

LE CONTEXTE MÉDICO-JURIDIQUE DE L'OSTÉOPATHIE EN FRANCE

Par **O. Dumay**

Médecin expert près la cour d'appel ; directeur d'enseignement du diplôme interuniversitaire de médecine manuelle ostéopathie de Nîmes-Montpellier ; enseignant du diplôme universitaire de réparation juridique du dommage corporel de la Faculté de médecine de Marseille ; praticien attaché au service de rééducation fonctionnelle du CHU de Nîmes.

INTRODUCTION

Depuis la loi de mars 2002¹ et du décret du 25 mars 2007, le paysage médico-légal de l'ostéopathie a été légiféré par un titre commun subordonné à l'agence régionale de santé (ARS). Ce contexte médico-juridique, qui est spécifique à la France et qui n'existe pas dans les autres pays européens, génère de nombreuses difficultés sur le terrain. Des problématiques apparaissent de plusieurs ordres : d'ordre social et démographique, d'ordre médico-juridique et d'ordre économique. Pour mieux comprendre les difficultés rencontrées tant dans le domaine médical que juridique, notamment dans la problématique des responsabilités, nous allons tout d'abord décrire le paysage démographique actuel de l'ostéopathie puis, se fondant sur la lecture de cent quarante-six dossiers de sinistralité et de jurisprudence, essayer d'en comprendre les méandres, et enfin ne pas oublier le cas particulier des manipulations vertébrales et la réalité économique dans cette discipline qui est exercée par des catégories de praticiens dont les fondements, les principes et les pratiques diffèrent.

UNE RÉALITÉ SOCIALE ET DÉMOGRAPHIQUE

Ce qui marque dans le paysage, c'est d'abord et surtout une réalité sociale et démographique : la notion de « santé »², autrefois

réservée au docteur en médecine, sort de son contexte « d'organes », pour devenir un « art de soin » non médical exclusif, pouvant ainsi être exercé par une profession non médicale. L'ostéopathie devient un titre partagé³⁻⁵ d'exercice professionnel qui est actuellement assuré par des professionnels de santé diplômés d'État (médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmières) et de non-professionnels de santé réglementés titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique agréée et subordonnée par les ARS. Cette réalité démographique s'exprime sur le terrain par une poussée explosive du nombre global d'ostéopathes multiplié par 6 en neuf ans, soit 1 ostéopathe exclusif pour 2 000 habitants. Ce titre partagé pour une pratique autorisée dont les professions et les formations sont trop hétérogènes entretient une confusion dans le paysage médical pouvant nuire à l'information qualitative du patient (figure 1).

Le législateur a défini une restriction de compétence² : le médecin traite des maladies, et son champ d'intervention est relatif aux troubles organiques ; dans ce cadre, les actes thérapeutiques lui sont autorisés. L'ostéopathie se définit comme relevant d'un triple diagnostic³, « diagnostic ostéopathique, diagnostic différentiel, diagnostic d'exclusion », comme un art fonctionnel, de même que la masso-kinésithérapie. Du décret de 2007³⁻⁵, les praticiens justifiant d'un titre

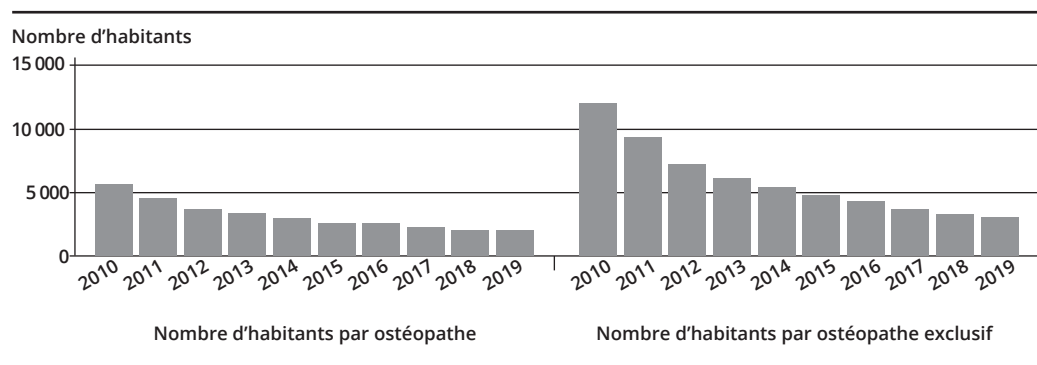


FIGURE 1. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'HABITANTS PAR OSTÉOPATHE

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. Les ostéopathes non professionnels de santé apparaissent avec un statut à part, ni profession médicale ni paramédicale, sans prérequis.

Le législateur a volontairement restreint le domaine de compétence de l'ostéopathie à la sphère de soins de confort et non directement thérapeutiques. Le législateur laisse donc une ambiguïté, par la création d'un statut juridique inscrit dans le champ de la santé dont l'essence n'est plus centrée sur la pathologie d'organes. Par le décret de 2007 et la loi de 2002, constatant l'explosion démographique d'ostéopathes dans le champ de la santé, la réalité sociale et démographique aboutit à une profession qui, sans prérequis médical, en se fondant sur une philosophie, intervient en dehors de sa sphère de compétence subordonnée à un diagnostic d'exclusion ne portant pas sur une réalité biologique et dont la définition porte à confusion et ambiguïté.

LA RÉALITÉ MÉDICO-JURIDIQUE

Courant la période de 1988 à 1995, d'une population de mille médecins pratiquant les manipulations vertébrales, trois cents ostéopathes non médecins et douze mille kinésithérapeutes, vingt-cinq dossiers⁵ ont été rapportés pour sinistralité dont dix-neuf classés sans suite, mais dix des vingt-cinq dossiers ont du faire l'objet d'une expertise judiciaire (six médecins, trois kinésithérapeutes et un ostéopathe non médecin). La responsabilité fut retenue pour quatre médecins et deux kinésithérapeutes.

L'analyse des dossiers de sinistralité⁵ de profession médicale fait apparaître quatre cas de cervicalgie aggravée, un cas de douleur de hanche droite rapportée à une douleur référée du rachis où l'expert considère que l'information a été délivrée, un cas de lombalgie aggravée. Des cervicalgies : il faut notifier un cas d'aggravation avec hernie cervicale, deux cas de cervicalgie manipulée avec dissection vertébrale, un cas rapporté de syndrome de Wallenberg non fautif en raison d'un état antérieur, un cas rapporté de traction cervicale où l'expert considère que la traction axiale n'est pas une manœuvre agressive, un cas de manipulation cervicale avec méconnaissance d'une

fracture : l'expert a reproché une négligence (radiographie), l'analyse des clichés montrait une fracture datant de deux mois, et déclaré l'ostéopathe fautif de blessures involontaires. L'analyse des dossiers paramédicaux fait apparaître un cas d'aggravation douloureuse cervicale, un cas de deux manipulations lombaires suivies d'une hernie L4-L5, un cas de sciatalgie manipulée suivie d'une arthrodèse L4-L5. L'expert reproche l'indication et la non-orientation vers le médecin et notifie que le kinésithérapeute a effectué une manipulation non prescrite, retenant la faute. Cette analyse en termes de responsabilité rapporte qu'en matière de manipulation vertébrale est retenue une responsabilité en cas de faute technique et humaniste dûment montrée dans l'élaboration du diagnostic, les moyens mis en œuvre, les soins et surveillance. Dans tous les cas, la compétence du praticien est toujours recherchée, la perte de chance est prise en compte et la nécessité d'information apparaît comme une difficulté chez des paramédicaux dont la sphère de compétence est mise en évidence par l'existence d'actes manipulatifs effectués et non prescrits (figures 2 et 3).

Après la loi de 2002, sur une population de praticiens ostéopathes qui a été multipliée par 6, l'analyse de cent dossiers de sinistralité^{5,7} rapporte que les praticiens et les établissements sont le plus souvent mis en cause en qualité d'auteurs indirects n'ayant pas directement causé le dommage mais seulement concouru à sa réalisation par omission d'une obligation de faire. Toutefois, leur condamnation suppose qu'ils aient commis une faute caractérisée d'une particulière gravité. Les motifs de plaintes rapportés concernent des erreurs techniques dans 52 % des cas, un retard ou défaut diagnostique dans 26 %, un défaut de conduite thérapeutique dans 48 %, une majoration de douleurs dans 21 %, un défaut d'information dans 13 %. La sinistralité n'apparaît pas spécifiquement liée

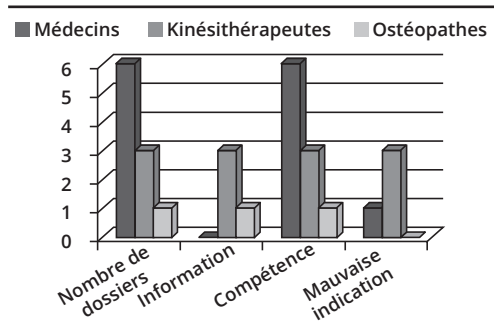


FIGURE 2. ANALYSE DES DOSSIERS AVANT 2002

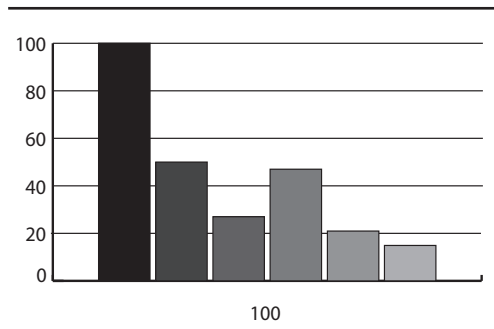


FIGURE 3. ANALYSE DE SINISTRALITÉ APRÈS 2002
 ■ réclamation ■ erreur technique ■ DG défaut retard
 ■ conduite thérapeutique CAT ■ majoration douleur
 ■ information, conseil, sécurité.

à l'activité manuelle du médecin mais à ses obligations déontologiques générales et envers le patient. Le code de déontologie^{4,5,8} mentionne que le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, avec le plus grand soin, s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées, et quelles que soient les circonstances la continuité des soins aux malades doit être assurée. Il conviendrait pour le médecin, afin de permettre d'éviter un défaut de conduite thérapeutique, de garder son indépendance diagnostique⁸, se rappelant qu'il ne saurait être lié par le diagnostic établi antérieurement.

L'analyse de vingt et un dossiers de jurisprudence de 2010 à 2019^{9,10} rapporte la répartition catégorielle des différentes professions titrées d'ostéopathie suivante : un dossier concernant un ostéopathe médecin, six dossiers concernant les ostéopathes non professionnels de santé, dix dossiers concernant les kinésithérapeutes ostéopathes, trois dossiers concernant des chiropracteurs, un dossier concernant une infirmière. Parmi les pathologies concernées ayant motivé la plainte, dix accidents vasculaires par dissection vertébrale, quatre névralgies cervico-brachiales, trois aggravations douloureuses rachidiennes, deux lombosciatiques aggravées, une paraplégie après manipulation vertébrale dorsale, un cas de perforation du tympan par manipulation cervicale, deux cas d'attouchements pour manipulation sacro-pubienne (figures 4 et 5).

L'analyse de la répartition des dossiers de jurisprudence par catégorie professionnelle et rapportée au nombre d'ostéopathes titrés constate une répartition relativement comparative homogène des médecins de 4,7 % pour une population de 6 %, une proportion comparative plus importante de dossiers de jurisprudence pour les kinésithérapeutes de 47 % pour une population répartie de 34 %

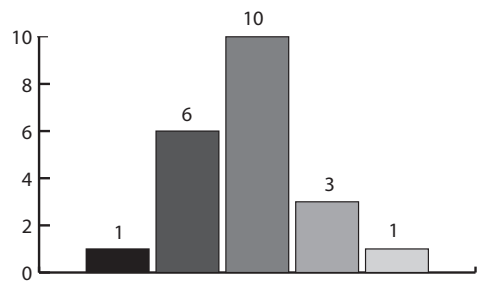


FIGURE 4. ANALYSE CATÉGORIELLE DE 21 DOSSIERS DE JURISPRUDENCE DE 2010 À 2019
 ■ OSTÉOPATHE MÉDECIN ■ OSTÉOPATHES NON PROFESSIONNELS DE SANTÉ ■ KINÉSITHÉRAPEUTES OSTÉOPATHES ■ CHIROPRACTEURS ■ INFIRMIÈRE

et une proportion comparative plus faible de dossiers de jurisprudence pour les ostéopathes non professionnels de santé de 28 % pour une population répartie de 57 % (figures 6 et 7).

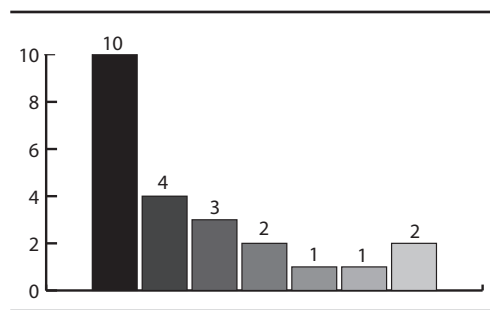


FIGURE 5. PATHOLOGIES RENCONTRÉES
 ■ accidents vasculaires par dissection vertébrale ■ névralgie cervico-brachiale ■ aggravation douloureuse rachidienne ■ lombosciatique aggravée ■ paraplégie après manipulation vertébrale dorsale ■ perforation du tympan par manipulation cervicale ■ attouchements pour manipulation sacro-pubienne.

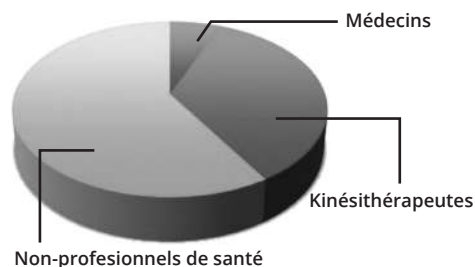


FIGURE 6. CATÉGORIES D'OSTÉOPATHES TITRÉS



FIGURE 7. JURISPRUDENCE PAR CATÉGORIES D'OSTÉOPATHES

Alors, comment expliquer cette disproportion de sinistralité pour les ostéopathes non professionnels de santé ? De par la loi^{1,3} établissant une profession de soins de confort et donc non soumis aux mêmes obligations, mais aussi en établissant un diagnostic d'exclusion, le législateur créé l'ambiguïté ne pouvant se voir opposer l'absence de diagnostic médical. La cour d'appel de Versailles⁶ rappelle lors d'une jurisprudence qu'un ostéopathe se doit d'établir un diagnostic d'exclusion et retient une responsabilité partagée pour avoir effectué des mobilisations ayant pu créer des embols concernant le cas d'une dissection vertébrale. Les professions au titre d'« ostéopathes » non professionnels de santé sont par la loi considérées comme professions de soins de confort et non soumis à l'obligation d'un diagnostic médical mais à un diagnostic d'exclusion. L'état de l'art de l'ostéopathe non professionnel de santé n'est pas l'art médical et ne peut donc se voir opposer l'absence de diagnostic médical. Cependant, la jurisprudence de la Cour de cassation du 5 avril 2012 précise qu'une faute et une responsabilité peuvent être retenues dès lors que l'ostéopathe s'inscrit dans les activités de soins réservées au médecin. L'ambiguïté d'un diagnostic d'exclusion de l'ostéopathe titré non professionnel de santé et le fait de ne pouvoir se voir opposer l'absence de diagnostic médical laissent présager que cette population s'exclut du champ de la sinistralité médicale mais ne laissent apparaître aucun champ de sinistralité qui leur est propre, et ce malgré leur inscription démographique dans le champ de la santé du patient.

CONCERNANT LES MANŒUVRES FORCÉES^{4-7,9,10}

Les cours d'appel notifient que l'acte manipulatif avec impulsion ou manœuvre forcée reste réservé aux médecins ; une jurispru-

dence de la cour d'appel⁹ précise par l'article L372 du code de la santé publique que « ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine les actes médicaux suivants : toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacement osseux ainsi que toutes les manipulations vertébrales et d'une façon tous les traitements dits ostéopathiques, de spondylothérapie (vertébrothérapie) et de chiropraxie ». Les jurisprudences de plusieurs cours d'appel⁹ (CA de Paris, 6 décembre 2013, 8 juin 2017 ; CA de Toulouse, 3 septembre 2018) précisent par l'article 4321-7 du code de la santé publique que les manipulations du rachis cervical ne font pas partie des actes qu'un masseur-kinésithérapeute est habilité à réaliser et requièrent l'établissement préalable par un médecin d'un diagnostic attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie (article 3 du décret 2007-435 du 25 mars 2007).

Cependant, la manipulation forcée n'est pas dénuée d'incidence et se doit d'être soumise à information¹¹ : les jurisprudences des cours d'appel de Toulouse, Versailles, Aix-en-Provence rappellent que les actes de mobilisations ne sont pas soumis à une obligation d'information, et que, selon l'article L1111-2 du code de la santé publique, il incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences d'informer son patient sauf urgence ou impossibilité sur son état de santé et les différentes investigations, traitements ou actions de prévention, et mentionnent que les ostéopathes non professionnels de santé doivent néanmoins observer des bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé⁹, reprochant à un ostéopathe non médecin d'avoir effectué des manipulations vertébrales du rachis cervical chez une patiente venue chercher des soins de confort pour des rachialgies diffuses en relation avec un syndrome de stress post-traumatique (figures 8, 9 et 10).

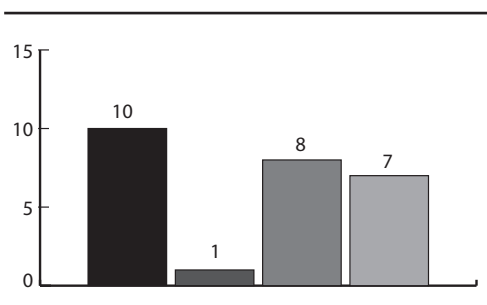


FIGURE 8. OSTÉOPATHES ET MANŒUVRE FORCÉE

■ MANŒUVRE FORCÉE ■ MÉDECIN ■ KINÉSITHÉRAPEUTE
■ OSTÉOPATHE

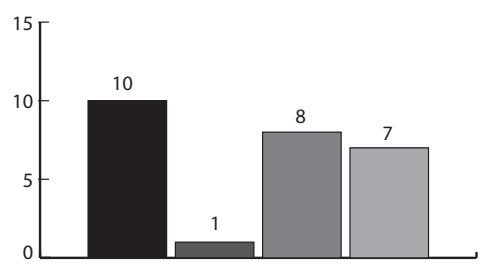


FIGURE 9. MANIPULATION FORCÉE ET INCIDENT/PATICIEN

■ MANIPULATION FORCÉE ■ MÉDECIN ■ KINÉSITHÉRAPEUTE
■ OSTÉOPATHE

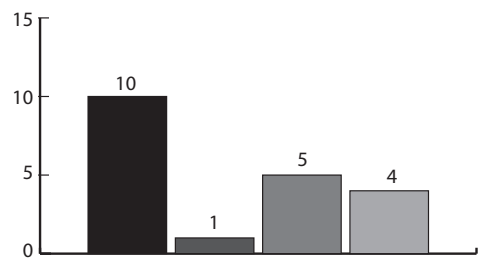


FIGURE 10. DISSECTION ET OSTÉOPATHES

■ DISSECTION ■ MÉDECIN ■ KINÉSITHÉRAPEUTE
■ OSTÉOPATHE CHIROPRACTEUR

En cas de litige, la lecture des jurisprudences des cours d'appel⁹ dans les cas d'une imputabilité lésionnelle d'une manœuvre forcée recherche de manière constante la compétence du praticien et son habilitation à prati-

quer les manipulations vertébrales. Les cours d'appel (CA de Montpellier, 28 février 2017 ; CA de Rennes, 7 juin 2017) retiennent une responsabilité pour une perte de chance sur un cas de manipulation vertébrale du rachis dorsal effectuée par un ostéopathe non professionnel de santé pour des douleurs rachidiennes ayant entraîné une paraplégie chez une femme présentant un état antérieur de myélome. La Cour de cassation (23 janvier 2019) fait état de la nécessité d'un bilan préalable avant manipulation vertébrale du rachis cervical et de l'habilitation du praticien à effectuer des manipulations vertébrales du rachis cervical. La recherche d'imputabilité est établie par un collège d'experts dont l'objectif est de déterminer l'origine technique de l'événement traumatique menant à des débats hautement spécialisés. Plusieurs manquements aux règles de l'art peuvent être recherchés : une insuffisance du diagnostic différentiel, l'absence d'information sur l'acte et les conséquences possibles, l'interdiction de toute manipulation lors d'une première consultation, l'interdiction de toute manipulation cervicale d'une femme de 50 ans, l'absence de manipulation du rachis cervical chez une femme de moins de 50 ans sous contraceptif potentiellement dangereux pour l'artère vertébrale

Les cours d'appel de Paris et de Versailles (CA, 8 juin 2017 et 26 septembre 2019) sur avis d'experts précisent l'interdiction pour le praticien d'effectuer un mouvement forcé en rotation et la recommandation au praticien d'adapter son geste au diagnostic en termes de force et de localisation lésionnelle, reprochant une manipulation « *trop virile* » et d'avoir traité à distance d'une zone alléguée douloureuse par le patient. Les experts recherchent la compétence diplômante et la qualité de formation du praticien, la qualité technique du geste et de sa description, la zone traitée en convergence avec la physiopathologie localisée

gionale et les données de la science acquises par les imageries (angioscanner, imagerie par résonance magnétique [IRM]). Cette recherche d'imputabilité technique nécessite souvent une discussion collégiale hautement spécialisée concernant des sachants experts de chaque discipline médicale.

LA RÉALITÉ ÉCONOMIQUE

La réalité économique par les sommes indemnisées diffère selon les pathologies et les postes de préjudices consécutifs à l'événement traumatique. Ces indemnités varient selon les postes de préjudices. À titre d'exemples : concernant le rachis cervical, une névralgie cervico-brachiale a été indemnisée à hauteur de 35 000 euros (CA de Paris, 23 octobre 2015) ; une dissection vertébrale sans complication et sans incidence professionnelle a été indemnisée à hauteur de 21 000 euros (CA de Toulouse, 18 janvier 2010) ; une dissection vertébrale avec incidence professionnelle, frais divers et tierce personne a été indemnisée à hauteur de 3 millions d'euros (CA de Paris, 23 mai 2014). Concernant le rachis dorsal, une paraplégie par manipulation dorsale a été indemnisée à hauteur de 286 000 euros (CA de Rennes, 7 juin 2017) ; une pathologie discale lombaire a

été indemnisée à hauteur de 39 000 euros (CA de Paris, 6 décembre 2013) (figures 11 et 12).

SYNTHÈSE

La réalité de terrain constate des insuffisances médico-légales du décret, de professions titrées dont les pratiques, les compétences et les obligations diffèrent et qui pourtant apparaissent dans le champ de la santé du patient. Le décret du 25 mars 2007 fait apparaître une confusion dans le paysage médical par une ambiguïté d'un statut des ostéopathes de qualité hétérogène entre médecins et non médecins dont les sphères de compétence et les obligations diffèrent, entre professionnels de santé se fondant sur une science acquise et dépendant du code de la santé publique et des professions de soins de confort se basant sur une philosophie et dépendant du droit du commerce. Le législateur, malgré des restrictions de compétence, crée plusieurs ambiguïtés : d'abord, un diagnostic d'exclusion pour les ostéopathes non médecins les excluant ainsi d'une sphère de compétence médicale mais intervenant pourtant régulièrement dans le champ de la santé du patient, ensuite une ambiguïté d'une population en explosion démographique dans le champ de la santé et pourtant non recensé dans le champ de la

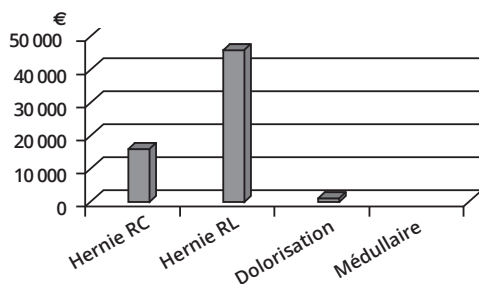


FIGURE 11. INDEMNISATION ET INCIDENCE PATHOLOGIQUES

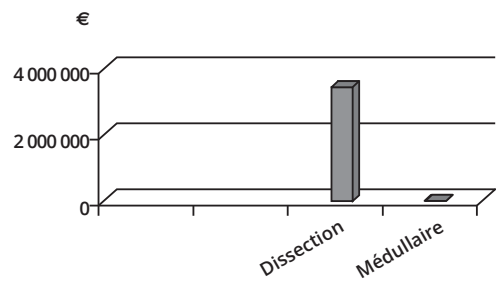


FIGURE 12. INDEMNISATION ET ISCHÉMIE MÉDULLAIRE ET VASCULAIRE

sinistralité médicale. La lecture de la jurisprudence rappelle les sphères de compétence de chaque catégorie professionnelle, la nécessité du praticien ostéopathe d'avoir non seulement la compétence de sa gestuelle mais aussi son habilitation légale, et rappelle que la manipulation vertébrale du rachis reste habilitée au médecin. Dans ces conditions, en cas de litige d'une gestuelle même considérée comme non invasive, en raison d'une incidence médicale et économique possiblement grave pour l'état de santé du patient, il s'avère que le débat technique à la recherche d'une imputabilité ne peut se faire qu'en connaissance d'une réa-

lité biologique et des données d'une science acquise et non d'une philosophie égarant les esprits. Afin de rester dans le respect du code de déontologie médicale et dans le respect du contradictoire, dans la réalité sociale actuelle, ce débat ne peut avoir lieu qu'en présence de professionnels de santé médecins en raison d'une haute technicité médicale, mais il reste confronté à la réalité sociodémographique et économique en faveur du plus grand nombre et finit par poser la question du rôle de sachant de par la loi du 11 février 2004 et de la présence d'un tiers non médecin dans une responsabilité médicale dont l'art est propre. ▀

CDDC : 5085.

■ **Mots-clés** : ostéopathie, manipulations, loi du 4 mars 2002, responsabilité, sinistralité, expertise, santé.

Résumé

L'ostéopathie, par le décret du 25 mars 2007, est un titre partagé pour des praticiens professionnels de santé et non professionnels de santé dont les fondements, les principes et les obligations ne sont pas les mêmes. Malgré les restrictions établies par le décret, le législateur crée une confusion dans le paysage de la santé. L'ambiguïté d'un statut juridique des ostéopathes non professionnels de santé sans prérequis médical intervenant dans le champ de la santé mais restreints par des soins de confort et non du « pathos » pose de nombreuses difficultés sur le terrain, dans le domaine du médical pour la qualité des soins, en termes juridiques, notamment de responsabilité dans le cadre des expertises médicales, et pour l'assistance des victimes dont la protection et l'information ne sont pas totalement garanties. Nous décrivons les différentes problématiques de l'ostéopathie rencontrées sur le terrain, rapportant cent quarante-six dossiers de sinistralité et de jurisprudence avant et après la loi de 2002 pour en comprendre les mécanismes, afin de mieux d'informer du paysage et du contexte médico-juridique de l'ostéopathie en France.

The medico-legal context of osteopathy in france

Osteopath, by decree of March 25, 2007, is a title shared by healthcare professionals and non-healthcare professionals whose considerations, principles and obligations are not the same. Despite the restrictions laid down by the decree, the legislature creates confusion in the healthcare sector. The ambiguous legal status of non-healthcare professional osteopaths who do not have medical prerequisites and who work in the healthcare sector providing comfort rather than "disease care" causes many practical difficulties in the medical field when it comes to quality of care, and in legal terms, in particular liability in the context of expert medical evaluations, and when it comes to assisting victims whose protection and information are not entirely guaranteed. We will describe the different issues of osteopathy encountered in the field, reporting one hundred and forty-six claims and case law examples before and after the 2002 legislation to understand the mechanisms and better understand the medico-legal context of osteopathy in France.

Références

1. Loi du 4 mars 2020 et article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.
2. Stratégie de l'Organisation mondiale de la santé pour la médecine traditionnelle.
3. Décret du 25 mars 2007.
4. Renzulli JJ, Cataliotti M, Dumay O, Hallade-Massu J, Miljkovic, Requier P. Ostéopathie. Avis d'experts. Rev Fr Dommage Corp 2017;4:385-98
5. Dumay O, Cataliotti M, Moreau G. Sinistralité, ostéopathie et juridique : qu'en est-il ? 2019. Revue du SMMOF.
6. de Rougemont. Revue de médecine vertébrale, juin 2001.
7. Mutuelle d'assurance des professionnels de santé (MACSF), Sou médical, données statistiques.
8. Code de déontologie (article R.4127-37 du CSP) art. 37, article 32 (art R.4127-32 du CSP), article 33 (art. 4127-33 du CSP), article 47 (art R.4127-47 du CSP).
9. Jurisprudence. Cour d'appel d'Aix-en-Provence (CA, 26 mars 2013, CA, 26 janvier 2017) ; cour d'appel de Montpellier (CA, 28 février 2017) ; cour d'appel de Paris (CA, 15 octobre 2010, CA, 6 décembre 2013, CA, 23 mai 2014, CA, 7 juillet 2014, CA, 23 octobre 2015, CA, 6 juillet 2017, CA, 8 juin 2017) ; cour d'appel de Rennes (CA, 7 juin 2017), cour d'appel de Toulouse (CA, 18 janvier 2010, CA, 7 avril 2014, CA, 3 septembre 2018), cour d'appel de Versailles (CA, 14 septembre 2017, CA, 26 septembre 2019).
10. Jurisprudence. Cour de cassation : Cass civ. 1, 23 janvier 2019, Cass crim., 18 novembre 2015 et 3 novembre 2016, Cass civ., 15 avril 2012 ; Conseil d'État, CE 5/6 ch, 22 novembre 2019.
11. Code de la santé publique, articles 4127-5 CSP et article L1111CSP.