



Les éléments présentant des risques éthiques dans la relation thérapeutique ostéopathique

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathe D.O
Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie

Louis PARIZET

Tuteurs : Professeur Jean-Marie GUEULLETTE
Mme Marjolaine DEY, ostéopathe D.O.

8 Mars 2013 - CEESO Paris

Certificat d'originalité du travail

« Je soussigné Louis PARIZET, atteste que le présent mémoire est le fruit de mes propres travaux de recherches bibliographiques. Ce mémoire est authentique et n'a pas été antérieurement présenté pour l'acquisition du diplôme d'ostéopathe ou de quelque grade universitaire que ce soit. »

Remerciements

Je tiens à remercier le Pr GUEULLETTE et Mme DEY, pour les conseils et le soutien qu'ils m'ont apportés.

Merci également à l'équipe du Centre Interdisciplinaire d'Éthique de l'université de Lyon pour son accueil et sa disponibilité.

Je ne peux pas oublier bien entendu de remercier Dominique, Gilles, Isabelle, Raphaëlle, Simon, Grégory et Lucie pour leur soutien tout au long de mes études et leur accompagnement dans ce travail.

TABLE DES MATIERES

Certificat d'originalité du travail.....	2
Remerciements.....	2
INTRODUCTION.....	4
ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA RELATION.....	6
Entrée dans la relation.....	6
La distance des médecins envers le patient.....	7
Le consentement éclairé.....	9
La bonne présence.....	11
REPÈRES POUR LA RELATION PATIENT-PRATICIEN.....	12
Une nécessité pour la relation.....	13
Les principes de l'éthique biomédicale.....	14
Préceptes de la sagesse pratique médicale.....	15
TROIS ASPECTS COMPLEXES.....	15
Attentes non adaptées du patient.....	16
Le principe d'autonomie critiqué.....	17
Questions autour de l'argent.....	18
LES RISQUES ÉTHIQUES EN OSTÉOPATHIE.....	20
Une relation thérapeutique.....	20
La bonne présence.....	21
Attentes non adaptées du patient.....	22
La norme, une nécessité pour la relation.....	23
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	27
ABSTRACT.....	30

INTRODUCTION

Dans le cadre de la recherche en ostéopathie, de nombreux travaux sont faits afin de prouver l'efficacité d'une technique, d'évaluer une prévalence de dysfonctions somatiques chez telle ou telle population, mais très peu porte sur la relation entre le patient et l'ostéopathe. En effet, beaucoup de questionnements se posent aux thérapeutes sur la manière de prendre en charge leurs patients. Du fait de l'absence d'unité de la profession, il n'y a pas de règles communes à tous les ostéopathes et de ce fait, peu de repères éthiques et déontologiques pour les thérapeutes, s'ils n'adhèrent pas à une institution possédant déjà un code de déontologie. Cette revue de littérature a pour finalité d'identifier les éléments présentant des risques éthiques dans la relation patient-praticien en ostéopathie et de proposer un moyen de diminuer ces risques. Ce mémoire de fin d'étude n'est pas exhaustif mais propose une piste de réflexion sur ce sujet.

En raison de la faible quantité de publications sur ce sujet spécifique, ce mémoire s'appuiera entre autres sur de la littérature médicale et portera une attention particulière aux aspects propres à toute relation de soin. Par la suite, des aspects spécifiques à l'ostéopathie seront étudiés.

En sciences humaines, l'autorité d'un texte ou d'un auteur ne se mesure pas par un *impact factor* ou des statistiques, mais par la reconnaissance d'autres auteurs comme un texte ou un auteur de référence (comme Ricœur, Lacan, Balint, Hirsch...). Ainsi dans ce mémoire, les références ne seront pas nécessairement des articles parus récemment dans une revue reconnue mais aussi des ouvrages, des publications légitimée par tous ou un texte majeur sur le sujet.

Pour ce mémoire, la recherche d'articles ou de références s'est effectuée principalement sur la base de données bibliographiques avec recherche en plein texte du Centre Interdisciplinaire d'Éthique de l'université catholique de Lyon réunissant plus de huit cents articles sur l'éthique et l'épistémologie des médecines alternatives. D'autre part, d'autres références ont été recueillies par recherche manuelle.

L'objectif de ce mémoire est de mettre en évidence les aspects de la relation entre patient et ostéopathe engendrant un risque éthique. Le travail de recherche bibliographique s'est avéré difficile car il y a très peu de littérature sur l'éthique en ostéopathie. Pour cela, dans un premier temps, ont été analysés les aspects communs à toute relation entre un pa-

tient et un thérapeute. Cette quête s'est principalement appuyée sur les travaux faits sur l'éthique biomédicale et sur des travaux philosophiques concernant la relation patient-praticien. Cette étape a permis d'aborder de manière descriptive la relation en mettant en exergue les éléments constituant la relation. Ce travail de recherche n'a pas de visée descriptive mais il se situe dans le registre de l'éthique. Paul Ricœur la définit comme « la visée de la vie bonne avec et pour les autres, dans des institutions justes¹. » L'auteur parle donc de « visée », désir dans lequel le sujet s'engage en tant qu'acteur des choix qu'elle nécessite. Elle entraîne une remise en question permanente, parce qu'elle ne peut jamais être considérée comme atteinte. Ainsi, lors d'un travail de recherche en éthique, il ne s'agit pas de fournir des protocoles de bonne conduite mais de proposer une réflexion afin de nourrir cette visée de la *vie bonne*. Il inscrit également l'éthique dans une dimension sociale, il précise que cette vie n'est bonne que si elle l'est pour tous les acteurs de la relation. La recherche ne va donc pas porter uniquement sur le bien du patient mais aussi sur le bien du thérapeute et de la société. Ricœur propose enfin une définition de l'éthique qui est inscrite « dans des institutions justes ». Celles-ci permettent d'apporter des repères objectifs à l'éthique qui, elle, en est la finalité. Pour parvenir à cette finalité de la vie bonne, ce cadre imposé par les institutions permet d'établir des normes communes nécessaires à la vie « avec et pour les autres ». Ainsi nous nous attarderons sur les repères dont disposent les thérapeutes pour la prise en charge d'un patient.

Trois dimensions feront l'objet d'une étude plus spécifique car elles sont caractéristiques de certains aspects complexes de la relation.

Pour finir, nous analyserons des éléments de la relation entre un patient et un thérapeute dans le cadre de la pratique ostéopathique. Nous compléterons le travail déjà effectué sur les aspects communs à toutes les thérapies par une étude des éléments spécifiques à l'ostéopathie.

¹ P. RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 202.

ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA RELATION

Dans cette partie, nous étudierons la relation entre le patient et un thérapeute, nous analyserons les différents éléments qui la composent en portant spécialement notre attention sur ses aspects éthiques. Il semble logique de commencer par étudier le déroulement de l'entrée dans la relation. Ensuite, nous nous attarderons plus particulièrement sur la distance des médecins dans les rapports médecin-patient afin d'en identifier la finalité. Dans une troisième partie, nous analyserons l'origine de l'aspect dissymétrique de la relation entre un thérapeute et son patient. Par la suite, nous envisagerons la notion de « consentement éclairé » et son impact. Pour finir, nous étudierons la notion de « bonne présence » proposée par Emmanuel Hirsch dans le cadre de la relation thérapeutique.

Entrée dans la relation

Les attentes du patient

Lors de la rencontre entre un patient et un thérapeute, le patient présente une demande d'aide dans le registre de la santé. Cependant, il arrive souvent que, derrière ce motif de consultation explicite, se cache une requête d'écoute, ou des attentes plus ou moins adaptées à la thérapeutique. Cette demande d'aide est parfois plus de l'ordre de l'affectif, du social, etc.

Notion de médecin médicament

Michael Balint a mis en évidence dans ses écrits la notion de médecin-médicament, expliquant à travers divers exemples que le simple fait de consulter un thérapeute était en-soi un traitement : « La discussion a vite montré - et sans doute n'était-ce pas la première fois dans l'histoire de la médecine - que le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. Autrement dit, ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris². » La relation entre le thérapeute et le patient fait intrinsèquement partie du traitement du patient, et lorsque celle-ci s'avère bénéfique, ce qui n'est pas toujours le cas, on peut alors la définir comme une relation thérapeutique.

2 M. BALINT, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 2003, p. 9.

Le pacte de confiance chez Ricœur

Paul Ricœur, philosophe du xx^{ème} siècle, développe la notion du pacte de confiance³ qui se crée lors de la rencontre entre le patient et le thérapeute, il précise que « le désir [du patient] d'être délivré du fardeau de la souffrance, l'espoir d'être guéri constituent la motivation majeure de la relation sociale⁴ ». Ce pacte engage chacun des protagonistes de la relation : le thérapeute s'engage à suivre son patient dans sa maladie, et à mettre en œuvre les moyens afin de le soulager de ses symptômes. D'autre part, le patient s'engage à observer les conseils de son thérapeute et le protocole de traitement. Cette promesse tacite constitue une alliance du thérapeute et du patient contre la maladie.

La distance des médecins envers le patient

Le terme de distance est souvent utilisé dans le cadre de relation thérapeutique. Nous allons donc étudier ces implications dans la relation et les impacts que la distance engendre sur les protagonistes de cette relation. Ensuite, nous analyserons la notion que propose Emmanuel Hirsch qu'est la bonne présence, qui permet de mieux cerner les enjeux autour de la distance médicale.

L'exclusion du sujet

Lors de la relation patient-thérapeute, on observe souvent l'exclusion du patient de la relation pour tendre à une relation thérapeute-maladie. À la suite de Jacques Lacan, Jean- Pierre Lebrun explique que « lorsque le médecin entend un patient parler de sang dans les urines, il entend ce symptôme comme un signe, c'est-à-dire comme ce qui représente quelque chose (la maladie) pour quelqu'un (le médecin), et non comme un signifiant, à savoir comme ce qui représente le sujet, pour un autre signifiant. Dans son activité de médecin, ce dernier réduit le symptôme à un signe et de ce fait exclut le sujet⁵. » Il précise par la suite que le fait de tendre à écarter les paramètres subjectifs de la maladie afin de la traiter permet de gagner en efficacité, mais il ne s'agit plus de relation patient-praticien. Ce n'est plus le patient que le thérapeute prend en charge mais la maladie. Jean-Marie Gueullette développe aussi cette idée en expliquant que aujourd'hui, « ce n'est plus le médecin, tel médecin, qui guérit, mais le protocole qui s'avère efficace. La relation médecin-malade apparaît comme bien secondaire dans une telle conception de la méde-

3 P. RICŒUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, décembre 1996, p. 227-243.

4 *Ibidem*.

5 J. P. LEBRUN, *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993, p. 47.

ciné⁶. » On constate donc une tendance de la médecine à faire abstraction du patient pour pouvoir mieux traiter la maladie, mais cela va à l'encontre de la mission sociale qu'ont les thérapeutes. De plus, Ricœur⁷ et Hirsch⁸ développent la détresse des patients dans leurs expériences de la maladie lorsque les soignants ne s'intéressent pas à leurs situations mais à leurs constantes, leurs signes cliniques, etc.

Cela nous permet de mettre en évidence le fait que dans la relation patient-praticien, il y a une entité supplémentaire : la maladie.

Une relation à trois acteurs

Gueullette met en exergue⁹ l'apparition de ce troisième protagoniste dans la relation patient-praticien qu'est la maladie. Celle-ci est en effet un acteur dans cette relation et fait apparaître une relation triangulaire entre patient, praticien et maladie. La mise en évidence de cette relation à trois acteurs permet de mieux comprendre l'isolement du patient dans sa démarche, lorsque le thérapeute met une distance excessive entre lui et le patient sous couvert d'objectivité et qu'il ne s'intéresse qu'à la maladie.

Il met également en avant la tendance actuelle d'objectivation des symptômes d'un patient en se fiant uniquement à des données mesurables (signes vitaux...) sans se soucier de la personne qui vit cette maladie¹⁰. Si le thérapeute doit garder des références scientifiques, il doit aussi prendre en compte cette expérience que vit le patient car si son discours reste purement scientifique et statistique comme l'est celui du chercheur, il entretient l'exclusion du malade de la relation.

La dissymétrie de la relation

Souvent mis en avant comme le premier des éléments qui engendre un risque éthique, la dissymétrie de la relation est inévitable. Afin d'en comprendre les aspects, ses origines doivent être étudiées.

L'asymétrie dans la rencontre clinique

Patrick Verspieren décrit ce qu'il appelle la rencontre clinique entre le patient et le thérapeute. Le patient se présente avec une souffrance (l'auteur parle « d'humanité bles-

6 J. M. GUEULLETTE, « Le pouvoir de guérir : une manière de dépasser l'opposition entre pouvoir médical et autonomie du patient ? », *Cahiers philosophiques*, 2^{ème} trimestre 2011, n°125, p. 80-88.

7 P. RICŒUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, Décembre 1996, p. 227-243.

8 E. HIRSCH, *L'éthique au cœur des soins*, Paris, Vuibert, 2006.

9 J. M. GUEULLETTE, « Le pouvoir de guérir : une manière de dépasser l'opposition entre pouvoir médical et autonomie du patient ? », *Cahiers philosophiques*, 2^{ème} trimestre 2011, n°125, p. 80-88.

10 J. M. GUEULLETTE, « La maladie n'est pas un problème », dans J. M. BOLES et P. DAVID, *La finalité de la recherche biomédicale : vers un arraisonnement de l'être humain*, Montpellier, Sauramps Médical, 2010, p. 141-148.

sée¹¹ ») devant un thérapeute qui, par son statut, a pour but de l'aider à la vaincre. Ainsi, la rencontre clinique permet l'établissement d'un lien de confiance et de solidarité entre les deux acteurs contre la maladie. Verspieren fait donc état d'une asymétrie intrinsèque à la rencontre clinique, entre le patient en demande d'une guérison et le thérapeute qui, par son mandat social, a la volonté et les capacités d'apporter une aide au patient.

L'aspect dissymétrique du niveau prudentiel

Ricœur décrit¹² la relation thérapeutique comme relevant de plusieurs niveaux de jugement : tout d'abord le niveau *prudentiel*, correspondant à la faculté de jugement d'une situation particulière d'un patient avec un thérapeute. Ensuite, le niveau *normatif* ou déontologique qui permet d'inscrire ces jugements individuels dans des normes, des codes communs. Cela inclut les lois communes à une société mais aussi les normes propres à une profession. Et enfin, le niveau *réflexif* qui a pour but de légitimer les jugements prudentiel et déontologique. Nous prêterons une attention particulière au niveau prudentiel, car c'est à ce niveau de jugement que l'aspect thérapeutique de la relation a lieu.

L'auteur décrit le pacte de confiance entre les deux protagonistes de la relation comme intrinsèquement dissymétrique, avec d'un côté le thérapeute « qui sait et sait faire » et de l'autre « celui qui souffre ». Ce pacte met le patient dans une situation de grande vulnérabilité car, en agissant ainsi, il reconnaît qu'il a un problème, et qu'il n'arrive pas à le régler par lui-même. Enfin, il admet la capacité du thérapeute à le résoudre. Ainsi, nous avons dans cette relation une dissymétrie importante entre le patient qui rencontre le thérapeute avec une demande, celle de résoudre son problème, et le thérapeute qui vient en aide au patient vulnérable.

Le consentement éclairé

Le consentement éclairé, élément phare de la liberté du patient, joue un rôle important dans la relation entre patient et thérapeute. Cet aspect de la relation n'est pas si simple que cela, nous verrons donc quelles sont les implications éthiques que le consentement éclairé engendre sur la relation patient-praticien.

Le consentement éclairé, état actuel de la loi

Le consentement éclairé est régi actuellement par la loi de 2002 stipulant que le thérapeute doit « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et

11 P. VERSPIEREN, « Malade et médecin, partenaires », *Études*, n°4021, Janvier 2005, p. 27-38.

12 P. RICŒUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, Décembre 1996, p. 227-243.

les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension¹³. » Elle précise que le consentement doit être libre, révocable et éclairé. De plus, la loi précise que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.¹⁴ » Cet article précise donc que le consentement doit être requis avant tout acte de soin et pas seulement pour les actes relevant d'ordre médicaux. On pourrait donc admettre qu'il est aussi valable pour une prise en charge ostéopathique.

Critique de la loi de 2002 sur le consentement

Verspieren dénonce¹⁵ un caractère excessif de la loi de 2002, lorsqu'elle précise que « si la volonté de la personne [malade] de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables¹⁶ ». L'auteur critique l'aspect absolu de cette formulation. Celle-ci ne respecte pas un des principes majeurs de l'éthique biomédicale qu'est le respect de l'autonomie du patient. Le consentement est la mise en œuvre du principe d'autonomie, mais le caractère absolu de cette formulation va à l'encontre de ce principe car ce « tout » n'a aucune limite et légitimerait la négation de la liberté du patient.

Le consentement n'a de sens que si le refus est possible

Isabelle Pariente-Butterlin explique que la loi de 1988 avait déjà permis au patient de devenir acteur dans la relation patient-praticien : elle précise que le but de cette loi est de « redonner une part active au malade qui n'était plus simplement un patient mais un acteur à part entière du processus curatif¹⁷ ».

D'autre part, elle souligne que « Le malade n'est donc pas simplement censé être confiant : le respect de sa dignité passe par son consentement aux soins qui lui sont dispensés (...). On a pensé pouvoir assurer le respect de sa dignité par son consentement ». Ainsi le rôle de cette loi est de protéger le patient du paternalisme médical en le rendant acteur de la relation, en prenant part à son traitement. Cette loi a donc servi à œuvrer pour l'autonomie et la dignité du patient.

13 Loi du 4 mars 2002, article L1111 -4.

14 *Ibidem*.

15 P. VERSPIEREN, « Malade et médecin, partenaires », *Etudes* n°4021, janvier 2005, p. 27-38.

16 Article L 1111-4, alinéa 2, du Code de la santé publique, selon les termes de la loi du 4 mars 2002.

17 I. PARIENTE-BUTTERLIN, « La relation du patient et du médecin : confiance, contrat ou partenariat ? », *Esprit*, mai 2002, p. 87-101.

La bonne présence

Comme nous l'avons vu précédemment, le bien, l'autonomie et la dignité du patient sont au cœur de la réflexion éthique dans la relation thérapeutique. Hirsch nous propose ici la notion de bonne présence. Afin de mieux la comprendre, nous analyserons dans un premier temps la présence dans la relation, puis en quoi cette présence peut être bonne.

La présence

En ostéopathie, la notion de distance est complexe : nous avons un rapport physique avec le patient de l'ordre du corps à corps, mais cette mise en place de la distance dans la relation thérapeutique est surtout verbale. Bien que le patient soit en sous vêtement, allongé sur la table et parfois dans nos bras, la distance dans la relation (sur le plan verbal, intellectuel ou émotionnel) peut être intime, personnelle, sociale ou publique¹⁸. Cette terminologie de la distance, dite proxémie, a été définie par Edward Hall. Il définit dans un premier temps la distance intime qui correspond au corps à corps, celle-ci est du registre de l'affect intime, du baiser, du chuchotement. Ensuite, vient la distance personnelle correspondant à une distance de cinquante centimètres à un mètre qui correspond d'avantage à celle réservée aux relations amicales. La distance sociale s'applique aux connaissances et correspond à un éloignement de un mètre à trois mètres cinquante. Enfin, Hall définit la distance publique, tenant du discours à une foule, dont la distance est de l'ordre de plusieurs mètres.

On pourrait donc parler ici de distance physique, et de distance intellectuelle ou émotionnelle qui sont bien évidemment très liées.

Dans la pratique ostéopathique, la distance intime est intrinsèque, nous avons besoin pour traiter le patient de le toucher, et donc d'avoir une distance physique de l'ordre de l'intime. Même si la distance d'ordre émotionnel n'est pas sur le même registre, il est impossible de les dissocier totalement, l'une influence l'autre. L'aspect psychologique ou émotionnel influence nécessairement le toucher de l'ostéopathe.

La bonne présence

Lorsque certains parlent de bonne distance dans la relation patient-praticien, Hirsch préfère parler de « bonne présence ». Cette distinction est très intéressante car dans le terme de bonne *distance*, cela met le thérapeute au centre du sujet, alors que lorsque l'on parle de bonne *présence*, l'attention est portée sur le patient, et cela rejoint l'essence même

18 E. HALL, *La Dimension cachée*, Paris, Seuil, 1984.

de la relation thérapeutique. On peut faire la même analogie entre les termes de relation « médecin- malade » et « patient-praticien ». Dans le premier cas, le médecin est mis en avant et dans le deuxième, c'est le patient.

Hirsch définit la bonne présence comme « la capacité d'être attentif à l'autre, en gardant bien à l'esprit que l'on ne saurait par exemple se substituer à lui ou à sa famille. La posture doit rester professionnelle, même si l'on sait qu'il arrive parfois qu'un malade n'ait plus de famille¹⁹ ». La question est donc d'accompagner le patient dans sa maladie, d'être présent et de trouver une juste place dans cette relation. En effet, comme l'explique Hirsch, il ne s'agit pas de vouloir se substituer à l'empathie que lui témoignent ses proches et d'être dans le registre émotionnel mais, en restant dans le cadre de la relation thérapeutique, d'être présent pour le patient de manière professionnelle et de l'accompagner dans les épreuves de sa maladie. Pour que cette présence soit bonne, il est nécessaire d'œuvrer pour le bien du patient et son autonomie, mais il faut que le praticien y trouve lui aussi son bien, sinon elle ne pourra pas être qualifiée de bonne au sens où l'entend Hirsch.

La mise en place de la bonne présence

Cette bonne présence se met en place tout au long de la relation avec le patient et pas seulement dans l'acte thérapeutique, pendant la consultation. Dès l'appel téléphonique ou la prise de rendez-vous, le thérapeute doit être dans une attitude bienveillante, professionnelle et attentive à son interlocuteur. Cette bonne présence n'est jamais totalement acquise, elle nécessite un questionnement régulier de la part du thérapeute. Il peut être soumis à des pairs ou dans le cadre d'une supervision psychologique afin que le thérapeute puisse prendre du recul vis à vis de cette relation. Ce regard extérieur auquel le thérapeute soumet son expérience assure une bonne présence au patient, au thérapeute et à la société mais aussi une liberté dans la relation.

REPÈRES POUR LA RELATION PATIENT-PRATICIEN

Dans le cadre de la relation entre un patient et un praticien, il est important d'avoir des repères. Nous verrons dans un premier temps pourquoi ceux ci sont nécessaires pour la relation, et quel est leur but. Ensuite, nous étudierons les principes de l'éthique biomédicale, principes d'éthiques essentiels dans la prise en charge d'un patient. Puis, nous analyserons ce que Ricœur appelle les préceptes de la sagesse pratique médicale afin d'en comprendre le sens et la finalité.

¹⁹ E. HIRSCH, *L'éthique au cœur des soins*, Paris, Vuibert, 2006.

Une nécessité pour la relation

Les différents niveaux de normes

Dans le cadre de la relation patient-praticien, la présence de repères est nécessaire. Dans le texte déjà étudié, Ricœur parle de *pacte de confiance*, d'*alliance contre la maladie*, mais il met aussi en avant *la défiance que peut avoir le patient envers le thérapeute*. Ces repères permettent de rassurer le patient sur la relation qui l'attend. La relation est en effet régie par différents niveaux de normes, des plus universelles au plus singulières.

Tout d'abord les normes internationales comme le respect des droits de l'homme, mais aussi nationales comme la loi.

Les repères d'ordre culturel aident aussi très nettement à la construction de cette relation : en effet les barrières linguistiques, culturelles, religieuses ou symboliques ne facilitent pas l'établissement de cette relation.

La présence de repères communs, comme la connaissance du déroulement d'une consultation d'ostéopathie, favorise également la construction de cette relation. En effet si le patient a une croyance erronée au sujet de la thérapeutique à laquelle il a recours (un patient qui croit que le psychologue peut lui faire des semelles) cela ne facilitera pas l'établissement d'une relation entre le thérapeute et le patient.

La fragilité du niveau prudentiel

Le niveau prudentiel du jugement médical évoqué précédemment chez Ricœur²⁰ n'est pas sans fragilité : il se peut que le patient se méfie d'un abus de pouvoir du thérapeute ou d'un membre du corps médical, ou même suspecte que le thérapeute ne réponde pas à l'attente exprimée. Si l'attente ne correspond pas au type de thérapeutique souhaitée, ou bien si elle n'est pas d'ordre thérapeutique (Ricœur évoque entre autres le désir d'immortalité), naît une forme de fragilité qui ne vient pas seulement de la part du patient mais aussi de la part du thérapeute qui peut avoir tendance à considérer son patient comme un cas, à faire abstraction de l'aspect unique de la relation et, à tendre vers une objectivation inhumaine du corps de son patient.

Cette vulnérabilité du niveau prudentiel met en évidence un besoin de normes afin de donner des repères aux protagonistes de la relation afin que ces normes les inscrivent dans la société et dans des règles sociales. Il est en effet nécessaire de généraliser des normes communes à toute une profession, afin que chaque patient lors de la rencontre

20 P. RICŒUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, décembre 1996, p. 227-243.

avec un thérapeute sache que celui-ci va les respecter : ne pas lui nuire et faire tout son possible pour l'aider. La déontologie de la Fédération Française d'Ostéopathie précise que « Proposer une référence déontologique commune à toute la profession, c'est faire un pas en avant dans la protection des usagers, en leur garantissant qu'ils trouveront chez tout professionnel ayant reconnu la valeur normative de ce texte des comportements éthiques équivalents, et soumis à une possibilité d'évaluation²¹. »

Ricœur décrit²² également les fonctions des normes, et leur importance pour une profession. En effet, dans la relation patient-praticien, le pacte de confiance suscite une alliance des deux acteurs contre la maladie, mais cette alliance ne se situe qu'au niveau prudentiel du jugement médical. Ce pacte de confiance pourrait être assimilable à une relation d'ordre amicale. En effet, la discrétion est une autre caractéristique de l'amitié. Mais la relation entre un patient et son thérapeute étant inscrite dans un cadre institutionnel, elle répond à des normes. Ainsi, la différence entre la discrétion et le secret professionnel est que ce dernier est inscrit dans un cadre légal et sa violation relève d'une condamnation judiciaire.

Fonction identitaire des normes

Les normes permettent d'inscrire la relation entre le patient et le thérapeute dans une société, régie par des règles. Principalement sous formes d'interdictions, elles donnent des repères au thérapeute dans sa relation avec le patient. Elles lui permettent de savoir ce que sa profession l'autorise à faire et ce qui lui est interdit. Elle contribue à la connaissance pour les membres d'une même profession de ce qu'ils sont et de ce qui les définit. Les normes confèrent donc un aspect identitaire à leur profession.

Les principes de l'éthique biomédicale

Tom Beauchamp et James Childress ont développé²³ les principes de l'éthique biomédicale vers la fin des années 1970, leur ouvrage est aujourd'hui reconnu comme une référence en matière d'éthique biomédicale.

Non malfaisance

Le principe de non malfaisance, le fameux *primum non nocere*, implique que l'impératif premier pour tout thérapeute est de s'assurer que son action ne soit pas nuisible pour le patient.

21 Déontologie de l'ostéopathie, Fédération française de l'ostéopathie : <http://osteopathie-federation.org/actualites-federation-francaise-osteopathie/38-le-code-de-deontologie-de-la-ffo>, consulté le 05/11/2012.

22 P. RICŒUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, décembre 1996, p. 227-243.

23 T. L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1979.

Bienfaisance

Le principe de bienfaisance correspond à l'intention du thérapeute de faire le bien pour son patient, de mettre en œuvre les moyens de soulager le patient de ses maux.

Justice

Ce principe correspond aux droits de chacun d'avoir accès aux mêmes soins. Il intervient aussi lorsqu'un traitement aux résultats incertains mais financièrement lourds pour un patient, est financièrement préjudiciable pour un nombre important de patients. Ce principe a donc pour but d'intégrer la relation patient-praticien dans une dynamique de santé publique.

Autonomie

Le principe d'autonomie correspond au devoir du thérapeute d'œuvrer pour l'autonomie du patient et sa liberté d'action et de jugement.

Ces quatre principes de bioéthique doivent être présent dans toute prise charge thérapeutique afin que celle-ci soit la plus saine pour le patient et le thérapeute et la société.

Préceptes de la sagesse pratique médicale

Dans les préceptes de la sagesse pratique médicale énoncés par Ricœur, nous nous intéresserons particulièrement aux deux premiers.

Précepte d'unicité de la relation et d'insubstituabilité des acteurs

Ricœur²⁴ analyse tout l'unicité du patient : dans la relation de soin, le patient est unique et ne peut être substitué par un autre patient, du fait de son histoire, de ses croyances et de sa culture.

Précepte d'unité du patient

Le second précepte est celui de l'unité du patient, l'indivisibilité de la personne : il s'oppose donc non seulement à la conception d'un corps humain fragmenté lors d'une prise en charge, mais aussi au clivage entre le biologique, le psychologique et le social. Ricœur précise que le patient doit être traité dans son « intégralité ».

TROIS ASPECTS COMPLEXES

Dans notre recherche, trois aspects particulièrement complexes de la relation ont été choisis parmi d'autres. Il arrive souvent qu'un thérapeute se retrouve démuné devant une

24 P. RICOEUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, décembre 1996, p. 227-243.

demande à laquelle il ne peut répondre c'est pourquoi le premier point traite des attentes non adaptées du patient. Ensuite, le principe de l'éthique biomédicale qu'est l'autonomie du patient sera envisagé, ainsi que les différentes dimensions qu'il représente. Enfin, le dernier aspect complexe de la relation analysé sera les différentes questions autour de l'argent dans la relation. Ce dernier point proposera une réflexion autour de ce sujet afin d'en faire ressortir les enjeux éthiques.

Attentes non adaptées du patient

Jacques Lacan souligne que lors de la rencontre entre un thérapeute et un patient la demande du patient et ce qu'il désire ne sont pas nécessairement identiques : « il apparaît qu'il n'est pas nécessaire d'être psychanalyste, ni même médecin, pour savoir que, lorsque quiconque, notre meilleur ami, [...] nous demande quelque chose, ce n'est pas du tout identique et même parfois diamétralement opposé à ce qu'il désire^{24 25 26} ». L'attente du patient peut être adaptée au cadre de la thérapeutique, comme par exemple un patient lombalgique consultant un ostéopathe pour ne plus avoir mal au dos. Mais cette attente peut aller à l'encontre de la thérapeutique dans les situations où le patient se complait dans sa maladie, car elle lui apporte plus de bénéfices que de désagréments : des indemnités, une attention particulière de ses proches, un arrêt de travail, etc. Il peut donc y avoir contradiction entre la demande explicite du patient d'aller mieux et son désir inconscient de continuer à se complaire dans sa maladie. Enfin, l'attente peut être située hors du cadre de la thérapeutique : par exemple, un patient consultant un ostéopathe pour un abcès dentaire. Dans ce cas l'attente n'est pas dans le cadre de la thérapeutique concernée. L'attente du patient peut aussi être de l'ordre d'un désir utopique, Ricœur évoque le désir d'immortalité qu'éprouvent certains patients lors d'une rencontre clinique.

Il est du devoir de tout thérapeute de savoir entendre toutes ces attentes que présente son patient. Mais toute la dimension éthique réside dans la possibilité de ne pas répondre à cette attente. Pour cela, le thérapeute dispose de normes pour le guider dans son jugement, comme un code de déontologie, les principes de l'éthique biomédicale, etc. Ces normes ne lui dicteront pas le comportement à tenir comme le feraient des protocoles de conduite, mais lui donneront des éléments de réflexion sur ce qu'il juge bon pour une situation singulière.

25 *Ibidem*.

26 J. LACAN, *Conférence et débat du Collège de Médecine à la Salpêtrière. Cahiers du Collège de Médecine 1996*, pp. 761.

Le principe d'autonomie critiqué

Parmi les principes de l'éthique biomédicale, le principe d'autonomie est assez polémique, il suscite des réactions divergentes dénonçant une forme de paternalisme et d'isolement du patient. Nous nous attardons donc sur ce point afin de mieux comprendre ce principe et de constater ses conséquences sur la relation entre un patient et un thérapeute.

La notion de maladie « disease » et la distance des thérapeutes

Comme nous l'avons vu précédemment, l'isolement des patients dans leur expérience de la maladie peut engendrer une grande souffrance. Ici, Gueullette aborde la différence de conception entre la maladie *disease* et la maladie *illness*²⁷. Afin d'être soucieux d'objectivité et de rigueur dans leur recherche, les chercheurs tentent de manière générale de prendre le plus de distance possible vis-à-vis du malade afin de gagner en impartialité et de considérer la maladie comme un concept abstrait. Il y a donc une dissociation du malade et de la maladie. Gueullette distingue cette notion de la maladie comme *disease* et la conception de la maladie, *illness*, correspondant au vécu du patient, à l'expérience de la maladie²⁸.

Aujourd'hui, la recherche médicale tend à son objectivation afin d'avoir une meilleure connaissance technique, à établir des protocoles plus efficaces mais cette conception réduit le patient à sa propre pathologie : il ne s'agit plus que d'une relation entre la maladie et le thérapeute. Cela aboutit à un abandon du patient, un isolement dans la maladie malgré la prise en charge.

La vulnérabilité du patient dans la maladie

Hirsch explique l'opposition qu'il a constatée entre le discours médical et celui de l'expérience de la maladie. En effet, l'espace de réflexion que constitue le *staff* médical, lorsque les médecins échangent sur les différents cas qui leurs posent problèmes, est un lieu où le patient est rarement considéré dans son humanité mais avec une distance importante où il est question de stratégie de soins, et où la décision du traitement à suivre est prise sans le patient. Cependant, si l'auteur parle d'indifférence, de mépris et d'inhumanité de cette pratique, il reconnaît que celle-ci est indispensable pour rester dans son statut de thérapeute, afin de garder des critères rigoureux. Il admet donc la légitimité de cette conception de la maladie. D'autre part, il souligne que dans cet isolement vécu par le ma-

27 J. M. GUEULLETTE, « La maladie n'est pas un problème », dans J. M. BOLES et P. DAVID, *La finalité de la recherche biomédicale : vers un arraisonnement de l'être humain ?* Montpellier, Sauramps Médical, 2010, p. 141-148.

28 *Ibidem*.

lade, celui-ci en grande vulnérabilité, a besoin d'être accompagné dans cette expérience. Cet accompagnement, habituellement assuré par les proches, aide le patient à surmonter cette épreuve, mais lorsqu'il est absent, l'abstraction du vécu de sa maladie par les thérapeutes accentue son isolement et sa vulnérabilité.

Ainsi, dans ces situations, on peut se demander si le principe de l'éthique biomédicale d'autonomie est vraiment adapté.

Critique du principe d'autonomie

Verspieren remet en question le principe d'autonomie de l'éthique biomédicale, mettant en évidence que celui-ci est rapidement apparu en opposition au principe de bienfaisance. En effet, la prise de décision du traitement revenant au malade, le thérapeute n'est plus qu'un simple prestataire. Le praticien est décrit comme paternaliste lorsqu'il prend des initiatives sur le choix du traitement après consentement éclairé du patient. Ce principe fait ressortir la défiance de celui-ci à l'égard du thérapeute et va donc à l'encontre du principe de bienfaisance. L'auteur considère avec James Childress que le terme de « respect de l'autonomie » est plus adapté : celui-ci serait plus compatible avec la bienfaisance. Cette conception du principe d'autonomie permettrait d'éviter dans certaines situations une indifférence du thérapeute envers le devenir du patient par son simple rôle de prestataire.

D'autre part, ce principe simplifié à l'excès peut engendrer un isolement du patient dans sa maladie, d'autant plus dans des situations où la maladie peut faire perdre au malade une partie de ses capacités de discernement.

Questions autour de l'argent

Parmi les éléments présentant des risques éthiques se posent toutes les questions autour de l'argent. La relation entre un patient et un thérapeute relève-t-elle de la relation commerciale ? Est-ce une prestation ? Ainsi, de nombreux aspects posent des questionnements d'ordre éthique. Pour cela, nous devons comprendre la nature de la relation que le praticien entretient avec le patient, et nous demander si elle est de nature commerciale. Enfin, se posent toutes les questions autour des dons que font certains patients en reconnaissance d'un traitement. Ces interrogations, très présentes dans le domaine de la psychothérapie, se posent aussi dans toute thérapeutique. Nous analyserons comment agir au mieux pour le patient et le thérapeute, et la relation entre ces deux protagonistes.

Une relation qui n'est pas de nature commerciale

Ricœur explique que la prise en charge d'un patient de la part d'un thérapeute ne relève pas d'une relation commerciale. En effet, il affirme que la santé du patient n'est pas un bien, « parce que le patient, en tant que personne, n'est pas une marchandise²⁹ ». Pour Jacquemin³⁰ et Richard³¹, la relation entre un patient et un thérapeute est une réalité complexe et non une prestation d'ordre commercial. Ils ajoutent qu'elle risque d'être dégradée si elle est réduite à ce simple aspect.

On remarque que, dans une relation commerciale, le bien est au centre de l'interaction : ainsi, par exemple quand un client achète son pain, les deux protagonistes de la relation sont quittes après la transaction. Or, lors d'une consultation ostéopathique les honoraires sont réglés par le patient. Mais l'élément autour duquel est centrée la relation est la santé du patient et non un simple produit comme dans toute relation commerciale. En réduisant cette relation d'ordre thérapeutique à une prestation commerciale, on réduit donc la santé du patient à l'état de marchandise.

Il arrive qu'une asymétrie persiste malgré les honoraires. Et, dans ce cas, peut naître une dette de gratitude du patient à l'égard du thérapeute.

La dette de gratitude et le don

Autour de ces questions sur l'argent, une question se pose lorsque des patients souhaitent faire un cadeau de remerciement en reconnaissance des bienfaits d'un traitement. Le thérapeute peut alors refuser ce cadeau en expliquant que les honoraires suffisent en tant que reconnaissance. Bien que conscient d'avoir payé des honoraires, le patient souhaite faire davantage pour s'acquitter d'une dette de gratitude qu'il a le sentiment d'avoir contracté avec son thérapeute et que les honoraires ne peuvent annuler. On peut remarquer qu'il est extrêmement rare qu'un patient donne une somme d'argent mais très souvent il s'agit d'un présent. Nous pouvons nous interroger sur ce qu'il représente. Le don, tout comme la dette de gratitude, n'a pas de prix car lors d'un cadeau, le donateur s'implique (contrairement à la remise d'une somme d'argent), il met un peu de lui-même dans son présent. On peut penser au collier de nouilles qu'offre un enfant à sa mère, cela n'a pas de prix. Le choix du patient pour ce présent destiné au thérapeute le rend inestimable. Dans le cas d'un refus du don par le thérapeute, celui-ci nie la dette qu'éprouve le patient à son égard.

29 P. RICOEUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, décembre 1996, p. 227-243.

30 D. JACQUEMIN, « Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soin », *Revue francophone de psycho-oncologie*, n°4, 2005, p. 281-284.

31 J. RICHARD, « Relation médecin-malade et argent » *Laennec*, juin 1992, p. 19-20.

Le sujet soulève de vastes questions auxquelles il est difficile de répondre dans un mémoire de cette nature, mais cet aspect complexe de la réflexion mérite d'être soulevé afin de mieux cerner les risques éthiques que comportent la relation entre un patient et son thérapeute.

LES RISQUES ÉTHIQUES EN OSTÉOPATHIE

Après avoir étudié les points communs et les enjeux éthiques communs entre la relation patient-praticien en ostéopathie et dans toute autre thérapeutique, nous allons donc nous concentrer sur les aspects propres à l'ostéopathie et les aspects communs comportant une dimension particulière en ostéopathie.

Une relation thérapeutique

La relation entre un patient et un ostéopathe est d'ordre thérapeutique, mais elle ne dépend pas du corps médical. Cependant, la déontologie de la Fédération Française d'Ostéopathie précise que « Cela ne la situe pas pour autant en dehors du champ d'éthique déjà largement exploré par la médecine : elle doit s'en inspirer tout en élaborant les normes de comportements spécifiques dont elle a besoin, après avoir su identifier les risques qui lui sont propres³². » Ainsi, toute question éthique émanant d'une relation d'ordre thérapeutique peut s'appliquer dans la relation entre un patient et un ostéopathe.

Cet aspect est omniprésent dans la relation. Comme nous l'avons vu précédemment, il est très fréquent que la relation soit dissymétrique, mais cette asymétrie n'est pas nécessairement délétère pour le patient car, comme nous le verrons plus tard, elle participe à l'effet relationnel qui, lui, est bénéfique.

Cependant, un aspect particulier de l'ostéopathie contribue à cette inégalité c'est pourquoi nous allons envisager l'immédiateté du traitement ostéopathique

L'immédiateté du traitement ostéopathique

Lors de la prise en charge ostéopathique, une caractéristique surprend souvent les patients : l'immédiateté. En effet, le traitement ostéopathique est sans médiation matérielle et souvent temporelle. Le thérapeute utilise sa main et son corps pour effectuer son diagnostic ostéopathique et son traitement, ce qui met en avant l'absence de médiation matérielle. D'autre part, l'immédiateté temporelle dont fait parfois preuve le traitement ostéo-

³² Déontologie de l'ostéopathie, Fédération Française de l'Ostéopathie, <http://osteopathie-federation.org/actualites-federation-francaise-osteopathie/38-le-code-de-deontologie-de-la-ffo>, site consulté le 05/11/2012.

pathique peut engendrer un risque éthique³³. En effet, cette immédiateté peut susciter chez le patient une admiration importante, surtout dans des situations de douleurs chroniques. La Fédération Française d'Ostéopathie précise que, pour pallier à cette vénération aveugle du patient envers son ostéopathe, il est nécessaire que le thérapeute fasse la démarche de confronter ces situations aux regards de ses confrères, ou dans le cadre d'une supervision. Cela lui permet d'avoir un point de vue extérieur sur la relation patient-ostéopathe et de garder une lucidité sur celle-ci. On pourrait également noter que la nécessité d'informer le patient sur le traitement en question anihile la part de mystère du traitement et l'idéalisation de l'ostéopathe.

La bonne présence

Comme nous l'avons vu précédemment, la notion de bonne présence proposée par Hirsch permet aux thérapeutes d'avoir des repères, et d'œuvrer pour le bien, l'autonomie et la dignité du patient. Cependant la notion de présence revêt un aspect particulier en ostéopathie du fait de notre pratique qui relève du corps à corps. C'est pourquoi nous allons en analyser les éléments présentant des risques éthiques spécifiques à l'ostéopathie et identifier comment faire en sorte que cette présence ostéopathique soit bonne.

En matière de recherche médicale, l'effet dit placebo est souvent critiqué, considéré comme péjoratif car il est mis en opposition avec l'efficacité d'un traitement. Pour le définir, la déontologie préconise l'utilisation du terme d'effet relationnel. Elle précise que « il est aujourd'hui préférable de parler d'*effet relationnel* pour désigner la part, parfois importante, qui est attribuable à la relation entre le patient et son thérapeute dans l'effet bénéfique constatable³⁴ ». La Fédération Française d'Ostéopathie ajoute que celui-ci n'est absolument pas à évacuer de la relation patient-thérapeute car dans la grande majorité des cas, il s'avère bénéfique pour le patient. Or, s'il a pu être observé et constaté lors des essais cliniques médicaux, il a été souvent rejeté : jugé comme une notion trop abstraite, il risquait alors de mettre en échec certaines études. Cependant, il est important que tout thérapeute reste lucide sur l'existence de cet effet relationnel, cela lui permettra de garder du recul sur ce qui est imputable à son traitement et ce qui l'est à la relation qu'il entretient avec son patient.

³³ *Ibidem*.

³⁴ Déontologie de l'ostéopathie, Fédération Française de l'Ostéopathie, <http://osteopathie-federation.org/actualites-federation-francaise-osteopathie/38-le-code-de-deontologie-de-la-ffo>, site consulté le 05/11/2012.

L'ambiguïté du geste

La présence du thérapeute (commune à tous et définie par Hirsch par un non-abandon) a une portée particulière en ostéopathie : les gestes thérapeutiques sont de l'ordre du corps à corps la plupart du temps : ils peuvent donc être confondus avec des gestes de la vie affective. Ainsi, certaines techniques très englobantes pouvant être assimilées à un geste de réconfort de l'ordre de l'émotionnel et non du thérapeutique. Cela est dû à l'aspect universel du geste, car contrairement aux mots que l'on peut définir, il est impossible de définir un geste. Un même comportement corporel ayant plusieurs interprétations inscrites dans une culture (nationale, historique, religieuse, symbolique) mais aussi interpersonnelle (une histoire, une psychologie, une croyance, etc.). Cela engendre une ambiguïté de l'aspect corporel de la pratique ostéopathique entre son aspect technique et son aspect affectif.

Attentes non adaptées du patient

Critique du principe de globalité ostéopathique

Dans la déontologie de la Fédération Française de l'Ostéopathie, est évoqué le principe de globalité, très présent en ostéopathie, mais cependant en le nuancant légèrement. Il est mis en évidence que l'approche ostéopathique du corps correspond plus à une démarche systémique que globale. Tout d'abord, car une approche globale serait utopiste et qu'il est impossible de traiter tous les problèmes du patient (dysfonctionnels, organiques, ou psychologiques), mais aussi car il serait dangereux qu'un seul et même thérapeute parvienne à traiter tous ces problèmes. Cela lui conférerait un statut de sauveur aux yeux du patient, ce qui risquerait d'engendrer une vénération aveugle de celui-ci envers l'ostéopathe. Pour cela, il est nécessaire que l'ostéopathe reconnaisse ses limites. La déontologie de la Fédération Française d'Ostéopathie précise que « il est indispensable que la pratique soit interrogée par la réflexion personnelle, et soit confrontée au regard de pairs dans des activités de formation continue³⁵. » Cet extrait met bien en évidence le fait que la formation continue, l'échange de la pratique de l'ostéopathe avec des pairs ou même la supervision psychologique sont des éléments indispensables pour une pratique ostéopathique juste et bienfaisante.

En revanche, la vision systémique du patient ne prétend pas régler tous ses problèmes mais le prendre en charge dans le système qu'il représente : son motif de consulta-

³⁵ *Ibidem*.

tion, son mode de vie, ses croyances sur la douleur, etc. Ainsi le traitement n'est pas global mais prend en compte le système dans lequel est inclus le patient.

La norme, une nécessité pour la relation

Après avoir identifié certains des éléments spécifiques engendrant des risques éthiques en ostéopathie tels que l'immédiateté du traitement ostéopathique, l'ambiguïté du geste et la notion de globalité, il est intéressant de rechercher dans la littérature déontologique ostéopathique s'il y a des normes apportant des éléments de réponses à ces questions. La norme n'offre pas une réponse satisfaisante à ces problèmes mais elle offre une réflexion sur ces défis éthiques particuliers et permet ainsi d'agir avec plus de recul.

Pour cette étude, les deux principales déontologies présentes en ostéopathie, sont celle de la Fédération Française de l'Ostéopathie³⁶ et celle du Registre des Ostéopathes de France³⁷ : ce sont les deux qui ont retenues notre attention afin de mieux cerner quelles étaient les références vers lesquelles les ostéopathes pouvaient se tourner lorsqu'ils se trouvaient face à des défis éthiques spécifiques à l'ostéopathie.

Le code de déontologie du Registre des Ostéopathes de France, se présentant comme « une institution ordinale³⁸ », comporte en tout 14 pages, et se divise en cinq parties. La première traite des dispositions générales, dont le champ d'application de ce code, et les devoirs généraux des ostéopathes. Puis, sont analysés les « Devoirs envers les patients » avec la relation thérapeutique, les autres devoirs d'humanité envers les patients et enfin les honoraires.

La troisième partie traite des collaborations et coopérations intra et inter professionnelles ; elle étudie également les problèmes d'ordre économique comme la non-concurrence. Viennent ensuite les règles relatives à chacun des modes d'exercice, les règles communes à tous les modes d'exercice clientèle privée, salariat et expertise. Enfin, la dernière partie traite des rapports des ostéopathes reconnaissant ce code avec le Registre des Ostéopathes de France.

Quand à la déontologie de l'ostéopathie de la Fédération Française de l'Ostéopathie elle rassemble en 132 pages, deux grandes parties. Elle commence par étudier ce que sont les fondements éthiques de l'ostéopathie, avec une définition de l'ostéopathie, puis les vi-

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Code de déontologie du Registre des Ostéopathes de France.

http://www.osteopathie.org/documents.php?url=code_de_deontologie_2010_66.pdf consulté le 05/11/2012.

³⁸ Message du Registre des Ostéopathes de France du 12/02/2013,

<http://www.osteopathie.org/137-osteopathie-chronique-d-une-mort-annoncee.html>

sées et objectifs à atteindre de l'ostéopathe, les risques éthiques propres à l'ostéopathie, ensuite sont étudiés le lien entre l'éthique et la déontologie et pour finir les enjeux déontologiques pour l'ostéopathie.

La seconde partie intitulée « Déontologie », énonce des principes ou des règles à suivre qui vont être longuement commentés afin de donner des exemples précis et concrets et de fournir des réponses adaptées. Dix idées principales se dégagent :

- L'objet de la déontologie, c'est-à-dire son usage, son applicabilité, son serment, etc.
- La probité envers le patient, envers les confrères, et envers les autres interlocuteurs avec lesquels l'ostéopathe peut rentrer en contact.
- La notion d'engagement, au service du patient, mais aussi de l'implication personnelle de l'ostéopathe. Il est aussi question du champ d'intervention ostéopathique et des limites de ce champ d'intervention.
- La notion de respect du patient, enjeux éthique et moral important en matière de relation de soin est ensuite longuement abordée. Sont d'abord abordées les questions d'information, puis de consentement éclairé, de prise en charge, de pudeur et d'intimité, des patients accompagnés par un tiers, et des patients mineurs ou sous tutelle. Sur ce dernier point, est approfondie l'idée de sauvegarde de la justice du patient. Ensuite, viennent la notion de secret professionnel, les questions de locaux, des dossiers ostéopathiques, des assurances, et enfin des tarifs et honoraires.
- Le cinquième point est celui de la contribution du patient à la relation. Dans cette partie, il est question d'alliance thérapeutique, notion déjà abordée plus tôt dans ce mémoire, et des progrès de l'ostéopathie.
- Puis, la déontologie aborde la question des compétences de l'ostéopathe avec le rapport aux savoirs, la spécificité de la compétence ostéopathique, les limites de l'intervention ostéopathique, le charlatanisme, la formation continue, la recherche et la publication et enfin les personnes en péril.
- La septième partie met en exergue la notion d'indépendance avec les idées de prohibition des conflits d'intérêts, la vente des produits, la recherche et publication, les rapports avec l'employeur et l'expertise.
- La suivante traite de la « confraternité ». Après l'avoir définie, sont analysés les propos relatifs aux confrères, les prises en charge par plusieurs ostéopathes, les recherches de conciliation, la vie privée, et en dernier lieu les rapports avec les autres

professionnels intervenant auprès du patient.

- Le point suivant évoque la notion de loyauté concurrentielle dans son principe, puis dans la pratique anticoncurrentielle, la prohibition de la publicité et signalétique, les installations, remplacements et collaborations, les exercices en dehors du cabinet, les structures d'exercice professionnel, le contrôle des contrats professionnels, et enfin les collaborations interprofessionnelles.
- Enfin le dernier point traite de l'enseignement et de la recherche. Ainsi, sont examinés la formation à la déontologie, la promotion de la déontologie, l'organisation de la clinique par les établissements. La pratique de la clinique est également détaillée : la notion de respect (tant du patient que des étudiants), l'accompagnement par les encadrants, et la pratique du secret professionnel y sont attentivement étudiés. Pour terminer, cette déontologie traite de la recherche et de la publication.

Un manque de repères ostéopathiques dans le code du ROF

Nous pouvons constater que le code de déontologie du Registre des Ostéopathes de France est extrêmement médico-mimétique. En effet après avoir étudié la structure du code de déontologie de l'Ordre des Médecins³⁹, on remarque la structure assez similaire entre « Devoirs généraux des médecins » et les « Devoirs envers les patients » du code du ROF. Par la suite, le code de déontologie médicale traite des rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé, puis des modalités d'exercice de la profession, et enfin des dispositions diverses. La structure de ces deux codes de déontologie met en évidence une ressemblance non négligeable. De plus, les articles ont une grande similitude : ainsi un article du Registre des Ostéopathes de France stipule que : « l'ostéopathe qui a accepté de répondre à une demande s'oblige à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués, dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances ostéopathiques avérées, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. ». Or, on constate que dans le code de déontologie médicale, la même structure grammaticale est employée et la phrase est sensiblement la même « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

³⁹ Code de Déontologie médicale, *Code de la santé publique*, R.4127-1 à R.4127-112.

En opposition à cela, la déontologie de la Fédération Française d'Ostéopathie, au-delà de son exhaustivité évidente (132 pages face aux 14 pages du Registre des Ostéopathes de France), aborde de nombreux sujets spécifiques à l'ostéopathie. Un tableau permet de faire apparaître clairement si les éléments spécifiques engendrant des risques éthiques en ostéopathie identifiés précédemment sont abordés dans l'un ou l'autre de ces codes :

	ROF	FFO
Immédiateté	NON	OUI <i>cf.</i> p.18
Ambiguïté du geste	NON	OUI <i>cf.</i> p.19
Globalité	NON	OUI <i>cf.</i> p. 18

Comme nous l'avons vu précédemment, il est nécessaire pour l'identité d'une profession et la protection de ses usagers d'être régi par des normes qui lui sont propres. L'étude ici menée montre que de nombreux points dans la relation médecin-patient sont en effet transposables à la relation patient-ostéopathe. Cependant, il a été mis en exergue qu'il y avait des éléments spécifiques présentant des risques éthiques dans la relation entre le patient et son ostéopathe. Ainsi, il est nécessaire que des normes communes à toute la profession guident les conduites des ostéopathes dans ces situations spécifiques. Le code de déontologie du Registre des Ostéopathes de France ne répond pas à ces questionnements.

Parmi les normes traitées dans ces codes, il en est une qui comporte un aspect particulièrement délicat en ostéopathie : le consentement. En effet, avant tout acte médical, un consentement est recherché par le médecin. En revanche, en ostéopathie est-il possible de rechercher le consentement du patient avant chaque technique ? En se basant sur les normes évoquées précédemment, nous allons étudier cet aspect délicat du consentement éclairé en ostéopathie.

Le consentement éclairé en ostéopathie

Le devoir pour l'ostéopathe de rechercher le consentement du patient libre, éclairé et révoquant à tout moment, s'applique de la même manière que lors d'un acte médical. Cependant, la déontologie de la Fédération Française d'Ostéopathie précise : « Ceci ne signifie pas que le consentement doit être donné geste après geste : il peut être donné globalement pour l'ensemble des gestes professionnels, dès lors qu'une information corres-

pondant aux exigences déontologiques a bien été délivrée. Si, en revanche, au cours de la consultation, l'ostéopathe envisage un acte ou l'emploi d'une technique qu'il ne pensait pas utiliser lors de l'information première, il doit compléter cette dernière pour obtenir un consentement correspondant aux exigences légales et déontologiques⁴⁰. » Cela met en évidence le fait que lors d'une consultation ostéopathique il est très compliqué de demander le consentement du patient avant chaque test ou technique. Il est possible de proposer un plan de traitement au patient afin d'avoir son consentement éclairé pour l'ensemble des gestes proposés. Si le patient refuse une technique ou un type de technique, l'ostéopathe doit alors se plier à ses souhaits.

CONCLUSION

Le but de ce mémoire est d'identifier les éléments de la relation patient-praticien en ostéopathie qui présentent un risque éthique. Il a été mis en avant au moins trois éléments présentant des risques éthiques spécifiques à l'ostéopathie que sont *l'immédiateté* du traitement ostéopathique, *l'ambiguïté* du geste et le principe de *globalité* décrit en ostéopathie. Aujourd'hui, il n'existe pas de normes spécifiques communes à toute la profession. Cependant, il existe des normes communes sur lesquelles peuvent s'appuyer les ostéopathes comme les principes de l'éthique biomédicale, mais celles-ci ne sont pas propres à l'ostéopathie et ne répondent pas aux enjeux éthiques spécifiques à l'ostéopathie. Les ostéopathes n'adhérant pas à un syndicat ou à une institution possédant une déontologie, n'ont pas de repères propres à leur exercice. Au delà du problème identitaire que cela représente, certains se retrouvent démunis lorsqu'ils sont confrontés à des défis éthiques spécifiques à l'ostéopathie. Sans repères dans leurs pratiques, ils peuvent cependant avoir recours au regard de leurs pairs lors de formations continues ou rechercher un regard extérieur lors de supervisions afin de tendre vers une relation éthiquement juste et bonne pour le patient et l'ostéopathe.

BIBLIOGRAPHIE

- M. BALINT, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 2003.
- T. L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, Oxford, 1979.
- C. CHILAND, *L'entretien clinique*, Paris, PUF. 2006.

⁴⁰ *Ibidem*.

- F. GOLD, *Introduction aux Sciences humaines en médecine*, Paris, Ellipses, 1993.
- J. M. GUEULLETTE, « La maladie n'est pas un problème », dans J. M. BOLES et P. DAVID, *La finalité de la recherche biomédicale : vers un arrondissement de l'être humain ?*, Montpellier, Sauramps Médical, 2010, p. 141-148.
- J. M. GUEULLETTE, « Le pouvoir de guérir : une manière de dépasser l'opposition entre pouvoir médical et autonomie du patient ? », *Cahiers philosophiques*, n°125, 2^{ème} trimestre 2011, p. 80-88.
- E. HALL, *La Dimension cachée*, Paris, Seuil, 1984.
- E. HIRSCH, *L'éthique au cœur des soins*, Paris, Vuibert, 2006.
- D. JACQUEMIN, « Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soin », *Revue francophone de psycho-oncologie*, n°4, 2005, p. 281-284.
- J. LACAN, *Conférence et débat du Collège de Médecine à la Salpêtrière : Cahiers du Collège de Médecine 1996*, pp. 761 à 774. En ligne
- J. P. LEBRUN, *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993, p. 47.
- I. PARIENTE-BUTTERLIN, « La relation du patient et du médecin : confiance, contrat ou partenariat ? », *Esprit*, mai 2002, p. 87-101.
- G. RAUBER, « La relation confidentielle médecin-malade : le secret médical », dans H. BRUNSWIC et M. PIERSON (Ed), *Introduction à l'éthique médicale*, Paris, Nathan, 1995, p. 21-28.
- J. RICHARD, « Relation médecin-malade et argent », *Laennec*, juin 1992, p. 19-20.
- P. RICOEUR, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, décembre 1996, p. 227- 243.
- S. TYREMAN, "Osteopathy : physiotherapist with time or the practitioner with healing hands ?" in A. VICKERS (Ed.), *Examining Complementary Medicine*, Cheltenham, Stanley Thornes, 1998, p. 124-137.
- P. VERSPIEREN, « Malade et médecin, partenaires », *Études* n°4021, Janvier 2005, p. 27- 38.
- Loi du 4 mars 2002, article LI 111-4
- Déontologie de l'ostéopathie, Fédération Française de l'Ostéopathie, <http://os->

[teopathie-federation.org/actualites-federation-francaise-osteopathie/38-le-code-de-deontologie-de-la-ffo](http://osteopathie-federation.org/actualites-federation-francaise-osteopathie/38-le-code-de-deontologie-de-la-ffo) consulté le 05/11/2012.

- Code de Déontologie médicale, <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915> consulté le 05/11/2012.
- Code de Déontologie médicale, *Code de la Santé publique*, R.4127-1 à R.4127-112.
- Code de Déontologie du Registre des Ostéopathes de France, http://www.osteopathie.org/documents.php?url=code_de_deontologie_2010_66.pdf, consulté le 05/11/2012.

ABSTRACT

Le but de ce mémoire est d'identifier les éléments qui présentent un risque éthique entre un patient et un thérapeute et particulièrement en ostéopathie. Ce travail est une revue de littérature, à partir de travaux philosophiques. Dans un premier temps sont traités les éléments communs à toute relation thérapeutique, principalement à partir de la littérature sur la relation médecin-patient, puis sont étudiés les aspects spécifiques à l'ostéopathie, ces derniers faisant l'objet de peu de publications. Trois aspects spécifiques ont été identifiés dans cette étude : *l'imédiateté* du traitement ostéopathique, *l'ambiguïté* du geste et le principe de *globalité* présent dans le concept ostéopathique. Aujourd'hui, en dehors de la loi, il n'existe pas de norme déontologique commune à toute la profession en France, ce qui laisse démunir l'ostéopathe confronté à ces défis éthiques spécifiques.

Mots clés : relation patient-praticien, relation thérapeutique, asymétrie, éthique, déontologie.

The purpose of this research is to identify the elements that present an ethical risk between a patient and a practitioner and especially during an osteopathic caretaking. This research is a literature revue, based on philosophic works. First, the elements which are present in every therapeutically relationship are studied, mainly based on medical literature, and then the elements that are specific of osteopathy are studied, because of the lack of publications on this specific subject. Three main specific elements are spotted in this study : the immediacy of osteopathic treatment, the gesture ambiguity and the globalist concept of osteopathic philosophy. Nowadays, except for the law, there is no specific deontological rule for osteopathy in France, which leaves osteopaths resourceless regarding specific ethics challenges.

Key words : patient-practitioner relationship, therapeutically relationship, asymmetrical, ethic, deontological.