

Introduction

« L'examen des mots est le commencement de la sagesse ¹. »

ÉPICTÈTE, *Entretiens*, livre 1, chapitre xvii

Qu'est-ce que la médicalité ? Cette question présente un néologisme qui aurait certainement invité les philosophes antiques à l'analyser. Empruntant la citation au père de l'école cynique, Antisthène, Épictète suggère que les mots constituent l'unité minimale de la pensée. Pour proposer un raisonnement, il faut connaître les éléments qui le supportent. La « médicalité » est un substantif qui permet de déterminer la « nature » médicale, si tant est que celle-ci puisse être appréhendée. Proposer une réflexion sur la médicalité consiste donc à questionner l'essence de la médecine.

L'étape préliminaire consiste à explorer ce qu'est un exercice médical dans la mesure où il rassemble de nombreux éléments dont la relation thérapeutique, les actes de soins, la sociologie politique, les théories biologiques, l'enseignement universitaire et l'économie ne sont que quelques composantes ². À première vue, le squelette de l'exercice médical semble faire référence à l'exercice des médecins. Or, ce qui est habituellement envisagé dans les représentations de ce que font les médecins correspond à la notion de médecine. Ce qui assigne ce lieu commun à une logique circulaire. À la question : qu'est-ce que la médecine ? La réponse est : ce que font les médecins. Et à la question : que font les médecins ? La réponse est : de la médecine. L'objectif consistera naturellement à transgresser cette convention dont l'ancrage

1. Cette citation grecque est connue sous deux formes. La première correspond à la traduction mentionnée ci-dessus : *Skepsis onomatôn arkhè sophias*. La seconde est : *arkhè paideuséōs à tôn onomatôn episkepsis* signifiant « Le commencement de l'éducation/l'instruction est l'examen des mots. »

2. Laude, 2000, p. 415 ; Cousin, 2016, p. 1.

historique ne prend que rarement la peine d'être questionné³. Il s'agit en effet de contourner cette tautologie classiquement admise pour s'intéresser à la généalogie de ce concept.

En France, la médecine conventionnelle s'inscrit dans un système qui classe les professions pour leur attribuer un régime juridique⁴. Cette répartition s'établit à la fois en fonction du champ de compétence de l'activité concernée, mais également en fonction de la place qui lui est attribuée. Or, maints éléments semblent indiquer qu'une transformation profonde et paradigmatique du paysage est en train de se produire : profonde en ce qu'elle concerne les piliers du système révisant jusqu'à ses fondements, et paradigmatique en ce qu'elle bouleverse le rôle des soignants. En premier lieu, la mission du médecin généraliste qui était jadis le « sauveur omniscient et omniprésent »⁵ au pouvoir parfois estimé excessif⁶, parfois légitime⁷, semble sortir de sa quiétude. Le statut des professions de santé médicales (en l'occurrence : médecin, sage-femme ou chirurgien-dentiste) et auxiliaires médicaux (professions du livre 3 de la quatrième partie du Code de la santé publique) évolue. Les auxiliaires de la médecine bénéficient d'un accroissement de leur champ de compétences. La création de nouveaux métiers devient systématique à chaque nouvelle réforme du système sanitaire⁸. Quant aux médecines qualifiées de non conventionnelles, elles font l'objet d'un gain d'intérêt considérable depuis 1970. L'ostéopathie apparaît comme une activité emblématique de ce phénomène à la fois sur le plan sociologique et juridique⁹. Aux États-Unis, elle est considérée comme une médecine où, dans les années 1990, les D.O. (*Doctor of Osteopathy*) représentaient 5,5 % des praticiens¹⁰ et l'on comptabilisait près de 115 000 professionnels sur leur sol en 2020. Son accueil au sein du droit français s'est construit en plusieurs étapes dont toutes ont été révélatrices de difficultés et invite à des réflexions sur le concept de médicalité.

L'existence contemporaine de l'ostéopathie dépend de nombreux actes juridiques faisant de cette activité de soin un élément appartenant incontestablement au système sanitaire. Les annexes de l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation

3. Chastel et Cénac, 1998 ; Bauduer, 2017 ; Picard et Mouchet, 2009.

4. Moret-Bailly, 2008.

5. Robard, 2002, p. 5.

6. Robard, 1991, p. 11.

7. Dumesnil, 2011, p. 8 et 43.

8. L'article 120 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée la profession d'assistante dentaire ; l'article 216 de cette loi crée la profession de physicien médical ; la loi n° 2018-132 du 26 février 2018 ratifie une ordonnance relative à la profession de physicien médical.

9. Respectivement : Bailly, 2005 et Dahdouh, 2015.

10. Le Corre et Toffaloni, 1996, p. 25.

en ostéopathie la définissent par sa mission principale. « L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain. » Pour autant, sa juridicité échappe aux conventions et ne cesse d'alimenter des controverses sur son essence et les juges judiciaires¹¹ et administratifs¹² rencontrent maints écueils. Elle semble se soustraire aux catégorisations habituelles des professions de santé en se démarquant de la matrice qui les façonne. En effet, les ostéopathes peuvent exercer de manière autonome. Bien qu'autorisant à réaliser des actes de diagnostic et des actes de soins, elle ne figure pas pour autant aux côtés des professions médicales qui sont classiquement les seules à bénéficier de ce privilège dans le Code de la santé publique. Cette singularité lui vaut souvent, par défaut, d'être présentée comme médecine non conventionnelle¹³. À cet égard, le destin des exercices non conformes à la convention ne connaît classiquement que deux issues : maintenu dans l'inertie de la marginalité ou précipité dans l'opprobre¹⁴. L'ostéopathie prend ses distances avec ces horizons funestes grâce à ses caractéristiques. Des études scientifiques attestent aujourd'hui de son efficacité sur de nombreuses fonctions de l'organisme¹⁵, la science ostéopathique existe désormais¹⁶, des fondations scientifiques au sujet de son fonctionnement émergent¹⁷, des revues scientifiques aux comités de lecture pluridisciplinaires ont été constituées¹⁸, l'enseignement est harmonisé à l'échelle nationale depuis 2014 et la création de diplômes d'université dédiés aux ostéopathes est en évolution régulière¹⁹. Elle ne fait plus l'objet d'un ostracisme comme ce fut le cas par le passé, mais seulement de controverses occasionnelles qui tendent à se résoudre. Le recours des patients est de surcroît en croissance permanente depuis 1990, émancipant les soupçons pesant sur la satisfaction que cette activité peut apporter aux

11. Cour d'appel de Montpellier, 5 avril 2011, pourvoi n° 10-03936.

12. Cour administrative d'appel de Douai, 16 décembre 2010, n° 09DA01433 ; cour administrative d'appel de Lyon, 3 février 2011, n° 09LY02659.

13. L'expression a été employée par le Parlement européen dans un rapport de Paul Lannoye du 16 mars 1997 sur le statut des médecines non conventionnelles.

14. Une analyse des décisions de justice a permis de constater la façon de vilipender les activités aux prétentions sanitaires : Cour de cassation, chambre criminelle, 9 mars 2010, pourvoi n° 09-81788 ; Cour de cassation, chambre criminelle, 28 juin 2016, pourvoi n° 15-83587.

15. Il serait très difficile de mentionner exhaustivement les études réalisées au sujet de l'ostéopathie, PubMed identifie à ce jour 11 895 documents en réponse au mot ostéopathie (consulté le 19/04/2018).

16. L'Hermite, 2020.

17. Bolhen, Shaw, Cerritelli *et al.*, 2021 ; Cerritelli, Chiacchiaretta, Gambi *et al.*, 2021.

18. À titre d'exemple, il est possible de mentionner *La Revue de l'Ostéopathie*, *Mains libres*, *International Journal of Osteopathic Medicine*, *Journal of Osteopathic Medicine*.

19. DU d'ostéopathie du sport à l'université de Rennes 2, à Avignon Université, DU de philosophie de l'ostéopathie à l'Université de Lyon, DU d'ostéopathie appliquée à la périnatalité à Université de Paris, DU de formateurs en ostéopathie à l'Université de Strasbourg.

usagers. À titre d'exemple, 67 % des Français ont consulté un ostéopathe au cours de l'année 2015 et 85 % sont convaincus de ses bienfaits en 2019²⁰. Ces données établissent un constat sociologique qu'il est impossible de nier destituant dans les usages, pour le moins, la médecine orthodoxe de son monopole exclusif sur les soins de premier recours. L'exonération de TVA qui fut l'aboutissement de longues discussions est par ailleurs un témoin supplémentaire de l'intérêt suscité par l'ostéopathie²¹. La doctrine juridique commence également à s'en emparer au sein des revues spécialisées, attisant la curiosité des chercheurs. Malgré cet engouement, cet art thérapeutique n'est appréhendé que de manière résiduelle par les auteurs qui s'y sont intéressés, tentant d'en déterminer les compétences pour en déduire son ontologie²². Les juristes cherchent à l'associer à d'autres activités de soin bénéficiant d'un statut similaire²³ ou en effectuant des raisonnements analogiques avec des professions de santé médicales dont elle se rapprocherait le plus²⁴. À l'inverse de la médecine conventionnelle découpée en spécialités qui octroie une « prise en charge focalisée sur le symptôme correspondant à la spécialité du consultant » générant chez les patients « une impression de clivage et de morcellement »²⁵, l'ostéopathie semble se distinguer par certains aspects. Ces singularités semblent résister à une entrée dans le moule de la conformité habituelle des activités de soin préexistantes. Le contexte rendant légitime l'émergence de la médicalité doit être explicité (1), puis il faut exposer la méthodologie retenue (2).

1. Le contexte justifiant l'intérêt d'une étude sur la médicalité

Présenter les intrications de la médicalité avec le système sanitaire permet de comprendre la contiguïté de leurs liens. Ces enchevêtrements sont multiples et expliquent l'intérêt de son investigation (A), ainsi que l'opportunité que représente la médicalité en tant qu'outil providentiel (B).

A. L'intrication de la médicalité avec le système sanitaire

Le système sanitaire est un contenant dont il faut tenir compte pour comprendre la façon dont les professions de la santé émergent. Si le système évolue, leur statut s'adapte. De la même manière, l'évolution des professions modifie le système de

20. Sondage réalisé par ODOXA, 2015, pour le SFDO et sondage ODOXA, *Les Médecines alternatives et complémentaires*, 31/01/2019.

21. Amadieu et Baldo, 2005.

22. L'Hermite, 2020, p. 28.

23. Clément et Lesson, 2013.

24. Moret-Bailly, 2009.

25. Dumont et Zaccai-Reyners, 2018, p. 116, 117.

manière rétroactive. Il semble qu'actuellement une modification du système sanitaire se réalise invitant, de fait, à reconsidérer la place des activités de soin ²⁶. La recherche de performance des professionnels et des établissements de santé (qui ne sont pas nés sous cet impératif) indique la nécessité de procéder à une modernisation ²⁷. Ces évolutions économiques signent une modification des comportements à la fois des usagers et des professionnels.

Les politiques de santé publique tentent de poursuivre leur objectif du bien-être optimal de la population compte tenu de ces indicateurs. Ce « bien-être » est le fruit d'une construction puisque les politiques publiques ne peuvent se soustraire à l'histoire qui culturalise les sujets de société, donnant une certaine valeur à la santé et à la pathologie. Ce qui aboutit à un discours orienté sur la perception de la « réalité sociale » ²⁸. Elles conditionnent les représentations et les pratiques qui y sont associées. L'entretien de ces valeurs au fil du temps les inscrit dans la nature des choses qui parfois échappe « tant elle semble aller de soi, tant elle est, précisément, naturelle » ²⁹. La construction juridique de la médecine est une partie de ce mécanisme d'adaptation constante. Les progrès technologiques augmentent la scientificité de la prise en charge. Cette tendance est à la fois perçue comme injustement réductrice de l'art médical à un protocole ³⁰, bridant l'activité des soignants à un rôle de simple effecteur, et à la fois comme une invitation à reconsidérer les frontières éthiques de l'exercice médical. Un compromis émerge alors entre ce qui est scientifiquement acceptable et ce qui est techniquement réalisable. La place du médecin autrefois garant de la bienveillance thérapeutique est en plus interrogée depuis l'inclusion de l'utilisateur au cœur de la décision médicale ³¹. Ce phénomène a été initié avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La limite du statut privilégié du médecin passe par une redistribution des compétences.

La médicalité questionne la relation médicale. Si le pouvoir des soignants semble décroître, le fossé entre profane et expert en santé s'accroît à l'inverse ³². La technologie de pointe sophistiquée l'exercice médical et les difficultés de compréhension se multiplient. La relation soignant/soigné mute en prenant ses distances avec la vision fantasmée du « colloque singulier ». L'expression consacrée par George Duhamel en 1934 mettait en relation un duo où le patient se présente avec sa

26. Poirot-Mazères, 2012.

27. Esping-Andersen et Palier, 2008 ; Fargeon, 2014, p. 21.

28. Berthelot, 2012, p. 1.

29. Fassin, 2008, p. 21.

30. Dumesnil, 2011, p. 29.

31. Veron, 2015.

32. Vialla, 2016, p. 144.

plainte et le médecin tâche de la comprendre pour y remédier³³. Michel Foucault n'a d'ailleurs pas hésité à en souligner la dimension paternalisante en la qualifiant de désuète.

Nos contemporains y voient l'instauration d'un « colloque singulier » et la formulation la plus serrée d'un vieil humanisme médical, aussi vieux que la pitié des hommes. Les phénoménologies acéphales de la compréhension mêlent à cette idée mal jointe le sable de leur désert conceptuel ; le vocabulaire faiblement érotisé de la « rencontre » et du « couple médecin-malade » s'étend à vouloir communiquer à tant de non-pensées les pâles pouvoirs d'une rêverie matrimoniale³⁴.

La conception socio-anthropologique du système sanitaire modifie également l'idée de la médicalité. Des évolutions du début du XXI^e siècle ont en effet bouleversé l'organisation des professions de santé. Initialement, le patient, qui n'était pas encore affublé du nom d'usager, était libre de consulter le médecin de son choix en premier recours. Celui-ci évaluait l'opportunité de le prendre en charge, de l'adresser à un confrère, ou de lui prescrire des soins d'auxiliaires médicaux. Ceux-ci agissaient en second recours et tenaient le médecin informé des résultats de leurs prises en charge (aux vertus essentiellement rééducatrices). Aujourd'hui le champ de compétence des auxiliaires médicaux bénéficie d'une émancipation considérable³⁵ qui trouble la frontière entre les catégories. De plus, des modifications du parcours de soin ont redéfini les modalités de la prise en charge. Pratiquement tous les médecins interviennent en second recours, à l'exception du médecin généraliste. En effet, pour l'assurance maladie seuls les médecins généralistes (et pour certains actes : les gynécologues, les ophtalmologues, les stomatologues, les psychiatres, les urgentistes) sont consultables en première intention. En assurant un parcours conventionné à condition de respecter un certain cheminement, la cognition sociale obéit à un parcours fléché sans en déroger. Le médecin généraliste est sollicité en premier lieu pour orienter le patient. Conséquemment, l'hypermécialisation des autres disciplines médicales (néphrologue, phoniatre, angiologue) les cantonne à un exercice à la fois de plus en plus technique et de moins en moins généraliste. Ce phénomène conduit à la dépossession des compétences transversales qui constituaient initialement l'exercice médical. Les usages ainsi que la jurisprudence³⁶ semblent désormais le cloisonner à des compétences spécifiques, non substituables, qui réduisent l'activité des médecins à leur spécialité.

33. Péquignot, 1953, p. 7.

34. Foucault, 2015, p. 12.

35. Tabuteau Didier, « Urgences en santé », *La Grande Table*, France Culture, 23/02/2018.

36. Cour de cassation, chambre criminelle, 23 octobre 2012, pourvoi n° 11-85-360.

B. La médicalité comme outil providentiel

Les modifications des professions de santé présagent des changements de définitions. La rigidité de leur découpage par catégories présente effectivement des symptômes de fatigue. C'est pour cette raison que la recherche de critères permettant d'apporter des réponses aux questions sur la nature de l'exercice des soignants devient souhaitable, sinon désirable. La médicalité peut apparaître comme un outil providentiel pour procéder à cette appréhension dans la mesure où elle cherche à qualifier une activité de soin. Cette idée avait déjà été envisagée par Viktor von Weizsäcker (1886-1957) à travers la locution *Artzum*. L'auteur poursuivait un objectif similaire en essentialisant la médecine. « Si la médecine ne jouit pas d'un être propre qui la constitue comme médecine, elle n'est qu'un mot recouvrant les états de fait successifs que l'on constate dans son histoire, une enveloppe vide dans laquelle on pourra glisser les contenus les plus contradictoires³⁷. » De nombreuses disciplines telles que la philosophie, la biologie ou le droit peinent en effet à définir la médecine. Ce constat demeure en dépit de l'évolution de la société accordant de plus en plus de compétences aux professions de santé non médicales, ainsi qu'à des activités non conventionnelles telle que l'ostéopathie.

Le constat d'une médecine acculée, à la recherche d'une définition convenable, met en évidence la nécessité de procéder à une telle entreprise. Le seul fait de s'interroger sur la sémantique révèle une véritable emprise idéologique. Le champ lexical du soin, à commencer par le mot « médecine », donne la profession qui en découle : « médecin ». Leurs liens sont donc consubstantiellement maintenus par une construction incorruptible. Ils proviennent du radical « med », exprimant une idée de mouvement. La médecine est un processus d'intervention sur les fonctions de l'organisme pour chercher à résoudre ses défaillances³⁸. La définition de la médecine est en somme tournée vers sa téléologie. La finalité médicale ne semble pas avoir d'autre horizon que de rétablir la santé en obtenant la guérison. Plusieurs difficultés s'opposent à cette affirmation puisque la guérison n'est pas l'affaire de la médecine, mais celle du patient. Ce que peut faire un médecin consiste, dans le meilleur des cas, à proposer un soin. Or, juridiquement, le soin se borne à une obligation de moyen, c'est-à-dire à un impératif hypothétique. Cet impératif se traduit par des principes que l'on retrouve dans une nécessité hippocratique de ne pas nuire (*primum non nocere*) avec l'article 16-3 du Code civil où l'on trouve l'expression de « nécessité médicale », l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique qui énonce

37. Viktor Weizsäcker dans Folscheid, Feuillet et Mattei, 1997, p. 111.

38. Dumont et Zaccà-Reyners, 2018, p. 125.

que les usagers doivent recevoir les « soins les plus appropriés », ainsi que les thérapeutiques garantissant la « meilleure sécurité sanitaire ».

Si la guérison ne constitue pas la finalité de la médecine, il faut alors mener une réflexion sur d'autres pistes permettant de cerner la médicalité. Cela se complexifie aussitôt que l'on accepte qu'elle soit davantage constitutive d'un art que d'une science³⁹. Cet art thérapeutique repose sur des connaissances et pourrait avoir comme finalité de prendre en charge une personne, plutôt que de recouvrer la santé. Pour pouvoir analyser la médicalité, il faut donc analyser la pratique médicale en tant que telle. L'étymologie y invite d'ailleurs puisque la racine grecque du mot art est *tékhnè*. La *tékhnè* fait référence à la pratique de la médecine. Il ne s'agit pas ici d'opposer totalement la pratique médicale (*tékhnè*) et la science médicale (épistémè), puisque la seconde légitime la première et la première justifie la nécessité de la seconde. Il faut alors « reprendre le problème à la base, c'est-à-dire théoriser la médecine à même sa pratique »⁴⁰ afin de la cerner avec le plus de minutie. D'autant plus que la question de la pratique médicale pose également la question de son enseignement. Elle se pose en termes d'origine. Pour être médecin, il faut être allé à l'université. Obtenir un diplôme permet de revendiquer cette épithète. La pratique médicale se situe *de facto* à mi-chemin entre la science médicale et l'expérience de la clinique.

Aujourd'hui, il apparaît que la médicalité ne désigne plus exclusivement l'exercice des médecins, mais s'est déclinée en de nombreuses autres formes de pratiques dont les acteurs ne sont pas tous dépositaires du doctorat de médecine. Le décloisonnement de l'exercice médical a ouvert de nouveaux espaces d'intersections. Ainsi, l'appartenance à la médecine est une question à laquelle il devient délicat d'apporter une réponse sociologique. Le caractère médical d'un exercice de soin permet de conférer un pouvoir décisionnel, une autonomie d'exercice et une certaine forme de légitimité que celle-ci soit technique, intellectuelle, statutaire, de domination ou de position au sein de la société. Une tradition conservatrice s'inscrit pourtant dans une histoire s'étalant sur une période importante (de 1750 ans avant notre ère à nos jours⁴¹). Le droit français ne reste d'ailleurs pas indifférent à ce phénomène en ayant admis une construction de la médecine confortable en ce sens qu'elle bénéficie d'une absence de définition. Grâce à une interprétation très large de ce qu'un médecin est autorisé à réaliser, cette essence très vague lui confère une dimension si vaste qu'elle en est pratiquement illimitée. Néanmoins, l'émancipation actuelle de nombreuses activités de soin, et de l'ostéopathie en particulier, contribue à détrôner

39. L'Hermite, 2020, p. 29.

40. Folscheid, Feuillet et Mattei, 1997, p. 112.

41. Charpin, 2015.