrent autour d'une déontologie commune cristallisée en un Code de Déontologie. L'idéal serait naturellement que celui-ci possède une valeur de type réglementaire pour avoir la garantie que les praticiens qui seraient tentés de ne pas le suivre soient automatiquement sanctionnés. Il paraît également indispensable, pour la valorisation de la profession et pour permettre sa représentation technique auprès des tribunaux, que les ostéopathes se dotent davantage d'experts judiciaires comme cela semble être déjà le cas. Même si les contentieux semblent être assez faibles,

---

<sup>173</sup> DURAND Daniel – *La systémique* p.95

certaines ostéopathes sont déjà formés à l'expertise par le biais de D.I.U. ou de D.U. dispensés dans différents endroits du territoire notamment Dijon.

Les réponses apportées par l'ostéopathie aux grands enjeux de santé publique sont donc multiples. Cette médecine « *non-conventionnelle* » pourrait permettre de respecter littéralement certains articles du Code de la Santé Publique, de contribuer à effectuer des missions de service publique, d'apporter son soutien à la permanence des soins et d'associer son aide pour combattre les déserts médicaux. Toutefois, pour pouvoir bénéficier de ces attributions qui profiteraient aux patients, usagers du système sanitaire français, la profession doit se structurer davantage autour d'une déontologie, être représentée par des experts et obtenir une consécration à la hauteur de ses compétences. L'avenir nous révélera les intentions du gouvernement en place depuis 2012 quant à sa volonté de s'inspirer de modèles préexistants aux Etats-Unis, en Europe ou en Chine par exemple. L'intégration de l'ostéopathie dans le système français de santé passe inexorablement par sa reconnaissance et donc par son positionnement face aux enjeux majeurs de santé publique. L'ostéopathie n'est pas encore une profession de santé à part entière, étant donné la difficulté que l'exercice de cette profession représente, puisque son niveau de compétence excède celui des auxiliaires médicaux. Il faut toutefois qu'elle trouve sa place au sein du système sanitaire français et qu'elle puisse agir en collaboration avec tous les acteurs afin d'optimiser la prise en charge des patients sur le territoire national.

# Bibliographie

## I Dictionnaires

*Linguistique et Sciences du langage*, Ed : Larousse, 2008, ISBN : 978-2-03-583290-0

*Le Dictionnaire des sciences humaines*, Ed : Sciences Humaines, 2004, ISBN : 2-912601-25-8

## II Traités

CAPOROSSI, PEYRALADE – *Traité pratique d'ostéopathie crânienne* 1993, Ed : Verlaque.  
ISBN : 2-87644-026-1

BOUCHET, CUILLERET - *Anatomie descriptive et fonctionnelle* 2001, Ed Masson. Paris  
ISBN : 2-225-824673

CROSSMAN, NEAVY - *Neuroanatomie*. 2004, Ed Elsevier Paris. ISBN : 2-84299-573-2

DUFOUR Michel - *Anatomie de l'appareil locomoteur tête et tronc* 2002, Ed : Masson. Paris.  
ISBN : 2-294-00371-3

GALIEN – *Traité philosophiques et logique*. 1998, Ed : Flammarion

HEBGEN Eric - *Ostéopathie viscérale principes et techniques*.2009, Ed : Maloine. Paris.  
ISBN : 978-2-224-02897-8

MAGOUN Harold Ives, approuvé par William Garner Sutherland - *Ostéopathie dans le champ crânien*, traduit par Henri O. Louwette. 2004, Ed : Sully. Vannes. ISBN : 2-911074-70-X

### III Essais, manuels, précis

BINET Jean-René – *Droit Médical*, 2010, Ed : Montchrestien. Paris. ISBN : 978-2-7076-1661-1

CASSOURA Alain - *L'énergie, l'émotion, la pensée, au bout des doigts*. 2010, Ed : Odile Jacob. Paris. ISBN : 978-2-7381-2543-9

COMEAX Zachary - *Incendie sur la prairie*. Traduit par Pierre Tricot. 2008, Granville Ed : Centre littéraire d'impression provençal. ISBN : 978-2-9509175-3-9

COMEAX Zachary - *Ostéopathie et médecine du futur, la vie et l'œuvre de Robert Fulford*. 2005 Ed : Sully. Vannes. ISBN : 2-911074-86-6

DAHDOUH et CARBONARO – *L'expertise judiciaire en ostéopathie*, chemin vers une profession de santé, 2011. Ed : De Boeck. ISBN : 978-2-8041-6625-0

DURAND Daniel - *Que sais-je ? La systémique*. 1979, Ed puf. Paris. ISBN : 978-2-13-057889-5

EVENE, DEBRE - *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux* – 2012, Ed : Le cherche Midi. ISBN : 978-2-7491-2141-3

FORGES Jean-Michel – *Que sais-je ? Le droit de la santé* -2004, Ed : Puf

HALIOUA Bruno – *Histoire de la médecine*, 2004, Ed : Masson. Paris. ISBN : 2-294-01056-6

HIPPOCRATE - *Aphorismes*

HIPPOCRATE – *De articularis*

HOLLIS, JANING, PATTERSON – *The science and clinical application of manual therapy*, 2011, Ed : Elsevier. Toronto. ISBN : 978-0-7020-3387-2

ISSARTEL Lionnelle et Marielle - *L'ostéopathie exactement*, Ed : Laffont, Paris 1983

JEFFERSON T. - *Early osteopathy in the words of A.T. Still illustred*.1991, Ed de Schuncker R.V. Kirksville. ISBN 10 : 0943549116

JOUANNA Jacques – *Hippocrate*, 1992, Ed : Fayard. Paris. ISBN : 2-213-02861-3

KAMINA - *Précis d'anatomie clinique Tome 1*. 2002. Ed Maloine. Paris. ISBN : 2-224-02722-2

KORR Irvin - *Bases physiologiques de l'ostéopathie*. Traduit par Alain Abehsera et Françoise Burty, 1993, Ed : Frison-Roche. ISBN : 2-87671-145-1

LEE Paul - *Interface*. 2011, Ed Sully. Vannes. ISBN : 978-2-39432-049-2

LE CORRE François et TOFFALONI Serge - *Que sais-je? L'ostéopathie* N°3139, 1996, Ed PUF, Paris

LIEM T., DOBLER T.K. - *Guide d'ostéopathie*. 2004, Ed Maloine. Paris. ISBN : 978-2-224-02785-8

MACH-HOUTY Abdelaziz - *Comment j'ai découvert l'ostéopathie*. Paris, 2012. Ed : Frison-Roche. ISBN : 978-2-87671-541-7

MAIGNE Robert - *Douleurs d'origine vertébrales et traitements par manipulations*, 1974, L'Expansion éditeur, 2ème édition entièrement revue, Paris

ROBARD Isabelle - *Médecines non-conventionnelles et droit*, 2002, Ed Litec. Paris. ISBN 2-7111-3485-7

ROULIER Guy - *L'ostéopathie deux mains pour vous guérir*, 1987, Ed Dangles, St Jan de Braye. ISBN : 2-7033-0317-3

SOURNIA Jean-Charles - *Histoire de la médecine*, 1992, Ed La découverte, Paris. ISBN : 2-7071-2095-2

SEFFINGER, HRUBY – *Evidence-Based Manual Medicine*, 2007, Ed: Elsevier, Missouri. ISBN : 978-1-4160-2384-5

STILL Andrew Taylor - *Autobiographie*. Traduit par Pierre Tricot. 2001, Ed : Sully. Vannes. ISBN : 978-2-35432-010-2

STILL Andrew Taylor - *Ostéopathie recherche et pratique*. Traduit par Pierre Tricot. 2001, Ed: Sully. Vannes. ISBN : 978-2-35432-026-3

STILL Andrew Taylor - *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*. Traduit par Pierre Tricot 2009, Ed : Sully. Vannes. ISBN : 978-2-35432-037-9

TOUSTAIN Jérôme – *Les racines de l'ostéopathie dans la médecine antique*. 2006, Ed : Proedit, Marseille. ISBN : 2-9527007-0-2

TROWBRIDGE Carol - *Naissance de l'ostéopathie*, 2000 : Ed : Sully. Paris. ISBN : 978-2-354-32039-3

TUBIANA Maurice – *Histoire de la pensée médicale*, 1995, Ed : Flammarion. Paris. ISBN : 2-08-081384-6

VIALLA François – *Les grandes décisions du droit médical*, 2009, Ed LGDJ Lextenso éditions. Orne. ISBN : 978-2-275-03470-6

## IV Thèses et mémoires

CHAUVIN, JARRIJON, PLANTIVEAU – *Effectivité d'une déontologie propre à l'ostéopathie*, 2011, Mémoire en vue de l'obtention du D.I.U. Legosteo (expertise en ostéopathie)

GNAHO Sylvain – *Le Service Public Hospitalier et l'ostéopathe : collaboration, intégration, quelles possibilités juridiques ?*, 2010, Mémoire en vue de l'obtention du Master 2 Droit de la santé, médical et médico-social

JAURREGUIBERRY – *Recours aux médecines parallèles parmi les patients hospitalisés en médecine interne* – Thèse de médecine Saint Etienne n°9302

KOMSON Pakadech – *Les attributions des ordres professionnels en matière de santé*, 2012, Mémoire en vue de l'obtention d'un Master 2 Droit de la Santé et de la Protection Sociale

LAUTARD Vincent - *Glissement de compétence entre infirmier et médecin : une insécurité juridique permanente*, 2012, Mémoire en vue de l'obtention d'un Master 2 Droit de la Santé et de la Protection Sociale

L'HERMITE Pierre-Luc – *Etat des lieux des relations entre la médecine occidentale et l'ostéopathie*, 2011, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe

L'HERMITE Pierre-Luc – *La juridicisation de l'ostéopathie*, 2013, Mémoire en vue de l'obtention d'un Master 2 Droit de la Santé et de la Protection Sociale

MAILLARD Pascal - *Place de l'ostéopathie en milieu hospitalier*, 2000, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe

PICARD Germaine-Anne – *La réglementation des études de médecine en France : son évolution de la Révolution à nos jours* – Thèse de médecine Paris 1967

RICHARD Emmanuelle - *L'ostéopathie vue par le grand public*, 2010, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe

STEFANI Michèle - *La pratique ostéopathique vue par les médecins*, 2007 Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe

## V Articles et contributions

Académie Nationale de Médecine - *Pensées philosophiques sous tendant les pratiques de l'ostéopathie*

BERLAND Yvon – *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*

BERLAND Yvon - *Coopération de professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, 2003

CATHEBRAS Pascal – *Recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : Banalisation et pragmatisme*

LAUNOIS Robert - *La médecine libérale a-t-elle jamais existé ?* In: Politiques et management public, vol. 3 n° 4, 1985. Numéro spécial - Innovations et régulations dans les systèmes de santé

L'HERMITE Pierre-Luc – *Maux d'Ordre*, avril 2013, Le site de l'ostéopathie de Jean-Louis Boutin

MORET – BAILLY - *Ostéopathie, profession de santé ou activité de soin ?*, Revue de droit sanitaire et social, 2003

MORNAT Jacques – *Ostéopathes et ostéopathies. Ambiguïtés juridiques et scientifiques ; difficultés organisationnelles*, Revue médecine et droit, 2008

THOMAS, CARR, WESTLAKE, WILLIAMS – *Use of non-orthodox and conventional healthcare in Britain* – British Medical Journal n°302

## VI Etudes et rapports

CHRIQUI Vincent – *Note d'analyse n°290 Centre d'analyse stratégique*, 2012. N°ISSN : 1760-5733

Journal Officiel de l'Assemblée Nationale du 8 septembre 1997 p. 2845

Journal Officiel du Sénat du 16 mars 1995 p. 623

Journal Officiel n°149 du 28 juin 2005, texte numéro 12

Organisation Mondiale de la Santé - *Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative*, 2010, ISBN : 9789241599665

Rapport au Ministère des Affaires Sociales et de la solidarité nationale et au secrétaire d'Etat chargé de la santé – *Les médecins différentes, un défi ?* – La documentation française 1986

Rapport au Président du Sénat – *Influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé* - Par Alain Milon et Jacques Mezard 3 avril 2013

Rapport de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris – *Médecines complémentaires* – Par le Pr Fagon et le Dr Viens-Bitker mai 2012

REMOND – *Malades et médecins, quel dialogue ?* – Bulletin de l'Ordre des médecins 11 novembre 1992

ROBARD Isabelle - Rapport de débats sur le thème : *Titre d'Ostéopathe : réponses aux forces vives de l'ostéopathie*

## VII Sites internet

[http://books.google.fr/books?id=L295ZwdK8hMC&pg=PA148&lpg=PA148&dq=pressoir+d%27h%C3%A9rophile&source=bl&ots=7hMGRhi4O\\_&sig=PoBxvWndaAEbYktdrSZSu2RPnaI&hl=fr&ei=MppGTfLfPMOz8QP5juyuCQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=10&ved=0CGoQ6AEwCQ#v=onepage&q=pressoir%20d%27h%C3%A9rophile&f=false](http://books.google.fr/books?id=L295ZwdK8hMC&pg=PA148&lpg=PA148&dq=pressoir+d%27h%C3%A9rophile&source=bl&ots=7hMGRhi4O_&sig=PoBxvWndaAEbYktdrSZSu2RPnaI&hl=fr&ei=MppGTfLfPMOz8QP5juyuCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CGoQ6AEwCQ#v=onepage&q=pressoir%20d%27h%C3%A9rophile&f=false)  
20/03/2011

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006055745&dateTexte=20101003> 05/04/2011

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006055745&dateTexte=20101003> 05/04/2011

[http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/livre\\_comm7.pdf](http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/livre_comm7.pdf) 05/04/2011

<http://www.snof.fr/actualite.html> 06/04/2011

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023528333&fastPos=1&fastReqId=532394594&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> 07/04/2011

<http://www.osteopathie-france.net/essai/articles-sites/761-manipulations-vertebrales?start=1>  
07/04/2011

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000462001&dateTexte=&categorieLien=id> 21/12/2012

<http://direccte.gouv.fr/> 22/12/2012

[http://www.antee-formation.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13&Itemid=29&f013f85aa4bc6c333d9b25d6dd51c329=794e108f5f0b105c887c54a6e4bc5ab1](http://www.antee-formation.com/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=29&f013f85aa4bc6c333d9b25d6dd51c329=794e108f5f0b105c887c54a6e4bc5ab1) 22/12/2012

<http://travail-emploi.gouv.fr/espaces,770/formation-professionnelle,1937/dossiers,1963/les-titres-professionnels,1986/les-titres-professionnels,12857.html> 22/12/2012

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etude\\_doc\\_osteopathe\\_chiropracteur.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etude_doc_osteopathe_chiropracteur.pdf)  
03/01/2013

<http://www.cnosteo.com/actu/questionstitre.html> 03/01/2013

[http://www.hasante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etude\\_doc\\_osteopathe\\_chiropracteur.pdf](http://www.hasante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etude_doc_osteopathe_chiropracteur.pdf) 12/01/2013

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/a\\_2012\\_0011\\_avis\\_sur\\_les\\_ecoles\\_dosteopathes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/a_2012_0011_avis_sur_les_ecoles_dosteopathes.pdf) 17/01/2013

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis\\_projets\\_decret\\_osteopathie.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis_projets_decret_osteopathie.pdf) 17/01/2013

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006747453&cidTexte=LEGITEXT000006073189> 17/01/2013 20/01/2013

<http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=11938>  
25/01/2013

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9decine/50082> 21/03/2013

<http://centre-re-source.fr/droit.html> 23/03/2013

[http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2421\\_Medecine\\_Liberale.pdf](http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2421_Medecine_Liberale.pdf) 28/03/2013

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DA42723AFFAE257F2D8556361818C2E6.tpdjo09v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000802880&dateTexte=20091016](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=DA42723AFFAE257F2D8556361818C2E6.tpdjo09v_1?cidTexte=JORFTEXT000000802880&dateTexte=20091016) 29/03/2013

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR> 29/03/2013

<http://reseauprosante.fr/files/santepublique/Ostheopathie-Chiropexie-rapport-de-mission.pdf>  
29/03/2013

<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/FRES1206.htm>  
29/03/2013

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> 29/03/2013

<http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.html> 18/04/2013

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005983254>  
20/04/2013

<http://www.ccomptes.fr/> 23/04/2013

<http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org> 23/04/2013

<http://www.actusoins.com> 23/04/2013

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-medecin-traitant-et-le-medecin-specialiste.php> 25/04/2013

[http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/histoire\\_de\\_la\\_profession/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/index.htm) 25/04/2013

<http://travail-emploi.gouv.fr/espaces,770/formation-professionnelle,1937/dossiers,1963/les-titres-professionnels,1986/les-titres-professionnels,12857.html> 26/04/2013

<http://www.conseil-national.medecin.fr/les-missions-1207> 29/04/2013

[http://www.apima.org/img\\_bronner/avenant\\_8\\_ACS.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/avenant_8_ACS.pdf) 29/04/2013

<http://pharmanalyses.fr/organisation-de-la-sante-le-declin-de-lempire-ordinal-2/> 29/04/2013

[http://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2004-2-page-75.htm#Cairn\\_no11](http://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2004-2-page-75.htm#Cairn_no11)  
29/04/2013

[http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2421\\_Medecine\\_Liberale.pdf](http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2421_Medecine_Liberale.pdf) 29/04/2013

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/la\\_formation\\_des\\_professionnels\\_pour\\_mieux\\_cooperer\\_et\\_soigner\\_2008\\_2010-05-07\\_15-08-56\\_436.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/la_formation_des_professionnels_pour_mieux_cooperer_et_soigner_2008_2010-05-07_15-08-56_436.pdf) 08/05/2013

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/index.shtml> 08/05/2013

<http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/201203291522/Actualites/Master-Sciences-Cliniques-Infirmieres.html> 09/05/2013

<http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.html> 09/05/2013

<http://www.osteopathie-france.net/les-associations/snof/1523-oubli> 09/05/2013

<http://archives.cnn.com/2000/HEALTH/alternative/02/03/osteopath.wmd/index.html>  
09/05/2013

<http://www.leciss.org/espace-presse/communiqu%C3%A9s-de-presse/barom%C3%A8tre-2013-du-ciss-sur-les-droits-des-malades-satisfaction-1> 09/05/2013

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr) 13/05/2013

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000433988> 15/05/2013

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006056627>  
15/05/2013

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005983254>  
15/05/2013

[http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7C876771267465CC1301EB5D32B016BF.tpdjo04v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000874942&idArticle=LEGIARTI000006492475&dateTexte=20130515&categorieLien=id#LEGIARTI000006492475](http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7C876771267465CC1301EB5D32B016BF.tpdjo04v_2?cidTexte=JORFTEXT000000874942&idArticle=LEGIARTI000006492475&dateTexte=20130515&categorieLien=id#LEGIARTI000006492475) 15/05/2013

[http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7C876771267465CC1301EB5D32B016BF.tpdjo04v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000874942&idArticle=LEGIARTI000006492474&dateTexte=19710630&categorieLien=cid#LEGIARTI000006492474](http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7C876771267465CC1301EB5D32B016BF.tpdjo04v_2?cidTexte=JORFTEXT000000874942&idArticle=LEGIARTI000006492474&dateTexte=19710630&categorieLien=cid#LEGIARTI000006492474) 15/05/2013

<http://afosteo.org/resources/files/Rapport%20IGAS%20avril%202010.pdf> 21/05/2013

[http://www.leagle.com/xmlResult.aspx?xmldoc=19801536498FSupp1038\\_11375.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985](http://www.leagle.com/xmlResult.aspx?xmldoc=19801536498FSupp1038_11375.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985) 22/05/2013

<http://www.osteopathie-france.net/tribune-prof/construire/2025-maux-d-ordre> 04/06/2013

<http://www.egeablog.net/dotclear/index.php?post/2012/02/09/Juridicisation%2C-judiciarisation> 05/06/2013

<http://www.afsp.msh-paris.fr/congres2007/ateliers/textes/at15pelisse.pdf> 05/06/2013

<http://deey.free.fr/documents/Documents%20Citoyennete,%20Espace%20et%20Politique%20publique/Judiciarisation%20ou%20juridicisation.pdf> 05/06/2013

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=315059&Site=COE> 12/09/2013

# Table des matières

<b>LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE 1.....</b>	<b>13</b>
<b>L'OSTEOPATHIE : .....</b>	<b>13</b>
<b>DES ORIGINES AUX CONSIDERATIONS NORMATIVES ACTUELLES .....</b>	<b>13</b>
<i>Chapitre 1 - Construction de l'ostéopathie au fil de l'Histoire.....</i>	<i>15</i>
<i>Section 1 : Des origines communes illégitimement accaparées par la médecine occidentale .....</i>	<i>16</i>
<i>Section 2 : L'Histoire propre de l'ostéopathie .....</i>	<i>23</i>
<i>Chapitre 2 – Le statut de l'ostéopathie en France .....</i>	<i>31</i>
<i>Section 1 : Des fondements à la loi du 4 mars 2002 .....</i>	<i>34</i>
<i>Section 2 : Des décrets de 2007 à la loi HPST de 2009 .....</i>	<i>41</i>
<b>PARTIE 2.....</b>	<b>48</b>
<b>L'OSTEOPATHIE COMME REPOSE PROVIDENTIELLE AUX GRANDS ENJEUX DU DROIT DE LA SANTE.....</b>	<b>48</b>
<i>Chapitre 1 – La nécessaire adaptation de la prise en charge du patient suite à l'avènement de l'ostéopathie .....</i>	<i>50</i>
<i>Section 1 : Une subversive restructuration de l'offre de soin sur le territoire intégrant l'ostéopathie.....</i>	<i>51</i>
<i>Section 2 : Le nouveau visage des droits des usagers considérant l'ostéopathie.....</i>	<i>60</i>
<i>Chapitre 2 – Encadrement et régulation juridique de l'ostéopathie .....</i>	<i>74</i>
<i>Section 1 : Le contentieux et l'expertise, vers la construction des normes en ostéopathie .....</i>	<i>75</i>
<i>Section 2 : La décadence du modèle ordinal, un exemple à ne pas suivre .....</i>	<i>82</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>95</b>
<i>I Dictionnaires.....</i>	<i>96</i>
<i>II Traités.....</i>	<i>97</i>
<i>III Essais, manuels, précis.....</i>	<i>98</i>
<i>IV Thèses et mémoires .....</i>	<i>100</i>
<i>V Articles et contributions .....</i>	<i>101</i>
<i>VI Etudes et rapports.....</i>	<i>102</i>
<i>VII Sites internet.....</i>	<i>103</i>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>108</b>