

Le patient « mineur » et son médecin

Mots clés : Comment faire participer le patient mineur, enfant ou adolescent, à la prise de décision médicale qui le concerne ? Il ne s'agit pas (uniquement) de problèmes de confidentialité par rapport aux parents (*Bibliomed 559*) ou de difficultés de communication (*Bibliomed 561, 563, 566*) mais des conditions d'un réel partage de la décision médicale, quel que soit l'âge. Le cadre juridique en a été précisé par la loi du 4 mars 2002, qui envisage explicitement la possibilité de faire échec à l'autorité parentale et les conditions dans lesquelles doit s'appliquer le secret médical. Trois synthèses récentes clarifient ces différents points¹⁻³.

Le « droit au secret » du patient mineur

Le principe **d'autorité parentale** impose au médecin de consulter ceux qui la détiennent préalablement à toute décision médicale^{1,2}. Mais la loi de 2002 dit explicitement que ***l'enfant doit d'abord être informé de manière adaptée à son degré de maturité et qu'il peut exiger le secret médical vis-à-vis de ses parents.*** Trois conditions doivent être réunies : le traitement doit s'imposer pour sauvegarder sa santé ; son opposition à l'information de ses parents doit être expresse ; tout doit être fait pour le convaincre de consulter ses parents. En cas de refus, il lui est demandé de choisir un majeur susceptible de l'accompagner et le soutenir dans sa démarche de soins (accompagnement-soutien et non décision) ; majeur qu'il faut si possible recevoir dans un second temps de la consultation pour laisser le mineur s'exprimer librement. Il s'agit là en fait d'une extension de ce qui existait auparavant en matière d'interruption volontaire de grossesse et de contraception d'urgence.

Les dérogations à ce droit

C'est une **obligation** dans les deux cas suivants^{1,2} :

- ***Si le professionnel craint que le mineur se trouve en situation de danger ou de risque de danger et peut avoir besoin d'aide,*** il doit obligatoirement informer la **cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des « informations préoccupantes »** (CDRIP) mise en place par le président du Conseil Général. En pratique, il peut s'agir de signes physiques (traces de coups ou brûlures, traumatismes répétés...), de troubles du comportement (violence, fugues...). La CDRIP évalue la situation et donne suite (mesures d'aide sociale, signalement au parquet si nécessaire) ou non.

- ***S'il constate une situation d'extrême gravité, il doit la signaler au procureur de la République*** (avec copie à la CDRIP). Il s'agit des cas de violence, négligences lourdes et maltraitements.

Quelques points de repères

Respecter les droits et l'autonomie de chaque individu est une obligation éthique³, ce qui chez un mineur ***« impose au médecin de naviguer en permanence entre le respect de l'autonomie de l'enfant et le respect des droits des parents »***, pour leur donner une information ***« claire, intelligible et simple »*** sur les soins : effets attendus, effets secondaires, contraintes. ***La manière dont les enfants perçoivent la maladie évolue avec l'âge, selon leur développement cognitif*** (modèle proposé par Piaget et de nombreuses études qui sont suiviesⁱⁿ³) mais aussi de nombreux ***facteurs émotionnels*** (anxiété, sentiment de contrôle sur les événements, interactions parents-enfant...). A partir de ***7 ans***, l'enfant peut répondre de façon précise aux questions qui lui sont posées et exprimer ce qu'il ressent ; il ne comprend ***avant 10 ans*** que les informations les plus concrètes ; ***vers 11 ans***, il peut comprendre les différents aspects d'un traitement ; la tendance à se conformer aux attentes des ***« figures d'autorité »*** (parents, enseignants, médecins...) persiste jusque ***vers 11-12 ans*** ; à partir de ***14 ans***, la plupart des adolescents sont capables de faire des choix rationnels et ***vers 15 ans*** donner leur consentement à un traitement sans qu'il soit influencé par l'opinion d'autres personnes. Les enfants et adolescents malades (diabète par exemple) font preuve d'une maturité plus avancée que celle de leur âge.

Que conclure pour notre pratique ?

Partager avec le mineur la décision médicale qui le concerne est une obligation éthique mais aussi « un préalable indispensable, seul garant d'une bonne observance du traitement et de la régularité du suivi », surtout en cas de maladies chroniques et/ou graves. Cela suppose de ***« se donner le temps et les moyens d'aborder ouvertement toutes les questions relatives à la maladie et au traitement »***³ pour instaurer le climat de confiance et d'accord nécessaire.

Ce processus doit évoluer en permanence selon la situation. Les deux points difficiles sont ***« la difficulté d'appréciation du degré de discernement de l'enfant et de sa vulnérabilité par rapport à son entourage »***¹. Mais ***« plutôt que de se poser la question de savoir si les enfants et les adolescents peuvent faire preuve d'une autonomie absolue dans la prise de décision, il est certainement préférable de se demander si nous les traitons réellement comme des personnes »***³.

Références

- 1- Sirvent N, Bérard E. Cadre juridique de la prise de décision chez le mineur. Arch Pédiatrie. 2010;17:S3-S6.
- 2- Peyrebrune C, Génot-Pok I. Le secret médical pour le mineur. Rev Prat. 2009;59:1345-9.
- 3- Bailly D. Problèmes liés au consentement chez l'enfant et l'adolescent. Arch Pédiatrie. 2010;17:S7-S15.