



Diplôme Universitaire d’Ethique médicale
Année 2012-2013

Considérations éthiques
et
Pratique de l’ostéopathie

Jacques LAPOUMEROU LIE

Masseur- Kinésithérapeute DE ; Ostéopathe DO

- **Responsable universitaire du DU d’Ethique médicale : Pr Alain VERNENEGRE**
- **Directeur de mémoire : Gérard TERRIER -Chef du Service d'accompagnement et de soins palliatifs CHU Dupuytren Limoges; coordonnateur du DU d’Ethique Médicale**

**Merci Gérard, qui m'a fait l'amitié d'être le directeur de mon mémoire
« foi, espérance et charité » te caractérisent**

Merci à l'ensemble des enseignants-intervenants qui ont apporté leur savoir

Merci à Jean-Vincent BOURZEIX ☺

SOMMAIRE

Introduction.....	4
I. Qu'est ce que l'ostéopathie?.....	6
II. Les grands principes de l'ostéopathie	9
III. Les différents abords du traitement ostéopathique	10
- L'ostéopathie crânienne	10
- L'ostéopathie viscérale	12
- L'ostéopathie structurelle vertébrale et périphérique.....	12
IV. L'historique.....	15
V. Qui peut pratiquer actuellement l'ostéopathie ?	18
VI. La reconnaissance (décrets et arrêtés)	20
VII. L'éthique.....	24
VIII. En quoi la pratique de cet art engendre-t-elle des questionnements éthiques avec la parution des décrets?.....	28
- Le questionnement éthique de l'interdit en première intention des manipulations cervicales pour un non-médecin	31
- Le questionnement éthique lié aux touchers pelviens	37
IX. Ethique et remboursement des actes ostéopathiques	38
X. Ethique et responsabilités juridiques, déontologiques avec la pratique de l'ostéopathie	39
XI. L'exercice salarié de l'ostéopathie	42
XII. L'exercice de l'ostéopathie doit il être exclusif ?	43
XIII. Questionnement éthique avec l'accès aux études et le devenir professionnel.....	44
XIV. Conclusion et propositions : les enjeux éthiques.....	45
Résumé/Summary	48
XV Bibliographie ; cours ; lois ; rapports ; revues ; site	49

Introduction

La publication des décrets d'actes règlementant la pratique de l'ostéopathie, discipline souhaitée comme une médecine alternative et complémentaire, **a été à l'origine de nombreux questionnements personnels d'ordre éthique**. Dans le cadre de ce mémoire, je souhaite présenter le fruit des réflexions qui en ont découlé.

La loi de 2002, article 75 a légalisé la pratique de l'ostéopathie ; les décrets d'application parus bien plus tard, en 2007, l'ont formalisée. Cependant, à travers ceux-ci, l'essence même du concept ostéopathique n'est pas reconnue, et ma pratique quotidienne, depuis 1978, s'est vue amputée des valeurs et des devoirs qui en découlent, pour dispenser les meilleurs soins possibles aux patients. Ce mémoire se propose de développer plusieurs thèmes, afin d'expliquer **en quoi la réalité actuelle de la pratique ostéopathique est éloignée de son essence et de ses valeurs originelles** :

- La **non reconnaissance de cette discipline**, qui se veut être une médecine dite non conventionnelle. Elle a été dépossédée de son identité, ce qui pose des problèmes éthiques, à la fois pour les professionnels et pour les patients qui sont abusés.

- La **diminution qualitative de l'efficacité des soins**, vis-à-vis des patients, au motif que les décrets d'application sont très réducteurs pour une grande partie des professionnels qui la pratiquent.

- Les **problématiques d'accès aux études**, aux débouchés, qui laissent une majorité de nos jeunes étudiants amers et avec beaucoup de désillusions.

- La **rupture d'égalité d'accès aux soins** pour les patients : par les inégalités de coût et de qualité et par le dénigrement ou la désinformation malhonnête.

Pour mieux vous y sensibiliser, je me propose d'explicitier d'une manière non exhaustive ces éléments, en les développant à travers des exemples pratiques, qui sont apparus avec mon exercice quotidien.

Au préalable, et pour la meilleure compréhension de ce qu'on entend par ostéopathie, nous allons en proposer une définition en se basant sur son historique, puisque la loi de 2002 ne l'a (sciemment?) pas fait. D'autres définitions de termes, posant soucis, seront spécifiées (troubles fonctionnels, troubles organiques, diagnostic, manipulations, mobilisations). Un

paragraphe conséquent concernant l'éthique, en lien avec notre propos, sera largement développé, en insistant sur l'éthique des principes et des conséquences. Nous concluons sur un état des lieux, en proposant des pistes d'orientations, afin d'aider à résoudre ces questionnements.

J'ai fait le choix d'inclure de larges extraits des décrets et arrêtés au sein du texte plutôt qu'en annexe. Ils sont nécessaires pour la compréhension de l'ensemble. « Le tout est plus que la somme des parties » et « il existe des qualités émergentes, c'est-à-dire qui naissent de l'organisation d'un tout, et qui peuvent rétroagir sur les parties ». En outre, « le tout est également moins que la somme des parties car les parties peuvent avoir des qualités qui sont inhibées par l'organisation de l'ensemble ». ¹

Les analyses et propositions que vous trouverez tout au long de ce mémoire sont issues de réflexions personnelles, j'en assume l'entière responsabilité.

☺ J'ai des questions à toutes vos réponses. (Woody Allen)

¹ Citation d'Edgar MORIN

I. Qu'est ce que l'ostéopathie?

Si l'on prend le *Garnier-Delamare* (23ème édition), dictionnaire des termes de médecine, ce terme qui vient du grec ostéon : os et pathê : affection, possède deux sens : « nom générique de toutes les affections osseuses » et « thérapeutique basée sur les manipulations » (Andrew T.Still, 1874). Première ambiguïté ! Au terme ostéopathe, on relève « patient atteint d'une maladie osseuse » et « praticien consacrant son activité à l'ostéopathie ». Nouveau paradoxe !

Pour le père de l'ostéopathie A.T.Still que je cite : « ...vous me demandez ce qu'est l'ostéopathie, vous regardez dans le dictionnaire médical et trouvez comme définition : maladie des os. C'est une erreur grave. Ostéopathie est composée de deux mots, «ostéon » qui veut dire os et « pathos » souffrance. Je raisonnais ainsi : les ostéons sont le point de départ que je suppose être la cause des conditions pathologiques, dans le sens où les effets viennent de la structure, ainsi je combinais l'ostéon avec pathos et obtins comme résultat ostéopathie² ». Pour Still, pathologie médicale veut dire étude des résultats des maladies. Pour lui, l'ostéopathie est une application indiquant l'influence de la maladie, ses causes et ses traitements manuels et non une affection ou une douleur locale de l'os.

Certains membres du corps de santé limitent fréquemment l'ostéopathie à la manipulation (vertébrothérapie), mobilisation (thérapie manuelle) et dès lors, pensent que s'ils ajoutent celles-ci à leur arsenal thérapeutique, ils peuvent faire de l'ostéopathie. Cela est faux, l'ostéopathie est « la loi de l'esprit, de la matière, et du mouvement » pour Still. C'est une connaissance scientifique à la fois de l'anatomie et de la physiologie, ajoutée à l'écoute de l'autre, en prévention de la maladie, et au service d'un patient. Le corps en bonne santé doit être considéré comme perfection et harmonie, non d'une de ses parties mais en son entier, d'où le terme de thérapie holistique (grec holos : tout entier). Je cite de nouveau Still : « ... votre devoir comme maître de la machine est de veiller à ce que le moteur soit gardé en bonne condition, de façon à ce qu'il n'y ait aucun désordre fonctionnel dans aucun nerf, dans aucune veine, artère qui nourrit et gouverne la peau, l'aponévrose, le muscle, le sang ou quelque fluide dont la circulation doit rester libre. »

L'homme fait partie intégrante du cosmos qui est un tout indivisible. L'univers a ses propres lois immuables, ses cycles, ses rythmes ; lutter contre eux, c'est lutter contre l'univers.

² STILL Andrew Taylor, *Autobiographie*, Ed. SULLY, 1998

Le modernisme et le progrès ont éloigné l'homme de la nature ; tout est fait pour que les gens ne s'accordent plus la capacité de juger de ce qui est bon pour elle, mais se réfèrent aux « sachants ». L'homme s'est isolé de la nature et a oublié sa participation inconsciente à ces phénomènes.

L'allopathie n'a pas cessé de diviser l'homme, de le fractionner, de le « couper en morceaux », alors qu'il y a interaction, continuité de tous les constituants du corps, les uns par rapport aux autres. L'ostéopathie se propose, par sa démarche et ses techniques, d'harmoniser ces lois et ces rythmes ; elle n'est pas la seule discipline qui s'en réclame. On peut citer Hippocrate : « ... il y a un principe simple et multiple dans ses effets qui préside à toute l'économie du corps et qui y produit des contraires, il fait la vie du tout et des parties ». Pour L. et M. Issartel: « Pas un médecin, pas un thérapeute ne s'y opposera, mais qui l'applique ?... la séparation de la médecine en branches distingue les fonctions physiologiques et psychiques, entre l'esprit et le corps. Le système nerveux est alors étudié en deux matières : la psychiatrie pour le psychisme et la neurologie pour le physiologique [...] Heureusement, la neuropsychiatrie a réuni corps et esprit. La spécificité de spécialisation fragmente les malades, spécificité des microbes, spécificité des remèdes entretiennent le dualisme corps/esprit ; ...la pensée cartésienne perdure et la réunion de l'individu vivant, corps et âme, n'est pas complètement passée dans les coutumes thérapeutiques³ » ; pour Mac Luhan c'est le : « more and more about less and less ». La médecine actuelle a tendance à penser à n'être fondamentalement qu'une science. C'est celle des données probantes, « qui déshumanise quelque peu la médecine, en réduisant le patient à un objet d'étude ou une machine à remettre sur pied⁴ ».

« La médecine scientifique ne peut à elle seule aider un patient à faire face à la perte de sa santé et trouver un sens à sa souffrance⁵ ». Des thérapies ont pour but d'unifier l'individu vivant, de lier le corps et l'esprit, ces médecines dites holistiques synthétisent et replacent l'organe dans l'organisme et l'organisme dans la nature. On peut citer l'acupuncture, l'homéopathie, et bien sûr l'ostéopathie qui agit sur la circulation de l'énergie par l'intermédiaire des structures du corps.

³ ISSARTEL L. et M., *L'ostéopathie exactement*, R. LAFFONT, 1983

⁴ *Ibid.*

⁵ CHARON R., *Narrative medicine. A model for empathy, reflexion, profession and trust*. JMMA 2001

Ce concept ostéopathique que l'on peut rapprocher philosophiquement du mouvement vitaliste, aussi vieux qu'Aristote, ne peut satisfaire évidemment les scientifiques, mais la complémentarité est possible ; rassemblons ce qui est épars.

☺ L'expérience : nom dont les hommes baptisent leurs erreurs. (Oscar Wilde)

II. Les grands principes de l'ostéopathie

- La structure gouverne la fonction

Si toutes les structures du corps, celles de l'action, sont libres dans leurs mouvements et que la circulation du sang, de la lymphe et l'impulsion nerveuse n'ont pas d'entrave, il ne peut en résulter que la santé. Cette charpente commande les fonctions de l'organisme, qui représentent l'activité des différents systèmes : respiratoire, cardiaque, digestif, glandulaire, circulatoire (sanguin et lymphatique) qui constituent la "machinerie d'entretien". Il y a interrelation entre la structure et les fonctions et inversement des fonctions dérégées modifient la structure. La maladie ne peut se développer si la structure est harmonieuse.

- L'unité du corps

Le corps humain a la faculté de retrouver son équilibre (physique, biochimique, mental...) dans le sens de l'homéostasie (c'est à dire la faculté pour le corps de maintenir toutes ses composantes physiologiques à des valeurs stables). Le tout dépasse la somme des parties. Le corps et l'esprit sont unis.

- L'auto guérison

Le corps a les moyens d'auto guérison. Il détient en lui-même tous les outils nécessaires pour éliminer ou endiguer les maladies. Il est impératif que ces moyens soient libres de fonctionner afin que l'élimination des déchets et la nutrition cellulaire puissent s'effectuer normalement pour éviter stases et accumulation de toxines.

III. Les différents abords du traitement ostéopathique

L'ostéopathie crânienne

Elle nous vient des USA. C'est celle qui pose le plus d'interrogation aux esprits scientifiques; très décriée, allant jusqu'à être traitée de pur charlatanisme par certains. Les travaux réalisés à ce sujet, donnent à réfléchir, je vous la livre donc comme source d'information et comme hypothèse. Elle fait cependant partie intégrante du concept ostéopathique.

Expliquons d'abord ce qu'on entend par lésions crâniennes. Celles-ci se manifestent par des douleurs, (névralgies du trijumeau par exemple), par des perturbations musculaires, des paralysies faciales, un strabisme, par des maux chroniques au niveau de la tête (maux de tête, sinusite). Elles entraînent par exemple dans le corps, via le nerf pneumogastrique (X) : nausées, modifications des rythmes cardiaques, troubles de la digestion et troubles psychiques.

« Si vous examinez le crâne d'un squelette desséché et que vous y mettez des haricots secs, de l'eau à hauteur, au bout de 24 heures, ce bloc éclatera sous la pression des haricots révélant des os de forme et grosseur variables qui dévoileront des bords avec des sutures qui articulent ces os entre eux (sutures en rainures, en crêtes, en gouttières)⁶ ». N'oublions pas que les os formés à 50% d'eau restent flexibles et résistants. Une telle flexibilité bien que légère doit permettre au crâne de s'adapter durant la vie à des demandes mécaniques (dentition, système myo-facial). Le crâne est de plus traversé par des cavités d'air, comme une éponge : les sinus. Les maxillaires et les mandibules ont des fonctions spéciales, parmi lesquelles, la distribution des pressions masticatrices à travers les os du crâne. Les pressions, quand on mord, sont trop grandes pour être absorbées localement.

Voilà pour la charpente, voyons maintenant le moteur appelé mécanisme respiratoire primaire. C'est W.G. Sutherland, le père de l'ostéopathie crânienne, qui a découvert ce rythme au début du siècle, caractérisé par une expansion et une rétraction (flux et reflux). Ces travaux seront densifiés plus tard par un élève : Harold Magoun. « Ce rythme, qui est de l'ordre de 10 à 14 fréquences par minute, n'aurait rien à voir avec la pulsation cardiaque, respiratoire. Il est involontaire et serait dû au mouvement inhérent du cerveau lui-même, à la

⁶ ISSARTEL L. et M., *L'ostéopathie exactement, op.cit.*

fluctuation du liquide céphalo-rachidien qui est la résultante de ce mouvement du cerveau et au balancement des membranes de tension (dure-mère, tente du cervelet, etc...). Ce mouvement est dû à un changement rythmique des tensions au niveau des différents os du crâne, l'amplitude de ce changement de conformation des os du crâne est de l'ordre de 1/20 mm à 1 mm et entre 12 et 25 microns, selon une mesure électronique. Il est permis par la flexibilité de l'os, par la présence de sutures non ossifiées⁷ ».

Ce mouvement se propage et peut être ressenti à n'importe quel endroit du corps ; ce mouvement c'est la vie, tout a commencé par une mise en mouvement - on parle d'énergie primordiale, ancestrale (le grand horloger ?) - mais la cause première n'est pas encore trouvée. « La vie est mouvement de l'infiniment grand à l'infiniment petit, tout est mobile dans l'univers, que cette mobilité dans l'espace et le temps soit de grande ou faible amplitude, de grande ou faible vitesse. L'électron « danse » à une vitesse effrénée, le déplacement des plaques tectoniques de l'écorce terrestre est de quelques centimètres par an... Tout bouge dans l'espace et dans le temps, et l'homme ne peut faire exception à cette loi⁸ ». L'homme est poussière d'étoile et donc élément de l'univers, et échange cette énergie avec lui.

Je laisse à Paul Valéry le soin de conclure ce paragraphe : « Maître cerveau, sur son homme perché, gardait en ses plis ses mystères ».

☺ *C'est dur, hein, d'avoir un cerveau ! (Jean Yanne)*

⁷ ISSARTEL L. et M., *L'ostéopathie exactement, op.cit.*

⁸ BARRAL J-P et MERCIER .P, *Les manipulations viscérales*, MALOINE, 1983

L'ostéopathie viscérale

En ostéopathie, les viscères ne sont pas considérés différemment d'une articulation. Thure Brandt et Stapfer, qui n'étaient pas ostéopathes, en ont décrit les premières manœuvres, que les kinés connaissent bien. Cet abord mécanique viscéral s'est surtout développé en France.

La bonne fonction d'un viscère est liée à sa mobilité physiologique, à sa bonne vascularisation et à son innervation correcte. Les viscères sont suspendus aux structures osseuses et musculaires. Un jeu passif viscéral est indispensable, sinon des adhérences se créent. Une mauvaise mobilité viscérale provoque un mauvais drainage veino-lymphatique, une dysfonction de l'innervation viscérale et du péristaltisme. La gravité entraîne toute sorte de pathologies (le mouvement cardiaque se répète 100 000 fois par jour, le diaphragme 20 000 fois par jour). Tout ce système est sous la dépendance du système nerveux sympathique, qui réagit particulièrement aux stress, aux émotions, aux joies, aux chagrins. Chaque viscère correspond à un étage vertébral.

Outre cette mobilité passive, subie, il existerait une « motilité » propre à chaque viscère recouverte d'une manière expérimentale.

L'ostéopathie structurelle vertébrale et périphérique

C'est la plus connue, c'est celle de la lésion vertébrale, celle de la perte de mobilité entre deux vertèbres. Elle fabrique des problèmes aigus (sciatique par exemple) ou des maladies chroniques. Les vertèbres forment le conduit protecteur de la moelle (qui est le prolongement du cerveau) et d'où partent les nerfs moteurs, sensitifs et sympathiques. Tout dérangement à la longue entraîne infiltrations, inflammations et fibroses. « L'ensemble des os "dérégés", des tissus infiltrés et fibrosés atteignent les nerfs et les ganglions, gênant leur nutrition et les emprisonnant dans un carcan impropre aux échanges cellulaires. Ce ralentissement biologique provoque avec le temps, l'inhibition ou au contraire l'hyperexcitation des nerfs et des

ganglions (troubles sensitifs et moteurs, troubles viscéraux, circulatoires, digestifs...)»⁹. Les travaux d'I.Korr sur les mécanismes neurobiologiques font autorité en la matière¹⁰.

Les lésions évoluent souvent sans bruit vers la chronicité. Une perte de mobilité entraîne une compression d'un nerf, d'un ganglion, l'apport de sang diminue, la nutrition cellulaire est ralentie, les déchets stagnent, et les maux chroniques apparaissent (aigreurs d'estomac, crises d'angoisse, migraines, lumbagos...). De nombreuses interactions peuvent se produire, une dysfonction rachidienne peut entraîner des troubles viscéraux comme l'inverse peut se produire. Elles font appel, entre autres, aux lois de Head (états pathologiques viscéraux provoqués par des irritations mécaniques, chimiques et infectieuses), Hilton (fonction sensitivomotrice des troncs nerveux), Jarricot (dermalgies réflexes).

Ces troubles de la machinerie d'entretien - dits fonctionnels - augmentent les dépenses et contribuent au déficit de la Sécurité Sociale, car ils font des migraineux, des ulcéreux, des asthmatiques, des constipés, des soi-disant allergiques. Les traitements les soulagent momentanément. S'il y a une lésion ostéopathique vertébrale, les mêmes causes produiront les mêmes effets et le moindre gravillon supplémentaire (professionnel, psychologique, affectif) "facilitateur" déclenchera le processus. Ce sont les expressions telles qu' " être tendu ", " à bout de nerfs " qui peuvent être les signes d'alarme, l'insignifiant déclenche l'excessif. La moindre fatigue, la moindre activité physique, le moindre désagrément convergent vers les muscles, viscères ou nerfs au niveau atteint. Le corps s'acidifie. Souvent le processus se déclenche à distance du niveau lésé, ce qui explique que de nombreuses maladies sont appelées fonctionnelles à tort, puisqu'elles ne sont pas dues à l'organe malade, mais au blocage vertébral. C'est le système nerveux neurovégétatif qui est perturbé, celui de la vie de relation entre autres.

L'ensemble de ces considérations obtenues nous aide à mieux définir l'ostéopathie, qui peut être résumée par la définition édictée sous contrôle de la World Osteopathic Health Organization¹¹. « L'ostéopathie (également appelée médecine ostéopathique) se fonde sur le contact manuel pour tout diagnostic et tout traitement. Elle respecte la relation qui existe entre le corps, la pensée et l'esprit, sain et malade. Elle accorde une importance considérable à

⁹ ISSARTEL L. et M., *L'ostéopathie exactement, op.cit.*

¹⁰ KORR I., *Bases physiologiques de l'ostéopathie*, Frison-Roche, 1994

¹¹ Organisation mondiale ostéopathique de la Santé, *Glossaire ostéopathique* (cf. www.woho.org – accès du 19 avril 2008 et le rapport : *Benchmarks for training in osteopathy*)

l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et à la tendance intrinsèque du corps à l'auto guérison. Les praticiens ostéopathes utilisent un large éventail de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer la fonction physiologique et/ou réguler l'homéostasie altérée par un dysfonctionnement somatique (structure corporelle), c'est-à-dire une fonction entravée ou altérée des éléments associés du système somatique, des structures squelettiques, arthrodiales et myo-fasciales et des éléments associés vasculaires, lymphatiques et neuraux ».

IV. L'historique

On ne peut passer sous silence, lorsqu'on veut découvrir les racines de l'ostéopathie, l'origine des manipulations vertébrales. Celles-ci se perdent dans la nuit des temps... connus. Grâce à l'écriture, on a pu retrouver des preuves : en Chine des 4500 av J-C, papyrus datant de la même période, puis en Grèce, Hippocrate de Cos décrit quelques manipulations dans son traité. A Rome, C. Gallien, médecin de l'empereur s'initiait à ce traitement. Au Moyen-Orient, Avicenne parle des sciatiques vers l'an 1000, le «Moyen- Âge » ne fait que reprendre les doctrines grecques transmises à travers les traductions arabes. Il faut attendre le concile de 1215 qui sépara la médecine de la chirurgie. Celle-ci étant laissée aux barbiers, tandis que les manipulations sont laissées aux rebouteux (déjà !). A la Renaissance, A. Paré parle de la réduction de "l'os caudae" (coccyx) toujours utilisée de nos jours. En 1768, le navigateur Cook fut traité pour des douleurs du dos par des indigènes. Au XIXème siècle les "bonesetters" (rebouteux) dominaient en Angleterre ; en Suède au même moment, Stapfer et Brandt parlent des manipulations organiques (la primeur de l'ostéopathie viscérale). L'un des grands chirurgiens anglais de l'époque, Sir James Paget, conseille à ses confrères : « d'apprendre et d'imiter ce qui est bon et d'éviter ce qui est mauvais chez les rebouteux, "Fas est ab hoste docere" (la sagesse est d'apprendre de votre ennemi), « apprenez ensuite ce que vous pourrez de la pratique des masseurs et plâtriers car ceux-ci connaissent de merveilleux tours ». Il en est de même avec les chamans, guérisseurs, magnétiseurs, sorciers appelés différemment selon les cultures. C'est aux États-Unis, vers 1850, que deux grands courants voient le jour, ils vont interroger le monde médical par leurs théories, c'est la naissance de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

☺ Je veux bien changer d'opinion, mais avec qui ? (Tristan Bernard)

Il faut connaître le cheminement du concepteur A.T. Still (1829-1917), médecin déçu de son art. Homme de convictions, rebuté par l'esclavage des noirs, révolté par la condition faite aux femmes, par le génocide humain, meurtri par la mort de plusieurs de ses enfants , il considéra, reprenant ici la philosophie d'Hippocrate, qu'il vaut mieux prévenir que guérir ou préserver la santé que d'agir sur la maladie, principe écologique du corps avant l'heure. Still découvrit empiriquement avec l'observation de la nature, que le corps doit avoir en lui-même tout ce qu'il faut pour fonctionner, et il en établit les principes que nous avons vus. L'ostéopathie était née.

L'autre courant vit le jour à la même époque, Palmer en fut le père. Elle se compose d'une technique et d'une philosophie. Palmer, magnétiseur, mit en pratique la chiropraxie selon le concept que l'homme est une machine menée par une force innée ("innate intelligence"), qui parcourt tout le corps par l'intermédiaire du système nerveux. La distribution de ce flux peut être perturbée par des blocages vertébraux et représente même la cause unique du déclenchement des maladies. Aujourd'hui, la chiropraxie a évolué et les chiropracteurs intègrent leur art, comme les ostéopathes, avec les connaissances d'aujourd'hui.

Still eut beaucoup de difficultés pour ouvrir son école en 1892, et ce n'est qu'en 1897 que le diplôme «Doctor of Osteopathy » (DO) fut reconnu, mais il fallut attendre 1962 pour que les dirigeants médicaux et ostéopathes californiens fusionnent, les DO devenant des MD (médecins reconnus). Ce qui ne plut pas à la plupart des ostéopathes qui eurent peur de perdre leur particularisme. En 1963, la commission des services publics des États-Unis annonça la parité des diplômes émis pour les MD et les DO. Actuellement, ils figurent les uns et les autres sous la même rubrique de praticiens (physicians) et de chirurgiens (surgeons) dans les pages jaunes. Leur cursus universitaire est le même (7 années), et « l'American Osteopathic Association » accrédite les écoles. Selon le corps enseignant d'une école d'ostéopathie du Michigan, la seule différence se situe dans l'abord réservé à l'étude de l'être humain considéré plus globalement. Les DO installés utilisent relativement peu les techniques ostéopathiques, exerçant surtout comme généralistes, seul un pourcentage minoritaire fait la vraie démarche.

En Europe, on signalera toutes les formations qui ont pris un essor depuis la seconde guerre mondiale et qui s'occupent des manipulations vertébrales, mais cela n'a rien à voir, la plupart du temps, avec le concept ostéopathique. En France, le Dr L.Moutin en 1913, puis le Dr R.Lavezarri dans les années trente, furent les premiers médecins français à se recommander de l'ostéopathie. D'autres, qui n'étaient ni médecins, ni masseurs, ni rebouteux, s'adonnaient déjà aux techniques ostéopathiques sans le savoir ... En 1952 naquit la société française d'ostéopathie créée « dans un esprit d'ouverture et de tolérance ». Que certains de nos détracteurs se réclamant aujourd'hui de l'ostéopathie gardent à l'esprit ces maîtres mots. Qu'ils sachent que l'ostéopathie telle qu'ils la définissent ne correspond pas toujours au concept de Still, mais plutôt à la vertébrothérapie ou à l'orthopédie. En 1982, la faculté de médecine de Paris-Nord-Bobigny créa un cursus d'ostéopathie dont les enseignants étaient des médecins, des ostéopathes diplômés en Angleterre, ainsi que des moniteurs non médicaux, et des anciens kinésithérapeutes diplômés d'ostéopathie dans ce même pays. Mais

ce cursus fut réservé aux seuls médecins ; l'éthique, au nom de cette ingratitude, dut en souffrir ! Il existait aussi des écoles privées, réservées aux médecins, qui dispensaient des séminaires dans un laps de temps relativement court.

Les kinésithérapeutes se sont en revanche particulièrement investis dans le domaine de l'ostéopathie, et ils pratiquaient, sous couvert de celle-ci, les manipulations vertébrales dans le concept originel. Dès 1950, Paul Geny, kinésithérapeute, créa avec T. Dummer (ostéopathe anglais) l'École Française d'Ostéopathie qui délivrait un diplôme engageant le praticien à utiliser ses techniques sous contrôle médical ; puis il se dirigea vers « l'European School of Osteopathy. » Certains de ses élèves développèrent une ostéopathie non médicale dans notre pays. Ce sont eux qui sont à l'origine des écoles privées enseignant l'ostéopathie aux kinésithérapeutes, sous forme de séminaires, pendant au moins cinq ans. L'anatomie, la physiologie, la sémiologie, la biologie, la biomécanique ont eu une place prépondérante dans l'enseignement, de même que les indications et contre-indications aux traitements ostéopathiques et aux gestes manipulatifs. Dans cette optique, l'école d'ostéopathie que j'ai eue l'honneur de diriger, s'adressait à des kinésithérapeutes confirmés.

Ces écoles délivraient un certificat en ostéopathie (CO), et après validation d'un mémoire, de niveau universitaire, les diplômés pouvaient prétendre au label DO (diplômé en ostéopathie), qui leur font appartenir encore aujourd'hui à des registres qui assurent le sérieux de leur formation en ostéopathie. La signification n'a donc rien à voir avec celle du DO américain.

V. Qui peut pratiquer actuellement l'ostéopathie ?

Actuellement, l'ostéopathie est exercée, selon trois modalités de formation:

- Les **non professionnels de santé** qui font leurs études en formation initiale. Leur cursus a été porté à environ 3500 H, mais le décret n'est toujours pas signé ; en réalité leur formation atteint en moyenne un minimum de 4000 H, celles-ci pouvant s'étaler jusqu'à 5 années d'études.

- Les **médecins** : la plupart se forme en s'inscrivant en DIU de médecine-manuelle ostéopathie. Le nombre d'heures de formation est d'environ 250 à 300 H en moyenne. Certains complètent leur cursus ou préfèrent s'instruire dans les écoles de formation initiale ou continue, écoles qu'ils ont eux mêmes créées ou non. L'Ordre des médecins reconnaît le diplôme interuniversitaire de médecine manuelle-ostéopathie. Le mot «médecine» pouvant être défini ici dans son sens ancien de médicament ou de traitement, c'est-à-dire de «traitements manuels». (Les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent eux aussi les traitements dits de thérapie manuelle qui peuvent inclure des techniques ostéopathiques, mais cela n'a rien à voir avec le concept).

- Les **professions de santé, autres que celle de médecin**, qui accomplissent en formation continue, un minimum de 1225 H (exemple pour les masseurs-kinésithérapeutes) et ou plus (selon les écoles de formation continue où ils s'inscrivent) réparties sur 2 à 5 années.

Comme on peut le constater, il y a une grande hétérogénéité dans la formation, à la fois dans le nombre d'années et d'heures, et dans le contenu. L'OMS recommande au moins 4200 H de formation, dont environ 1000 H de pratique clinique; en Angleterre le diplôme est délivré à un niveau Master. En France, 4800 H est le minimum du nombre d'heures en moyenne que doit faire un masseur-kinésithérapeute, si on ajoute à sa formation initiale, celle que permet l'obtention du titre d'ostéopathe. Pour mémoire, le doyen B. Ludes, à qui le ministre X. Bertrand avait confié la mission de faire un rapport sur l'ostéopathie, avait conclu à une durée équivalente à 360 ETCS en formation initiale ; ce rapport n'est jamais paru officiellement¹².

Outre les bases nécessaires à l'enseignement de l'ostéopathie : concept, anatomie, biologie, physiologie ; les signes d'alerte des principales pathologies, indispensables pour

¹² LUDES Bertrand, sur le site : http://osteopathie-france.net/images/pdf/decret/rapport_ludes.pdf

poser les contre-indications absolues et relatives sont enseignées ; le tout ayant pour finalité de raisonner selon la démarche ostéopathique.

Les décrets ne déclinent pas suffisamment les contenus des enseignements qui sont très disparates d'une école à l'autre. Le contenu des études pose des difficultés, à la fois pour les savoirs théoriques et les savoirs pratiques ; que dire de l'ineptie créée, dans la déclinaison des heures de formation théorique et pratique à l'ostéopathie. Comment est-il possible de réaliser des stages cliniques, par exemple, auprès d'un ostéopathe exclusivement ? Dans quelles conditions, selon quels critères ? Avec quel(s) organisme(s) ou institution(s) pouvant certifier ces bonnes pratiques ? La porte est ouverte pour voir des professionnels ostéopathes « monnayer » leur tutorat, afin de recevoir des stagiaires, et ou des élèves voir leurs heures validées auprès d'associations tiers (sportives ou caritatives). Si pour les professions qui en ont un, le Conseil de l'Ordre peut faire référence pour ces certifications de stage (c'est cependant à mettre en place), qu'en est-il pour les étudiants en formation initiale ? Quid également de la formation des enseignants ? Selon quelles bases ? A l'heure actuelle, ils se sont autoproclamés ou sont pris dans les centres de formation par cooptation. Que dire du suivi concret de la formation continue ?

VI. La reconnaissance (décrets et arrêtés)

☺ Il n'y a que les choses sérieuses qui sont drôles. Dès qu'un mec dit quelque chose de sérieux, on peut déjà se foutre de sa gueule. (Coluche)

Le cadre légal de l'exercice de l'ostéopathie (arrêté du 6 Janvier 1962) fixait la liste des actes médicaux pouvant être pratiqués par des médecins et ou par des auxiliaires médicaux et des directeurs de laboratoires d'analyses médicales :

Article 2 : « ne peuvent être pratiqués que par des 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 (...) »

Comme on peut le constater aucune définition n'est liée à ces traitements « dits d'ostéopathie ».

Corrélativement, les articles R.4321-1 à R.4321-13 du code de la santé publique autorisent les masseurs-kinésithérapeutes à pratiquer les mobilisations manuelles de toutes les articulations (*remarque personnelle : dans le concept ostéopathique, ce terme d'articulation n'a pas uniquement une vision de la structure osseuse*), à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations. La pratique de l'ostéopathie s'étant amplifiée à dater des années 1970, sous l'impulsion, comme déjà mentionnée, des masseurs-kinésithérapeutes, elle a entraîné de nombreux procès intentés par nos « amis » médecins pour exercice illégal de la médecine. Sous la pression d'associations d'ostéopathes, d'usagers de la santé, de parlementaires et de ministres en France et en Europe (projet de résolution du député Paul Lannoye sur le statut des médecines non-conventionnelles dont l'ostéopathie¹³), une loi a enfin été promulguée.

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 a réglementé l'exercice ostéopathique, mais en aucun cas, d'une manière étrange (mais sûrement... réfléchie) n'en donne une définition. Pour mémoire, les commissions ministérielles dites « Nicolas » (2003), auxquelles j'avais eu l'honneur de participer au titre d'un syndicat professionnel, en avaient pourtant proposé une.

¹³ JOCE n °C 182/67 du 10/06/1997

Cette loi, qui reconnaît le titre d'ostéopathe et de chiropracteur et ne délivre pas un exercice professionnel en santé, mais un titre (nuance!), est restée orpheline de ses décrets d'application pendant cinq ans, après de multiples commissions (Pr B. Ludes ; Pr F. Brunelle), tergiversations, considérations politiques et autres qui l'ont retardé ; une décision du Conseil d'Etat du 19 mai 2006, condamnant le gouvernement à produire les décrets d'application dans un délai de six mois sous astreinte, n'y étant pas étrangère. Le décret n° 2007-435 du 25 Mars 2007 se propose de lister les actes autorisés et les conditions d'exercice, mais ne donne toujours pas une définition de l'ostéopathie. **Ethiquement, c'est un étrange paradoxe de pratiquer des actes dont on n'a pas défini l'origine, et encore plus de pratiquer des actes thérapeutiques sans être considérés, pour les non professionnels de santé, comme tels,** tout en ayant une inscription rajoutée au répertoire Adeli. Je vous donne lecture d'une partie de ces décrets et arrêtés, avec leur version actualisée, qui nous intéresse en rapport avec ce mémoire.

Article 1: « 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 paracliniques. 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 (HAS) ;

Nous verrons ce qu'il en est dans un prochain paragraphe.

Article 2 : Les praticiens mentionnés à l'article 1^{er} 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 ».

L'analyse de cet article qui soulève des questionnements éthiques sera décomposée plus loin.

Article 3 : « I – Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

1° Manipulations gynéco – obstétricales

2° touchers pelviens

II – Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre – indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois

2° Manipulations du rachis cervical

III – Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel

Article 4 :« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

1° Aux médecins , sages-femmes , masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.

2° aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret du 25 Mars 2007 susvisé

3° Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles 6 à 16 du présent décret.

Article 10 : « L'ostéopathe, ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement l'activité d'ostéopathe dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels, de manière temporaire et occasionnelle, sans avoir à procéder à l'enregistrement mentionné à l'article 5.

Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation de service est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de sa durée, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité.

Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à l'activité professionnelle d'ostéopathe n'est pas réglementé dans l'Etat ou il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes ».

Article 15 : « Le fait pour une personne non autorisée de pratiquer les manipulations et mobilisations mentionnées à l'article 1 er est passible de l'amende prévue pour les contraventions de la 5° classe Cette sanction n'est pas applicable aux médecins et autres professionnels de santé habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé lorsqu'ils agissent dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel »¹⁴

Version actualisée :

Article 1 :« La formation spécifique à l'ostéopathie vise à l'acquisition des connaissances nécessaires à la prise en charge des troubles fonctionnels décrits à l'article 1er du décret n° 2007-435 du 25 Mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Cette formation comporte des enseignements théoriques et pratiques. Il ne doit pas comporter d'enseignements relatifs à la pratique des actes non autorisés en vertu de l'article 3 du même décret »

Les arrêtés :

¹⁴ Décret n° 2007-437 du 25 Mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation

Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins et modifié par l'arrêté du 22 Février 2000.

Article 1 : « Sont abrogés l'arrêté du 21 Décembre 1960 et l'arrêté du 31 juillet le modifiant »

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

2° le massage prostatique

3° le massage gynécologique

(Le 4° au 8° étant sans intérêt avec notre propos de mémoire)

- Arrêté du 25 Mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires.

Version actualisée

Article 1 : « La formation commune des ostéopathes comporte deux phases :

Une phase de 1435 heures, d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine.

Une phase de 1225 heures, d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie »

L'article 3 décline les unités de formation liées à l'enseignement théorique et pratique de l'ostéopathie ; à la fin en italique, dernier alinéa est écrit :

« Tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée, à des pratiques se rapportant à la sphère urogénitale ainsi qu'à une pratique de l'ostéopathie chez la femme enceinte est strictement exclu de la formation. »

Remarque personnelle : ces derniers mots prêtent à confusion ; nonobstant les contre-indications habituelles, au nom de quelle éthique une femme enceinte n'aurait pas droit à des traitements ostéopathiques ?

NOTA

Le Conseil d'Etat, décision n° 304482, en date du 23 Janvier 2008 art.1 :

Le dernier alinéa de l'article 3 de l'arrêté du 25 Mars 2007 est annulé en tant qu'il exclut tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée de la formation en ostéopathie.

Cette décision fait suite à un appel d'organisations représentatives d'ostéopathes.

VII. L'éthique

Cette partie sur l'éthique permet de mieux appréhender les questionnements que soulève la mise en pratique de ces décrets, aussi bien sur des points techniques particuliers que sur ceux qui apparaissent d'une manière générique.

Pour le Dr Maryse Fiorenza-Gasq¹⁵, c'est à la fois une discipline intellectuelle, en général ancrée dans le champ de la philosophie, et une manière d'interroger et de questionner l'action humaine. Ce questionnement peut parfois s'inspirer de la discipline éthique et de ses concepts, mais pas nécessairement ; toute interrogation sur le sens, le but (les finalités) et les conséquences pour autrui de notre action, peut être considérée comme un questionnement d'ordre éthique.

Le sens que nous devons à l'éthique ne doit pas être compris comme une recette qui répondrait au souci de moraliser ; elle doit au contraire être une réflexion de la raison sur des problèmes d'action pratique. La réflexion doit questionner sur la place que le corps « soignant-soigné » peut aujourd'hui occuper à l'intérieur d'une réflexion éthique. Entre la position de la séparation du corps et de l'esprit et d'autres, où corps –esprit ne font qu'un, l'hyper spécialisation morcelle le corps, réduisant à la portion congrue la règle de l'holisme et déshumanise.

La conception anglo-saxonne qui, amplifiée par la mondialisation (communication, laboratoires, etc....) « utilitariste », considère que chacun est propriétaire de son corps et en use et abuse comme d'une chose disponible, ce qui entraîne que les relations sont contractuelles (T. Engelhardt). Toujours pour le docteur Fiorenza-Gasq, en médecine, cela revient à minorer ou évacuer la notion de mission, pour osciller entre la négociation et la prestation de services. L'utilitarisme (Hobbes, Bentham, Stuart Mill) se base sur le triptyque :

-est utile ce qui sert à

-est inutile ce qui ne sert à rien

-est nuisible ce qui dessert

¹⁵ Cours DIU d'éthique, Février 2013, Limoges

En France, notre conception est plus en rapport avec une éthique qui doit être un frein, (à la fois dans l'excès et dans le moins), à l'évaluation critique de nos actions, principes et réflexions. Notre pays est un état laïc (tout ce qui est du domaine de la religion, de la politique, de la philosophie est du domaine personnel, donc privé) et notre éthique médicale vise à la protection de l'être humain, à la régulation de la science, et se base sur un humanisme thérapeutique. L'éthique soignante s'appuie sur deux concepts : le principe de l'indisponibilité (pas de prix) et de l'inviolabilité (corps parfait) du corps humain.

Pour G. Terrier (Président du Comité d'Ethique CHRU Limoges), l'éthique est une démarche d'autoréflexion qui n'est pas l'action, mais un regard distancié, sur ce qui permet de lui assurer l'effectivité de son sens. Elle n'est pas figée, mais doit être constamment reformulée dans un monde qui évolue vite et sans cesse. L'éthique est l'analyse intellectuelle de cette dimension de l'être humain.

Cette conception n'est pas universelle ; cependant « urbi et orbi », deux concepts se retrouvent dans toutes cultures, religions, sociétés, ce sont ceux de devoir et de valeur. L'un des objectifs les plus importants de l'éthique est l'analyse intellectuelle des valeurs et des conflits de valeurs, afin de définir nos devoirs. Et les devoirs font toujours intervenir les valeurs qui sont en jeu dans chaque situation particulière, qu'ils promeuvent autant que possible¹⁶. Certaines choses ou faits sont à faire ou à éviter ; j'ai le devoir d'agir de telle ou telle façon plutôt que de telle ou telle autre ; cependant j'ai le droit éthiquement de remettre en cause ces devoirs en fonction de valeurs. Je me dois de placer éthiquement les intérêts des patients, en tant que professionnel, au dessus des contraintes établies. Mon devoir, bien entendu est de « primum non nocere » mais également de faire ce qui est le mieux pour eux ; de leur apporter l'excellence.

Le droit non plus n'est pas l'éthique ; celle-ci a un jugement de valeur d'ordre moral qui n'est pas sanctionnable.

L'éthique ce n'est pas la morale (Pr Pain, professeur de philosophie). Il explique dans son cours¹⁷, partageant à ce sujet les définitions de Comte-Sponville, que la morale est prescriptive ; elle s'impose ; je me l'impose ; elle commande et pose la question « que dois-je faire ? » ; c'est l'étude du bien et du mal ; c'est la loi de l'obéissance. L'éthique est le questionnement permanent sur ces valeurs morales ; elle tend vers le collectif ; elle est

¹⁶ Cours de base de bioéthique, UNESCO, 2008

¹⁷ DU d'Ethique médicale Limoges Mai 2013

indicative ; elle ne commande pas, elle recommande « comment dois-je le faire ? » ; c'est l'étude du bon et du mauvais ; la voix de l'éthique n'est pas l'obéissance, mais la raison.

Si la prescription s'appuie sur le droit, la légalité, l'éthique s'interroge sur la légitimité. L'éthique remet en questionnement le principe d'autorité. L'éthique n'est ni la morale, ni la déontologie ; cette dernière correspond aux bonnes règles de l'exercice et corrélativement applique éventuellement des sanctions.

L'approche de l'éthique en philosophie s'appuie sur deux grands courants : l'éthique des principes et l'éthique des conséquences. Celle des principes est celle du devoir, de la conviction ; c'est le contenu de l'acte qui importe ; elle se doit d'être universalisable (Kant). Elle est dénuée de tout intérêt, de tout calcul ; elle agit conformément au devoir ; elle s'appuie sur des principes fermes et intemporels que l'auteur s'impose ; l'action ne doit pas contrevenir à l'ordre moral ; le moindre mal n'est pas possible ; c'est une éthique de conviction. L'éthique des conséquences évalue l'acte selon ce que cela va engendrer à la fois pour l'auteur et pour autrui ; elle est indéterminée (toutes les possibilités sont envisagées) ; elle se recommande de la bienfaisance (efficacité) et de la non malfaisance ; elle pose le questionnement : quel est le meilleur état possible pour un patient ? Optimise le bon et minimise le mauvais ; c'est une éthique de responsabilité.

Un autre courant philosophique aborde l'étude et la résolution des cas de conscience (méthode résolution des cas de conscience, cas par cas) c'est celui de la casuistique :

- un acte bon est voulu comme bon
- même s'il entraîne des conséquences mauvaises et non voulues
- alors cet acte demeure bon

Rousseau pose la question de la légitimité de l'autorité ; pour lui la solution est dans le contrat. On se donne des règles nécessaires et corrélativement des règles universelles ; il faut accepter un tout politique tout en respectant sa volonté politique.

Kant décline l'éthique des principes ; agir par devoir, par pur principe, par pure conviction ; les principes que l'on se donne doivent être universels, ne dépendent d'aucuns désirs et considèrent autrui jamais comme un moyen, mais comme une fin. Conséquence :

l'homme est lui-même l'auteur de la loi à laquelle il obéit. C'est ce qui fonde la dignité. La dignité a un sens moral, c'est le droit au respect, d'autrui et de soi, à la décence, c'est celle des convictions ; elle peut être personnelle ; que suis-je prêt à accepter, à subir ?

La dignité appartient (ressentie) à l'individu et ne peut être rationnelle.

VIII. En quoi la pratique de cet art engendre-t-elle des questionnements éthiques avec la parution des décrets?

Un questionnement fondamental est de savoir quel rôle on veut donner à ce que beaucoup considèrent comme une médecine pratiquée par des « medicus », médecins de la main (au sens ancien du terme) et pour d'autres, reconnue comme une « profession » qui pourrait être assimilée à des activités de soin d'auxiliaires de la médecine qui appliquent ceux-ci dans un cadre prédéfini de prescription de confort, ou bien encore comme des métiers de soins de confort assimilés à un commerce .

Les études longues, conséquentes, associant les connaissances de sciences dures et sciences molles, débouchent sur un titre, qui comme chacun sait est défini comme une fonction pour un masseur-kinésithérapeute par exemple, ou qui peut se recommander par une qualification au RCPN (Répertoire national des certifications professionnelles) pour les praticiens avec une formation initiale ou pour des centres de formation.

Selon quelle éthique peut on demander à un masseur-kinésithérapeute qui, après quatre années d'études pour obtenir un diplôme d'exercice dans sa profession, ajoute un minimum de 1225 heures, qui sont dans la plupart des cas bien supérieures à ce qui est souhaité par les décrets, pour arriver à un minimum de 5000 heures, et voir cette formation couronnée par un titre ? Comment peut-on considérer ce praticien à un niveau d'exécutant, alors que dans les faits il postule à un niveau de Master, c'est-à-dire d'ingénieur puisqu'il pratique une médecine alliant un diagnostic et une thérapeutique raisonnés.

Autre interrogation éthique qui mérite analyse ; c'est celle qui s'appuie sur une non reconnaissance scientifique de l'ostéopathie, arguant du fait que ses pratiques ne sont pas validées par l'EBM (Evidence based medicine) ; il ne faudrait pas que cet EBM se décline en « étiquette »-based-medicine » ! Les électrochocs par exemple donnent des bons résultats, a-t-on une explication scientifique certaine du pourquoi ? L'ostéopathie n'est effectivement pas une science exacte comme le souhaitent les scientifiques-technicistes, c'est un art. Au demeurant, la médecine est reconnue comme tel. Il est décliné également que toutes pratiques devraient obtenir le consentement d'autorité, telle celle de la HAS (Haute autorité en santé).

L'être humain ne peut correspondre à ce schéma qui impose une médecine de la preuve par rapport à celui du soin par le toucher. Le corps est sous la commande de deux

systèmes ; l'un volontaire (système moteur cérébro-spinal), l'autre involontaire, le système nerveux neuro-végétatif. Il est impossible de codifier le second en l'intégrant dans les normes voulues par la science ; ce système basé sur la vie de relation dépend de plusieurs facteurs difficilement quantifiables.

Tout doit être évalué afin d'être validé sur des preuves ; est ce que l'ostéopathie correspond aux critères de la médecine allopathique ? Est ce que les outils qui la concernent, basés en grande partie sur « l'écoute » des tissus de la peau, y correspondent ? L'homme n'est pas une machine, c'est aussi un esprit avec son entité psychologique ; c'est là où la main de l'ostéopathe intervient comme jonction physique-mental. L'ostéopathe, par la main qui est le prolongement du cerveau, doit harmoniser les tissus par l'écoute qu'elle en fait. Les scientifiques peuvent apprendre les techniques manuelles, mais un faible pourcentage sera doué car ils ont appris à comprendre uniquement avec leur tête. « Le rôle de la main s'agissant de l'ostéopathie, a toujours trop souffert, me semble-t-il, de se voir confiné dans un seul registre que je qualifierais de technico-thérapeutique, alors qu'il suppose, en raison de sa complexité même (relation de peau à peau), des angles infiniment plus subtils faisant valoir ses résonances existentielles, voire métaphysiques ¹⁸ ». Nous sommes dans une dialectique palpatoire.

La médecine manuelle du « medicus » laissait une grande place à une clinique palpatoire, celle-ci s'est perdue pour être suppléée par une médecine s'appuyant sur des examens techniques. L'ostéopathe par son art du toucher, acquis par un savoir faire, une habitude, va aller à l'encontre, ressentir des tensions, et par les techniques appropriées propres à notre discipline, va « dénouer », redonner vie à ces tissus ; notre confrère ostéopathe Jean-Pierre Aubry relate parfaitement l'analyse que toutes agressions physiques, morales sont mémorisées par le corps ¹⁹.

Effectivement il n'est guère pensable que cette évaluation corresponde à la démarche de l'explication de celle par les preuves scientifiques, le corps reflète souvent la souffrance psychique. Nous sommes dans le relationnel, dans la relation de soins et non dans celle de la science, de la technique. Celle-ci est indispensable, incontournable, il serait irresponsable de s'y opposer, mais notre abord est plus dans l'humain, le verbe s'associant au toucher pour

¹⁸ BOCHUBERG C., *La Main ou la promesse d'une parole-geste*, éd. A.J.Presse, 2003

¹⁹ AUBRY J.P., *L'étonnante mémoire du corps*, Editions du Rocher

travailler dans le subjectif, le ressenti. Cette approche par la parole-toucher rejoint l'esprit de l'éthique narrative, basée sur l'écoute du patient²⁰, qui fait place autant aux difficultés physiques qu'émotionnelles. Notre discipline est complémentaire et aide à compenser le vide, la froideur reprochés à une certaine approche médicale plus en relation avec les technologies. Il y a la médecine de l'explication et de la compréhension, et celle de l'interprétation. L'ostéopathie n'est pas la seule à y prétendre, l'homéopathie, l'acupuncture, bien avant notre médecine ostéopathique, étaient dans cette mouvance.

Tout ce qui ne peut être mesuré n'existerait pas ? Seule l'expérimentation serait la clé de la vérité ? Seule la norme, basée sur la technicité, ferait foi ? Le patient ne devrait être appréhendé que comme un objet évalué ? Doit-il rentrer dans le normatif standardisé, voire dans les procédures (nf) qualités ? L'hôpital est-il un « hôpital magasin ? Le patient en « libéral » n'existe-t-il que par un « chèque » ?

Ne serait-il pas nécessaire de se baser sur nos propres outils, à l'instar de ce qui a été fait par les psychologues cliniciens, qui ont mis en place leurs propres échelles de valeur ?

L'ostéopathie a une pratique empirique. Loin de moi l'idée de réfuter une évaluation de bonnes pratiques, bien au contraire, celles-ci doivent être mises en place, mais en correspondance avec la pratique propre à sa discipline. **Les études d'ostéopathe incluent les bases scientifiques et médicales nécessaires pour ne pas nuire au patient, et permettent de l'orienter vers d'autres disciplines si besoin est ; sinon la première intention n'aurait pas été donnée par le législateur.** Le niveau des connaissances et du savoir faire acquis devraient correspondre à celui qui devrait être le sien, celui d'un Master. La place de l'ostéopathie est-elle dans le cursus médical, plutôt que dans celui des sciences humaines et sociales, qui correspondraient peut-être plus au concept ostéopathique ? Là est peut-être également l'interrogation, le questionnement éthique qui peuvent être posés pour cette discipline.

Les décrets d'application sont très réducteurs et sélectifs par rapport au fondement holistique de la pratique de l'ostéopathie, et selon une hiérarchie professionnelle. Ils n'autorisent pas pour tous de manière identique les traitements liés à l'ostéopathie viscérale

²⁰ DION-LABRIE M., DOUCET H., *Ethique et santé, Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord : perspective historique et critique. A la recherche d'une médecine humaniste*, 2011

ou crânio-sacrée, et se limitent aux manipulations musculo squelettiques, et encore avec des réserves ; c'est éthiquement une rupture d'égalité.

Le concept ostéopathique repose sur la liberté de mouvement de l'ensemble des structures du corps et ne peut être fragmenté, puisqu'il doit lever toutes les barrières mécaniques à la libre circulation où qu'elles soient. Pour tout ostéopathe, « tout est en tout », et une lésion ostéopathique (ou perte de mobilité) entraîne un dysfonctionnement qui peut être primaire, localement, ou secondaire.

Analysons ces interdits sélectifs :

Le questionnement éthique de l'interdit en première intention des manipulations cervicales pour un non-médecin ou chiropracteur (cf. articles 1 et 3)

Comment rétablir le bon équilibre du corps si, à partir d'un examen clinique ostéopathique, on retrouve une lésion d'une vertèbre cervicale dont la manipulation va être interdite, sauf à obtenir le consentement d'un ...médecin, qui permettra dans un autre...temps de pratiquer l'acte ! Le bénéfice éventuel qui serait profitable au patient est ici très limité. Interdit au nom de quels principes? Seuls les médecins et les chiropracteurs sont habilités à pratiquer ce type de manipulations en première intention ; au nom de quelle légitimité, un médecin, un chiropracteur, seraient plus habiles par exemple qu'un masseur-kinésithérapeute titré en ostéopathie, après une formation aux contre-indications et aux techniques identiques ?

Afin d'analyser plus précisément les risques qui sont de deux sortes : techniques, très spécifiques, et ceux liés aux contre-indications générales, essayons de définir ce qu'on entend par mobilisation et manipulation.

Les mobilisations articulaires : elles utilisent la mise en tension et une fois celle ci obtenue, le praticien relâche sa pression et laisse le segment articulaire revenir à la position de repos ; ces mouvements répétés augmentent l'amplitude ; les techniques « muscle energy » qui ont également le même but entrent dans ce cadre; d'autres techniques « soft » (douces) peuvent être réalisées pour y parvenir.

Les manipulations : pour l'Académie de Médecine (rapport du professeur DE SEZE, octobre 1987), la manipulation, assimilée à la notion de manœuvre de force, correspond à un acte médical dans son diagnostic, son exécution et sa prise de responsabilité.

Autre définition de la manipulation médicale : action d'effectuer certaines manœuvres pour remédier à des déplacements osseux (dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare).

En France, seuls les médecins et les chiropracteurs (avec ou sans vecteur de force, selon leur décret d'actes), sont habilités à pratiquer ces manœuvres « forcées », contrairement aux ostéopathes non médecins qui doivent se limiter aux manipulations non-forcées.

Retenons d'autres définitions reprises sur le référentiel de compétences du métier d'ostéopathe ²¹ :

- Manipulation : « manœuvre thérapeutique passive, de haute vélocité et de courte amplitude administrée après une mise en tension ». (HAS, 2009)
- Manipulation suturale : manœuvre thérapeutique passive destinée à obtenir une action mécanique sur les mécanorécepteurs des sutures crâniennes non ossifiées.
- Mobilisation : « manœuvre thérapeutique passive, lente et de grande amplitude destinée à obtenir un gain d'amplitude articulaire et/ou un étirement des tissus mous péri-articulaires ». (HAS, 2009)
- Mobilisation viscérale : manœuvre thérapeutique passive destinée à obtenir une action mécanique réflexe sur les mécanorécepteurs des ligaments qui assurent le maintien et l'orientation des organes abdomino-pelviens, ou sur les mécanorécepteurs de la musculature de ces mêmes organes afin de restituer le métabolisme tissulaire, la contrainte mécanique locale et la mobilité.
- Mobilité active : « possibilité de se mouvoir volontairement »²².

La définition de l'ostéopathie exclut, elle, toute manœuvre de force et demeure dans le domaine de la physiologie. Le concept ostéopathique de Still, que revendiquent les

²¹ MARGUERITTE S., PICARD M., *Référentiel de compétences du métier d'ostéopathe*, 2009

²² Garnier Delamare (26ème édition)

ostéopathes, ne fait pas un diagnostic au sens médical du terme qui donne une étiquette à une maladie bien déterminée. Nous recherchons la dysfonction (perte de mobilité), que nous normalisons après avoir fait un diagnostic ostéopathique spécifique, nous ne posons pas de diagnostic médical. La « maladie » ne nous intéresse pas, c'est « pourquoi et comment » le patient en est arrivé là, mais dans le respect des limites des compétences de l'ostéopathie. Nous restons responsables devant les contre-indications. **Les ostéopathes respectent les amplitudes physiologiques des articulations, et œuvrent dans la limite du jeu articulaire permis, en aucun cas ils ne font des manipulations ou des mobilisations forcées des articulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux.**

La manipulation ostéopathique selon la technique du « thrust , acte de high velocity , low amplitude » reste dans la limite de la physiologie permise par l'articulation, puisque le geste impulsif permet de recouvrer la mobilité perdue entre la zone de blocage (lésion ostéopathique) et celle possible permise par l'anatomie; en aucun ,elle ne va au-delà, puisqu'à cet instant là nous serions dans la définition de la manipulation forcée ; cette définition de la manipulation ostéopathique se différencie de la manipulation médicale qui n'est pas du ressort de l'ostéopathie.

Constatons donc que la définition de la manipulation n'est pas la même pour tous, de même que la notion de « forcée ».

A ce sujet, signalons la position de l'HAS, en rapport avec le certificat de non contre-indication qui doit être délivré par un médecin. Rappelons qu'en France, le décret relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie du 25 mars 2007, impose un diagnostic établi par un médecin, attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, avant toute manipulation du rachis cervical (sauf pour les professionnels de santé habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession). Ce même décret stipule que l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé. La HAS a publié un avis, où elle s'inquiétait de l'absence de disponibilité de données objectives sur l'ensemble des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, leur efficacité et leurs effets secondaires, rendant très difficile l'abond de recommandations. **A ce jour, elle n'a pas publié de recommandations.**

En outre pour éviter des cas « tendancieux » chaque ostéopathe dignement formé procède à des manipulations en latéralité, qui permettent de ne pas mettre en tension des tissus

qui pourraient être à l'origine (très rares) de dissection; des études techniques sérieuses ont parfaitement démontré qu'une manipulation en latéralité n'avait aucune incidence en dangerosité. Des mains averties, habituées à ces mobilisations – manipulations du rachis cervical, comme le sont celles d'un ostéopathe, ayant un pré-requis de masseur-kinésithérapeute, sont un gage de sécurité. Que dire alors de la possibilité de pratiquer ces techniques pour des professionnels de santé qui ont un cursus de 250 H de formation ? Que dire de la possibilité qui a été accordée aux chiropracteurs de le pratiquer, alors que lors de leur reconnaissance et de l'élaboration des décrets d'acte, ils étaient au même niveau que les ostéopathes ? Pourquoi ces différences de pratique pour un même titre ?

Pour un masseur-kinésithérapeute qui a obtenu le titre d'ostéopathe, tout au long de son cursus, les contre-indications générales ostéopathiques, (médicales pour d'autres), à ce type de manœuvres, font partie des « red flags », des interdits majeurs, après le diagnostic ostéopathique spécifique. Il a les connaissances, par sa formation théorique, pour évaluer le bénéfice/risque.

☺ Je me suis toujours demandé si les gauchers passaient l'arme à droite. (Alphonse Allais)

Toujours au sujet de l'article 3, les manipulations du crâne chez le nourrisson de moins de six mois sont interdites, sauf après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication à l'ostéopathie. De quelles manipulations parle-t-on ? En tout cas, pas de celles définies par l'ostéopathe praticien, puisque les techniques, qui sont liées à ces normalisations, doivent avoir un toucher n'excédant pas trente grammes ; essayez sur un pèse lettre, cela démontrera l'innocuité de ces techniques...Le même raisonnement de rupture d'égalité de compétence, donc d'éthique, se pose avec cet « interdit ».

Abordons maintenant plus explicitement ce qu'on entend par **troubles fonctionnels**. Nous avons développé ce chapitre précédemment avec les principes de l'ostéopathie. Pour reprendre l'article 1, les ostéopathes sont habilités à traiter les troubles fonctionnels à l'exclusion des pathologies organiques ; la question évidente qui vient à l'esprit, est de situer la frontière entre l'organique et le fonctionnel. Pour cela, il est nécessaire de poser un diagnostic. Tout thérapeute, de première intention, se doit de l'établir, avant tout traitement.

Ce diagnostic spécifique ostéopathique permet de faire un diagnostic d'exclusion aux traitements qui ne relèveraient pas de son art ; le contenu des études, suffisantes pour y prétendre, permet à tout ostéopathe de prendre en charge ou non un patient. Là aussi il serait nécessaire de trouver, pour ces termes, un langage commun. Relevons quelques « aperçus » d'essai de définitions:

- Les troubles fonctionnels reflètent un état qui se situe entre la santé et la maladie ; ils expriment l'altération de la fonction d'un organe ; les facteurs en cause sont multiples ; le diagnostic ostéopathique permet de localiser la dysfonction en repérant la perturbation mécanique qui peut l'engendrer.

- « Troubles fonctionnels : manifestation morbide, généralement bénigne et réversible, qui semble due à une simple perturbation de l'activité d'un organe sans qu'il y ait de lésion actuellement décelable de celui-ci »²³.

Qu'entend-on par **troubles organiques** ? Ils se caractérisent par l'atteinte anatomique d'un organe lésé, troubles le plus souvent objectivés par des investigations cliniques et para cliniques (examens complémentaires), qui permettent d'étiqueter, de les classer dans le domaine de la maladie identifiée.

- « Manifestation morbide, généralement grave, due à une lésion d'un organe »²⁴.

Ces définitions combinées peuvent se résumer avec celle-ci : le terme de "trouble fonctionnel" regroupe l'ensemble des symptômes qui n'ont pas de cause médicale clairement identifiée (par opposition aux "troubles lésionnels" qui eux, traduisent une maladie organique). Les "troubles fonctionnels" sont souvent des problèmes de santé qui relèvent souvent du psychosomatique et qui restent sans réponses²⁵. Il est évident que la frontière n'est pas toujours facile à cerner ; elle est cependant indispensable pour un traitement en première intention, puisqu'elle engage, pour le praticien, la santé du patient, avec tous les aspects de responsabilité qui en incombent.

²³ MARGUERITTE S., PICARD M., *Référentiel de compétences du métier d'ostéopathe*, 2009

²⁴ Dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare - Maloine

²⁵ Cf. www.sommeil-mg.net

Le fait que le législateur ait confié cette première intention aux ostéopathes le sous entend. Le contenu des études, suffisant pour y prétendre, permet à tout ostéopathe de prendre en charge ou non un patient, et à le diriger, si besoin est, vers d'autres compétences, comme l'autorisent les décrets (ce que souligne l'article 2). Se pose alors la nécessité (II de l'article 3) du diagnostic établi par le médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie. Comment un médecin, non formé à celle-ci, peut engager ses compétences et responsabilités, pour justifier de la prise d'un acte qu'il ne maîtrise pas, ni d'un point de vue conceptuel, ni d'un point de vue technique ?

☺ *Les médecins, c'est que lorsqu'ils commettent une erreur, ils l'enterrent tout de suite. (Alphonse Allais)*

Le questionnement éthique lié aux touchers pelviens

L'ostéopathie gynécologique, incontournable en pratique, du fait du nombre conséquent de dysfonctionnements qui en découlent, est « bridée » voire interdite par les décrets. L'ostéopathie gynécologique fonctionnelle, par sa démarche thérapeutique, peut aider à améliorer le sort de patientes en complément de la médecine traditionnelle.

Revenons sur l'article 3 concernant les touchers pelviens (cf. page 21). Comment un ostéopathe (dans le concept de globalité ostéopathique et de première intention) ayant un pré-requis de masseur-kinésithérapeute, lui autorisant de pratiquer un toucher anal pour une rééducation qualifiée dans ce domaine, ne peut légalement avoir droit à procéder à une manipulation du coccyx, technique qu'il maîtrise parfaitement, sans passer par une prescription médicale ?

Comment également (même cheminement que précédemment pour le traitement des cervicales), ne pourrait il pas procéder à un toucher vaginal, afin de « normaliser » les ligaments utéro-sacrés, sans passer par une prescription médicale, faite par un médecin qui n'est pas formé à l'ostéopathie ? Et quand bien même il le serait, la patiente irait consulter celui-ci directement !

Ces interdits, non explicités dans les décrets, s'ils sont techniques, sont incompréhensibles. S'il s'agit de vouloir reconnaître la dangerosité de ces traitements pouvant entraîner des déviances sexuelles (attouchements, etc...), cela ne doit pas être d'actualité pour un ostéopathe ayant un pré-requis de masseur-kinésithérapeute (MKO) qui, outre les principes moraux et éthiques qui doivent être siens, est sous « tutelle » de son code de déontologie ; un médecin serait moins exposé ?

IX. Ethique et remboursement des actes ostéopathiques

Si les statistiques se confirment, des millions d'actes consacrés aux traitements ostéopathiques sont pratiqués annuellement, ce qui montre que beaucoup de nos concitoyens ont un engouement pour cette médecine, et font confiance aux professionnels qui les dispensent. Selon un sondage réalisé par OpinionWay (pour le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathique de France) auprès d'un échantillon de 1000 individus, 42% des personnes interrogées affirmaient avoir déjà consulté un ostéopathe, 20% déclaraient avoir bénéficié d'une consultation chez un ostéopathe au cours des 12 derniers mois (publication RelaxNews le 18/11/2010). L'estimation du nombre de consultations annuelles varie entre 6 millions (Données de l'Observatoire socio-économique de l'Ostéopathie (Chauvin, Gouyot et al. 2010)) et 20 millions (Debré, Anciaux et al. 2010). Le principe de bienfaisance (prioriser le bien et l'intérêt du soigné) est sous-tendu.

La question de la prise en charge par les organismes de remboursements de soins de ces actes est posée. Actuellement, beaucoup de mutuelles, contractuellement, ce qui veut dire que cela a un coût supplémentaire pour l'adhérent, rembourse sur une base forfaitaire annuelle des actes ostéopathiques. S'il s'avère, et cela pourrait être étudié statistiquement par les organismes de sécurité sociale et autres, que cela diminue les dépenses maladies, alors pourquoi pas une prise en charge correcte, qui ne léserait pas l'utilisateur et le professionnel qui, par une formation initiale ou continue conséquente, a consenti des efforts bénéfiques dans l'intérêt de la santé publique ?

Comment éthiquement une partie de la population ne pourrait avoir accès à des soins qui optimisent leur santé, du fait que les coûts engendrés par ces actes ne leur permettent pas d'y avoir droit? Serait-on dans la théorie de la représentation sociale de la maladie ? N'oublions pas qu'aujourd'hui, des millions de personnes sont en France dans la précarité ou au dessous du seuil de pauvreté, et qu'elles ont des raisons de souffrir de troubles fonctionnels et ou d'ordre organiques ! Le principe de discrimination peut être retenu à charge (**la non-discrimination est le fait de ne pas établir de distinction entre un individu et un autre ; c'est le droit d'être traité à l'identique de l'autre**).

☺ Les hommes naissent libres et égaux en droit. Après ils se démerdent. (Jean Yanne)

X. Ethique et responsabilités juridiques, déontologiques avec la pratique de l'ostéopathie

La pratique en première intention est sous jacente de la responsabilité de chaque praticien de respecter les règles édictées par les lois et les codes : code civil, code de santé publique, codes de déontologie pour les professionnels de santé, code de sécurité sociale, codes internationaux, conventions, chartes. La déontologie ne se suffit pas en elle-même pour répondre aux questions éthiques ; des situations particulières font que l'on peut être amené à réfléchir à donner des avis sur des faits où le droit ou la loi ne répondent pas.

Pour un ostéopathe il existe plusieurs obligations légales, qui relèvent également de l'éthique professionnelle :

- l'information au patient
- le consentement éclairé du patient
- le respect du secret professionnel et médical

Informé (du latin *informare* mettre au courant de quelque chose, avertir, renseigner) le patient du traitement qu'on va être amené à lui proposer est élémentaire, encore que cela soit bien peu respecté (loi du 4 Mars 2002 article L 1111-4 du CSP). C'est du domaine du message. Informer ne suffit pas, il faut également communiquer, c'est-à-dire échanger avec le patient, c'est du domaine du relationnel soignant/soigné. C'est d'autant plus important puisque cela oblige la prise de responsabilité. L'information, lorsqu'elle est médicale, ne peut être donnée que par un médecin ; les paramédicaux, selon leurs domaines de compétence, participent à cette information. Nous reviendrons plus loin sur les problèmes que cela peut engendrer.

Certaines techniques, pour des profanes, sortent des habitudes médicales ou paramédicales. Il est de notre devoir, éthiquement, d'expliquer au mieux celles-ci, qui non comprises, laisseraient à penser qu'elles découlent plus de charlatanisme ou relèvent de viol ou troubles pervers, que de bonnes pratiques inhérentes à l'ostéopathie. N'oublions pas non plus, que nous avons également des patients diminués physiquement ou mentalement. Leur laisser penser que ces traitements puissent relever de phénomènes paranormaux n'est guère éthique vis-à-vis d'eux et des autres professionnels de santé. Ce premier devoir débouche sur le consentement éclairé du patient, imposé par la loi 2002-303 du 4 Mars 2002. Ce

passage, obligé, est incontournable pour diverses raisons qui, outre celles déontologiques, éthiques, sont liées à la responsabilité des actes. L'article L 1111-4 notifie, lorsqu'il est en état de le faire, que le patient est acteur de son projet de soin. Nous avons vu, dans un paragraphe précédent, que certaines techniques étaient nécessaires pour respecter le concept d'holisme de la médecine ostéopathique, et que certaines manœuvres étaient exclues par les décrets d'application. **Le consentement écrit et non verbal du patient devra être exigé**, en lui expliquant le mieux possible le pourquoi de la nécessité de ce type de traitement. Les jurisprudences éventuelles qui pourraient survenir suite à des plaintes, tiendront compte de ces éléments ; un double pourra être adressé à qui de droit.

Un autre point essentiel est le respect du secret professionnel. Dans les décrets d'application, nulle trace ? Même si on peut considérer que cela soit sous jacent, il ne serait pas inutile de le préciser et plus. La problématique est soulevée par le respect du secret professionnel et médical qui se veut être « partagé » ; comment un secret, dont c'est le sens même, peut être partagé ? C'est complètement contradictoire. Pour mémoire, le législateur avait au demeurant « refusé de consacrer la notion de secret partagé en estimant que cette notion présentait un caractère encore trop imprécis pour faire l'objet d'une définition législative²⁶ ». Comment appliquer, pour un traitement optimisé, ce qui est le plus élémentaire des droits pour un patient, le secret professionnel et le partage de l'information, entre un médecin ou un professionnel de santé et un non professionnel de santé, même avec l'accord du patient ?

Article 1110-4 : modifié par loi n° 2011-940 du 10 out 2011-art 2

Secret des informations s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Comment les règles du code de la santé publique, dans le régime de la responsabilité, peuvent être appliquées au non professionnels de santé puisqu'ils n'y sont pas mentionnés ?

Lors d'une prise en charge d'un patient pour un traitement ostéopathique en première intention, l'ostéopathe peut être amené à s'informer auprès du médecin référent d'éventuelles éclaircissements complémentaires, celles fournies par le patient pouvant s'avérer insuffisantes au bon déroulement d'un traitement ; qu'en est il de cette « obligation », engageant sa responsabilité pour un médecin, de répondre au souhait d'un praticien non professionnel de

²⁶ Circulaire ministérielle citée par BOUQUET B. *Ethique et travail social, une recherche du sens*, Paris, DUNOD, 2003

santé? Qui l'oblige de le faire ? Qu'en est-il du secret partagé en exercice de ville (libéral) ? Malheureusement cela peut engendrer des problèmes éthiques vis-à-vis du patient, puisque toutes les informations éventuelles n'auront pas été mises à dispositions pour bonifier le traitement.



XI. L'exercice salarié de l'ostéopathie

Comme nous avons pu le constater, de nombreuses restrictions existent pour exercer l'ostéopathie, quelque soit le statut du titulaire du titre; qu'en est-il de l'exercice en milieu salarié? A l'hôpital, maisons de retraite, EHPAD, services de soins palliatifs qui dépendent du domaine public par exemple?²⁷

Ne serait-il pas logique que l'exercice de cette pratique, tant prisée en exercice libéral, n'ait pas un véritable statut salarié en secteur public et privé ? Pourquoi par exemple, des masseurs-kinésithérapeutes, dans ce cadre, n'ont pas la possibilité, ou exceptionnellement, de se former à l'ostéopathie, sauf à le faire à titre personnel ?

Il n'est pas rare de voir des services hospitaliers embauchant des ostéopathes non professionnels de santé sous une autre entité professionnelle ou les faire pratiquer à titre bénévole.

(Il existe depuis peu (2011), une possibilité de valider le niveau 1 (RNCP) du titre d'ostéopathe par une VAE, en prouvant que vous avez exercé l'ostéopathie durant un minimum de 3 ans ou 4000 H).

²⁷ Il existe des consultations de médecine manuelle- ostéopathie.

XII. L'exercice de l'ostéopathie doit il être exclusif ?

Encore faut-il bien définir ce que l'on entend par exercice exclusif. La question reste posée, par les ostéopathes non professionnels de santé, qui voient ici une « concurrence » déloyale et le réclament à « corps et à cris ». Il est évident que cela peut brouiller les messages vers des patients, des médecins prescripteurs, des services de remboursements de soins ou entre spécialistes. Pour un professionnel de santé, comme un masseur-kinésithérapeute, les deux pratiques, complémentaires pour la formation, diffèrent dans l'exercice, conceptuellement. Sachant que l'un travaille sur prescription et que l'autre est en première intention, à chacun déontologiquement et éthiquement d'y répondre, en tenant compte de tous les éléments, autorisations ou interdits qui viennent d'être explicités pour pratiquer les deux, indépendamment. **Je serais enclin à pencher pour un exercice exclusif, en tant qu'ostéopathe ayant un pré requis de masseur kinésithérapeute (MKO), mais que cela apparaisse clairement comme une spécialisation**, comme cela peut être pour un médecin. Il est en revanche inconcevable que les actes d'ostéopathie soient pris en charge sous couvert d'autres actes, cela relevant outre de l'éthique, du domaine pénal! (fraudes à l'encontre de la sécurité sociale).

XIII. Questionnement éthique avec l'accès aux études et le devenir professionnel

Pléthore d'étudiants s'inscrivent dans cette formation avec des études plus ou moins longues, pouvant atteindre cinq ans ; pour rappel, les textes prévoient 2600 heures. Les écoles (l'enseignement est libre) dispensent jusqu'à 4500 heures ; au nom de quelle éthique laisse-t-on faire ? Aucune restriction (numerus clausus, quotas) n'existe ; certaines écoles se permettent de faire des choix sur des critères qui leurs appartiennent... Pour beaucoup d'étudiants, cette orientation résulte d'un échec aux examens ou concours d'entrée auprès de professions médicales ou paramédicales, (il ne faut pas y voir une dévalorisation pour ces élèves), avec le désir de rester dans des métiers de soin. Pour d'autres, c'est en première intention. Enfin, ce peut être une reconversion, à partir d'une autre profession ou métier, aucune restriction n'existe dans ce domaine. Toutes les écoles sont payantes (avec des coûts prohibitifs pour certaines) et ne peuvent être réservées qu'à une infime partie de la population.

Concernant l'accès à la formation pour un masseur-kinésithérapeute qui, selon les décrets, peut se faire également lors d'un DU en université de médecine, comment se fait-il que des dossiers de DU parfaitement montés soient refusés ? Un dossier de ce type présenté à Limoges, projet soutenu par un chef de service agrégé, membre de l'académie de médecine, n'a pas été retenu ?

Quant au devenir professionnel, le nombre exponentiel d'étudiants formés, sans limites, exceptées financières, risque de poser la problématique de pouvoir en vivre décemment. Il n'est pas rare de trouver, sur des sites, des publicités vantant les mérites comparatifs de traitements ostéopathiques, faisant même des prix promotionnels, comme une banale activité commerciale, sauf à dire que ces actes ont été exonérés de TVA... et que l'on parle (article 10 page 22) de prestataires ou de prestations de services, ajoutant à la confusion. A l'opposé, des consultations, à prix exorbitants, peuvent être proposées et ne relèvent en rien du tact et mesure éthique et déontologique.

☺ La preuve que la lune est habitée : il y a de la lumière. (Francis Blanche)

XIV. Conclusion et propositions : les enjeux éthiques

Il est urgent qu'une réflexion sur l'exercice de l'ostéopathie soit mise en place. Si l'on doit considérer que l'éthique doit donner du sens à nos actions, il est clair que les pratiques de l'ostéopathie engendrées par les décrets, ne satisfont ni peu ni prou et plutôt moins que plus, les professionnels qui l'exercent. Il n'y a qu'à lire ou écouter l'ensemble des institutions représentatives ou associations de professionnels ou de défense des patients pour s'en rendre compte. Peut être serait il possible d'envisager de prendre avis auprès du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) ?

Il semblerait que le législateur, lors de leurs présentations, en ne tranchant pas, a surtout souhaité ne pas heurter, pour certains, et faire du politiquement correct pour d'autres. Comment a-t-il pu laisser développer des pratiques qui ne peuvent être légitimement équitables et éthiques pour certains actes ? Comment peut-on donner légalement les possibilités d'exercice d'une profession sans la reconnaître comme telle ? Sans l'avoir définie ? Il y a ici un manque, un vide juridique que l'éthique se doit de souligner.

Il serait souhaitable, que dans notre bonne France, la demande sans cesse croissante depuis de nombreuses années par les patients de médecines non-conventionnelles (parlement européen) ou traditionnelles (organisation mondiale de la santé) se concrétise enfin par une reconnaissance de celles ci. D'après l'OMS, les Médecines Complémentaires regroupent « des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux, qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle ».

Pour cela, la barrière concernant la nécessité absolue de passer par des études de médecine devrait être levée. L'accès aux traitements ostéopathiques ne doit pas être celui d'une médecine du bien-être réservée à une population; comment peut on continuer à séparer le bien être de la santé, comme si le bien être était une addiction à celle-ci ?

☺ **Quand on a la santé, c'est pas grave d'être malade (Francis Blanche)**

Concernant plus précisément l'ostéopathie, je pense que nous devrions aller dans le sens d'une complémentarité avec la médecine classique ; il est hors de propos de se substituer à la médecine conventionnelle. Les médecins ont leur diagnostic médical, les kinésithérapeutes ont obtenu (1996) la possibilité d'un diagnostic, les ostéopathes doivent postuler légalement au diagnostic ostéopathique spécifique incluant le diagnostic différentiel

ostéopathique. La complémentarité des soins, la coopération des différents acteurs de la santé dans l'intérêt du patient doit être un principe éthique ; le soignant (soit niant) et le soigné (soit niais) demandent une meilleure lisibilité.

Que l'accès aux études ne soit pas basé principalement sur des ressources financières. Il serait souhaitable de développer un cursus de « médecine ostéopathique » avec un enseignement à l'Université au titre des médecines non conventionnelles (en dehors des DIU ou DU concernant la faculté de médecine), avec pour finalité un diplôme reconnu au niveau Master 2. Une recherche digne de ce nom pourra être instaurée. Les « écoles privées », qui pourraient signer des conventions avec ces mêmes universités, devraient également mieux se fédérer et penser avant tout à l'éthique plutôt qu'à la rentabilité ; pour mémoire, certaines forment des étudiants à la fois en formation initiale et en continue sous des appellations différentes. Il n'est pas rare également de constater que certaines d'entre elles viennent d'être rachetées par des groupes financiers, par exemple dans l'agro alimentaire ; pour retomber dans les mêmes travers ?

☺ *Appuyez vous sur les principes, ils finiront bien par céder. (Oscar Wilde)*

Que le contenu des cours soit revu, autant sur les matières enseignées que sur la répartition des heures, entre la théorie et la pratique. Qu'une législation appropriée pour les enseignants-formateurs en ostéopathie puisse déboucher sur un statut, ce qui n'est pas le cas actuellement. Que l'exercice salarié de l'ostéopathie par des professionnels soit pleinement reconnu et développé, permettant aux patients de bénéficier de traitements qui pourront être dispensés d'une manière officielle, (et non sous couvert d'autres soins), dans les centres antidouleur, des soins palliatifs, en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, gériatrie, oncologie, addictologie, etc. ... Que la situation professionnelle de tous ces jeunes qui arrivent sur le marché du travail, pour les raisons évoquées dans ce mémoire, ne pouvant subvenir à leurs besoins et faisant fi de l'éthique qui était leur, ne soient pas mis en difficultés dès l'accès aux études ; que pouvons-nous répondre à un conseiller technique ministériel, qui lors de l'élaboration de ces décrets, avait laissé entendre, pour des raisons corporatistes, qu'« on les casserait par le nombre ». Osons espérer que ce risque de paupérisation ne soit pas voulu... Il serait peut être nécessaire de réfléchir à des passerelles avec d'autres professionnels de santé, tant on sait que nous avons besoin de personnel soignants dans divers secteurs.

Je ne reviendrai pas sur la nécessité de développer les modules de cours d'éthique dans les études, et lors de la formation continue obligatoire, afin d'être en adéquation avec l'actualité ; d'aider à la mise en place effective de comités d'éthique en exercice libéral, selon la volonté de créer des espaces éthiques régionaux (rapport Cordier), même s'il y a possibilité de consulter les comités d'éthique des CHRU où ils existent.

Je cite Comte-Sponville : « Ainsi l'éthique est un travail, un processus, un cheminement : c'est le chemin réfléchi de vivre, en tant qu'il tend vers la vie bonne, comme disaient les Grecs, ou le moins mauvais possible, et c'est la seule sagesse en vérité ».

Le chemin pour l'ostéopathie?

RESUME

A travers ce mémoire, j'ai souhaité montrer les difficultés éthiques rencontrées dans mon exercice quotidien vis-à-vis du patient et de la pratique de l'art ostéopathique.

L'ostéopathie devrait être reconnue comme une médecine et par la même c'est la reconnaissance des médecines dites non conventionnelles qui doit être d'actualité.

Soit on lui reconnaît les services de santé publique que la population lui prête et on la considère comme une profession de santé ; soit on lui dénie ces principes et on la réoriente vers les sciences humaines.

Les décrets d'application parus en 2007, devraient être analysés suite à ces nombreux questionnements éthiques : accès aux études, contenu de celles-ci, niveau de sortie, qui doit être reconnu à un degré minimum Master 2, avenir professionnel des impétrants.

SUMMARY

Through this report, I wish I shown the ethical difficulties met in my daily exercise towards the patient and towards the practice of the osteopathic art.

The osteopathy should be recognized as a medicine, and other "non-conventional medicines" recognition should be a topical question.

Either we recognize its public health services, and so we should consider osteopathy as a health occupation ; or we don't recognize them, and so we should classify it in social sciences.

Application decrees appeared in 2007, should be analyzed through these numerous ethical questionings: access to studies, contents of these ones, output level (which should be recognized by a minimum Master 2 level), professional prospects.

XV. Bibliographie ; cours ; lois ; rapports ; revues ; sites

➤ **Cours :**

- de base de bioéthique section1 : syllabus programme d'éducation en éthique Secteur des sciences sociales et humaines Division de l'éthique des sciences et technologies UNESCO 2008 version 1.0

➤ **Livres**

- AUBRY Jean-Pierre : « L'étonnante mémoire du corps » Editions du Rocher 2002

- BARRAL J-P et MERCIER P: «Les manipulations viscérales » MALOINE 1983

- BOCHURBERG Claude : « La Main ou la promesse d'une parole-geste » éditions A.J.Presse 2003

- BOURDIEU Pierre (sous la direction): « La Misère du Monde » - François BONVIN -Le malade objet 1998

- COMTE-SPONVILLE : « dictionnaire philosophique » Perspectives critiques PUF 2001

- DELASSUS Eric : « De l'Ethique de Spinoza à l'Ethique Médicale » Presses Universitaires de Rennes 2011

- FISCHER Michel, ERIEAU Benoit : « Thrust, sémiologie, imagerie » indications en ostéopathie vertébrale » Masson 2009

- ISSARTEL L et M : « L'ostéopathie exactement ». R. LAFFONT. 1983

- KAHN Axel : « Un type bien ne fait pas ça... : Morale, éthique et itinéraire personnel » Nil 2010

- LE CORRE François et TOFFALONI Serge : « L'Ostéopathie » que sais-je ? PUF 1996

- LES GRANDES QUESTIONS DE LA PHILO : Textes réunis et présentés par Marie-Reine MORVILLE Maisonneuve et Larose 1998

- ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES : « Le référentiel du masseur-kinésithérapeute et du masseur-kinésithérapeute-ostéopathe » Editeur CNOMK 2012
- POMEY-REY Danièle : « La peau et ses états d'âme » Hachettes Littératures 2002
- RICARD F et SALLE JL: «Traité théorique et pratique de médecine ostéopathique » R. JOLLOIS. 1994.
- RICHARD Raymond : « Ostéopathie gynécologique fonctionnelle » Imprimerie Lips 2001
- ROBARD Isabelle : « Médecines non-conventionnelles et droit » Litec 2002
- ROBERT Maurice : « Magie, sorcellerie et guérissage en Limousin » L Souny 2003
- SCHAAL Jean-François : « Le Corps » Cours Préparation HEC Ellipses 1993
- SOLANO Raymond : « Le nourrisson, l'enfant et l'ostéopathie crânienne » Sully 2010
- STILL Andrew Taylor: « Autobiographie » Éditions SULLY 1998
- TOUSTAIN Jérôme: «Les racines de l'ostéopathie dans la médecine antique » ProEdit Marseille 2006

➤ **Loi :**

- Article 75 loi n° 2002-303 JO 4 Mars 2002
- Article L.1111-2 de la loi du 4 Mars 2002 publié dans le code de la santé publique et Article L.1111-4

➤ **Revue :**

- ETHIQUE et SANTE (2011) 8, 63-68 Médecine narrative et éthique narrative en Amérique du Nord : perspective historique et critique. A la recherche d'une médecine humaniste M.DION-LABRIE, H.DOUCET.
- « HUMANISME » revue N° 276 Mars 2007 du Grand Orient de France : dossier Ethique et Bioéthique. [www. Conform-edition.com](http://www.Conform-edition.com)

➤ **Rapports :**

-Benchmarks for training in osteopathy :

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17555en/s17555en.pdf>

http://www.erop.org/eropnews_122010.pdf

- Bertrand Ludes sur le site :

http://osteopathie-france.net/images/pdf/decret/rapport_ludes.pdf

➤ Site :

- <http://www.osteopathie-France.net>