

## Droits des malades

# Soins aux mineurs : qui décide ?

Dr Jean BROUCHET\*, Sylvie BRETON\*\*

*Le médecin amené à prendre en charge un mineur ne peut pas éluder la question de la majorité sanitaire : qui de son patient ou de ses parents est son premier interlocuteur, qui va prendre les décisions médicales ? Outre les réponses légales qui restent imparfaites, la réponse ne peut être apportée qu'au cas par cas, le médecin devant toujours se faire le défenseur de l'enfant.*

La majorité sanitaire est-elle une notion indéfinissable, une simple composition sociologique, une interrogation physio-anatomique, un résultat d'expertise, une hypothèse philosophique ? Qu'observe-t-on dans l'accueil hospitalier ? Le malade âgé de moins de 16 ans sera dirigé vers un service de pédiatrie, au-delà il sera soigné assez souvent dans un service d'adultes. Ici âge légal, pédiatrique et administratif se confondent dans la coutume et les possibilités du lieu et du moment. Quelques situations soulèvent des interrogations. Avant de subir une intervention chirurgicale, un patient de 14 ans a-t-il à donner son avis ? Une fille de 15 ans peut-elle seule prévoir sa contraception ou décider d'une IVG ? Un jeune garçon peut-il suivre dans la confidentialité un traitement contre le SIDA ? Lors d'une garde à vue, un hooligan de 16 ans doit-il être considéré comme un adulte ? Un gamin traversant la frontière sans papiers doit-il être défini civilement en fonction d'un âge précisé médicalement ? À qui s'adresser dans ces situations ? Quels critères permettent-ils une approche sérieuse ? Les philosophes fixent le passage au stade adulte entre la douzième et la dix-huitième année, cette imprécision ne satisfait pas la tâche des juristes, policiers et administrations. Qu'en est-il pour les médecins ? À l'heure de la numérisation de notre société, doit-on souhaiter une règle chiffrée traduisant un concept constitué de maturation sexuelle et psychique ? Comment interpréter l'embarras des médecins ? Notre époque est riche d'événements liés aux mœurs et à la violence, ils construisent un espace d'insécurité chez le malade mineur et d'incompréhension chez les parents.

### Autorité parentale et droit au secret

Les médecins français en ont pris conscience avec le constat des 10 000 grossesses annuelles non désirées chez des jeunes filles de moins de 18 ans, dont certaines dès la douzième année ! Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les

grossesses menées à terme chez les adolescentes constituent un phénomène numériquement important ; de plus, leur survenue dans un contexte de violences sexuelles semble en augmentation. Le signal d'alarme médicale est ainsi déclenché. La loi du 4 juillet 2001 sur l'IVG et la contraception permet, sous certaines conditions, à la mineure de décider en matière d'interruption volontaire de grossesse [(art. L. 2212-4 et 2212-7 du code de la santé publique (CSP)) et de contraception (art. L. 2311-4 et 5134-1 CSP)]. La confidentialité et l'autonomie du choix pour la jeune fille nécessitent un environnement professionnel spécifique. La sécurité médicale est nécessaire, les aides sociale et juridique doivent intervenir. La fixation chiffrée d'une majorité médicale, sanitaire ou autre, serait inadaptée, mais l'accompagnement de toutes ces adolescentes est désormais obligatoire.

Depuis 1974, la majorité légale est fixée à 18 ans. Si les notions de responsabilité et la protection de l'enfant évoluent, le droit français ne reconnaît pas de majorité médicale anticipée distincte de cette majorité civile. Une large réflexion à propos de l'égalité des chances devant la maladie et de ses conséquences sociétales exige du législateur, pour certains besoins spécifiques, des ajustements pour les adolescents. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a instauré une situation dérogatoire. Rappelons le texte (art. L. 1111-5 CSP) : « Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

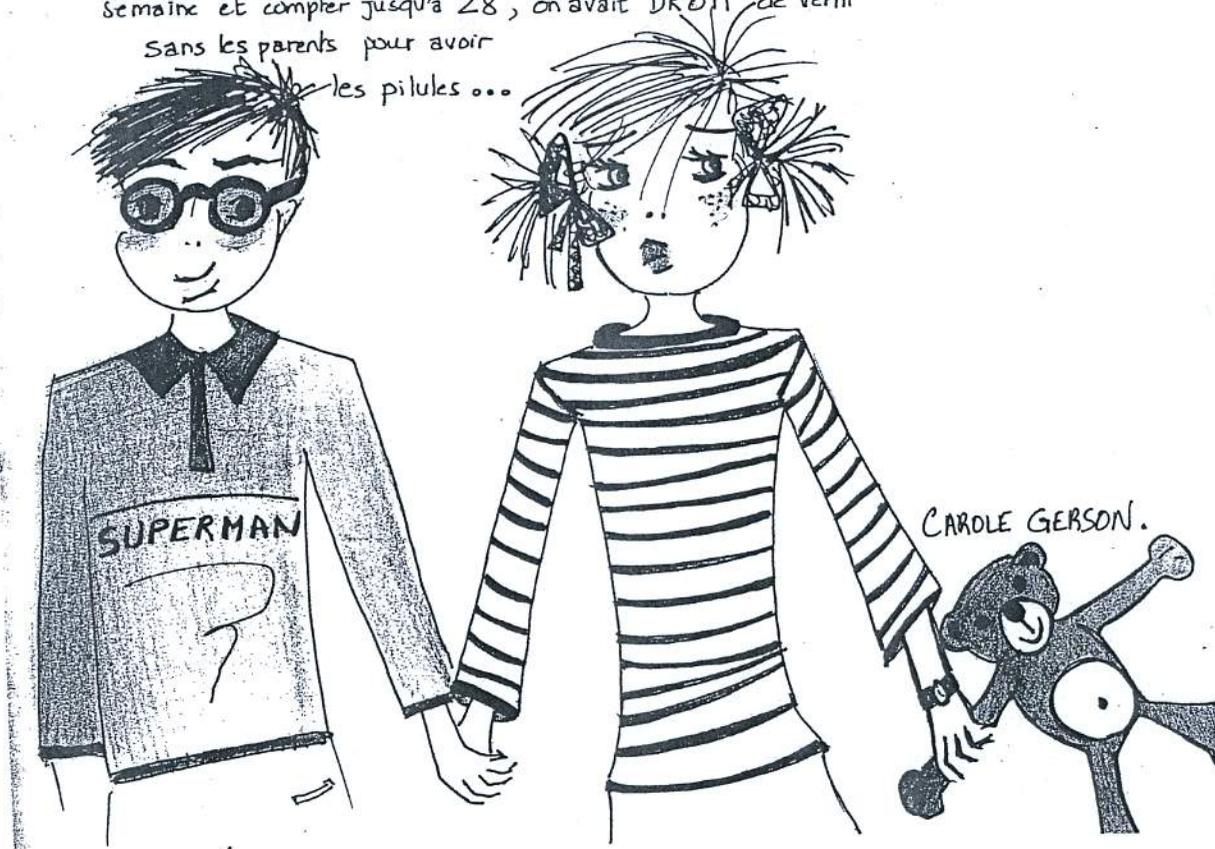
Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, seul son consentement est recueilli ».

La voie du soin confidentiel est ouverte, sans donc se référer à l'âge du mineur. Pour autant, le pouvoir parental s'efface-t-il devant ces dispositions ? Cela donne une certaine autonomie à l'enfant, accompagnée d'une reconnaissance implicite de bon sens chez le médecin conscient de sa compétence et de sa responsabilité dans

\* Conseiller national de l'Ordre des médecins

\*\* Conseillère juridique de l'Ordre national des médecins

Mon avocat nous a dit que maintenant qu'on savait les jours de la semaine et compter jusqu'à 28, on avait DROIT de venir sans les parents pour avoir les pilules...



l'accomplissement de sa mission. L'obligation du refus exprès du mineur à la consultation de ses parents et les cas pour lesquels l'abstention de soin serait préjudiciable à sa santé mènent à cette réflexion. La loi n'a pas retenu un âge précis pour une éventuelle majorité sanitaire ou médicale. Assujettir cette indépendance à une estimation basse (12 ans) ou élevée (17 ans) signifierait lui reconnaître une valeur formelle et réduirait à l'évidence le pouvoir parental et son accompagnement obligé, le consentement.

Quelles possibilités d'action pour les médecins ? Le code de déontologie médicale exige du praticien le consentement du malade [art. R. 4127-36 du code de la santé publique (CSP)], celui des parents (art. R. 4127- 42 CSP) et la protection du mineur (art. R. 4127- 43 CSP). Doit-on ajouter que la dignité et la confidentialité s'imposent depuis des lustres et que le secret médical n'est pas un épiphénomène ? Au demeurant, ce dernier est très bien observé ; mieux, il est défendu avec acharnement par les malades eux-mêmes et le reste de la société. Le cénacle constitué à propos du dossier médical personnel révèle cette constante, le secret ne se discute pas et il n'est pas question d'effacer une donnée culturelle aussi importante.

### Et dans la pratique ?

Les circonstances dirigent notre quotidien et à l'interruption volontaire de grossesse se sont ajoutées d'autres situations problématiques. Les praticiens, au service des enfants et des

adolescents, usent de leur compétence scientifique en tenant compte de l'environnement sociétal, des habitudes culturelles, des phénomènes religieux, des obligations juridiques, des exigences déontologiques et des contingences familiales. La maladie n'est jamais isolée. L'exercice du soin ne se résume pas à la manipulation de données scientifiques dans ce syncrétisme complexe.

Au troisième millénaire, l'entourage joue toujours un rôle essentiel dans la conduite des soins. La protection, la réflexion familiale, la capacité d'écoute n'obéissent pas aux chiffres, et leur absence ajoute une charge à la pathologie. Face à la maladie, l'adolescent a besoin de protection et c'est l'autorité parentale comportant le devoir d'assurer la sécurité, la santé et la moralité de l'enfant qui prime (art. 371-1 du code civil). Le but reste l'intérêt de l'enfant et, selon son degré de maturité, il doit participer aux décisions.

En principe, l'accord des deux parents est requis. Quand un parent vient seul, l'accord de l'autre n'est présumé que pour les soins bénins. Cela est plus délicat si les parents sont divorcés ou séparés. Le double consentement s'impose dans les maladies graves, les indications opératoires, la recherche biomédicale. S'il y a désaccord sur le traitement, pour un cas non urgent, le juge des affaires familiales peut être consulté. Pour les urgences, le médecin, après avoir cherché à contacter les parents, peut en cas d'échec pratiquer les soins sans autorisation parentale, mais cela ne le dispense pas du devoir d'information. Dans ce cas, le procureur de la République doit être averti.

Attention à ne pas confondre autorité parentale et droit de garde : ce n'est pas parce qu'un parent n'a pas la garde de son

enfant qu'il n'exerce plus son autorité parentale. Toutes les démarches du praticien doivent être notées dans le dossier de l'enfant pour le cas d'une contestation ultérieure. La loi a donc prévu tous les cas de figure dans la relation enfant-parents-médecin et stipule bien que l'avis de l'enfant ne peut être occulté. La recherche de cet équilibre justifie la démarche médicale bâtie autour de l'information, de l'échange, des observations cliniques, et ne se réduit pas au concept de majorité sanitaire.

Et si l'enfant veut garder le secret ? Pour un acte médical bénin, l'adolescent peut s'adresser au médecin sans la présence des parents. La rédaction d'une attestation doit être finement analysée par le signataire quant à son utilisation, le certificat pouvant être interprété comme une violation du secret médical. L'absence des parents se compense légalement par la présence d'une personne majeure, dont il est difficile de percevoir la position vis-à-vis de l'enfant. Tout peut s'envisager (famille, voisin, ami, médecin, secte ?...)

### Des situations particulières

L'épidémie du SIDA a un retentissement tout particulier chez les adolescents. L'accès sur Internet à toutes les données juridiques (Sida Info Droit et autres), associatives (comité inter associatif...), évènementielles (Solidarité SIDA, ARCAT...) facilite la connaissance des droits des malades issus de la loi Kouchner. Le médecin trouve pleinement son rôle de soignant et de conseiller, l'âge est un élément de discussion pour délivrer le conseil, dans la dignité et la confidentialité.

Les conduites addictives et toxiques (cannabis, alcool, benzodiazépines, subutex, classé ici par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) sont des comportements à risque, fruits de notre société. Si ce thème apparaît quotidiennement dans les médias, l'action des médecins reste très limitée sur les causes, mais essentielle pour leur traitement. Les sites Internet spécialisés consultés par les mineurs ou les adultes sont contactés à grande échelle (plus de mille contacts par jour pour certaines antennes). Télévision, mobiles, radios et journaux donnent une image des sources d'influence déterminantes pour la jeunesse. Est-il nécessaire de rappeler la puissance d'une campagne télévisée ? Celle contre l'obésité de l'enfant succède aux publicités pour produits alimentaires (en fin d'année, 192 spots vus par jour par les enfants selon le CSA).

Les enfants subissent, en nombre accru, toutes les formes d'exploitation : ils deviennent des enfants-soldats, des esclaves sexuels, des victimes potentielles de sectes. Le médecin doit être leur défenseur mais aussi le révélateur de ces situations, une limite d'âge placée ici aurait-elle un sens ?

A propos de situations très particulières comme celles d'actes non thérapeutiques sur le corps d'un mineur, le droit de la santé soit les exclut (prélèvement d'organe sur une personne mineure vivante, stérilisation à visée contraceptive), soit les encadre par des garanties d'un niveau élevé (prélèvement de moelle osseuse). Ici la majorité légale interdit toute manœuvre à propos de l'âge.

Le cas particulier de la maladie grave atteignant l'adolescent (cancer, maladie de système, SIDA...) provoque chez le médecin une attention toute singulière. Au moment où l'enfant découvre les modifications de son corps, subit de complexes et contradictoires impressions psychoaffectives, il prend conscience de l'agressivité et de la violence de la société adulte. La survenue d'une maladie grave nécessite un effort de compréhension et d'adaptation majeur. Face à la mort, l'environnement parental et celui du soin se conjuguent dans un même but déterminant la qualité de l'accompagnement : « L'adolescent revendique sa liberté et son autonomie, mais révèle alors sa dépendance ». La recherche du risque s'interprète alors comme désir existentiel, la survenue d'une pathologie grave le fait découvrir. La hantise d'une hypothétique issue mortelle constitue une épreuve considérable, il n'y a pas d'adolescence sans interrogation philosophique sur la vie et son sens : le passage trop rapide du pouvoir des parents à celui de la maladie offre un terrain propice à l'incompréhension et à la blessure narcissique. Cela ne se chiffre pas.

Le suicide de l'adolescent préoccupe de plus en plus médecins, enseignants et parents. La prise en compte rapide de signes de dépression, de troubles du comportement doit conduire à l'observation par un pédopsychiatre ou un psychiatre bien souvent hors de la présence des parents.

Les médecins sont parfois sollicités afin de déterminer l'âge de l'enfant à des fins juridiques (par exemple pour le champ d'application de certaines infractions pénales). Heureusement, l'esprit Dupuytren existe toujours et en réponse aux édiles locaux, dans son avis (avis n° 88 du 23 juin 2005), le Comité consultatif national d'éthique signifie de façon claire que la détermination de l'âge à des fins juridiques est une impossibilité en regard de l'inadaptation des techniques utilisées actuellement. Il retient l'absence de frontières réelles à cet âge de la vie et affirme l'impossibilité scientifique de le préciser par des examens cliniques, radiographiques, biologiques qualifiés de « simplistes ». Il s'étonne donc que l'on puisse proposer une évaluation pseudo-scientifique en se référant à des techniques réservées aux soins dans la détermination du niveau de maturité physique et intellectuelle. Nous entrerions alors dans le domaine de l'à-peu-près.

### L'enfant, un acteur de santé ?

Face à l'enfant, le médecin demeure un protecteur et quelquefois un éducateur, s'obligeant à toujours davantage d'explications, de temps et de participation aux soins. Le passage du monde onirique de Lewis Carroll à celui de l'univers d'adulte de Georges Perec ne peut écarter le pouvoir parental au profit de chiffres décidés par quelque satrape fût-il désigné. La morale laïque inspirant notre justice ne procède d'ailleurs pas à une réduction des données traditionnelles et charismatiques de l'autorité parentale. Elle les accommode tout au plus en ayant toujours soin de protéger l'enfant. La reconnaissance à celui-ci de sa capacité décisionnelle dans certains espaces du parcours de soins ne traduit pas obligatoirement l'attribution d'une autonomie particulière, mais constitue une réponse à un appel au secours. ■

<sup>1</sup> Pierre Canouï, pédopsychiatre, Hôpital Necker, Paris.