



HAL
open science

La prise en charge des mineurs en médecine générale: situations et réflexions

Isabelle Bardot-Pecqueux

► **To cite this version:**

Isabelle Bardot-Pecqueux. La prise en charge des mineurs en médecine générale: situations et réflexions. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01733592

HAL Id: hal-01733592

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733592v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Isabelle BARDOT – PECQUEUX

Le 10 mai 2007

**LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR EN MEDECINE GENERALE :
SITUATIONS ET REFLEXIONS .**

Examineurs de la thèse :

Monsieur Henry COUDANE	Professeur	Président
Monsieur Pierre MONIN	Professeur	}
Monsieur Daniel SIBERTIN-BLANC	Professeur	}
Monsieur Patrick PETON	Docteur en Médecine	}
Madame Sophie SIEGRIST	Docteur en Médecine	}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Maric-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT – Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Henry COUDANE
Professeur de médecine légale (option clinique)
Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.
Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Pierre MONIN
Professeur de pédiatrie

Nous vous remercions d'honorer notre jury de votre présence.
Veuillez accepter le témoignage de notre profonde estime.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur de pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger notre travail.
Veuillez accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre grand respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Patrick PETON
Praticien Hospitalier en Médecine Légale

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail après nous avoir guidé dans son élaboration.
Vous nous avez apporté votre compétence, notamment en matière de médecine légale, et votre disponibilité.
Veuillez accepter l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Madame le Docteur Sophie SIEGRIST
Médecin généraliste au Ban Saint Martin (57)
Membre du département de médecine générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Vous nous avez fait découvrir lors de nos stages, la richesse, la diversité et la complexité de la médecine de ville.

Nous avons pu apprécier au quotidien votre compétence, votre disponibilité et vos qualités humaines.

Que cette thèse soit le témoignage de notre gratitude, de notre profond respect et de notre grande amitié.

A mon grand-père,

Pour les valeurs qu'il m'a transmises,
Parti trop tôt pour voir l'accomplissement de mon travail.

A ma mère,

Pour son amour et le soutien de tous les instants même dans les moments de doute.

A Nicolas,

Pour sa patience pendant ces longues années,
Pour le bonheur partagé chaque jour.

A nos filles Marie et Manon,

Les rayons de soleil de nos vies.

A mon beau-père,

Pour ses conseils avisés et pour avoir inspiré le sujet de ce travail.

A ma famille et ma belle-famille,

Pour son soutien et sa gentillesse.

A Anne-Claire, Julie, Charlotte, Barbara et Christian,

Pour ces années d'amitié et de partage médical.

A mes amis,

Pour leur soutien indéfectible.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si je manque ».

Table des matières

INTRODUCTION	17
Première Partie :RELATION MEDECIN-PATIENT	19
I. Relation médecin-mineur	20
A. Qu'est-ce qu'un mineur ?.....	20
1. Définition et exceptions	20
2. Données régionales	21
B. Représentation de la santé et de la maladie chez le mineur	22
C. Couverture sociale et choix du médecin traitant	22
D. Instauration du climat de confiance	23
II. Relation médecin parents	27
A. L'autorité parentale	27
B. Information.....	28
C. Consentement parental	29
D. Absence de consentement	29
III. Le dossier médical et la prise en charge normale du mineur	31
A. Le dossier médical.....	31
B. Le carnet de santé.....	33
C. Suivi normal du mineur.....	34
1. 0-2 ans	34
2. 2-6 ans	38
3. 6-12 ans	39
4. 12-18 ans	41
Deuxième Partie :CAS PARTICULIERS DES ADOLESCENTS	42
I. Représentation de la santé et de la maladie.....	43
A. Qu'est-ce que l'adolescence ?.....	43
B. Représentation de la santé et de la maladie.....	45
C. Rôle des professionnels de santé.....	48
II. Contraception et IVG	51
A. Adolescence et sexualité	51
B. La contraception.....	53

C.	Interruption volontaire de grossesse (IVG).....	56
III.	Santé mentale : dépression, dépistage de la schizophrénie et de l'autisme, anorexie/boulimie.....	60
A.	Dépression et suicide.....	60
1.	Qu'est-ce que la dépression ?.....	60
2.	Le suicide de l'adolescent.....	63
B.	Schizophrénie et autisme.....	66
1.	Schizophrénie.....	66
2.	Autisme.....	68
C.	Anorexie et boulimie.....	71
1.	Les troubles des conduites alimentaires : généralités.....	71
2.	Anorexie mentale.....	73
3.	La boulimie.....	76
	Troisième Partie :SITUATIONS MEDICOLEGALES DIFFICILES.....	78
I.	Séviçes à enfants.....	79
A.	Rappel historique et médicolégal.....	79
B.	Maltraitance à enfants et adolescents.....	80
C.	Violences sexuelles.....	83
1.	Les dommages.....	85
2.	Signaux de détresse.....	87
II.	Refus de soins.....	89
A.	Analyse et compréhension du refus.....	89
B.	Refus des parents.....	89
C.	Refus de l'enfant.....	90
D.	Conséquences du refus pour le médecin.....	91
III.	Discussion sur la majorité médicale.....	93
A.	Les « majorités » actuelles.....	93
B.	Les différents cadres de consultation et les problèmes soulevés.....	94
C.	Quelles propositions ?.....	95
	CONCLUSION.....	96
	BIBLIOGRAPHIE.....	98
	Annexe 1 : Articles de Loi.....	103
	Annexe 2 : Adresses utiles.....	125

INTRODUCTION

Les mineurs de moins de 18 ans représentent environ 20% des consultations en médecine générale. Leur prise en charge requiert des connaissances spécifiques médicales ainsi que légales eu égard à leur statut de mineur.

L'enjeu est donc double : santé publique (prévention prédominante) et individuelle. La loi du 4 mars 2002 a permis de renforcer et de redéfinir le statut du mineur vis-à-vis de sa santé. Les médecins généralistes sont-ils toujours en phase avec la législation concernant le mineur ?

L'objet de cette thèse est de redéfinir le cadre juridique lié à la santé du mineur tout en développant certaines situations médicales difficiles et spécifiques aux moins de 18 ans. En effet, pouvons nous soigner un grand adolescent comme un adulte ? Ne négligeons-nous pas l'autorité parentale telle que la loi la définit ? Connaissions-nous bien les conduites à tenir devant des cas médico-légaux sensibles tel que l'interruption volontaire de grossesse ou les sévices à mineur ? Toutes ces questions sont primordiales pour un bon suivi du patient mineur. Enfin, nous poserons la question de l'intérêt d'établir une majorité médicale.

Dans une première partie, nous définirons la minorité, les relations établies entre le médecin et le jeune patient en fonction de son âge mais aussi de la nécessaire relation de confiance entre le médecin et les parents détenteurs de l'autorité parentale donc parti prenante dans la santé du patient. Dans cette partie, nous détaillerons le contenu du dossier médical ainsi que du carnet de santé, deux éléments fondamentaux d'une bonne prise en charge. Enfin nous rappellerons les grands axes du suivi standard du mineur en fonction des tranches d'âge.

Dans la seconde partie, nous traiterons le cas particuliers des adolescents, en définissant l'adolescent et la représentation qu'il a de la santé et de la maladie. Ensuite nous développerons deux domaines particuliers à l'adolescence : la contraception au sens large avec les implications légales de l'IVG et les domaines de la psychiatrie que sont premièrement les dépressions et le suicide, deuxièmement l'autisme et les schizophrénies et enfin les troubles des comportements alimentaires : anorexie et boulimie.

Enfin dans la troisième partie, nous développerons des situations médico-légales difficiles que sont les sévices à enfant et leurs implications pénales ainsi que le refus de soin. Nous profiterons de cette partie pour discuter de la prise en charge médicale et financière des grands adolescents. Faut-il légiférer sur une majorité médicale ? Si oui, à quel âge ? Pour quelles situations ?

Première Partie :
RELATION MEDECIN-PATIENT

I. Relation médecin-mineur

A. Qu'est-ce qu'un mineur ?

1. Définition et exceptions

L'article 388 du code civil [A1] définit le mineur comme étant l'individu de l'un ou de l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis.

Sur le plan pénal, il existe une distinction entre les mineurs de plus de 15 ans et les mineurs de moins de 15 ans. Tout ce qui concerne ces derniers est passible de circonstances aggravantes.

Pour la prise en charge hospitalière, la limite pour les services de pédiatrie est fixée à 15 ans et 3 mois pour des raisons organisationnelles.

Cependant il existe des exceptions à cette règle puisque le mineur peut demander à être **émancipé**.

Les conditions de l'émancipation sont décrites dans les articles 476 [A2], 477 [A3], 478 [A4], 479 [A5] du code civil :

- tout d'abord par le mariage,
- ou de manière motivée par le juge des tutelles à la demande des père et mère ou de l'un d'eux (si un seul des parents demande l'émancipation, le juge devra entendre l'autre à moins qu'il ne soit dans l'impossibilité de manifester sa volonté),
- ou par le conseil de famille en cas de décès des parents.

Les règles de l'émancipation décrites dans les articles 480 [A6], 481 [A7] et 482 [A8] du code civil sont :

- la capacité de tous les actes civils (pour se marier ou se donner en adoption, il doit obéir aux mêmes règles qu'un mineur),
- la perte de l'autorité parentale (les parents ne sont pas responsables du dommage qui pourra être causé par autrui),
- l'impossibilité d'être commerçant. Cette dernière restriction est inscrite dans l'article 487 du code civil [A9].

Un autre cas juridique fait exception à la définition précitée : la **tutelle**. Définie par la loi du 14 décembre 1964 (articles 389 à 475), elle concerne l'administration légale lorsqu'elle ne peut être assurée par les parents (père et mère). L'administration est alors placée sous le contrôle d'un juge des tutelles et gérée par un tuteur et par un conseil de famille. Elle peut également être déferée à l'Etat. La tutelle est ainsi définie dans le code civil par les articles 389-2 [A10] , 389-3 [A11] , 393 [A12] , 395 [A13] , 407 [A14] , 408 [A15] et 409 [A16].

2. Données régionales

Au niveau régional, la consultation des moins de 18 ans représente environ 20% des actes de médecine générale. Il faut remarquer qu'il existe plusieurs catégories au sein des mineurs : la petite enfance, l'enfance jusqu'à la puberté et enfin l'adolescence qui a sa pathologie propre.

Nombre de consultations en médecine générale des moins de 18 ans dans chacun des 4 départements Lorrains :

Année 2005	Meuse	Vosges	Meurthe et Moselle	Moselle
0 - 2 ans	34.365	65.396	93.409	84.080
3 - 5 ans	29.684	57.941	72.194	63.835
6 - 9 ans	24.770	50.061	62.397	57.321
10 - 14 ans	24.427	50.554	67.253	60.564
15 - 18 ans	21.820	46.425	47.619	55.078
Total mineurs	135.066	270.377	342.872	320.878
tous ages	626.147	1.337.858	1.864.148	1.666.177
pourcentage	21.57 %	20.21 %	18.39 %	19.26 %

B. Représentation de la santé et de la maladie chez le mineur

Plusieurs définitions ont marqué l'histoire en définissant la maladie pour les adultes comme pour les enfants.

La première est celle de l'**OMS** qui définit la santé « non seulement comme l'absence de maladie mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social » ; pour l'enfant, il s'agit de grandir, d'épanouir ses potentialités dans un environnement favorable ; sa fragilité et sa vulnérabilité requièrent une protection spécifique.

La **déclaration des droits de l'homme** de 1948 (1) stipule que « l'enfance a droit à une aide et une assistance spéciales » tout comme la **déclaration des droits de l'enfant** du 20 novembre 1959 (2) qui dit que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux ».

Enfin, la **convention du 20 novembre 1989** (3) déclare que « les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation ». L'enfant doit faire entendre sa volonté s'impliquer dans les décisions sur sa santé, donner son avis et éventuellement s'opposer aux décisions parentales. La représentation de la santé et de la maladie est très dépendante de l'image du corps.

C. Couverture sociale et choix du médecin traitant

Il faut rappeler tout d'abord les règles de la prise en charge du mineur : l'assurance maladie assure les remboursements des soins médicaux et paramédicaux ; l'enfant étant un ayant droit d'un assuré social.

Les articles L 313-3 [A17] et R313-12 [A18] du code de la sécurité sociale fixent les règles du statut d'ayant droit jusqu'à 16 ans pour les enfants non salariés, jusqu'à 18 ans en cas d'apprentissage et 20 si études prolongées ou infirmité.

L'article L161-15-3 [A19] du code de sécurité sociale issu de la loi du 4 mars 2002 permet le rattachement à chacun des deux parents si ceux –ci adhèrent au régime d'assurance maladie et de maternité.

L'article L380-4 du code de sécurité sociale [A20] permet aux pupilles de l'état de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle.

Les articles L161-14-1 [A21] et R161-8-13 [A22] du code de la sécurité sociale issus de la loi du 27 juillet 1999 permettent aux mineurs de 16 ans de demander une identification autonome au sein du régime social de l'assuré à titre personnel avec remboursement des prestations ; cela est valable un an et sa reconduction est tacite.

En cas de rupture des liens familiaux, l'article L861-1 du code de la sécurité sociale [A23] attribue une protection complémentaire gratuite.

Enfin, les articles L322-3 [A24] et R322-9 [A25] du code de la sécurité sociale prévoient une suppression de la participation de l'assuré social en cas de sévices subis par les mineurs victimes de viol, agression, atteintes sexuelles, corruption ou actes pornographiques. Pour se faire, il faut saisir la sécurité sociale qui demande son avis au contrôle médical sur le principe et la durée de l'exonération.

La réforme du médecin traitant (1) , en application depuis le 1^{er} janvier 2006, ne s'applique pas aux patients de moins de 16 ans, il n'y a donc pas de formulaire à remplir, le remboursement se fait sur la base des tarifs opposables soit 21 euros en médecine générale ; à noter l'existence d'une majoration de 5 euros depuis le 1^{er} mars 2005 pour les moins de 2 ans et de 3 euros pour les 2-6 ans depuis le 15 mai 2006, ces majorations s'appliquent pour une consultation avec examen complet, mesures de prévention et mise à jour du carnet de santé.

En France, 79% des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge par leur médecin généraliste exclusivement, 16% de façon conjointe avec les pédiatres et seulement 5% par les pédiatres exclusivement. La Société française de médecine générale déclare que les actes de prévention pédiatrique représentent le tiers de l'activité pédiatrique en médecine générale.

D. Instauration du climat de confiance

La relation entre le médecin et l'enfant évolue avec l'âge du jeune patient, nous ferons ainsi la distinction entre la population « nourrisson et petit enfant » et celle « grand enfant et adolescent ». La loi du 4 mars 2002 prend en compte les peurs, les désagréments, les douleurs et tout inconvénient pouvant être exprimé par le patient qu'il soit adulte ou mineur. Quelque soit l'âge, l'examen clinique est complet avec mesure du poids et de la taille, examen ORL, examen des parties génitales, auscultation et palpation des organes vitaux (cœur, poumons, abdomen).

Avant 6 mois, tout cela est simple car la peur de l'étranger ne survient qu'aux alentours de 8 mois. Il faut alors utiliser des stratagèmes pour faciliter cet examen : s'asseoir à côté de la maman, parler au nourrisson, commencer l'examen habillé puis le déshabiller au fur

et à mesure, il est bien entendu plus judicieux de terminer par les gestes les plus « agressifs » tel que l'examen ORL. Chez le petit enfant, sa participation et l'impression de maîtrise sont nécessaires : lui faire tenir les instruments, le laisser donner la main à sa maman.

Chez le grand enfant, la confiance se gagne tout d'abord en respectant sa pudeur (examen seul par exemple) ; l'interrogatoire sur le quotidien (sommeil, scolarité, famille, loisirs). Si les parents sollicitent un entretien seul, il faut ensuite revoir l'enfant afin de ne pas se retrouver prisonnier des conflits familiaux. Vers 14 ans, la question de consulter seul peut être soulevée avec les parents sans exiger de réponse immédiate.

Du point de vue des décisions, a été inscrit par l'article 371-1 du code civil [A26] suite à la loi du 4 mars 2002 que les parents doivent associer le mineur aux décisions qui le concernent en fonction de ses capacités de compréhension, son discernement et son degré de maturité.

Pour que cela ait lieu dans de bonnes conditions, l'information comme pour tout autre patient doit être claire, loyale et appropriée comme souligné dans la Charte du Patient Hospitalisé et l'article 35 du Code de déontologie [A27]. Le mineur est un interlocuteur à part entière et a donc droit à une information adaptée comme rappelé dans l'article L.1111-2 du Code de Santé Publique [A28].

Mais il faut insister sur le fait primordial que le médecin peut ne pas informer le mineur concernant son état de santé dans l'intérêt de ce dernier sauf si il y a un risque de transmission à une tierce personne comme dans le cas d'une hépatite B ou du HIV. Ces situations particulières doivent être l'occasion de mesures prophylactiques notamment chez l'adolescent et une prise de responsabilité si il y a eu des rapports intimes. Le médecin peut également être amené à intervenir dans le cadre familial puisque ces maladies sont souvent transmises par l'un des parents et une partie de son existence jusqu'alors cachée peut être mise à nu. Un accompagnement de l'adolescent au niveau psychologique mais également du reste de la famille est alors important.

La participation aux décisions médicales est inscrite dans l'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant. Celui-ci peut exprimer une opinion qui devra être prise en considération en fonction de l'âge et de la maturité. La participation aux décisions et l'adhésion aux thérapeutiques sont primordiales notamment dans les maladies chroniques telles que le diabète.

Il faut également tenir compte des convictions religieuses et des croyances philosophiques du mineur et de son entourage. Le médecin devra faire preuve de persuasion sans outrepasser ses droits. Cependant il faut s'enquérir des conséquences pour la santé du mineur et s'il y a danger, ne pas hésiter à avoir recours à des mesures d'assistance éducative.

L'avis du mineur est d'autant plus important si les parents sont en désaccord mais il ne faut pas faire peser sur ses épaules le poids des décisions qui seront prises ultérieurement pour sa santé.

Le consentement exclusif de l'enfant peut avoir lieu dans 3 situations :

- l'enfant consulte sans mentionner les parents pour des soins a priori banaux, soit à leur insu, soit en accord avec eux ;
- l'enfant consulte en insistant sur la nécessité de garder le secret sur la consultation ;
- les parents sont injoignables.

Le médecin, même s'il a instauré un climat de confiance doit se méfier des situations juridiques inconfortables et ne pas se retrouver entre parents et enfants.

En cas de rupture des liens familiaux et à condition que le remboursement des prestations se fasse à titre personnel, soit en cas de majorité sanitaire anticipée, il n'y a pas besoin d'avis parental.

Enfin, en cas d'acte médical grave et de demande de secret par le mineur, celui-ci devra être accompagné par une tierce personne majeure.

Dans cette relation de confiance, le mineur a droit au secret professionnel et le médecin encourt une sanction pénale (article 226-13 [A29]) en cas de violation du secret sauf dans le cas de sévices ou privations chez des mineurs de moins de 15 ans. Ce secret touche évidemment la vie sexuelle et la consommation de substances illicites faisant apparaître les limites du devoir d'information des parents qui sera développé ultérieurement.

Cette relation, parfois si difficile à instaurer est toujours sur une ligne entre respect du secret lié au mineur et information des parents.

De cette relation de confiance entre le médecin et le mineur, dépend la compliance au traitement. Si chez le jeune enfant, cette observance thérapeutique dépend principalement des parents et de leur adhésion au projet thérapeutique, il n'en est pas de même chez le grand enfant et surtout l'adolescent. Nous constatons que pour des traitements courts l'observance est souvent bonne, cela est tout autrement pour des traitements au long cours tel que dans les maladies chroniques tel que l'asthme, le diabète. Il faut alors expliquer simplement les enjeux du traitement et proposer des explications et une utilisation simple des produits utilisés avec une aide possible (parents, infirmière) pour certains gestes (exemple des injections d'insuline

dans le diabète). Cela met en évidence l'importance de la relation de confiance dans la suite de la prise en charge même si une mauvaise compliance thérapeutique n'est pas le reflet d'un manque de confiance ou de compétence du professionnel de santé mais surtout d'un certain laxisme et d'un manque de préhension de l'avenir chez les adolescents.

II. Relation médecin parents

Une prise en charge satisfaisante du mineur par le médecin généraliste passe tout d'abord par une relation de confiance entre le praticien et les parents. En effet, le praticien doit d'une part informer du traitement envisagé puis obtenir le consentement du représentant légal.

Il est bon de rappeler que comme défini dans l'article 1124 du code civil [A30], le mineur présente au regard de la loi une incapacité juridique nécessitant donc pour toute décision concernant la santé de l'enfant l'accord soit des parents soit du représentant légal.

A. L'autorité parentale

L'autorité parentale est l'ensemble des droits et devoirs ayant pour fondement et finalité l'intérêt de l'enfant comme le souligne l'article 371-1 du code civil modifié par la loi du 4 mars 2002. Les personnes ayant l'autorité parentale doivent assurer la sécurité, la santé et la moralité du mineur mais aussi son éducation et son développement dans le respect dû à sa personne.

Il faut expliquer que dans la médecine de ville, la pratique s'éloigne parfois de la théorie puisque le préalable à toute consultation n'est pas de vérifier la qualité de représentant légal de la personne accompagnante qui fait d'ailleurs parfois défaut. Il est pourtant primordial de savoir quel interlocuteur « juridique » nous avons face à nous.

Lorsqu'il y a les deux parents, nous partons souvent sur la présomption d'un accord entre les deux parents d'autant plus que pour les actes usuels ou bénins, la majorité des consultations de médecine générale des mineurs, un seul accord suffit. En cas d'actes graves ou inhabituels, l'accord des deux parents est nécessaire. (Article 372-2 du code civil [A31]).

L'accord des deux parents est requis en cas de prélèvements sur l'enfant, de recherches biomédicales, si le traitement présente des risques pour l'enfant sans qu'il y ait de délai préjudiciable pour l'enfant, en cas d'actes rituels et surtout en cas de conflits connus entre les deux parents.

En cas de désaccord entre les deux parents, les parents peuvent saisir le juge aux affaires familiales qui après tentative de conciliation s'efforcera de choisir la meilleure solution pour l'enfant. Si les parents dans ce même cas de figure sont inactifs, il faut faire un signalement au Procureur de la République qui saisira le juge des enfants. Bien souvent un expert sera commis afin de s'appuyer sur des éléments suffisants pour statuer du devenir médical de l'enfant.

Lorsque l'enfant vit avec un seul des deux parents et que celui-ci exerce seul l'autorité parentale, l'autre parent acquiert grâce à l'article 373-2 du code civil [A32] issu de la loi du 4 mars 2002 un droit de surveillance sur l'entretien et l'éducation de l'enfant et doit être informé des choix importants relatifs à la vie dudit enfant.

Nous insisterons sur le fait qu'en pratique, même si le parent garant de l'autorité parentale le reste pendant les week-end et autres vacances, l'autre parent est en droit de faire soigner l'enfant pour des affections dites banales. Il existe des exceptions à ce droit de surveillance : hors d'état d'exprimer sa volonté, abandon de famille, adoption simple de l'enfant du conjoint, enfant non reconnu, enfant reconnu plus d'un an après la naissance, filiation juridiquement reconnue mais aucune demande de faite.

Enfin si l'enfant est placé à un tiers, il existe 2 cas de figure :

- Soit les parents ont encore l'autorité parentale et le tiers ayant la charge de l'enfant peut lui faire donner des soins pour des affections sans gravité,
- Soit les parents n'ont plus l'autorité parentale et il y a eu soit un jugement de délégation ou de retrait de l'autorité parentale et le tiers ou le service ayant la charge de l'enfant exerce l'autorité parentale,
- soit ouverture de la tutelle d'un mineur et c'est le tuteur, selon l'article 450 du code civil [A33], qui consent aux actes médicaux concernant le mineur.

B. Information

L'information en soi est une obligation quelque soit l'âge du patient. Le devoir d'information est inscrit au code de déontologie dans les articles 34 [A34] et 35 ainsi que dans l'article L 1111-1 du code de santé publique [A35]. Le secret médical n'est pas opposable aux parents mais des réserves peuvent être avancées chez les adolescents.

Il s'agit pour le praticien de faire un travail de préparation et d'accompagnement surtout en cas de pathologie grave. N'oublions pas que le devoir d'information est inscrit au code de déontologie dans l'article 64 [A36]. L'étendue de l'information s'étend au diagnostic, pronostic et traitement afin d'obtenir un consentement ou un refus éclairé. (art L1111-2 Code santé publique)

L'obligation d'information est définie par la jurisprudence et est une tâche de plus en plus importante pour le médecin d'autant plus que pour un mineur il faut envisager l'avenir, les séquelles et les risques encourus par les thérapeutiques. Il faut donner une indication simple et complète, accessible aux parents. (art. L1142-4 [A37] et 1111-3 [A38] du code de la santé publique)

Parlons enfin de la preuve de l'information et soulignons le fait que bien souvent un échange oral dans un climat de confiance réciproque est souvent plus efficace que la rédaction d'un écrit. En cas de contestation, il faut apporter par tous les moyens la preuve de l'exécution de cette obligation (art L1111-2 code santé publique).

C. Consentement parental

Le consentement parental est un préalable à toute intervention, il est une exigence légale (art 16-3 code civil [A39]). Comme rappelé dans l'article L1111-4 du code de santé publique [A40], il faut obtenir un consentement libre et éclairé du patient si majeur ou de la personne représentant l'autorité parentale en cas de minorité puisque le mineur est défini comme incapable juridiquement. (art 42 code de déontologie[A41])

Cette exigence n'intervient pas en cas d'émancipation par le mariage ou par décision du juge des tutelles puisque le mineur émancipé consent seul à un traitement médical.

En soins de ville, il existe des conduites pratiques qui font que le seul fait d'accompagner le mineur est interprété comme un accord aux soins. Dans les faits, il arrive souvent que la personne accompagnante ne soit pas l'une des personnes ayant l'autorité parentale tel que les grands-parents, les oncles et tantes voire l'assistante maternelle en charge de l'enfant. Dans tous ces cas, l'accord des parents est également sous-jacent. Il en est de même si un adolescent se présente seul, le médecin traitant part sur le principe que l'accord des parents est sous-jacent. Tout cela concerne évidemment les soins habituels. Pour les soins inhabituels ou présentant une certaine gravité, l'accord des parents est nécessaire.

Une circonstance exceptionnelle doit être évoquée : l'hospitalisation pour troubles mentaux. Elle est régie par les articles L3211-1 [A42] et 3211-10 [A43] du Code de la Santé Publique qui requiert le consentement du représentant légal. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, il faut saisir le juge aux affaires familiales. (Loi 27 juin 1990). Pour le cas de l'hospitalisation d'office, c'est similaire chez l'adulte.

D. Absence de consentement

Parfois le consentement parental est absent : en cas d'urgence ou lorsque le représentant légal est impossible à contacter.

L'urgence autorise toute personne présente auprès de l'enfant, quelque soit son statut, à réclamer des soins. Toute abstention volontaire d'assistance est répréhensible comme cité

dans l'article 223-6 du code pénal [A44]. Le médecin comme cité dans l'article 42 du code de déontologie doit s'efforcer de prévenir les parents et d'obtenir leur consentement mais les soins nécessaires peuvent être donnés en cas d'urgence.

Le caractère d'urgence est à l'appréciation du médecin. Il y a en général une mise en jeu du caractère vital ou une atteinte irréversible de la santé ou de l'intégrité physique. Elle doit demeurer exceptionnelle car elle représente une situation de mise en échec de l'autorité parentale.

En cas de conflit, il faut pouvoir justifier d'une nécessité évidente ou d'un danger immédiat. Cette situation permet de se dispenser de prévenir les parents et de passer outre au refus de ces derniers. Une information complète sur les risques du traitement n'est alors pas donnée. Le médecin peut saisir le Procureur de la république ou le juge des enfants.

L'impossibilité de contacter le représentant légal est une éventualité. Elle concerne différents cas pour lesquels les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être joints même par liaison téléphonique dans un délai acceptable. Tout d'abord les parents voyageant à l'étranger, ensuite les parents n'ayant pas donné leurs coordonnées et dont les enfants ont été placés à l'aide sociale, puis les parents internés hors d'état d'exprimer leur consentement ou encore les enfants placés officieusement chez un tiers (grands-parents, oncles et tantes).

Le médecin en charge de l'enfant doit saisir le Procureur de la République qui décidera de la conduite à tenir afin que les soins puissent être prodigués au patient mineur.

III. Le dossier médical et la prise en charge normale du mineur

Le dossier médical chez le mineur comprend deux parties très importantes : d'une part le dossier du médecin (papier ou informatique) et d'autre part le carnet de santé.

A. Le dossier médical

Faisons d'abord un rappel historique sur la tenue du dossier.

Jusqu'en 1994, il n'y avait pas de réglementation sur la tenue du dossier médical, seule existait la loi « Informatique et Libertés », loi 78-17 du 6 janvier 1978 (5) qui imposait de prendre des précautions afin de préserver la sécurité des informations médicales. Cette loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquait également aux fichiers papiers contenant des données nominatives. Il existait alors une obligation de veiller à surveiller la confidentialité des dossiers médicaux. Il fallait prévoir pour le patient un droit d'accès aux informations portées dans son dossier (art 45 [A45]) par l'intermédiaire d'un médecin qu'il aura mandaté : le droit d'accès est alors indirect. Le traitement informatisé de données nominatives doit être préalablement déclaré à la CNIL (art 16).

Il faut attendre la loi 94-43 du 18 janvier 1994 (6) pour réglementer la tenue du dossier au sein d'un exercice libéral. Nous soulignerons que cela a été initialisé par l'existence du dossier médical hospitalier. Cette loi institue un dossier de suivi médical « dans l'intérêt de la santé publique aux fins de favoriser la qualité, la coordination et la continuité des soins ». Le patient devait choisir un médecin auquel il confiait la tenue de ce dossier de suivi médical et celui-ci était tenu de le compléter au fur et à mesure. Le patient devait faire compléter son « carnet médical » (carnet de santé) par les médecins qui lui prodiguaient des soins.

Inspiré par cette loi de 1994, l'article 45 du code de déontologie médicale du 6 septembre 1995 impose à tout médecin la tenue d'une fiche d'observation personnelle pour chaque patient. Tout médecin doit transmettre à la demande du patient les informations ou documents utiles à la continuité des soins aux médecins participant à sa prise en charge (art 45-3).

La convention de 1998 (7) et la possibilité de devenir « médecin référent », imposent à celui-ci la tenue d'un « document médical de synthèse » contenant toute information utile concernant la santé du patient.

Enfin, est créée la loi du 4 mars 2002 qui stipule que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé..., qui sont formalisées... ou ont fait l'objet d'échanges écrits ...à l'exception des informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. » L'accès est maintenant soit direct soit indirect par l'intermédiaire d'un médecin. Cette transmission doit se faire sous 8 jours avec un délai de réflexion de 48h sauf pour les informations datant de plus de 5 ans où ce délai est porté à 2 mois. A noter que la personne mineure qui souhaite garder le secret peut s'opposer à la divulgation d'informations au titulaire de l'autorité parentale. Sous réserve de cette opposition, le droit d'accès est réservé au titulaire de l'autorité parentale.

L'avenir (début en 2007) concerne le DMP ou dossier médical personnel. Il s'agit d'établir pour les moins de 16 ans bénéficiaires de l'assurance maladie un DMP unique et informatisé comportant des éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de la santé en ville ou à l'hôpital. A terme, il sera question d'y insérer les images radiographiques. Les atouts du DMP sont un meilleur suivi du patient, un accès unifié à l'information pour coordonner des soins, une limitation des soins redondants, une qualité de soins améliorés, des économies substantielles. De plus, il sera question de subordonner le remboursement des soins au fait que le patient permette au professionnel de santé qu'il consulte d'accéder au DMP.

Le dossier médical a un triple intérêt :

- médicolégal,
- de suivi et
- de continuité des soins.

Il requière 3 obligations :

- confidentialité,
- légalité et
- conservation qui est d'une durée de 30 ans soit pour les mineurs de la majorité plus 30 ans soit jusqu'à l'âge de 48 ans.

Il contient :

- des données administratives (adresse, téléphone, titulaire de l'autorité parentale, personne à laquelle le patient est affilié avec le numéro de sécurité sociale),
- des données générales (habitus, mode de vie, structure familiale),
- la biométrie (poids, taille),
- des alertes avec les allergies, les intolérances, les vaccinations,

- les antécédents familiaux et personnels,
- les traitements en cours et
- l'archivage des examens complémentaires.

Il faut standardiser le recueil des données (façon d'écrire, endroit où écrire) avec les problèmes (motif de consultation), la clinique, les conclusions (diagnostic), les décisions et conduites à tenir.

Les objectifs sont :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier,
- contenu des rencontres précédentes,
- histoire médicale actualisée et synthétique,
- structurer le recueil des informations,
- expliciter les arguments,
- planifier et assurer le suivi,
- favoriser la transmission à un autre soignant,
- minimiser le risque iatrogène.

B. Le carnet de santé

C'est l'article L 2132-1 [A46] du code de la Santé Publique qui régit les règles du carnet de santé. Il s'agit de délivrer le carnet de santé à la naissance. Il s'agit d'un document confidentiel, soumis au secret médical. En dehors d'une consultation médicale, seuls les certificats de vaccination sont exigibles.

Il existe 3 certificats obligatoires au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois contenant des données administratives et médicales, une partie étant adressée à la Caisse d'Allocations Familiales et l'autre à la Protection Maternelle et Infantile.

Le carnet de santé pour sa part est composé de plusieurs parties :

- l'état civil,
- le suivi médical de la naissance à 20 ans,
- les courbes de croissance,

- l'hospitalisation,
- le groupe sanguin,
- les examens radiologiques et
- les vaccinations.

Chaque consultation médicale doit être consignée dans le carnet de santé par le médecin qui l'a pratiquée avec sa signature. Le diagnostic ainsi que la thérapeutique doivent y être notés afin que tout autre professionnel de santé qui le consulterait pourrait y trouver les traitements déjà prescrits pour une pathologie donnée.

Le carnet de santé permet de faire le suivi de la croissance puisque chaque consultation peut être l'occasion d'une mesure et que ces données peuvent être immédiatement reportées sur les courbes de poids, taille, périmètre crânien et indice de masse corporelle afin de visualiser l'homogénéité ou non de la croissance.

Le calendrier vaccinal peut également être prévu en inscrivant par avance les dates des prochaines vaccinations afin que les parents puissent le consulter.

Le carnet de santé doit être consciencieusement rempli et les parents doivent veiller à l'avoir à chaque consultation puisqu'il est la carte d'identité médicale de l'enfant et le suivra très longtemps notamment pour le suivi des vaccinations.

C. Suivi normal du mineur

Rappelons que les consultations des mineurs en médecine générale représentent environ 20% des consultations de médecine générale et nous allons donc développer le suivi normal du mineur afin d'expliquer ces chiffres (8).

1. 0-2 ans

Les deux premières années comportent une consultation mensuelle avec biométrie (poids, taille, périmètre crânien, périmètre abdominal), examen complet et suivi de l'alimentation, développement psychomoteur (importance de la mesure du périmètre crânien). Cette première année est également l'occasion de nombreuses vaccinations.

Rappelons que les vaccinations obligatoires se limitent à la Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite et au BCG (tuberculose) pour l'entrée en collectivité mais que bien d'autres peuvent être proposées : hépatite B, pneumocoque, méningocoque, Rougeole Oreillons Rubéole...

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (2006)

Calendrier des vaccinations 2006

Tableau synoptique

Âge	Vaccins								
	BCG	Diphtérie Tétanos	Poliomyélite ¹	Coqueluche	Hib	Hépatite B	Pneumocoque	Rougeole Oreillons Rubéole	Grippe
Naissance	BCG ²					Hep B ³			
2 mois	BCG ¹	DT	Polio	Ca ⁴	Hib	Hep B ³	Pn7 ⁶		
3 mois		DT	Polio	Ca ⁴	Hib		Pn7 ⁶		
4 mois		DT	Polio	Ca ⁴	Hib	Hep B ³	Pn7 ⁶		
9 mois								Rougeole Oreillons Rubéole ⁷	
12 mois							Pn7 ⁶	Rougeole Oreillons Rubéole ⁸	Grippe ⁹
16-18 mois		DT	Polio	Ca ⁴	Hib	Hep B ³		Rougeole Oreillons Rubéole ⁸	
24 mois							Pn7 ¹⁷		
< 6 ans							Rattrapage ¹²		
6 ans		DT ¹⁰	Polio						
11-13 ans		DT	Polio	Ca ⁴		Rattrapage ¹¹			
16-18 ans		dT ¹⁴	Polio				Rattrapage ¹¹		
18-25 ans		dT ^{14 15}	Polio ¹⁵	Ca ¹⁶					
> 26 ans							Rubéole ¹⁸		
> 65 ans		dT ^{14 12}	Polio ¹⁵					Grippe ¹⁶	

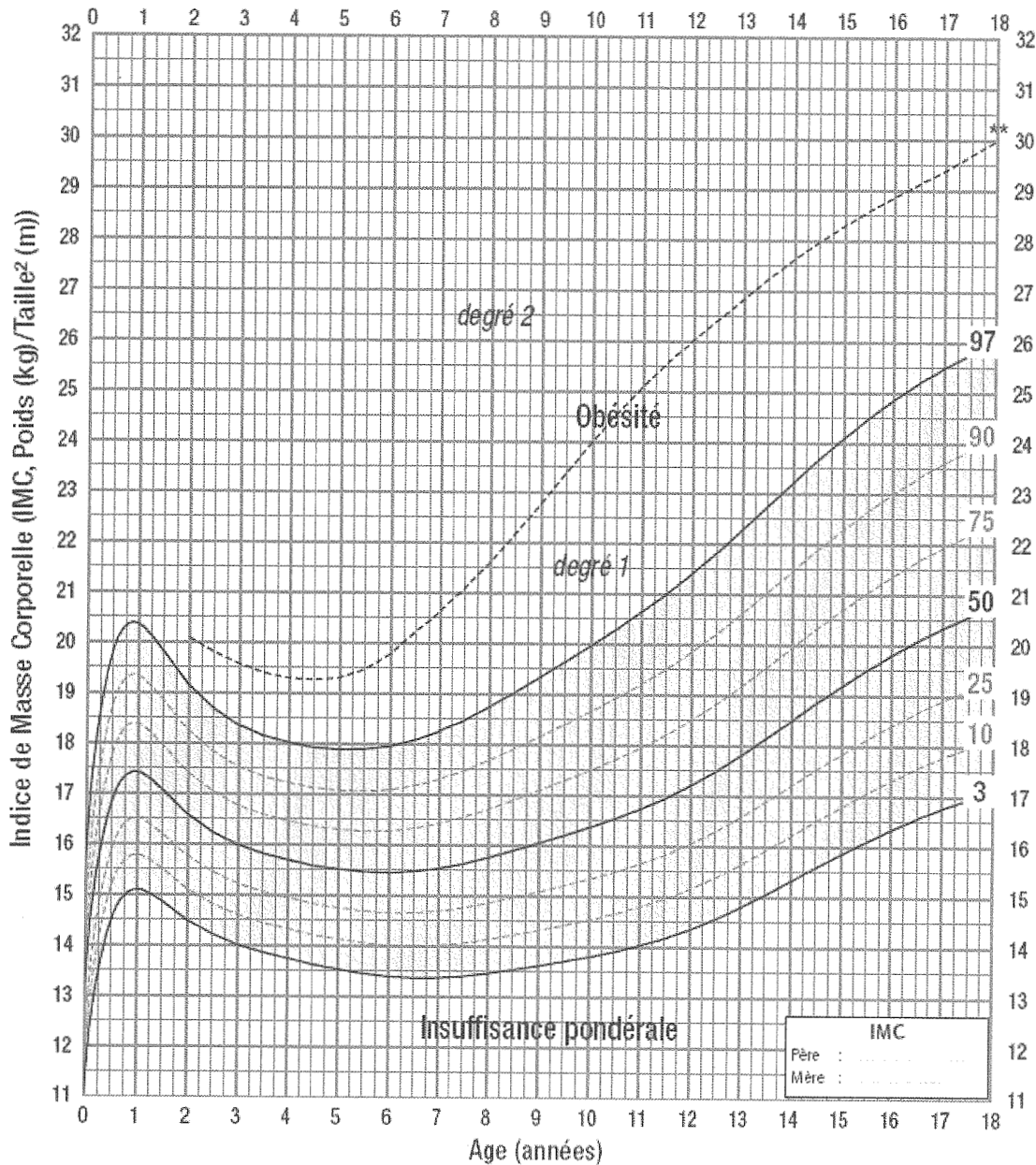
Lorsqu'un retard est intervenu dans la réalisation du calendrier de vaccinations indiqué, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme des vaccinations imposant des injections répétées. Il suffit de reprendre ce programme au stade où il a été interrompu et de compléter la vaccination en réalisant le nombre d'injections requis en fonction de l'âge.

Programme National

Nutrition Santé

Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

• L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit :

$$\frac{\text{poids(Kg)}}{\text{taille (m) x taille (m)}}$$

• L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

• Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Fr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

** Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6

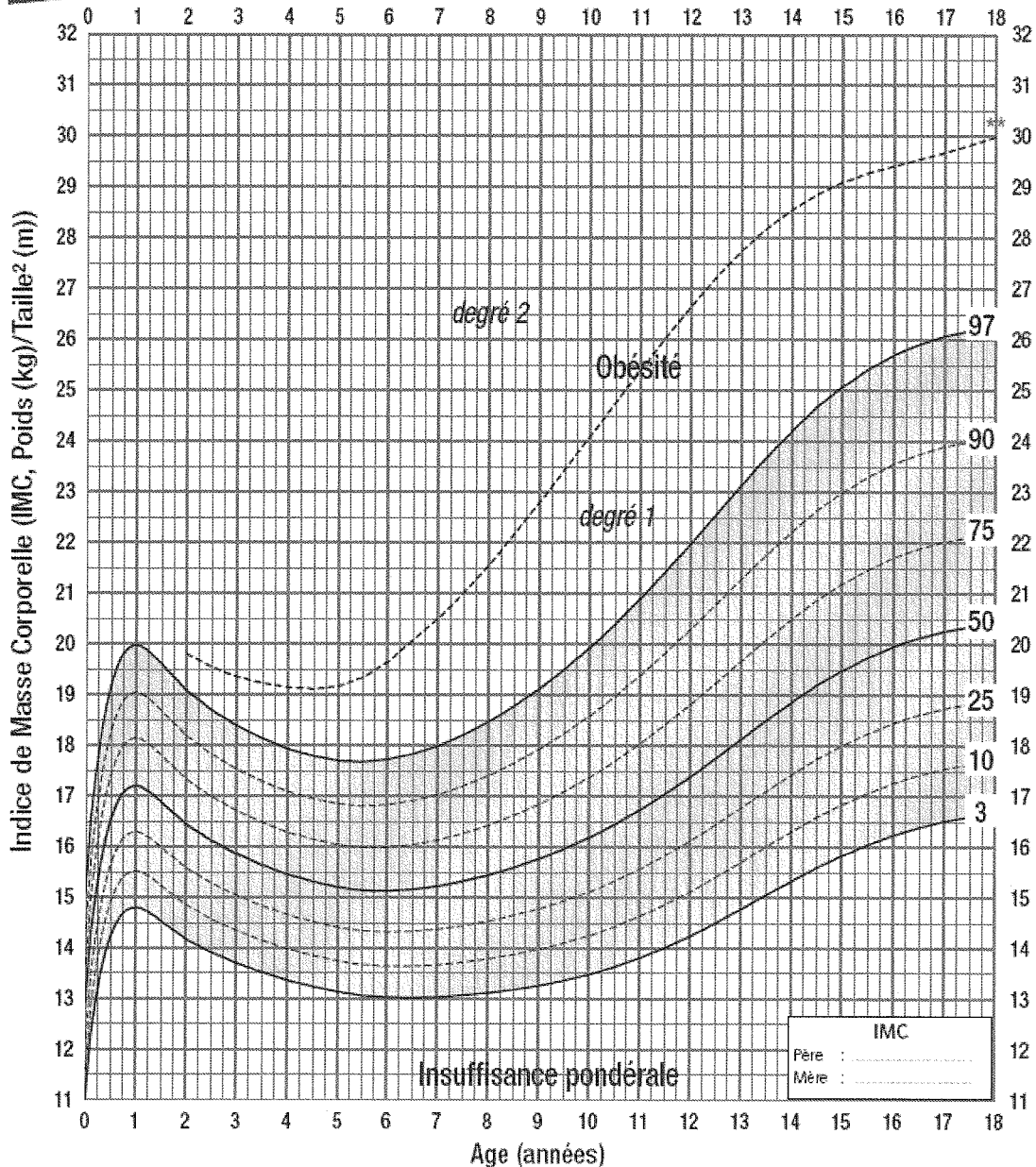


www.sante.fr



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

* L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur www.sante.fr. Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit : $\frac{\text{poids(Kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$

* L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

* Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97^{ème} percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et col. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

** Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMI 2000;320:1240-3



www.sante.fr

L'examen clinique comprend :

- l'auscultation cardio-pulmonaire, à la recherche d'un souffle (canal artériel non fermé chez le nouveau né), d'anomalies auscultatoires (asthme chez le grand enfant),
- la palpation et l'auscultation abdominale (débord hépatique physiologique chez le nourrisson),
- palpation des pouls fémoraux,
- manœuvre d'Ortolani à la recherche d'une luxation congénitale de hanche chez le nouveau-né,
- palpation des aires ganglionnaires,
- surveillance de la fermeture des fontanelles chez le nouveau-né,
- examen neurologique avec réflexes archaïques chez le nouveau-né,
- examen génital externe avec vérification de la position des testicules chez le garçon, examen vulvaire chez la fille,
- examen ORL (oreilles, gorge, nez) avec surveillance des poussées dentaires.

Au cours de cette période, une vigilance accrue sur les organes sensoriels que sont la vue et l'ouïe s'imposera.

2. 2-6 ans

Entre 2 et 6 ans, les consultations sont plus espacées mais le suivi se fait toujours avec une attention particulière portée sur la croissance staturo-pondérale et la prévention de l'obésité. La mesure du poids et de la taille doit avoir lieu 2 fois par an et la courbe de corpulence remplie à cette occasion.

Jusqu'à 6 ans, il faut être vigilant vis-à-vis des troubles psycho-comportementaux et psychologiques et savoir diagnostiquer un autisme et des troubles envahissants du développement que nous développerons ultérieurement, mais aussi une hyperactivité et un déficit de l'attention. Les problèmes soulevés par ces deux dernières sont la difficulté à les différencier des comportements habituels du développement. Pour se faire, on utilise les classifications de la DSM IV et de la CIM 10. La prévalence de l'hyperactivité est de 3 à 5% de la population générale d'enfants. Le diagnostic de THADA ou trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention repose sur trois types de manifestations : l'hyperactivité motrice, les troubles de l'attention et l'impulsivité. L'idéal serait de faire le diagnostic de façon précoce vers 3 ans mais l'âge moyen du diagnostic de THADA est de 7 ans. La prédominance est masculine (4 garçons pour 1 fille). Les manifestations précoces et le dépistage peuvent avoir lieu dans 2 endroits extérieurs à la famille : chez le médecin traitant et à l'école. L'agitation

est un recours de soins. Le médecin peut évaluer la situation et adresser à son confrère pédopsychiatre qui utilisera des échelles d'évaluation (notamment l'échelle de Conners) qui permettront d'affirmer le diagnostic. A l'école, il peut y avoir des difficultés scolaires. C'est pour cette raison que médecin traitant et enseignants doivent communiquer et travailler ensemble afin de faire un diagnostic le plus précoce possible.

L'audition doit être testée de façon simple (voix, jouets musicaux) à 4 mois, 9 mois et autour de 2 ans.

La vision doit être aussi l'objet d'une attention particulière avec recherche d'un strabisme, d'un nystagmus, des réflexes photomoteurs puis plus tard de la défense à l'occlusion, entre 2 et 4 ans de la vision stéréoscopique et de l'acuité visuelle et à 6 ans de la vision des couleurs.

Cette période est aussi le moment de détecter les troubles du langage oral et écrit.

Nous rappellerons enfin que des cas de saturnisme sont encore décrits. Il s'agit d'une intoxication au plomb que l'on peut trouver dans les peintures de bâtiments anciens mais aussi dans l'eau du robinet de maisons où les canalisations sont encore en plomb, ce qui tend à disparaître du fait de réglementations officielles.

3. 6-12 ans

La période de 6 à 12 ans est une période où la vigilance s'impose sur la statique notamment et donc la détection de la scoliose. La scoliose idiopathique est une déformation rachidienne non réductible que l'on diagnostique de façon clinique par la mise en évidence d'une gibbosité et radiologique avec une radiographie totale du rachis et un angle d'inclinaison appelé angle de Cobb $\geq 10^\circ$. Cette surveillance est primordiale vers 6, 12 et 16 ans. Elle peut en effet s'aggraver lors de la croissance et le recours à un spécialiste peut s'imposer en cas de symptomatologie douloureuse.

Le dépistage de l'obésité est également une priorité. Il s'agit de l'excès de masse grasse pouvant avoir des conséquences néfastes sur la santé. Nous utilisons l'indice de masse corporelle aussi appelé indice de Quetelet : $IMC = P/T^2$ en kg/m^2 . Nous reportons cet indice sur la courbe de corpulence et considérons qu'il y a obésité si $> 97^{ème}$ percentile. Les complications sont multiples : métaboliques (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie), mécaniques (orthopédiques : genu valgum, dorsalgies ; respiratoires : asthme, syndrome d'apnées du sommeil ; « dysmorphie cutanéogénitale »), psychosociales (estime de soi, qualité de vie). Nous n'avons que peu de stratégies pour repérer mais beaucoup de prise en charge après diagnostic.

Vers 5-6 ans, nous pouvons détecter les problèmes d'asthme et allergiques avec notamment une spirométrie. Des éléments cliniques peuvent nous avoir orienté jusque là mais la certitude passe par les examens complémentaires.

Les troubles de la vision sont détectables. Nous en citerons trois : l'amblyopie qui peut conduire à une cécité et dont les causes sont le strabisme et une inégalité du pouvoir réfractaire, les troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie et astigmatisme) diagnostiquables en utilisant l'échelle de Monoyer (lettres à 3 mètres, à partir de 6 ans) et la dyschromatopsie (vision des couleurs).

D'un point de vue auditif, il faut faire de la prévention vis-à-vis des surexpositions auditives > 90dB (baladeurs, concerts et boîtes de nuit pour les adolescents).

Les troubles de l'apprentissage apparaissent à cet âge :

- troubles de la lecture et dyslexie,
- troubles de l'expression écrite,
- dyscalculie,
- troubles de l'acquisition de la coordination : dépistage par le test de dépistage global dit BREV pour Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives, réalisable de 4 à 9 ans, durant de 10 à 15 minutes dans sa version abrégée et testant le langage oral, les capacités non verbales, l'attention, la mémoire, les apprentissages, la lecture, l'orthographe et le calcul.

Ces troubles de l'apprentissage interfèrent la plupart du temps avec la vie scolaire et doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'entourage (parents, enseignants, médecin traitant).

C'est également entre 7 et 12 ans que les troubles de l'hyperactivité et de l'attention (THADA) peuvent être diagnostiqués sur le triptyque : hyperactivité motrice, troubles de l'attention et impulsivité. Un traitement médicamenteux existe (Ritaline®) mais l'accompagnement psychologique est primordial notamment de la famille.

4. 12-18 ans

La période de 12 à 18 ans est celle de l'adolescence. C'est une période spécifique qui sera traitée ultérieurement, au cours de laquelle les troubles psychiatriques, les transformations liées à la sexualité et les troubles du comportement alimentaire se révèlent.

Nous signalerons le rôle de la Formation Médicale Continue dans la mise à jour des connaissances spécifiques au suivi de l'enfant.

Deuxième Partie :
CAS PARTICULIERS DES ADOLESCENTS

I. **Représentation de la santé et de la maladie**

A. **Qu'est-ce que l'adolescence ?**

Nous définirons d'abord l'adolescent et l'image que nous en avons ainsi que de sa santé.

La définition de l'OMS dit qu'est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans (9).
Au sein de cette définition sont distingués 2 sous-groupes :

- la phase pré et péri pubertaire de 10 à 14-15 ans puis
- la phase de socialisation et d'émancipation de 15 à 19 ans.

Nous soulignerons que beaucoup d'auteurs parlent de « jeunes » c'est-à-dire des individus de 15 à 24 ans (10).

La définition de l'adolescence est un concept difficile car son début peut être défini de façon somatique par la puberté mais sa fin est plus délicate à délimiter dans la mesure où il existe une affirmation des assises affectives et sociales et que fonction de facteurs intrinsèques à l'individu mais également des facteurs environnementaux (éducation familiale, entourage relationnel), cela peut arriver plus ou moins rapidement et parfois souvent après la majorité.

C'est une période d'antagonisme : il y a un besoin de changement, d'indépendance et une conquête d'autonomie.

Le concept de l'adolescence est récent puisqu'au XVIII^e siècle, la société les considérait comme des adultes inaccomplis. Il a fallu attendre le XIX^e siècle et la création de l'école secondaire qui leur donnait une existence propre. Rappelons qu'au Moyen Age, il s'agissait de groupes de jeunes. D'un point de vue étymologique, adolescence vient du latin *adolescere* qui signifie grandir.

Nous définirons trois concepts intervenant lors de cette période d'âge :

- **la puberté** qui dure 5 à 6 ans et est une phase de maturation somatique et psychique faisant évoluer l'individu du statut d'enfant à celui d'adulte ;

- **le nubile** (en latin « *âge d'être marié* ») qui correspond au ménarche (première menstruation) et
- **l'adolescence** qui regroupe les transformations psychoaffectives et comportementales permettant à l'individu d'acquérir une identité et un rôle sexuels d'adulte.

Ces trois concepts interviennent dans la même période de transition entre enfance et âge adulte.

Cette période de l'adolescence est faite de paradoxes entre l'altruisme et l'égoïsme, l'indépendance et le recours à l'aide parentale, une attitude distante et la vulnérabilité qui conduit parfois à une attitude de petit enfant auprès des parents.

Deux modèles intellectuels ont longtemps fait foi :

- d'une part la « **crise d'adolescence** » qui conduisait parents et environnement à un attentisme certain ;
- d'autre part le « **travail de deuil** », porté notamment par Anna Freud en 1958 (11) qui faisait une distinction entre la dépression inévitable liée à l'adolescence et la dépression comme état pathologique.

Actuellement, nous considérons qu'il faut effectuer un travail de repérage de comportements pathologiques parmi les manifestations inhérentes au travail psychique de l'adolescence.

Trois cercles de perturbation sont définis actuellement pour lesquels il faut être vigilant au moment de l'adolescence (12) :

▪ **Le cercle du corps.**

Les modifications débutent avec la puberté qui survient entre 10 et 13 ans chez les filles et 11 et 14 ans chez les garçons. Il faut souligner le « non choix » de l'individu vis-à-vis de ces modifications, il ne maîtrise ni souvent ne comprend ce qui se passe.

D'un point de vue psychique, cela est très périlleux puisqu'il faut garder un sentiment de continuité dans un corps en pleine évolution et intégrer ces transformations pubertaires dans le fonctionnement psychique, ce qui réveille des doutes sur le corps et son identité à l'origine d'affects anxieux.

Il faut intégrer la reconnaissance de son identité sexuée et apparaît alors le manque de l'autre lié à la complémentarité des deux sexes.

- **Le cercle de la famille.**

Dans ce cercle aussi l'enjeu psychique est important puisqu'il faut se séparer des parents mais la peur de se perdre est omniprésente : comment s'identifier sans confusion d'identité et comment se séparer sans abandon ni perte de l'autre (parents).

Ce cercle est aussi le siège de la menace incestueuse et de désirs parricides. Il existe parfois des débordements pulsionnels et des fluctuations d'humeur avec selon les cas une certaine ingérence dans le couple parental. La conquête de l'autonomie révèle l'existence de limites liées au cadre familial et à l'éducation.

- **Le cercle social.**

Pendant la grande enfance, il y a un investissement sublimé dans divers secteurs tel que le sport, l'art et la culture qui peut disparaître au moment de l'adolescence. De plus à l'adolescence, la principale limite sociale est la loi, ce qui tend à conduire à des comportements à risque pouvant faire dépasser ce cadre juridique : l'adolescent se met alors en danger, quel qu'il soit (consommation de produits illicites par exemple).

Nous constatons également une perte de vitesse des rituels sociaux tel que la communion ou le service militaire ce qui diminue les repères sociaux.

Lors de cette période, la relation aux « pairs » est donc prépondérante puisqu'elle permet un jeu d'identification soit de façon active soit de façon passive selon la personnalité de l'adolescent. Les jeunes adolescents ont des copains et des activités qu'ils effectuent en bande.

L'adolescent d'âge moyen a un ami souvent du même sexe, on parle de relation homomorphe ; le grand adolescent a « un petit ami » ou « une petite amie » et fait la différence des désirs.

B. Représentation de la santé et de la maladie

Ces deux notions de santé et de maladie induisent l'exploration de thèmes voisins tel que le concept de vie et de mort, la connaissance de son corps, de ses limites et de son fonctionnement.

Cette période est le moment du passage d'une vision de la santé dépendant uniquement de facteurs externes (traumatismes...) à une perception de la santé fondée sur la double notion d'une responsabilité personnelle et d'une autodétermination. Nous constatons qu'il existe un lien entre la perception de la santé et les comportements relatifs à la santé.

L'autoévaluation de l'état de santé personnel est très dépendante du sexe, les filles ayant tendance à penser que leur état de santé n'est pas bon à l'inverse des garçons (13).

Il existe deux sources à la perspective développementale liée au corps et à son fonctionnement : l'expérience vécue et les discours entendus. Apparaissent également les notions de devenir et d'évolution inéluctable vers l'acquisition de la sexualité mais également vers la mort d'où l'introduction du concept de maladie.

L'apparition du sexuel dans la morphologie et la psychologie impose un important travail psychique d'assimilation des changements et transforme la notion du corps, d'instrument à entretenir qu'il était (courir, sauter...) à un support du rapport à l'autre (danser, séduire, aimer).

Il faut réaliser un travail de réajustement de l'image du corps qui accroît les paradoxes vis-à-vis des adultes. Il faut ainsi souligner que l'adolescent recherche des valeurs de jouissance immédiate tel que sorties et musique ayant pour conséquence une absence de compréhension à l'égard des messages de prévention pouvant être dispensés par les adultes (parents, enseignants, médecins). Ils considèrent encore que la mauvaise santé ne peut être induite par leurs comportements mais par des atteintes extérieures notamment accidentelles.

Repères épidémiologiques

Mortalité :

La mortalité chez les jeunes (15-24 ans) est 3 fois plus importante chez les garçons que chez les filles. La première cause est accidentelle ; la part des maladies est très faible. La notion de mort violente est prépondérante avec dans l'ordre les accidents de la circulation, les suicides, les homicides et les autres causes tel que les overdoses.

Morbidité :

C'est la prévalence des maladies dans une population donnée. Les principales causes de consultation sont les lésions traumatiques et les empoisonnements. Soulignons qu'avant 14

ans, les garçons consultent plus que les filles et que la tendance s'inverse ensuite avec les problèmes gynécologiques, dermatologiques et d'intoxication médicamenteuse.

Les principales causes de recours au soin sont :

- d'abord les **troubles somatiques** : vue, dents, statique pour les filles et accidents pour les garçons. Il existe une part non négligeable de plaintes liées à l'appareil circulatoire ou respiratoire (hypotension artérielle, asthme, allergies).
- Ensuite viennent les **troubles fonctionnels ou psychiques**, impliquant davantage de filles, avec les céphalées, les dorsalgies, la fatigue et les troubles du sommeil.
- Puis nous citerons également les **problèmes de poids** avec les pathologies qui en découlent : anorexie et boulimie,
- la **dépression** et les tentatives de suicide. Ces deux sujets seront développés ultérieurement.
- Enfin il existe les problèmes de **consommation de psychotropes** avec l'alcool et le tabac dont la consommation constitue une transgression médicale, les drogues illicites avec une transgression légale.

Globalement, la consommation de ces produits constitue une transgression sociale devant laquelle tous doivent rester vigilants. Si le tabagisme des garçons a stagné, celui des filles est en nette augmentation et maintenant égal à celui des garçons. Nous comptons environ 1/3 de fumeurs et l'âge moyen de début est de 14-15 ans.

Pour la consommation d'alcool, on distingue 3 types de buveurs : les buveurs occasionnels, les buveurs dépendants qui consomment de façon quotidienne et les consommateurs de fin de semaine ayant un comportement amenant à des situations d'ivresse.

L'adaptation scolaire souffre alors de cette addiction. Enfin les drogues illicites tel que haschisch, héroïne et cocaïne touchent environ 1/6 des adolescents, de plus en plus jeunes. Pour tous ces comportements à risque, nous ne mettons en évidence que peu de différence entre les ruraux et les urbains.

Afin de corrélérer ces données et de mieux comprendre ce que disent et perçoivent les adolescents de leur santé, un questionnaire a été mis en place au Centre de Médecine Préventive de Nancy sur 10 000 jeunes de 14 à 18 ans (14).

Par ordre d'apparition d'intérêt nous retrouvons :

- la violence qu'elle soit interne (conduites destructrices ou autodestructrices tel que suicide ou usage de drogues) ou externe (vie = cancer, mort ; adultes = divorce, guerre, pollution) ;
- le corps et son image ;
- la sexualité (question de la reproduction) ;
- l'identité imaginaire et le sens de leur être et devenir.

Trois facteurs principaux ont été identifiés dans l'influence sur les réponses :

- le milieu socioculturel,
- l'âge et
- la psychologie.

C. Rôle des professionnels de santé

Nous devons d'abord vaincre les idées reçues et comprendre les processus de l'adolescence avec notamment la prépondérance des facteurs sociaux dans la perception de la santé, le développement de la pathologie et l'accès aux services de soins (15).

Il faut perpétuellement avoir à l'esprit que l'adolescence n'est pas statique et aider l'individu à formuler une demande d'aide tout en étant garant d'une certaine neutralité. Il ne faut pas négliger la place de la famille dans le pouvoir préventif et curatif tout en restant critique vis-à-vis des uns (adolescent) et des autres (famille). L'exemple type est le sport pratiqué de façon intensive avec tous les risques de dopage que cela induit.

Notre rôle est de les impliquer dans la problématique santé et adolescence car la demande de dialogue peut parfois s'avérer ambivalente, il faut alors laisser la place à la libre expression. Il faut aussi qu'ils aient le sentiment que les adultes ont un positionnement réfléchi quant aux questions posées et un réel souci de permettre leur expression.

Parfois le médecin traitant peut se retrouver dans une impasse de communication eue égard à la connaissance de l'individu et de son environnement qu'il possède depuis de nombreuses années et ainsi l'adolescent consulte pour les maladies organiques mais a plus de problèmes pour se livrer plus intimement.

Il est alors important d'adapter sa pratique aux adolescents en étant le garant de la confidentialité sans faire preuve d'une excessive neutralité. Le choix de la communication par tutoiement ou vouvoiement est primordial et sera instaurée en fonction de la relation établie avec l'adolescent (suivi depuis la naissance ou première consultation) quitte à le questionner sur son désir personnel, ainsi que la présence ou non des parents.

Parfois plusieurs consultations seront alors nécessaires avec ou sans les parents et parfois faute de temps lors du premier rendez-vous. Nous devons souvent avoir recours à des énoncés indirects afin que l'adolescent se révèle dans son quotidien à la fois familial et social.

Le temps de l'examen physique est un temps primordial de la consultation mais génère souvent un grand stress lié à la fois aux problèmes de pudeur mais également aux anomalies qui pourraient être révélées par cet examen.

En conclusion nous pouvons donc dire que notre rôle est de prendre soin de ces adolescents. Cette période de vie incite à ne plus faire de distinction entre le préventif et le curatif, il faut en effet avoir une perspective globale de l'individu et ne pas sectoriser les domaines de compétence des intervenants par exemple en considérant que le médecin scolaire ne fait que de la prévention, d'autant plus que c'est une ineptie juridique puisque souvent il y a action de santé globale.

Actuellement on ne parle plus de santé scolaire mais de « service de promotion de la santé en faveur des élèves ».

L'adolescence étant une période de développement, à cet âge, tout acte de soin est préventif et tout comportement a des conséquences à plus ou moins long terme. La part la plus importante de prévention est celle touchant aux comportements dangereux pour la santé mais il en existe bien d'autres.

Le problème éthique est également présent dans la relation du médecin à l'adolescent car même si le professionnel de santé est le garant du secret professionnel, il peut parfois y déroger si l'individu se met en danger, par exemple lors d'une grossesse niée difficile chez une adolescente ou lors d'une certitude de passage à l'acte imminent. De plus il existe une protection accrue du mineur dans le cas d'inclusion dans les protocoles de recherche clinique.

Compte tenu des préoccupations en matière de santé et des difficultés potentielles qu'elles génèrent pour le professionnel de santé, nous développerons deux thèmes liés spécifiquement à l'adolescence : la sexualité avec les problèmes de contraception et d'IVG, et la psychiatrie avec les problèmes de poids (anorexie et boulimie), la dépression et le suicide et enfin les troubles de la personnalité avec la schizophrénie et l'autisme. Le choix de ces sujets est inhérent à leur fréquence en consultation, l'importance du diagnostic et le rôle majeur du médecin traitant dans leur prise en charge.

II. Contraception et IVG

A. Adolescence et sexualité

Qui dit contraception dit vie sexuelle active : moins de 20% des moins de 15 ans et environ 50% des 17-18 ans ont déjà eu une relation sexuelle. (16)

Quel sens a la vie affective et sexuelle pour un adolescent ?

L'adolescent subit des modifications de son corps, il ressent des pulsions sexuelles. L'âge du premier rapport dépend de critères sociaux, affectifs, anatomiques, psychologiques.

En effet, beaucoup d'adolescents comme le décrit F.Dolto dans *La cause des adolescents* (17) vivent dans un monde imaginaire où la sexualité se pratique seul au travers de la masturbation.

Pour qu'il y ait relation sexuelle, il faut sortir de cette solitude et de cet imaginaire afin de se tourner vers l'autre et cela ne paraît pas si simple surtout pour un être en transition tel qu'un adolescent. Il teste alors sa capacité à plaire et à se plaire.

L'évolution ne s'est pas faite vers la précocité mais auparavant les relations sexuelles étaient clandestines. Selon les études, les campagnes de prévention notamment contre le SIDA n'augmentent pas le taux d'activité sexuelle.

Il existe des différences entre les filles et les garçons : les filles ont leur première relation sexuelle plus tard que les garçons et leurs relations sont plus stables. Elles sont teintées de sentiments et d'affectivité alors que pour les garçons elles ont un caractère expérimental et exploratoire mais cette différence tend à se gommer car les femmes revendiquent un droit au plaisir et les hommes leur besoin de tendresse.

Tous ne sont pas égaux devant leur vie sexuelle, cela dépend de la culture d'origine, du milieu professionnel. Ainsi les jeunes lycéens sont moins précoces que les jeunes en filière technique ou professionnelle. Un a priori laisse penser aux adultes que les adolescents ayant une activité sexuelle dite « adulte » ont de multiples partenaires sexuels. La réalité montre que l'adolescent sexuellement actif pratique la monogamie en série.

Il faut remarquer que le législateur a prévu des dispositions concernant la vie sexuelle des mineurs mais n'a pas fixé de majorité sexuelle (18).

En effet, pour les moins de 15 ans, toute relation avec un adulte est interdite sous peine de sanctions pénales pour l'adulte.

Après 15 ans, cette restriction n'existe plus, et selon l'article 144 du code civil [47] le mariage des filles peut être envisagé.

Depuis la loi du 4 août 1982 (19), il n'existe plus de distinction entre hétérosexuels et homosexuels. Ainsi le mineur peut entretenir en toute liberté des relations avec des personnes de même sexe.

Effectivement, c'est au moment de l'adolescence que se forge l'identité sexuelle définitive : hétéro, bi ou homosexualité.

La définition de l'homosexualité chez l'adolescent est la pratique homo érotique avec goût exclusif et cela de façon répétée. L'adolescent se pose des questions sur son orientation sexuelle. De plus, les comportements sexuels ne sont pas immuables au cours de la vie.

L'homosexualité pose des difficultés psychosociales, d'où le rôle important du médecin traitant car quelque soit son choix, le médecin reste un interlocuteur de choix pour les problèmes d'éducation sexuelle puisqu'il a la connaissance médicale.

Il peut aider le jeune à mieux vivre les transformations de son corps, lui expliquer les aspects techniques (contraception), relationnels, affectifs, éthiques.

Il peut l'amener à avoir une réflexion sur ses propres émotions et réactions mais aussi à mieux comprendre l'attitude des autres.

Il peut ainsi favoriser l'exercice d'une sexualité « adulte » épanouie et responsable.

Les autres cadres où il peut attendre des réponses à cela sont la famille, l'école et les institutions notamment pour les jeunes handicapés.

L'article 227-27 du code pénal [48] interdit évidemment toute relation avec un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou toute autre personne ayant autorité sur l'enfant, sous peine de lourdes sanctions pénales (amendes, prison) pour la personne abusant de son autorité.

B. La contraception

Que signifie contraception ? (20)

Il s'agit de l'ensemble des moyens qui permettent à une fille et un garçon d'éviter une grossesse lors d'une relation sexuelle avec pénétration vaginale.

Un rappel des différents moyens de contraception et de leurs modes d'action semble nécessaire.

La contraception hormonale sous forme orale :

Elle est la plus utilisée en France, elle est facile, efficace et réversible. Elle agit soit par inhibition de l'ovulation, soit par modification de la structure de l'endomètre, soit par modification de la glaire cervicale.

Elle est soit oestroprogestative avec un indice de Pearl (nombre de grossesse accidentelles par année et par femme utilisant correctement la méthode contraceptive) proche de 0, soit progestative (Pearl à 1%), soit antiprogestérone = pilule abortive .

La contraception hormonale non orale : injectable, dispositif intra utérin à la progestérone, implant, anneau vaginal, dispositif transdermique.

Il existe un panel de contraception locale :

- *Le dispositif intra-utérin au cuivre ou à la progestérone.* Il agit par action anti-nidatoire, réaction inflammatoire endométriale (Cu) et pour celui à la progestérone en rendant l'endomètre impropre à la nidation et en modifiant la glaire cervicale. Son indice de Pearl est inférieur à 1% mais il est en principe contre-indiqué chez la nullipare compte tenu du risque infectieux.
- *Les obturateurs féminins* tel que le diaphragme à utiliser avec un spermicide, son indice de Pearl se situe entre 2 et 4%, et les capes cervicales qui sont peu utilisées.
- *Les spermicides* sous forme de crèmes, gelées, mousses, ovules, tampons.

- *Les préservatifs* (masculin et féminin), seul moyen efficace contre les MST mais avec un indice de Pearl entre 4 et 8%.

Enfin, il existe des méthodes naturelles :

- *Retrait avec Pearl à 25%*,
- *Continence périodique* : Ogino basée sur des cycles réguliers, ménothermique, Billings fondée sur l'analyse de la glaire cervicale ; leur indice de Pearl varie entre 1 et 30%.

Chez l'adolescent, la possible multiplicité des partenaires doit inciter à privilégier un moyen protégeant contre les maladies sexuellement transmissibles. Seul le préservatif a ce rôle de barrière mécanique.

Il est considéré comme un produit de santé et est en vente libre ; actuellement 50% des lycées sont dotés de distributeurs de préservatifs ; n'oublions pas que des distributeurs sont également disponibles devant nombre de pharmacies.

Mais il ne dispense pas d'utiliser un autre moyen de contraception, féminin cette fois-ci car sa fiabilité contraceptive est inférieure aux autres procédés. Ainsi la contraception féminine à l'adolescence se fait principalement par une contraception hormonale.

L'association préservatif - pilule oestroprogestative permet ainsi aux deux partenaires d'avoir un rôle actif dans la contraception. Les campagnes du SIDA ont permis d'augmenter l'utilisation de préservatifs surtout lors de rencontres occasionnelles ou d'une première relation avec un nouveau partenaire.

La fréquence des situations de non contraception est un problème majeur tout comme la sécurité contraceptive. Pour toutes ces raisons il faut promouvoir la diffusion du préservatif qui permet d'impliquer le garçon et s'enquérir d'un autre moyen de contraception.

Le médecin doit évaluer les répercussions des pilules oestroprogestatives sur la croissance, le métabolisme lipidique, les risques cardiovasculaires et le risque de cancer avant toute prescription.

D'un point de vue médico-légal (21), la délivrance du contraceptif hormonal se fait par 2 voies :

- le centre de planification ou d'éducation familiale, autorisé depuis la loi du 4 décembre 1974, de façon gratuite (article 2311-4 du code de la santé publique [49]) et
- le médecin traitant (loi du 4 juillet 2001 (22)).

Le médecin peut donc prescrire un contraceptif sans l'accord du représentant légal mais les frais de consultation restent à la charge de la patiente. Il est d'ailleurs dans l'obligation de délivrer une information pertinente sur ce sujet, surtout chez l'adolescente.

Pour se faire, il doit tester les connaissances sur la sexualité puis informer sur les maladies sexuellement transmissibles et leur prévention et enfin s'enquérir des antécédents de la jeune patiente avant toute prescription. Il est également primordial de soulever le sujet du tabagisme, préalable à toute prescription.

Toute cette démarche demande du temps de consultation et une prescription adaptée même si une contraception remboursable est souvent sollicitée ce qui réduit les possibilités de prescription. (23) (24)(25)

L'entretien entre le médecin et l'adolescente doit comporter certains items tel que le mode de sexualité, l'âge des premiers rapports, le nombre de partenaires sexuels, la rapidité d'engagement d'une relation sexuelle, la connaissance des partenaires, le nombre de partenaires dans les derniers mois, la durée de la relation actuelle avec la fréquence des relations sexuelles, la capacité à discuter de contraception avec le partenaire, l'utilisation ou non de préservatifs.

La relation de confiance entre les deux partenaires doit être abordée, il faut rassurer car souvent la crainte dans l'utilisation du préservatif se situe dans la possible perte de spontanéité.

Enfin avant toute prescription d'une pilule, le médecin doit connaître la date des dernières règles, l'existence d'une contraception actuelle, les antécédents de grossesse, d'agression sexuelle, d'infection génitale, la consommation de toxiques. La surveillance biologique se résume au contrôle du cholestérol, des triglycérides et la glycémie à jeun.

Les obstacles aux moyens de protection sont multifactoriels :

- l'adolescence en soi,
- l'irrégularité ou la rareté des rapports,
- la demande d'un tiers (parent, partenaire),

- l'apprentissage de la sexualité,
- les obstacles psychologiques,
- la peur du monde médical,
- les facteurs psychosociaux, culturels et individuels.

Un autre mode de contraception a été pris en compte par le législateur : la **contraception d'urgence**.

Celle-ci peut être prescrite par le médecin traitant, le centre de planification ou délivrée gratuitement pour les mineurs et en vente libre par les pharmaciens depuis le 1^{er} juin 1999, un décret ayant été adopté le 9 janvier 2002. Celui-ci prévoit un entretien entre le pharmacien et le mineur afin de s'assurer des critères d'urgence liés à cette contraception.

Le pharmacien doit remettre une documentation et donner les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche ; la minorité à laquelle est subordonnée la gratuité est justifiée par la simple déclaration orale de l'intéressée.

Enfin la facture est établie sur une feuille de soins ne comportant pas l'identification de l'assuré et du bénéficiaire. Ce type de contraception dépend de la loi du 13 décembre 2000 (26). Cette contraception doit se faire dans les 72 heures suivant le rapport à risque et la référence actuelle est le Norlevo.

C. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

L'interruption volontaire de grossesse peut se faire pour deux raisons : une détresse ou un motif médical.

En France, la loi de référence concernant l'IVG est **la loi du 17 janvier 1975** (27) dite loi Veil qui autorise et fixe les conditions légales de réalisation de l'IVG. Il faut rappeler qu'avant cette loi les avortements se faisaient de façon clandestine et étaient responsables de deux décès de femmes chaque mois.

Alors qu'elle était provisoire, la **loi du 31 décembre 1979** (28) fixe définitivement les dispositions régissant l'IVG, les modifications concernent les quotas des cliniques privées à 25% des actes chirurgicaux et obstétricaux, l'enseignement sur la contraception aux personnels médicaux et paramédicaux, l'alourdissement des peines encourues pour avortement illégal.

Cette loi fixe le délai maximum à 10 semaines de grossesse, le délai de réflexion est de 8 jours et peut être réduit à 2 jours si le médecin le juge opportun eu égard au terme.

Pour les mineures célibataires, un double consentement est requis :

- celui de l'intéressée, fait hors la présence du représentant légal
- celui d'une personne ayant l'autorité parentale ou le représentant légal.

Cette loi fait la part belle à la toute puissance de l'autorité parentale. Cela pose notamment des problèmes de législation en cas de rapport incestueux ou de viol qui pourrait rester sous silence.

Remarquons que 15% des filles et 2,3% des garçons disent avoir eu des relations sexuelles non consenties, principalement avec des personnes connues et du même âge.

La loi du 31 décembre 1982 (29) prévoit le remboursement des frais liés à l'IVG par l'assurance maladie.

Un rapport mené par Danielle Bousquet, députée socialiste des Côtes-d'Armor, ancienne enseignante en sciences économiques et très impliquée dans le droit des femmes et l'égalité des chances entre hommes et femmes, pour l'assemblée nationale enregistré le 15 novembre 2000 fait le point concernant l'IVG notamment chez les mineures.

Le constat est le suivant : 10 000 grossesses chez les adolescentes par an dont 5700 IVG ; à 12 ans, 80% des grossesses conduisent à une IVG et 20-25% à 18 ans. En moyenne, la moitié des grossesses chez les adolescentes conduisent à une IVG ce qui représente 3% des IVG réalisées chaque année en France. La moitié de ces adolescentes ne sont plus scolarisées.

Il existe un nombre de récurrence non négligeable et plus inquiétant nombre de ces grossesses sont la conséquence de violences sexuelles.

La raison de ces grossesses est multifactorielle :

- sociale, elles sont plus fréquentes dans les milieux défavorisés,
- liée à une sexualité irrégulière et imprévue sans contraception ou avec une contraception mal maîtrisée : > 50% de premiers rapports sans contraception.

Selon l'article 375 du code civil [50], le juge des enfants peut intervenir en cas de consentement parental défaillant mais ce recours est jusque là peu utilisé ; les mineures concernées ont un âge inférieur à la majorité sanitaire qui est fixée à 16 ans.

Ce rapport met l'accent sur l'intérêt d'un aménagement de l'autorisation parentale en suggérant la possibilité pour la mineure de choisir un adulte sachant que la règle générale reviendra sur une des personnes exerçant l'autorité parentale sauf danger physique ou psychologique.

En effet, en 1998, environ 5000 françaises allaient avorter à l'étranger tous les ans soit pour des problèmes de délais, soit parce qu'il s'agissait de mineures ne pouvant obtenir l'autorisation parentale.

Ainsi naît la **loi du 4 juillet 2001** qui replace l'IVG dans un contexte sanitaire et abroge les incriminations pénales en rapportant dans le code de santé publique les infractions dans les articles L 2212-1 à L 2212-14 [51].

Le délai est ainsi ramené à 12 semaines de grossesse, le suivi doit être pratiqué par un médecin qui doit informer de la méthode, des risques et des effets secondaires et remettre un dossier guide. (30)

Une consultation est obligatoire avant pour la mineure non émancipée au cours de laquelle l'équipe peut aider dans le choix de la personne majeure qui va donner son consentement ; la confirmation a toujours lieu 8 jours plus tard sous forme écrite (ou 2 jours si problème de délai).

L'IVG sera pratiquée par le médecin ayant fait la consultation ou un autre médecin habilité. En effet, le médecin n'a pas l'obligation de pratiquer l'IVG mais de donner le nom d'un autre praticien.

Les consultations peuvent avoir lieu notamment dans un centre de planification. Pour la mineure non émancipée, est donc nécessaire le consentement d'un des titulaires de l'autorité parentale ou une personne majeure de son choix.

Une deuxième consultation aura lieu après l'intervention afin notamment de refaire le point sur les modes de contraception.

Pour le cas particulier de l'IVG à motif médical, l'article L 2212-7 précise que seul le consentement de la mineure est nécessaire. Seul subsiste dans le code pénal le délit sans consentement de l'intéressée. Le quota du nombre d'IVG dans les établissements privés a été supprimé et les restrictions relatives à l'information et la publicité supprimées.

La définition du délit d'entrave à la réalisation d'IVG est renforcée et les peines prévues en cas de pressions morales et psychologiques, menaces et actes d'intimidation sont renforcées et permettent la protection de l'entourage des femmes concernées.

D'un simple point de vue médical rappelons que l'IVG peut se faire soit chirurgicalement, soit par la technique médicamenteuse depuis 1980.

L'IVG médicamenteuse est dorénavant autorisée en France jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée en hospitalier et 7 en ambulatoire d'après les dernières recommandations de la haute autorité de santé. La circulaire du 26 novembre 2004 donne la possibilité aux praticiens de ville de pratiquer des IVG médicamenteuses à certaines conditions très strictes :

- grossesse inférieure à 7 semaines d'aménorrhée,
- médecin ayant une expérience adaptée avec convention signée avec établissement de santé prenant en charge les IVG,
- habitation à moins de 1 heure de l'établissement de santé ayant signé la convention avec le médecin.

Le forfait comprend une consultation d'information, une consultation pour préparer l'IVG, deux consultations pour la prise médicamenteuse et une consultation afin de vérifier la vacuité utérine. Dans la pratique, cette méthode est peu usitée.

III. Santé mentale : dépression, dépistage de la schizophrénie et de l'autisme, anorexie/boulimie

Comment définir la santé mentale d'autant plus à l'âge de l'adolescence qui est une période de mutation interne pendant laquelle se succèdent les transformations physiques, psychiques et que s'installe l'identité d'adulte sexué. C'est le moment de faire le deuil de l'enfance et de prendre des distances avec les parents. L'adolescent fait l'expérience de la solitude et de l'inconnu.

A. Dépression et suicide

1. Qu'est-ce que la dépression ?

C'est un « vécu » affectif survenant en réponse à une perte d'objet, perte subie, imprévue, brutale de ce qui était une source de bien-être narcissique et garant d'un sentiment fondamental de sécurité et de continuité.(31)

La dépression touche entre 8 et 20% des adolescents ce qui est supérieur à la population générale. Les dernières études montrent que les épisodes dépressifs majeurs surviennent plus tôt en âge que pour la génération précédente. Pour ce qui est du sexe, ils surviennent chez des garçons très jeunes et des filles plus âgées.

Mais comment diagnostiquer une dépression et ne pas simplifier la situation en parlant de « crise d'adolescence » ? (32)(33)

Il faut donc être très vigilant et certains critères surtout s'ils persistent dans le temps doivent alerter l'environnement familial et le médecin traitant d'autant plus que survient un événement extérieur tel qu'une rupture familiale, un décès ou encore un échec scolaire.

Ces critères sont en outre la tristesse, le sentiment d'auto dévalorisation, les troubles du sommeil, le repli sur soi-même, l'asthénie, les troubles de la concentration, la somatisation (douleurs dorsolombaires, douleurs abdominales), les troubles alimentaires, les conduites addictives, la diminution des activités ludiques, la vision négative des choses, les conduites suicidaires, la baisse des résultats scolaires.

Il existe des troubles associés tel que l'angoisse de séparation, les comportements antisociaux (violence, fugue), les consommations de produits (tabac, médicaments, alcool, drogue), l'anxiété généralisée et les phobies.

Il faut en cas de dépression avérée rechercher la possibilité d'une maltraitance physique, psychique ou sexuelle.

Une sous-évaluation de la dépression semble la règle mais le risque suicidaire est réel et représente 10 à 15% des décès des 15-19 ans.

Il est important de distinguer selon la sémiologie retrouvée à l'examen plusieurs « états dépressifs » :

- la morosité dont les éléments sont principalement la tristesse et l'ennui,
- la crise anxiodépressive qui associe anxiété et tendance dépressive (tristesse, troubles du sommeil, troubles alimentaires, sentiment de dévalorisation),
- le syndrome dépressif reprend une partie des signes précédents avec en sus des idées de mort, le sentiment de ne pas être aimé et une somatisation importante (asthénie, sommeil, alimentation). Cependant certains signes ne sont pas constants : le ralentissement psychomoteur, la plainte dépressive, des investissements en secteur peuvent être conservés chez l'adolescent.
- la dépressivité et les équivalents dépressifs,
- les pathologies mélancoliques sont rares à l'adolescence et souvent associées à des manifestations délirantes.

Le traitement repose en première intention sur la psychothérapie, d'autant plus qu'en avril 2005, l'EMA (agence européenne du médicament) avait déconseillé la prescription des antidépresseurs de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine en raison du risque de comportement suicidaire et/ou hostile surtout en début de traitement. Il en est actuellement de même pour les tricycliques qui de plus ont un potentiel toxique cardiovasculaire.

Les intitulés de ces médicaments (fluvoxamine, fluoxétine, citalopram, paroxétine, venlafaxine, sertraline, milnacipram, mirtazapine, escitalopram, duloxétine, miansérine) ont été modifiés et stipulent qu'ils n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché dans la dépression chez le moins de 18 ans en Europe. Aux Etats-Unis, seule la fluoxétine est autorisée.

Cependant les antidépresseurs peuvent être prescrits en première intention en cas d'épisodes dépressifs caractérisés d'intensité sévère.

Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-IV

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (ex : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex : pleure).

NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis de se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex : substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (ex : hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

En règle générale, les antidépresseurs interviennent en seconde intention en cas d'échec de la psychothérapie. La surveillance doit être très étroite en raison de la majoration du risque suicidaire surtout en début de traitement. C'est pour cela qu'il faut débiter à doses faibles.

Le traitement comme chez l'adulte dure de 6 à 12 mois avec un arrêt progressif du traitement afin de diminuer les rechutes éventuelles et éviter l'apparition d'un syndrome de sevrage. La communication du médecin et de la famille doit être très efficace pour potentialiser les effets bénéfiques du traitement.

2. Le suicide de l'adolescent.

Le suicide chez l'adolescent est un véritable problème de santé publique. (34)

Il faut au travers d'une conduite suicidaire distinguer la manifestation pathologique nécessitant une intervention urgente d'une manifestation exagérée de la « crise d'adolescence ». Il s'agit d'un véritable problème de santé mentale du fait de sa fréquence et de sa gravité.

La tentative de suicide chez l'adolescent est rarement un vrai désir de mort mais une protestation contre la vie. Il est donc impératif de repérer les signes pré dépressifs qui peuvent apparaître sous forme de symptômes très polymorphes.

Cette lourde tâche incombe aux parents tout d'abord puis aux enseignants et autres personnes encadrant l'adolescent et bien évidemment au médecin traitant. Celui-ci doit faire le tour d'horizon de l'adolescent et le conforter dans l'intérêt que porte le médecin à sa santé. Pour se faire, il est important de bien interroger et questionner car le motif de consultation est souvent un problème corporel bénin.

Le médecin doit accompagner le jeune patient dans ses inquiétudes sans dramatiser. Il existe pour cela des outils : répondre à la demande, évaluer et intervenir sur les angoisses, ouvrir la consultation.

Certaines échelles d'évaluation sont intéressantes :

- « TSTS » = Traumatologie,
Sommeil,
Tabac,
Stress scolaire ou familial ;

- « CAFARD » (représentant les clés de la gravité) = Cauchemars,
Agression,
Fumeur,
Absentéisme,
Ressenti
Désagréable familial ;

- test PIR = Précocité,
Intensité,
Répétitivité qui s'applique aux deux précédents et enfin

- RIMPA = Ruptures,
Isolement,
Mécontentement,
Perte de la fluidité,

Absence d'ouverture qui permet de relever les informations importantes.

Toutes ces grilles permettent au médecin d'avoir des repères. L'écoute est primordiale même si un examen clinique complet et commenté reste un temps essentiel de la consultation.

Si le médecin se sent dépassé, il ne faut pas hésiter à passer la main à un confrère psychiatre car le manque d'écoute peut induire un passage à l'acte qui peut être sujet à récurrence dans l'année.

Les recommandations de l'ANAES préconisent une hospitalisation en cas de tentative de suicide. Le médecin ne doit pas rester seul à évaluer le risque suicidaire qui peut se présenter sous 3 formes : risque suicidaire, urgence menace suicide et dangerosité avec scénario de suicide.

La prise en charge se fait par une verbalisation de la situation avec prise de rendez-vous ultérieurs afin de poursuivre la thérapie que le médecin traitant peut assumer si le lien avec l'adolescent est suffisamment fort pour qu'un climat de confiance se soit instauré.

Le travail en réseau permet au praticien de ne pas s'isoler ce qui serait un facteur de risque supplémentaire de passage à l'acte. Il existe dans ce but des associations qui permettent une prise en charge post hospitalière des adolescents suicidants afin de mettre en place une coordination médicale, sociale et éducative.

Rappelons que le suicide est la seconde cause de mortalité par mort violente des adolescents et la première dans la région Lorraine. La récurrence concerne plus de la moitié des jeunes suicidants à 1 an.

Les facteurs de risque sont classés en 3 groupes :

- primaires : antécédents personnels de tentative de suicide, dépression, antécédents psychiatriques ;
- secondaires : relations familiales difficiles, violences familiales, psychopathologie parentale ;
- tertiaires : fille, âge plus avancé dans l'adolescence.

B. Schizophrénie et autisme

1. Schizophrénie

La définition de la schizophrénie contenue dans la DSM IV parle de dissociation entre les différentes sphères de la vie psychique et à l'intérieur de chacune d'elles. Cette pathologie donne la prédominance à la vie intérieure.

Critères diagnostiques de la schizophrénie (selon le DSM-IV)

- A. Symptômes caractéristiques : 2 (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune durant une partie significative du temps pendant une période d'un mois :
- idées délirantes,
 - hallucinations,
 - discours désorganisé,
 - comportement grossièrement désorganisé ou catatonique,
 - symptômes négatifs (émoussement affectif ou perte de volonté).
-
- B. Dysfonctionnement social/des activités : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation.
-
- C. Durée : des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois.
-
- D. Exclusion d'un trouble schizoaffectif et d'un trouble de l'humeur.
-
- E. Exclusion d'une affection médicale générale due à une substance.
-
- F. Relation avec un trouble envahissant du développement : en cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois.
-

Le patient s'évade de la réalité avec une organisation progressive hermétique abstraite comprenant des troubles de la perception du temps et de l'espace. Enfin il existe un apragmatisme, un désintérêt, une indifférence au monde et une athymhormie.

Le début de la schizophrénie survient à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Cependant des formes précoces ont été décrites chez l'enfant, les premiers cas le furent par De Sanctis en 1906 sous forme de « démence précocissime ». Dans les années 1950- 1970, le DSM II et la CIM 8 regroupaient tous les troubles psychotiques, y compris l'autisme dans les « schizophrénies de l'enfance ». Les frontières entre schizophrénie, autisme et les autres psychoses furent définies dans le DSM IV et la CIM 10 avec des critères diagnostiques applicables chez l'enfant et l'adolescent. Cela fait apparaître des risques de confusion entre des critères de schizophrénie et des signes normaux liés à l'imaginaire de l'enfant et de l'adolescent, notamment. Dans les formes précoces, nous soulignons une prédominance masculine.

Dans la majeure partie des cas, les formes précoces ne débutent pas de façon aiguë mais sur un mode insidieux ou chronique. Les perturbations faisant état d'une situation pré morbide sont nombreuses :

- pauvreté des relations avec les pairs,
- faibles performances scolaires et QI bas,
- difficultés d'adaptation au monde scolaire,
- manque d'intérêt,
- difficultés d'adaptation sociale,
- troubles de l'attention,
- restriction des affects,
- déficits sévères du langage,
- retard du développement psychomoteur.

Dans la phase prodromique, des symptômes obsessionnels compulsifs ont aussi été décrits, surtout chez le garçon.

Sur le plan clinique, le symptôme prédominant est le phénomène hallucinatoire (visuel, auditif) loin devant les idées délirantes. Ces 2 troubles varient avec le niveau de développement du jeune patient. Enfin, les altérations du cours de la pensée surviennent plus tardivement que les autres signes. Il existe également une comorbidité avec des troubles des conduites, des troubles oppositionnels, une dépression atypique, des troubles dysthymiques et des perturbations de l'humeur. Nous sommes confrontés à des limites diagnostiques entre schizophrénie et troubles autistiques faisant parfois faire des diagnostics par excès ou défaut.

Le pronostic de schizophrénie est variable mais souvent l'évolution des formes précoces est la chronicité. Environ 90% auront un traitement neuroleptique à plus ou moins long terme. L'évolution à l'âge adulte est, soit une schizophrénie, soit des troubles schizoaffectifs. La constante dans la phase prodromique est la présence de difficultés relationnelles et d'adaptation sociale surtout vis-à-vis des pairs (peu d'amis, problèmes avec les enseignants) mais aussi une certaine méfiance et susceptibilité. Enfin nous retrouvons une influence négative de la durée sans traitement sur le pronostic et le taux de rechutes des schizophrènes. Il faut prendre la maladie sur sa durée globale avec la phase prodromique.

2. Autisme

L'autisme qui est une pathologie psychotique comme la schizophrénie, a une fréquence de 4 à 5 pour 10 000 avec une prédominance masculine de 3 pour 1. (35)

La définition est des troubles dans les modalités de relations du sujet avec autrui et le monde environnant. Bien souvent les signes apparaissent avant 3 ans.

Le tableau clinique repose sur trois axes : le comportement, la communication et le développement.

Le comportement tout d'abord est assez caractéristique avec le retrait autistique, l'utilisation stéréotypée ou détournée des objets, des troubles de la perception notamment auditive, une absence d'émotions apparentes avec une auto ou hétéro agressivité, une variabilité, des troubles de l'alimentation ou parfois du sommeil.

La communication de l'enfant est très modifiée avec une absence de langage expressif, un partage à autrui limité. Il existe néanmoins une reconnaissance des mots concrets.

Enfin le développement intellectuel est limité avec un Quotient Intellectuel non verbal inférieur à 70 et un Quotient Intellectuel global inférieur à 55. Nous retrouvons souvent un décalage entre les différents domaines du développement (parole, motricité...).

Critères diagnostiques du trouble autistique (d'après le DSM-IV)

A. Un total de 6 (ou plus) parmi les éléments décrits en (1),(2) et (3), dont au moins 2 de (1) et 1 de (2) et 1 de (3) :

-
1. altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins 2 des éléments suivants :

-
- a. altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes
-
- b. incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement
-
- c. le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (par exemple, il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter des objets qui l'intéressent)
-
- d. manque de réciprocité sociale ou émotionnelle
-
2. altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
-
- a. retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique)
-
- b. chez les sujets maîtrisant suffisamment de langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui
-
- c. usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique
-
- d. absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement
-
3. caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :
-
- a. préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation
-

b. adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels

c. maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)

d. préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de 3 ans, dans au moins un des domaines suivants :

1. interactions sociales

2. langage nécessaire à la communication orale

3. jeu symbolique ou d'imagination

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de syndrome de Rett ou de Trouble désintégratif de l'enfance.

Il existe différentes formes cliniques avec d'un côté les autistes de haut niveau dits « autistes savants » qui ont des capacités de mémorisation et des perceptions visuo spatiales et parfois musicales. Enfin leur langage est mieux développé. A l'opposé se trouvent les autistes polyhandicapés.

Pour mieux prendre en charge ces enfants, le diagnostic doit être précoce. La forme la plus fréquente est celle qui apparaît dès les premiers mois de vie avec un début progressif. Le début peut être plus tardif entre 1 et 2 ans ou encore plus exceptionnellement être réellement secondaire.

Chez les enfants de 0 à 6 mois, l'entourage les trouve trop calmes ou trop excités, ce sont des bébés qui ne sourient pas, ils donnent l'impression d'une surdité et on retrouve des troubles de l'alimentation ou du sommeil.

Chez les enfants de 6 à 12 mois, il n'y a pas de réactions aux stimuli sonores et ils ont des activités solitaires.

Chez les enfants de 1 à 2 ans, nous constatons une absence de langage.

L'importance du diagnostic différentiel est primordiale. Chez les moins de 3 ans il faut éliminer une surdité, une cécité, des troubles du langage, un retard mental isolé, des dépressions et carences affectives, une pathologie organique, un syndrome de Rett ou un syndrome de Landau-Kleffner. Après 3 ans, il faut détecter des Troubles Globaux du Développement.

Le diagnostic positif est pluridisciplinaire avec un examen pédopsychiatrique, un examen psychologique, une évaluation orthophonique et psychomotrice. Interviennent également l'ORL, l'ophtalmologue, le généticien, le pédiatre et le neurologue.

Rappelons que le médecin traitant demeure le premier interlocuteur pour l'entourage familial devant un comportement « anormal » d'un enfant. De plus, il accompagne la famille au cours des étapes menant au diagnostic et au cours de la croissance de l'enfant qui verra s'installer un phénomène de ritualisation.

A l'adolescence, il faudra surmonter les difficultés d'adaptation, les troubles du contact, les troubles du comportement sexuel, les difficultés cognitives et parfois, le jeune patient peut être sujet à des crises d'épilepsie.

C. Anorexie et boulimie

Que représentent les troubles du comportement alimentaire, qui touchent ils et quel rôle tient le médecin généraliste dans leur dépistage, leur traitement ?

1. Les troubles des conduites alimentaires : généralités

De manière générale, les troubles des conduites alimentaires débutent au moment de l'adolescence. (36) (37) (38)

Il s'agit d'un modèle étiopathogénique poly factoriel faisant intervenir des facteurs génétiques, psychologiques individuels mais également des facteurs environnementaux, familiaux et socioculturels.

Nous pouvons classer les facteurs de risque en facteurs spécifiques des troubles alimentaires tel que le sexe féminin, l'ethnie, l'adolescence et en facteurs non spécifiques tel que les facteurs socioculturels, familiaux et de vulnérabilité individuelle.

Il ne faut pas confondre les facteurs de risque avec les signes d'appel qui dans ces pathologies n'existent pas, ce qui rend le diagnostic précoce d'autant plus difficile.

Revenons sur ces facteurs de risque :

- le caractère socioculturel : dans le monde occidental, le rôle des médias a été mis en avant avec le culte de l'image du corps qu'ils véhiculent. De plus, il existe des milieux où le corps est partie prenante de l'activité professionnelle tel les danseurs, les mannequins et les sportifs de haut niveau, qui sont des milieux à risque,
- les facteurs génétiques : leur rôle a été mis en cause de façon non négligeable. Plusieurs gènes sont impliqués avec une transmission oligo voire polygénétique ;
- la prédominance féminine : le rôle des transformations pubertaires est important dans sa répercussion sur l'image du corps chez la fille et la « problématique narcissique » se focalise sur l'apparence alors que pour les garçons cela se porte sur les actes de virilité. Il existe actuellement une augmentation de la part de garçon dans les troubles alimentaires car le modèle social actuel est androgyne. Cela se retrouve dans certains choix professionnels, la revendication d'une plus grande féminité chez chaque garçon et la révélation de l'homosexualité à l'âge adulte ;
- l'impact pubertaire dans ces troubles puisqu'ils apparaissent dans la période post-pubertaire. Il existe un refus pathologique et une image négative des transformations du schéma corporel. Nous retrouvons souvent un lien entre l'inquiétude parentale vis-à-vis du poids et de l'alimentation et le développement d'un trouble des conduites alimentaires. Il existe souvent une attitude de retrait et d'isolement social mais le domaine scolaire est privilégié. On retrouve également une certaine dépressivité ;
- les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance : aucun lien avec le développement de troubles des conduites alimentaires n'a pu être mis en évidence de façon formelle ;

- la dimension dépressive et la vulnérabilité narcissique : il existe une baisse de l'estime de soi. On retrouve une insatisfaction de l'image corporelle, une forte émotionnalité, un défaut des capacités introspectives ;
- le fonctionnement familial : la dynamique familiale est souvent pathognomonique du trouble alimentaire : désorganisée chez les familles de boulimiques, faisant acte de maîtrise, d'anxiété et d'une référence à l'idéal chez les anorexiques. La fréquence des antécédents familiaux de troubles psychiatriques est avérée surtout chez le boulimique ;
- la problématique d'attachement : l'attachement à des figures ou des objets est importante dans la construction de l'adolescent qui souvent garde en réserve les figures parentales. L'anorexique est souvent sur le versant « détaché » ;
- les troubles de la personnalité : chez le boulimique, nous retrouvons fréquemment une instabilité affective, une impulsivité, une consommation accrue des substances (alcool, drogues, psychotropes), des conduites pathologiques (vol, tentative de suicide).

La prévention est proposée sous forme d'un modèle comportemental utilisant des informations sur la nutrition, mettant en avant les effets néfastes des restrictions alimentaires et de l'obésité, donnant des informations sur les pressions sociales. Mais ce modèle est inefficace pour 2 raisons : aucune restructuration cognitive n'a été entreprise au préalable rendant les messages de prévention inaudibles par la patiente et il existe un effet de fascination avec une identification masochiste et un désir de mise en échec des adultes.

Nous allons maintenant développer chacune des deux pathologies liées aux troubles des conduites alimentaires que sont l'anorexie mentale et la boulimie.

2. Anorexie mentale

L'anorexie mentale tout d'abord est une conduite de restriction alimentaire qui touche les adolescentes (1 garçon pour 9 filles) entre 12 et 20 ans avec principalement 2 pics vers 12-13 ans et 18-20 ans.

Elle est souvent le fait de jeunes personnes vivant dans un milieu aisé et nous retrouvons souvent un facteur déclenchant tel que la séparation des parents, le départ d'un frère, une première relation amoureuse, un échec à un examen.

Cliniquement, le diagnostic est posé sur une triade comprenant une anorexie avec sitiophobie (= refus volontaire de toute alimentation), un amaigrissement significatif compris entre 10 et 25% du poids initial et une aménorrhée qu'elle soit primaire ou secondaire.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale (selon le DSM-IV)

A. refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille avec par exemple :

1. perte de poids visant à maintenir un poids corporel inférieur à 85% du poids attendu

2. incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids corporel inférieur à 85% du poids attendu

B. peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale

C. perturbation de la perception de son poids ou de son apparence corporelle. Influence excessive du poids ou de l'apparence corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

D. Chez les femmes pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple d'oestrogènes)

Si l'épisode est actuel uniquement, spécifier le type : restrictif ou boulimique/purgatif.

Dans le détail, on retrouve une conduite active de restriction alimentaire, une affectivité bloquée, une dysmorphophobie avec une anosognosie. Il existe par ailleurs une hyperactivité physique avec un surinvestissement intellectuel.

D'un point de vue physique, l'aspect général est cadavérique, il existe des troubles de la circulation des extrémités, la tension artérielle est basse, une hypertrichose se développe et on constate une altération dentaire ainsi qu'une hypothermie.

Lorsque le diagnostic clinique est défini, il convient de réaliser un bilan biologique qui pourra révéler des anomalies diverses avec des signes de dénutrition tels qu'une anémie, une glycémie basse, une hypo protidémie, des signes d'hypogonadisme (disparition du pic de LH) ou des perturbations thyroïdiennes et une hypercholestérolémie.

Ces constatations biologiques si elles sont déjà présentes au moment du diagnostic permettent d'appuyer la nécessité d'une prise en charge rapide surtout auprès de la famille puisque la jeune patiente est dans le déni de sa maladie.

Au niveau physiopathologique, nous insisterons sur la dépendance à l'égard de la mère qui s'est forgée un « enfant-image » qui souvent ne correspond pas à la réalité. D'autre part, la relation au père est primordiale : rejet ou rapprochement. Il existe une reviviscence du conflit oedipien et un effacement des barrières entre générations.

Le couple parental s'efface au profit du couple père-fille ou mère-fille. Enfin nous retrouvons souvent une « parentification » des enfants avec un refus de conflit et un rêve de parents parfaits qui évitent toute relation conflictuelle.

L'évolution se fait de 3 manières différentes :

- la mort dans 5 à 9% des cas souvent par déperdition physique ;
- la guérison dans 50 à 60% des cas.
- la chronicisation dans 50% des cas si les rechutes perdurent pendant plus de 4 ans. Ce stade a évidemment de lourdes conséquences physiques, psychiques et physiologiques. A noter que le déni des troubles est un facteur de mauvais pronostic.

Le traitement repose sur 2 points :

- un traitement symptomatique de la restriction alimentaire avec une hospitalisation afin de séparer la jeune fille de son milieu familial et habituel, un contrat de poids avec 2 étapes importantes : le poids de levée d'isolement et

le poids de sortie d'hospitalisation, une réalimentation progressive et des entrevues fréquentes. L'isolement de départ n'est pas instauré pour punir la malade mais pour lever le climat conflictuel existant avec l'entourage. Il est donc essentiel au retour à un climat plus serein.

- Et un traitement de fond comprenant une psychothérapie d'inspiration analytique et une psychothérapie familiale avec des groupes de parents d'enfants anorexiques. En cas de dénégation des troubles, toute thérapeutique conduira à un échec.

Il ne faut évidemment pas confondre anorexie mentale avec une dépression, une schizophrénie ou des névroses.

3. La boulimie

La boulimie touche environ 2% de la population générale soit 8% des adolescents. Elle est 10 fois plus fréquente que l'anorexie mentale.

Le sex ratio est de 4-6 filles pour 1 garçon et cette pathologie est retrouvée surtout dans des catégories socioculturelles aisées.

La définition est la survenue répétée (2 fois par semaine pendant 3 mois -DSM IV) d'accès d'ingestion impulsive et incontrôlable de grandes quantités de nourriture en peu de temps, crise suivie d'un malaise physique et psychique et parfois de vomissements provoqués (50 à 70% des cas). Dans 50 à 80% des cas, le poids est normal. Il existe une dépense physique excessive, des périodes de jeûne, et l'usage de laxatifs et de diurétiques.

Critères diagnostiques de la boulimie (selon le DSM-IV)

A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux 2 critères suivants :

1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans des circonstances similaires ;
-

2. Sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment que l'on ne peut pas s'arrêter de manger, ou contrôler ce que l'on mange ou combien l'on mange).
-

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, usage abusif de laxatifs, diurétiques, lavements, ou autres médicaments, jeûne, ou exercice physique excessif.

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.

D. L'estime de soi est excessivement influencée par l'apparence corporelle et par le poids.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement dans des périodes d'anorexie mentale.

Si l'épisode est actuel uniquement, spécifier le type : restrictif ou purgatif.

L'évolution et les complications peuvent être d'une certaine gravité avec à l'extrême une rupture gastrique, des troubles hydroélectrolytiques, une oesophagite peptique, un syndrome de Mallory-Weiss. Il y a également des troubles des conduites avec consommation d'alcool, de tranquillisants, une kleptomanie. Souvent un tableau de dépression est retrouvé voire des troubles de la personnalité.

Le rôle du médecin traitant est prédominant dans le traitement. Il s'agit de faire un travail de réassurance et de déculpabilisation. Il faut surveiller les variations pondérales et prévenir les malaises. Une surveillance biologique doit être entreprise notamment en raison des troubles électrolytiques que les vomissements peuvent impliquer. Le traitement comprend la prescription d'antidépresseurs, la mise en route de psychothérapie comportementale et de relaxation.

Troisième Partie :
SITUATIONS MEDICOLEGALES DIFFICILES

I. Sévices à enfants

Le terme de sévices à mineur regroupe trois classes bien distinctes : les violences, les agressions à caractère sexuel et l'atteinte à l'intégrité de la personne (tel que l'absence de soins, la privation d'aliments...). Parmi ces sévices, notons également le syndrome de l'enfant secoué qui est actuellement passible d'une inculpation.

L'enfant du fait de sa faiblesse physique et de son innocence est une cible privilégiée de toute forme de violence ; le terme de maltraitance regroupe les atteintes physiques mais aussi morales.

A. Rappel historique et médico-légal

Un rappel historique concernant le statut de l'enfant s'impose afin de pouvoir préciser par la suite le cadre légal des sanctions encourues pour maltraitance.

L'enfant jusqu'au XIX^e siècle était considéré comme propriété de son père ; il a donc fallu attendre le Code Pénal de 1810 pour voir les pouvoirs paternels tempérés et des sanctions envisagées en cas de viol, attentat à la pudeur, délaissement, exposition et incitation à la débauche. Puis les sanctions pour attentats sans violences sur des moins de 11 puis 13 ans furent écrits dans les lois du 28 avril 1832 et du 13 mai 1863. Il fallut attendre un siècle pour que cette barrière soit élevée à 15 ans en 1945. La déchéance de l'autorité parentale suite à maltraitance fut possible du fait de la loi du 24 juillet 1889 et la répression des violences suite à la loi du 19 avril 1898.

L'assistance éducative, créée en 1935 a été confiée au juge des enfants suite à une ordonnance du 23 décembre 1958. La loi du 22 juillet 1992 a remodelé les dispositions concernant les atteintes à l'intégrité physique du mineur et celle du 17 juin 1998 a renforcé la protection du mineur victime d'atteintes sexuelles et notamment puni plus lourdement celles commises par des moyens technologiques modernes.

D'un point de vue médical, c'est en 1860 que le professeur Tardieu décrivait les sévices et mauvais traitements pour la première fois. En 1953, le pédiatre américain Silvermann décrivait un syndrome radiologique évoquant des maltraitances puis en 1960, H. Kempe dans le « syndrome de l'enfant battu » mettait en avant l'importance du nombre d'enfants maltraités, de la clinique, de l'enquête sociale et de la psychologie des parents. En France ce sont P.Straus à Paris et M.Manciaux à Nancy qui apportèrent leur contribution au sujet entre 1972 et 1975. Actuellement, la protection de l'enfant victime est une priorité des gouvernements successifs.

Depuis la loi du 4 mars 2002, les sanctions peuvent ainsi s'appliquer pour des sévices sur mineur jusqu'à 18 ans. Le code pénal laisse au médecin le choix face à une situation donnée de faire un signalement ou de respecter le secret professionnel. En revanche, l'article 44 du code de déontologie médicale précise l'obligation pour le médecin de faire un signalement mais en ayant la plus grande prudence et en faisant preuve de circonspection.

Trois cas de figure sont alors envisagés :

- la suspicion qui entraîne un rapport aux autorités administratives (services de la protection de l'enfance),
- un faisceau de présomption qui requiert un signalement au juge des enfants
- et enfin des sévices avérés qui nécessitent de contacter directement le Procureur de la République.

Il faut cependant moduler cela en précisant que quelque soit le degré de preuves, tous ces intervenants (Procureur, Juge...) peuvent être alertés en même temps. Le médecin ne doit pas « juger » mais alerter dans l'intérêt de l'enfant.

Quelque soit le niveau de preuve, une hospitalisation demeure une mesure de sauvegarde.

Nous constatons ainsi qu'il existe trois niveaux institutionnels :

- médical,
- judiciaire et
- social.

Nous traiterons donc d'abord des maltraitances physiques et/ou psychologiques puis des violences sexuelles.

B. Maltraitance à enfants et adolescents

La prise de conscience générale de ce phénomène si dérangeant a permis d'aboutir à une définition des maltraitances. Cette définition comprend les mauvais traitements physiques, les négligences, les carences de soins, les carences affectives et les sévices sexuels que nous traiterons ultérieurement. (39)

La difficulté principale réside dans le fait de ne pas assimiler les « enfants en danger » et les « enfants maltraités ». C'est ainsi que l'Observatoire de L'Action Sociale Décentralisé a pu établir une définition : « L'enfant maltraité est celui qui est victime de la part de ses parents- ou d'adultes ayant autorité sur lui de violences physiques, de négligences lourdes, de cruauté mentale ou d'abus sexuels qui compromettent gravement sa santé et son développement physique et psychique. »

D'un point de vue clinique nous trouvons diverses situations :

- la pathologie traumatique avec des lésions multiples, d'âge différent, dont il faut faire l'inventaire avec leur forme, leur siège. A l'issue de cela, des examens complémentaires pourront ou non être prescrits.
- les négligences et carences de soins qui se manifestent par des troubles de l'état général à type de dénutrition, une hypotrophie staturo-pondérale avec cassure de la courbe de poids, des retards psychomoteurs avec apathie, inertie, attitude hypotonique.
- La maltraitance psychologique est l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique. Cette limite est très difficile à définir.
- Le syndrome de Münchhausen par procuration est une pathologie inventée ou provoquée par la mère le plus souvent. Il a été décrit en 1977 par le pédiatre Roy Meadow et comporte 4 critères : maladie alléguée ou provoquée par un parent, actes médicaux multiples et invasifs, déni de la cause des symptômes par le responsable, amendement des symptômes en cas de séparation du responsable.

Soulignons le cas particulier des adolescents pour lesquels le diagnostic est souvent plus difficile et survient parfois au cours d'une tentative de suicide. De plus, nous avons toujours tendance à penser que l'adolescent contrairement à l'enfant n'est pas totalement innocent ce qui nous conduit à des écueils diagnostiques et parfois des situations dramatiques.

Un autre cas particulier mérite d'être cité : le syndrome du bébé secoué. Il s'agit d'un ensemble d'observations avec des lésions caractéristiques telles que les hémorragies intracrâniennes, les hémorragies rétiniennes, les fractures de côtes et les fractures des extrémités des os longs. Il faut que la secousse soit très violente et habituelle pour créer des séquelles. Cela touche principalement les enfants de moins de 1 an car le poids de la tête par rapport au reste du corps est important et la musculature cervicale peu importante. Il s'agit bien d'une forme de maltraitance qui est perpétrée par la famille ou la garde d'enfant ou un

autre proche souvent excédé par les pleurs du bébé. Soulignons qu'actuellement le responsable des secousses est passible d'inculpation.

Neuf critères de risque de passage à l'acte maltraitant ont pu être dégagés :

- âge maternel (mineure ou immature),
- antécédents parentaux de maltraitance,
- antécédents de maltraitance dans la fratrie de la future mère,
- pathologies affectives parentales,
- conditions socioéconomiques,
- antécédents psychiatriques des futurs parents,
- grossesses multiples,
- pathologies obstétricales,
- déni de grossesses.

La prise en charge comporte 2 axes principaux :

- le bilan d'évaluation qui comprend l'examen clinique ainsi qu'un faisceau d'arguments. Il faut alors se poser certaines questions tel que « qui est cet enfant ? », « qui sont ses parents ? », « quelle est la situation sociale et culturelle ? ».
- Il est très important de faire immédiatement un bilan du danger et d'établir un projet thérapeutique.

Deux cas de figures se présentent alors :

- soit le diagnostic est certain et il faut faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires,
 - soit le diagnostic est soupçonné et il faut débiter un suivi médicopsychosocial.
- Le signalement. (40) Cet acte dénonce une situation de mineur en danger. Il se fait auprès du Procureur de la République et cela 24h/24 lorsque le projet thérapeutique et les aménagements prévus ne sont pas envisageables (refus d'hospitalisation par les parents, par exemple) et peut aboutir à une ordonnance de placement provisoire. Lorsque des investigations complémentaires semblent nécessaires, le signalement doit être adressé au Président du Conseil Général qui se chargera d'avertir les services d'Aide Sociale à l'enfance. Un certificat médical doit être établi par le médecin dont la rédaction est régie par certains critères.

La prévention de ces actes de maltraitance doit se faire par la dédramatisation et l'écoute. La répétition transgénérationnelle n'est pas inéluctable et il faut donc être vigilant sur la situation familiale et les antécédents afin d'éviter la répétition des situations de mise en danger du mineur.

La conduite à tenir du praticien en cas de maltraitance est d'abord de signifier aux parents la connaissance de la situation, d'avoir un abord pluridisciplinaire, d'hospitaliser en cas d'urgence, de prévenir les situations à risque. Rappelons que le médecin n'a pas l'obligation juridique de signaler un enfant en danger mais il doit faire cesser la situation de danger. En revanche, d'un point de vue déontologique, il a l'obligation de dénoncer et signaler.

C. Violences sexuelles

Pour le cas spécifique de **violences sexuelles**, l'atteinte est à la fois physique et psychologique. Le médecin est souvent le premier interlocuteur, il doit rompre la loi du silence ; pour se faire, l'écoute et l'accueil de la personne victime sont primordiaux.(41)

L'accueil peut avoir lieu dans le cadre d'une réquisition qui est un acte par lequel une autorité judiciaire (Procureur de la République, Juge d'instruction) fait procéder à un acte médico-légal qui ne peut être différé. Tout médecin peut être requis excepté le médecin traitant de la victime.

Il existe une grande diversité de situations d'accueil (42): l'enfant peut venir seul, accompagné par un parent ou une tierce personne ; les faits peuvent être racontés par l'enfant, suggérés ou invoqués par une personne accompagnante ; l'éventuel agresseur peut être un parent ou une personne de l'entourage ou quelqu'un exerçant une autorité (enseignant) ; l'enfant peut vivre avec ses deux parents ou avec l'un d'eux ou dans une famille d'accueil...

Toutes ces situations rendent l'entretien d'autant plus difficile et varié dans son expression pour le médecin traitant. Les premières minutes de l'entretien sont déterminantes puisqu'elles permettent de définir le caractère d'urgence. Il faut écouter si l'enfant veut s'exprimer, informer quant à la prise en charge que l'on peut proposer, il ne faut pas considérer l'enfant seulement dans sa situation d'enfant abusé mais ne pas oublier qu'il s'agit avant tout d'un enfant ; il faut faire preuve d'empathie et de chaleur humaine dans une situation difficile pour la victime et l'entourage. Il est impératif, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas les agresseurs d'accompagner psychologiquement les parents afin qu'ils puissent soutenir l'enfant. Il est important de prendre en charge rapidement un enfant suspect d'abus sexuels, de ne pas le faire attendre et de l'adresser si nécessaire à une structure spécialisée.

C'est ainsi qu'il faut apprécier l'urgence médicale ou judiciaire : pour les faits de moins de 3 jours, c'est une urgence nécessitant une prise en charge spécialisée avec prélèvements corporels réalisés dans les 72h, recueil des preuves génétiques sur les vêtements, examen gynécologique...De plus il faut envisager des thérapeutiques tel que la contraception d'urgence, un traitement antirétroviral. Si les faits sont plus anciens, les prélèvements ne pouvant être réalisés dans de bonnes conditions, il n'y a plus la même urgence.

La qualité de l'entretien entre le médecin et l'enfant dépend de la situation : l'enfant révèle des faits récents, trois axes sont retenus : écouter, reconforter et protéger surtout si l'enfant vit avec l'agresseur ; les faits sont anciens, il faut alors encourager à parler ; dernier cas, l'enfant est amené par un adulte qui allègue des révélations, la situation est complexe, il faut parler seul à l'enfant et ne pas hésiter à imposer d'autres intervenants afin de ne pas être pris en otage de la situation. Cela peut notamment être le cas en cas de séparation, l'abus sexuel devient un motif pour obtenir la garde de l'enfant. Le récit de l'enfant est soit appris soit contaminé par le parent revendicateur. En cas de séparation conflictuelle, l'anxiété de l'un des parents peut interpréter des symptômes de l'enfant.

Il existe quelques cas particuliers tel qu'un enfant qui ne parle pas, il faut l'accompagner dans sa souffrance et sa démarche ; autre cas délicat, l'adolescente de plus de 15 ans qui n'est plus considérée comme une enfant aux yeux de la loi du 23 décembre 1980 qui ne permet pas de délier le médecin traitant du secret médical sauf après accord de la patiente. Pour cette classe d'âge, l'environnement psychologique est souvent plus fragile et elles sont plus vulnérables. De plus, les agressions ont souvent lieu sous influence qu'elle soit toxique (alcool, drogues, psychotropes) ou à type de domination (familiales, milieu enseignant). Le dernier cas particulier qu'il faut évoquer est celui des jeux sexuels entre enfants de même sexe ou de sexe différent et de même tranche d'âge. Ils ont lieu sans violence physique ou menace ou intimidation ou peur ou coercition et cessent à l'intervention d'un adulte. Si tel n'est pas le cas, il faut alors considérer cela comme une agression même si dans certains cas l'agresseur est l'enfant lui-même, cela nécessite une évaluation pluridisciplinaire.

L'examen médical doit se faire avec l'accord préalable de la victime, il faut prendre l'enfant dans sa globalité. Souvent, nous ne retrouvons pas de lésions visibles ; il est de notre rôle d'aider le jeune patient à redevenir un enfant.

L'examen doit se faire seul, en confiance avec le praticien, il est indispensable mais très rarement urgent ; il est impératif d'expliquer à l'enfant ce que nous allons faire afin que cela se passe dans les meilleures conditions.

Le but de l'examen est de dépister le traumatisme physique et psychique, de prévenir les maladies sexuellement transmissibles, de prévenir la grossesse, de colliger les données de l'anamnèse et de l'examen afin de rédiger un certificat médical initial exhaustif.

L'anamnèse doit être complète : date, heure, lieu, nombre et le sexe des agresseurs, la parenté, les circonstances (coups et blessures, violences verbales), la prise de toxique, la

chute, la perte de connaissance, le déroulement. Il est important de recueillir les antécédents de la victime, faire une évaluation psychologique puis relever les symptômes tel que les lésions traumatiques des organes génitaux externes, les signes de MST, une grossesse chez l'adolescent.

L'examen clinique comprend notamment un examen cutanéomuqueux, de l'anus. Un examen sous anesthésie générale peut être proposé après avis du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (20 février 1997) et prendre en compte l'intérêt de l'enfant. L'absence de lésion hyménale ne correspond pas forcément à l'absence d'abus sexuels ou de pénétration. Au cours de cet examen, des prélèvements doivent être effectués.(43) Ils sont microlégaux et doivent ainsi être effectués avec des gants, identifiés et numérotés, étiquetés, répertoriés et saisis. Ils permettent entre autre la recherche de spermatozoïdes et sont effectués en vue d'une analyse génétique.

1. Les dommages

Les victimes d'agressions sexuelles subissent un dommage physique et psychique qui ouvre à une possible indemnisation intégrale des préjudices qui en résultent. Ces préjudices se divisent en préjudices temporaires et préjudices permanents dans un but didactique selon un volet sanction et un volet réparation.

Rappelons que dans le cas des agressions sexuelles, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui oriente vers telle ou telle juridiction (tribunal correctionnel ou cour d'assises) : d'autres paramètres (pénétration sexuelle, âge de la victime, sa vulnérabilité, la qualité de l'auteur : ascendant, personne ayant autorité...) constituent des circonstances aggravantes. L'évaluation de l'incapacité totale de travail, en ce cas, est un élément médical qui témoignera de la nature et de la gravité des blessures et du retentissement psychique de l'agression mais qui aura une incidence sur la sanction.

L'incapacité totale de travail n'a d'utilité que pour les délits (agressions sexuelles) et non les crimes (viols). Seule l'autorité judiciaire fera la part entre délit et crime. Dans le doute, il faut estimer l'incapacité totale de travail. (44)

Il reste que l'inceste ne correspond pas à une incrimination particulière. Pour tenir compte de la nature de ces infractions commises sur les mineurs, il convient de rappeler que le délai de prescription a été porté à 10 après la majorité de la victime.

L'incapacité de travail consécutive à une infraction pénale (violences volontaires ou involontaires par exemple) doit être déterminée avec rigueur car de sa durée peut dépendre l'orientation juridictionnelle de l'affaire (tribunal de police ou tribunal de grande instance) et donc la gravité de la sanction.

Cette durée d'incapacité totale de travail sera évaluée initialement par le médecin traitant et peut-être sera ultérieurement déterminée par un expert si une expertise médicale est demandée. L'expert se basera sur les déclarations de la victime mais aussi sur les documents médicaux, en particulier le certificat initial. Celui-ci est donc primordial. Il comprend une

description clinique tenant compte des lésions somatiques, du trauma psychique, et des conséquences comme la transmission d'une infection (maladies sexuellement transmissibles).

La conclusion du certificat fixera l'éventuelle durée d'Incapacité Totale de Travail en fonction des lésions physiques et des répercussions psychiques. Mais cette durée est indépendante des circonstances de l'agression relatée par la victime. Elle repose sur les seules conséquences médicales de l'épisode de violence.

La détermination des incapacités temporaires ou permanentes par le médecin est utile dans l'appréciation du dommage afin que le magistrat puisse proposer une indemnisation du préjudice corporel. Cet acte s'inscrit dans le cadre de la réparation de l'acte de violence.

L'incapacité temporaire est évaluée en fonction de l'atteinte physique et/ou psychique subie. Si la victime est en nécessité d'être au repos complet, si elle ne peut plus faire face à ses activités personnelles habituelles (manger, s'habiller, se laver, se déplacer), elle est alors en Incapacité Temporaire Totale. Sa durée est variable selon la gravité des lésions et la nature des soins (hospitalisation). Toute victime peut bénéficier d'une incapacité temporaire totale quels que soient son sexe, son âge, son type d'activité puisque cette incapacité de travail n'est pas superposable en droit pénal à une incapacité d'exercer une profession, un travail rémunéré, comme c'est le cas en droit civil où il n'est question que d'indemnisation et non de sanction. Cette période d'incapacité temporaire totale peut être suivie d'une période d'incapacité temporaire partielle lorsqu'une reprise progressive des activités personnelles est possible.

Les souffrances endurées correspondent aux douleurs physiques et psychiques éprouvées par la victime en fonction des lésions physiques, du trauma psychique, de la nature et la durée des soins pendant la période d'incapacité temporaire. Elles sont évaluées par un médecin expert.

Les dommages permanents sont représentés par les séquelles définitives consécutives à l'agression et par leurs conséquences qui donnent lieu à différents postes de préjudice. Cette réparation doit intégrer la totalité des postes de préjudices et dans ce cadre nous devons souligner la préoccupation permanente des pouvoirs publics de l'amélioration de l'indemnisation des victimes avec notamment l'élaboration d'une nouvelle nomenclature. Cette démarche aboutit à une plus grande unité pour un même préjudice, des régimes applicables. Ainsi connaîtra-t-on à l'avenir la notion de préjudice scolaire, par exemple ce poste de préjudice à caractère patrimonial aura pour objet la réparation de la perte d'années d'études. Cependant avant l'application de cette nouvelle nomenclature (rapport Dintilhac) nous rappellerons les différents chefs de préjudices reconnus à l'heure actuelle.

L'incapacité permanente se définit comme une diminution des capacités fonctionnelles de la victime, qu'elles soient physiques, psychiques et/ou intellectuelles en fonction des séquelles. Elle s'évalue en pourcentage de 1 à 100 %, ce qui correspond à un taux d'incapacité permanente partielle (IPP).

Le préjudice esthétique correspond aux séquelles inesthétiques (cicatrices, mutilation)

Le préjudice d'agrément est indemnisé lorsqu'il persiste des troubles importants dans les conditions d'existence, la qualité de la vie, les activités de loisirs.

Le préjudice sexuel tient compte du retentissement de l'agression sur la vie relationnelle sexuelle et sur l'impossibilité ou la difficulté à fonder une famille.

Le préjudice juvénile s'analyse en une perte de chance pour l'enfant qui ne pourrait suivre normalement sa scolarité ou choisir certains métiers en raison du dommage subi. Mais cela semble mal à propos dans les dommages permanents puisque tout ce qui est juvénile n'est par définition pas permanent.

L'indemnisation des préjudices repose sur une expertise médicale pour les mineurs victimes d'infractions de nature sexuelle, qui, comme le rappelle la loi du 17 juin 1998 (Art.706-48 du Code de Procédure Pénale [52]) "est destinée à apprécier la nature et l'importance du préjudice subi et à établir si celui-ci rend nécessaires des traitements ou des soins appropriés". Cette expertise peut être demandée par le Juge d'instruction ou encore par le Président du Tribunal ou de la Cour d'Assises au moment du procès. Si cet examen est demandé par le Procureur de la République dès le début de l'enquête, il ne s'agit pas à proprement parler d'une expertise que seul peut demander un magistrat du siège.

Elle peut aussi être ordonnée par le Président de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) à tout moment du processus judiciaire. La CIVI est une juridiction civile qui siège dans tout tribunal de Grande Instance.

Accordée par le tribunal, l'indemnisation peut être versée par l'auteur des faits, ou par le Fonds de Garantie des Victimes d'Actes de terrorisme et autres infractions pénales lorsque la victime s'adresse à la CIVI. Ceci permet de rompre le lien financier direct entre victime et agresseur en introduisant un tiers payeur.

2. Signaux de détresse

Il existe des signaux de détresse, notamment une rupture dans le comportement de l'enfant. (45) Ces signaux varient selon l'âge de l'enfant.

Nous pouvons ainsi constater :

- une attitude craintive du jeune enfant qui refuse le contact physique,
- des plaintes somatiques inexplicables,
- une régression avec parfois retour à l'encoprésie et l'énurésie,

- des troubles du sommeil (cauchemars, réveils nocturnes, peur de s'endormir),
- des troubles alimentaires (anorexie, boulimie, vomissements),
- une cassure des résultats scolaires avec difficultés et refus d'apprentissage,
- un état dépressif franc,
- un état d'agitation , d'hyperactivité,
- un changement d'attitude à l'égard de la sexualité (inhibition ou dés inhibition), et plus spécifiquement chez l'adolescent des fugues, automutilation, tentative de suicide.

Le médecin doit ainsi rester vigilant notamment en pratiquant un examen clinique complet à la recherche de lésions évoquant des sévices. (46)(47) Il ne faut pas oublier qu'un enfant sur cinq est ou sera victime d'une agression sexuelle.

II. Refus de soins

A. Analyse et compréhension du refus

Quelles que soient la valeur de l'information donnée et l'importance des renseignements obtenus, il existera bien souvent une différence dans l'appréciation d'un fait médical qui peut conduire au refus de soins pour divers motifs. (48)(49)

Ce refus doit être analysé par le médecin qu'il se manifeste d'emblée ou secondairement, afin d'en comprendre la réalité et les raisons. Une reformulation de l'information initiale est nécessaire pour s'efforcer de convaincre ; elle doit être adaptée au niveau de maturité de l'enfant mais également à celui des parents.

Il peut s'agir d'une angoisse bien habituelle vis-à-vis de la maladie, vis-à-vis des examens nécessaires, ou d'une appréhension tout à fait légitime vis-à-vis de la thérapeutique et de ses effets secondaires. Il peut s'agir d'une certaine nonchalance et d'un manque de perspective dans l'avenir, surtout chez l'adolescent.

Cette analyse de la cause du refus permet ainsi d'établir une relation mieux orientée avec le patient et sa famille en reprenant les éléments importants de l'information, en s'assurant de la compréhension du malade et de ses parents et des conséquences d'un refus, en proposant éventuellement une consultation avec un autre confrère.

Notons que chez le mineur, le refus de soins peut émaner des parents ou du patient mineur lui-même.

B. Refus des parents

Dans la mesure où les parents disposent du droit de consentir à un traitement, ils ont également le droit de le refuser dans la mesure où il n'y a pas de mise en danger du mineur.

Le droit à s'opposer à telle ou telle thérapeutique est légitime. Comme souligné précédemment, le médecin doit se retirer ou tenter de convaincre. Dans le cas où il confierait le patient à un confrère, il devra lui confier tous les renseignements nécessaires.

Ce droit de refus est assujéti à certaines règles :

- les parents doivent avoir suivi l'évolution de l'état de santé de leur enfant afin d'être en capacité de faire les meilleurs choix. Ils ne peuvent refuser d'entrer sans avoir dialogué avec le professionnel de santé ;
- le refus de telle thérapeutique ne peut avoir lieu contre une absence de traitement (par exemple pour des raisons religieuses). Les parents encourent alors des poursuites pour non assistance à personne en danger ou au pire homicide involontaire ;
- le choix d'une autre thérapeutique doit être possible avec un minimum d'efficacité même si ce n'est pas celle prévue initialement.

En cas de refus lié à des convictions religieuses (exemple des témoins de Jéhovah vis-à-vis des produits sanguins), le médecin doit se plier aux demandes des parents qui sont les représentants légaux sauf si la situation met en danger le pronostic vital de l'enfant. Auquel cas, le médecin devra saisir le Procureur de la République.

En cas de mise en danger, le médecin a des devoirs liés à la déontologie médicale (article 43 [53]) faisant de ce dernier le défenseur du malade. De plus, un défaut de soins peut amener à une poursuite pénale de non assistance (article 223-6).

La loi du 4 mars 2002 a envisagé la situation de mise en défaut de l'entourage, déjà prévue dans l'article 28 du décret du 14 janvier 1974, dans l'article L1111-4 du Code de la Santé Publique ; le médecin pouvant alors délivrer les soins indispensables. Soulignons la difficulté de définir l'absolue nécessité d'un traitement qui pourra mettre en échec l'autorité parentale et ses décisions. Le médecin doit alors évaluer les risques encourus par le mineur. Il ne faut pas usurper ses droits en pratiquant des actes refusés par le représentant légal sous couvert d'une situation d'urgence.

En cas de recours au Procureur de la République, celui-ci pourra saisir le Juge des Enfants qui aura alors une mission d'arbitre médical et pourra nommer un expert afin de définir le caractère d'urgence argué par le médecin.

C. Refus de l'enfant

Jusqu'à présent, seules des situations très spécifiques ont été traitées tel que les recherches biomédicales par la loi du 20 décembre 1988, les prélèvements de sang et de moelle osseuse par les lois des 4 janvier 1993 et 29 juillet 1994. Seuls ces cas peuvent amener au refus de l'enfant.

Dans les autres cas, l'enfant étant considéré comme un incapable mineur d'un point de vue légal, il n'y a en théorie pas de discussion à avoir.

Cependant, chaque jour, que la pathologie soit aiguë ou chronique (dialyse, par exemple), nous sommes face à des situations conflictuelles entre parents et enfants. Il faut donc chercher la compréhension de toutes les parties et surtout du jeune patient afin qu'il adhère à la thérapeutique et n'objecte pas un refus qui pourrait aboutir à une situation conflictuelle et sans issue pouvant le mettre en danger. Certaines situations et notamment les soins psychiatriques ne souffrent pas de refus du patient qui n'est pas toujours apte à juger objectivement de la situation. Rien ne justifie la mise en danger du jeune patient et le médecin doit rester maître du projet thérapeutique en accord avec les parents.

Cette opposition se retrouve souvent au moment de l'adolescence où les conflits avec les parents sont nombreux. L'intérêt de l'enfant doit toujours être la priorité pour le médecin et l'entourage du mineur.

D. Conséquences du refus pour le médecin

En cas de refus confirmé de la part des parents ou du jeune patient, le médecin « doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » et après avoir tout mis en oeuvre « pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » (art 1111-4) mais une plainte secondaire du malade, d'un membre de la famille ou de la personne de confiance désignée par le patient pour insuffisance d'information, ou non assistance, ou défaut de soin et toujours possible. Le médecin peut-il alors être reconnu coupable d'avoir suivi le patient dans son refus de soin ?

Du fait des termes de la loi ce type de contestation ne peut plus être pénalement retenu. Mais qu'en sera-t-il sur le plan civil et administratif ? En cas de décès sera-t-il reproché au praticien de n'avoir pas su persuader le patient ? Il est donc important qu'il puisse « apporter la preuve par tout moyen » qu'il a donné une information appropriée en particulier sur les conséquences du refus qui a bien été « libre », « éclairé » et « certain » et qu'il s'est efforcé de convaincre dans l'intérêt du patient. Mais pour prévenir éventuellement une possible mise en cause ordinaire ou judiciaire de son comportement, il est nécessaire de réunir quelques uns des éléments de sa démarche :

Consultation datée, lettre au malade et à l'autre médecin traitant, intervalle de réflexion, information possible de la famille sauf opposition de sa part, consultation éventuelle avec un autre médecin, refus écrit, signé, daté qui ne suffit pas à lui seul, car le patient « peut retirer son consentement à tout moment » ou revenir sur son refus, avec inscription de ces faits dans le dossier du malade, en gardant le double de toute correspondance et en envoyant copie de certains de ces éléments au Conseil Départemental.

Le caractère légal du refus de soins risque d'avoir des répercussions diverses :

1) un désengagement physique du médecin est une éventualité possible, refusant dans ces conditions, la prise en charge d'un tel patient en concordance avec l'article 47 du Code de Déontologie Médicale [54], ceci à trois conditions :

- en dehors d'une situation d'urgence,
- en informant le patient et
- en favorisant la continuité des soins, ceci confirmé par lettre, avec double au Conseil Départemental, et en lui laissant la possibilité d'une reprise du dialogue en cas de modification de son choix.

2) Parfois, cette liberté de choix aboutit à des décisions ne mettant pas en danger immédiat l'enfant mais pouvant avoir des répercussions à long terme et notamment sur la santé publique. Nous citerons le problème des vaccinations obligatoires.

3) Cela ne doit pas pousser les praticiens à donner une information totale sur la maladie au patient sous prétexte de transparence car il faut tenir compte du degré de maturité du mineur et de la gravité du diagnostic. Cette notion de « paternalisme » entre le médecin et son patient ne doit pas disparaître par crainte des poursuites que pourraient entamer la famille ultérieurement.

III. Discussion sur la majorité médicale

Après avoir exposé les différents cadres légaux de la prise en charge des mineurs et présenté la position et le rôle du médecin traitant dans certaines pathologies, nous allons réfléchir à la pertinence de définir une majorité médicale qui permettrait aux mineurs de décider des orientations concernant sa santé.

A. Les « majorités » actuelles

Actuellement, plusieurs limites d'âge sont définies :

- **la majorité civile** : fixée par le législateur à **18 ans** depuis la loi du 5 juillet 1974, permet l'obtention de droits notamment civiques tel que le droit de vote. A cet âge, le permis de conduire peut également être obtenu. Notons que cette majorité n'est en aucun cas synonyme d'autonomie financière, compte tenu de l'allongement des études et parfois des difficultés à trouver du travail.
- **La « majorité » pénale** : fixée à **15 ans**. Tout délit commis sur une personne de moins de 15 ans est une circonstance aggravante. De même tout mineur de moins de 15 ans commettant un délit est jugé différemment d'un mineur de plus de 15 ans qui encourt des peines plus lourdes.
- **La distinction hospitalière : 15 ans et 3 mois** : en dessous de cet âge, la prise en charge est pédiatrique et au dessus, l'hospitalisation a lieu en service adulte. Cette barrière est purement organisationnelle et non fondée sur une réalité médicale ce qui incite les pédiatres à revendiquer une prise en charge pédiatrique jusqu'à l'âge de 18 ans, que cela soit au niveau hospitalier ou des pédiatres de ville.
- **La majorité en médecine de ville** : ?. En ce qui concerne les médecins généralistes, la distinction « pédiatrie »-« médecine adulte » se fait théoriquement à 18 ans mais la pratique est parfois différente car chaque cas est singulier.

B. Les différents cadres de consultation et les problèmes soulevés

- **le mineur consulte avec l'un ou l'autre de ses parents** : la situation paraît simple, la discussion, le diagnostic et la thérapeutique sont sans ambiguïté. Cependant il ne faut pas oublier qu'à l'heure actuelle, il existe beaucoup de parents séparés et que la situation n'est pas si simple car le parent présent n'est pas toujours détenteur de l'autorité parentale et en cas de décision difficile, l'autre parent doit être concerté. D'autre part en cas de séparation, le médecin traitant ne doit pas se retrouver otage des parents et doit garder en tête l'intérêt médical de l'enfant.
- **Le mineur consulte seul avec l'accord de ses parents.** De même que pour la situation précédente, cela semble simple : le motif de la consultation est connu des parents donc les décisions thérapeutiques seront a priori validées par eux et le règlement a été prévu par les parents. Parfois, le recours officiel n'est pas la réelle plainte et alors il faut pouvoir se positionner entre les parents et le mineur qui nous accorde sa confiance et pour lequel nous sommes liés au secret professionnel même si les parents ont des droits concernant la santé du mineur dont ils ont l'autorité parentale. La loi du 4 mars 2002 a renforcé le droit des mineurs concernant sa santé mais ne résout pas les contingences techniques de remboursement et de règlement des soins.
- **Le mineur consulte seul sans en avoir référé à ses parents.** Il s'agit la plupart du temps d'une situation de détresse. Plusieurs problèmes se posent alors en cas de demande de confidentialité : **le secret professionnel** vis-à-vis du patient qui même s'il est mineur est en droit de le revendiquer comme dit précédemment. En effet le pouvoir de décision du mineur sur sa santé a été accentué à condition que l'information soit adaptée à la maturité du mineur. Néanmoins se pose la question de la détention de l'information et de la communication au détenteur de l'autorité parentale. Ensuite se pose le problème de **la thérapeutique**, son obtention et son observance : comment régler les médicaments et assurer leur prise sans que les parents en aient connaissance ? Enfin, de façon très intriquée au problème précédent, se pose la question de la cotation et du règlement de la consultation. Concrètement le parent dont le mineur est l'ayant droit aura connaissance de la consultation par le relevé des prestations ainsi que du remboursement des médicaments prescrits. Parfois **le problème financier** est en première ligne et est un obstacle à la prise en charge. Nous pouvons alors passer la main à certaines structures tel que le planning familial pour les problèmes de contraception qui pourra prendre en charge le ou la mineur de façon anonyme et surtout gratuite. La confidentialité sera alors respectée et la thérapeutique délivrée. Le rôle du médecin traitant est également de permettre la relation de confiance entre le mineur et ses

parents et d'inciter le premier à entamer le dialogue avec les seconds surtout lors de situations difficiles où tout soutien sera bénéfique à la prise en charge médicale.

C. Quelles propositions ?

Devant ces obstacles à la confidentialité liée à la santé du mineur, ne faudrait-il pas fixer une majorité médicale au-delà de laquelle le mineur pourrait se prendre en charge seul dans certaines situations.

Actuellement le mineur de plus de 16 ans possède une carte vitale et doit déclarer un médecin traitant mais est toujours l'ayant droit de l'un de ses parents. Cet âge pourrait alors être utilisé comme majorité médicale. Pourquoi 16 et non 15 ans ? Comment définir une majorité médicale qui doit être en adéquation avec la maturité mais cela est variable d'une personne à l'autre, d'un sexe à l'autre, dans cette période de l'adolescence.

Alors pourquoi ne pas les autonomiser entièrement en affectant un budget pour leur prise en charge médicale ? Mais comment financer à l'heure où la médecine comptable est à l'ordre du jour et où le mot « économie de santé » est omniprésent. En effet, les remboursements de médicaments sont de plus en plus importants alors où trouver les fonds ? Parfois, la prescription est difficile pour des raisons financières car les parents n'ont pas les moyens d'assumer les médicaments non remboursés. Le problème se pose notamment dans le cadre de la contraception ; peu de pilules sont remboursées et ce sont d'anciennes générations.

La solution actuelle est pour certains cas le planning familial qui se substitue alors au médecin traitant ce qui est dommageable pour la relation de confiance et le suivi médical du mineur qui est souvent suivi de longue date par le « médecin de famille ».

Fixer un âge de maturité est difficile car à âge civil identique, la maturité intellectuelle et décisionnelle est très différente. N'oublions pas que ces cas difficiles sont peu nombreux au regard du nombre de consultations relatives à cette tranche d'âge (1/5^{ème} des consultations de moins de 18 ans) mais que le mineur et son soignant se trouvent face à des obstacles parfois insurmontables.

Nous insisterons une dernière fois sur la relation de confiance entre le mineur et le médecin et les parents et le médecin et qu'à ce titre le rôle du thérapeute est décisif afin de débloquer des situations médicosociales et médico-légales très sensibles. En effet, le rôle du médecin n'est pas d'évincer les parents mais tout en gardant le secret médical lié au mineur de l'inciter à communiquer avec ses parents.

Nous ne pouvons donc établir de réelle solution et une réflexion pourrait avoir lieu entre professionnels de santé concernés (pédiatres, médecins généralistes) et les autorités de santé.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est depuis la dernière réforme appelé médecin traitant. Mais il est surtout un médecin de famille. La part de suivi des moins de 18 ans en est le reflet puisqu'elle représente 20% des consultations de médecine générale.

Le mineur, de part son âge et son statut, se représente la santé de façon différente. C'est pourquoi la relation entre le médecin et le mineur est si importante afin que le jeune patient adhère au projet thérapeutique. Son pouvoir de décision a été renforcé par la loi du 4 mars 2002. Dans cet arbre décisionnel concernant le mineur, il ne faut pas négliger le détenteur de l'autorité parentale : les parents, qui ont des droits et des devoirs concernant la santé de leur enfant. Afin de ne pas se retrouver otage entre parents et enfant, il est important de respecter le secret professionnel et d'utiliser les moyens mis à disposition : le dossier médical d'une part qui a beaucoup progressé depuis l'informatisation et d'autre part le carnet de santé qui est la « carte d'identité médicale » du moins de 18 ans. Ces deux outils permettent notamment de réaliser un suivi standardisé par tranche d'âge des mineurs.

Dans cette tranche de population que sont les mineurs, il existe une catégorie particulière de par les problèmes qu'elle soulève tant sur le plan médical que légal : les adolescents. A l'heure où tout est en mouvement dans leur corps et leur esprit, la notion de santé prend un sens particulier. A cet âge, la sexualité est une préoccupation prédominante. Il faut alors les informer sur la contraception ainsi que sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles. En effet, l'interruption volontaire de grossesse représente encore 6000 cas par an chez les adolescentes. L'autre préoccupation est psychiatrique : tout d'abord la dépression et le suicide qui est la seconde cause de décès chez l'adolescent derrière les accidents ; ensuite le diagnostic et la prise en charge pluridisciplinaire des schizophrènes ou encore des autistes ; enfin les troubles des conduites alimentaires que sont l'anorexie et la boulimie qui touchent principalement les jeunes filles. Pour tous ces cas, le médecin traitant est l'un des premiers interlocuteurs aussi bien pour le patient que pour son entourage. Il a un rôle de soignant, de médiateur entre les différents intervenants dans le projet thérapeutique et la famille du patient.

Le médecin peut se trouver face à des situations médicales difficiles. La première est celle des sévices. Ils peuvent avoir plusieurs formes : les violences morales ou physiques. On distingue également les atteintes corporelles des violences sexuelles. Le médecin ne doit pas juger mais signaler afin de sauvegarder l'enfant. Souvent, le retrait du milieu familial par une hospitalisation permet de mettre en place les équipes intervenant tant au niveau médical que juridique. La seconde est le refus de soins qu'il émane du patient ou du détenteur de l'autorité parentale. La position du médecin doit alors s'orienter de 2 façons : soit en essayant la persuasion et en proposant d'autres voies thérapeutiques, soit en se retirant au profit d'un confrère auquel il devra révéler tous les éléments nécessaires au bon suivi du mineur. Actuellement les grands mineurs veulent garder le secret sur certaines de leurs préoccupations médicales et notamment la sexualité mais cela lève des obstacles surtout financiers. Alors une discussion sur une majorité médicale entre autorités de santé et personnel médical concerné pourrait-elle s'imposer ? A l'issue de ce travail, nous donnons des pistes sans fournir de réponse définitive à la problématique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Déclaration des droits de l'Homme**
1948
- (2) **Déclaration des droits de l'enfant**
20 novembre 1959
- (3) **Convention du 20 novembre 1989**
- (4) **Dhordain**
Médecin traitant : et les moins de 16 ans ?
Panorama du médecin 7 février 2005 N°4962
- (5) **Loi Informatique et Libertés**
Loi 78-17 du 6 janvier 1978
- (6) **Loi 94-43 du 18 janvier 1994**
- (7) **Convention de 1998**
- (8) **J.-P. Dommergues, D.Cau, D.Goldszmidt**
L'examen systématique de l'enfant Des symptômes à la décision
sous la direction de Georges Tchobroutsky
Editions Arnette Blackwell 3è édition 1997
- (9) **Organisation mondiale de la santé. Les buts de la santé pour tous. 1985.**
- (10) **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ; une conférence internationale pour la promotion de la santé : vers une nouvelle santé publique.**
Ottawa : Health and Welfare Canada, 1986.
- (11) **Freud A.**
Adolescence.Psychoanal Study Child 1958 ; 13 : 255-268.
Trad. française in: L'enfant de la psychanalyse.
Paris : Gallimard, 1976 : 244-268.
- (12) **Jeammet PH.**
Réalité externe et réalité interne à l'adolescence.
Rev Fr Psychanal 1980 ; 44 : 481-521.
- (13) **Baumann M. Deschamps JP. Pechevis M. Tursz A.**
Projets de recherche et mémoire en santé publique et communautaire.
Centre International de l'Enfance et Département de santé publique de la faculté de médecine de Nancy, 1991.
- (14) **Jeunes et santé : paradoxes, convergences, perspectives.**
Colloque national. Nancy, février 1989.
Editions du Centre de médecine préventive- Evaluation santé, 1990.
- (15) **Spyckerelle Y. Bon N. Ferron C. Deschamps JP.**
Perceived health and health requests in a French adolescent population.

Int J Adolesc Med Health 1991; 5: 161-75.

- (16) Michaud, Alvin, Deschamps, Frappier, Marcelli, Tursz
La santé des adolescents Approches, soins, prévention
Editions Payot Lausanne Doin éditeurs-Paris
Les presses de l'université de Montréal**

- (17) Françoise DOLTO
La cause des adolescents
Pocket**

- (18) D. Duval-Arnould M. Duval-Arnould
Droit et santé de l'enfant
Editions Masson**

- (19) République Française
Loi du 4 août 1982**

- (20) Jacky NIZARD
Concours médical Gynécologie
laboratoires SERVIER**

- (21) G. Creusot
Pédiatrie sociale
Editions Masson**

- (22) République Française
Loi du 4 juillet 2001**

- (23) Bennia-Bourai S, et al.
Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens
(Caen),
Médecine 2006 ; 5 :84-9.**

- (24) La rédaction de Médecine. La contraception de l'adolescente. Les points-clés de
la recommandation.
Médecine 2006 ; 5 :76-9.**

- (25) Vallée J-P, Le Noc Y.
Contraception et adolescence : où est donc passé le « médecin de famille » ?
Médecine 2006 ;5 :90-9.**

- (26) République Française
Loi du 13 décembre 2000**

- (27) République Française
Loi Veil
Loi du 17 janvier 1975**

- (28) République Française**

Loi du 31 décembre 1979

- (29) **République Française**
Loi du 31 décembre 1982
- (30) **Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à quatorze semaines,**
ANAES mars 2001
- (31) **Binder.P**
Repérer et évaluer le risque suicidaire chez l'adolescent en cabinet de médecine générale
Rev. Praticien Med Gen Tome 19 24 janvier 2005
- (32) **Marcelli D.**
Les états dépressifs à l'adolescence. 2è éd.
Paris : Masson, 1995.
- (33) **Bomba J.**
La dépression chez l'adolescent. Etude psychologique et épidémiologique. Confrontations psychiatriques 1988, 29 :161-84.
- (34) **Le suicide des adolescents : un enjeu de santé publique.**
Bulletin de l'Ordre des Médecins ; février 2005.
- (35) **Zakian A., Lenoir P., Sauvage D.**
Autisme de l'enfant. Diagnostic.
Rev. Praticien 1999.49, 1825-1829.
- (36) **Dr Dupuis G., Pr Venisse J.-Luc**
Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. Diagnostic, principes du traitement.
REV. Praticien 1999. 49, 1591-1596 ;
- (37) **Mammar N, Venisse JL, Michaud P, Alvin P.**
Les troubles des conduites alimentaires. In : La santé des adolescents : approches, soins, prévention.
Paris ; Doin, 1997 :409-25.
- (38) **Agman G, Corcos M, Jeammet P.**
Troubles des conduites alimentaires.
Encycl Med Chir (Psychiatrie), Paris, Ed Techniques 1994 : 37-350 à 10.
- (39) **C.Rey et C.Mignot.**
Maltraitance à enfants et adolescents.
Encycl. MédChir, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 8-0885, 2000, 6p.
- (40) **J.- José Bouquier**
Maltraitance à mineur : les règles du signalement
Rev. Praticien Med Gen Tome 19 7 mars 2005

- (41) **Roussy M, Balençon M.**
Valeur de la parole de l'enfant dans les situations d'abus sexuels.
Rev Int Pédiatrie 1999 ;294 :9-14
- (42) **La conduite de l'audition. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques.**
Direction des affaires criminelles et des grâces. Ministère de la justice. Décembre 2003
- (43) **Dr Vasquez.**
Unité d'accueil médico-judiciaire. Prise en charge des jeunes victimes de sévices.
Pédiatrie Prat mars 2004 ;156
- (44) **Linot T., Nizard J.**
Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique
Editions Masson, Paris 2004.
- (45) **Roussey M, Morellec J.**
Les enfants victimes de sévices.
Rev Int Pédiatrie 1999 ; 293 :75-85
- (46) **Sévices à enfants Conduite à tenir pour le médecin traitant**
Ordre des médecins juin 2001
- (47) **Le praticien face aux violences sexuelles**
Document réalisé en 2000 et validé par le conseil national de l'ordre des médecins, la chancellerie, le ministère de l'intérieur et le ministère de la défense
- (48) **Hoerni B, Saury R**
Le consentement.
Masson, 1998
- (49) **Pr Jean-José BOUQUIER**
Du droit au Consentement au Droit au Refus
Conseil National de l'Ordre des Médecins
Rapport des 29 et 30 janvier 2004

Annexe 1 : Articles de Loi

[A1] Article 388 du Code civil

(Loi du 26 mars 1803 promulguée le 5 avril 1803))

(Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 1974)

Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis.

[A2] Article 476 du Code civil

(Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

(Loi n° 71-407 du 3 juin 1971 Journal Officiel du 5 juin 1971)

(Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 art. 4 Journal Officiel du 7 juillet 1974)

Le mineur est émancipé de plein droit par le mariage.

[A3] Article 477 du Code civil

(Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

(Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 art. 4 Journal Officiel du 7 juillet 1974)

(Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 art. 61 Journal Officiel du 9 janvier 1993)

Le mineur, même non marié, pourra être émancipé lorsqu'il aura atteint l'âge de seize ans révolus.

Après audition du mineur, cette émancipation sera prononcée, s'il y a de justes motifs, par le juge des tutelles, à la demande des père et mère ou de l'un d'eux.

Lorsque la demande sera présentée par un seul des parents, le juge décidera, après avoir entendu l'autre, à moins que ce dernier soit dans l'impossibilité de manifester sa volonté.

[A4] Article 478 du Code civil

(Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

(Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 art. 4 Journal Officiel du 7 juillet 1974)

Le mineur resté sans père ni mère pourra de la même manière être émancipé à la demande du conseil de famille.

[A5] Article 479 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Lorsque, dans le cas de l'article précédent, aucune diligence n'ayant été faite par le tuteur, un membre du conseil de famille estimera que le mineur est capable d'être émancipé, il pourra requérir le juge des tutelles de convoquer le conseil pour délibérer à ce sujet. Le mineur lui-même pourra demander cette convocation.

[A6] Article 480 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le compte de l'administration ou de la tutelle, selon les cas, est rendu au mineur émancipé dans les conditions prévues par l'article 471.

[A7] Article 481 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le mineur émancipé est capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile. Il doit néanmoins, pour se marier ou se donner en adoption, observer les mêmes règles que s'il n'était point émancipé.

[A8] Article 482 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le mineur émancipé cesse d'être sous l'autorité de ses père et mère. Ceux-ci ne sont pas responsables de plein droit, en leur seule qualité de père ou de mère, du dommage qu'il pourra causer à autrui postérieurement à son émancipation.

[A9] Article 487 du Code civil

(Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le mineur émancipé ne peut être commerçant.

[A10] Article 389-2 du Code civil

(Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

(Loi n° 85-1372 du 23 décembre 1985 art. 40 Journal Officiel du 26 décembre 1985 en vigueur le 1er juillet 1986)

(Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 art. 8 IV Journal Officiel du 5 mars 2002)

L'administration légale est placée sous le contrôle du juge des tutelles lorsque l'un ou l'autre des deux parents est décédé ou se trouve privé de l'exercice de l'autorité parentale ; elle l'est également, en cas d'exercice unilatéral de l'autorité parentale.

[A11] Article 389-3 du Code civil

(Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

(Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 art. 58 Journal Officiel du 9 janvier 1993)

L'administrateur légal représentera le mineur dans tous les actes civils, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise les mineurs à agir eux-mêmes.

Quand ses intérêts sont en opposition avec ceux du mineur, il doit faire nommer un administrateur ad hoc par le juge des tutelles. A défaut de diligence de l'administrateur légal, le juge peut procéder à cette nomination à la demande du ministère public, du mineur lui-même ou d'office.

Ne sont pas soumis à l'administration légale les biens qui auraient été donnés ou légués au mineur sous la condition qu'ils seraient administrés par un tiers. Ce tiers administrateur aura les pouvoirs qui lui auront été conférés par la donation ou le testament ; à défaut, ceux d'un administrateur légal sous contrôle judiciaire.

[A12] Article 393 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Les fonctions de juge des tutelles sont exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel le mineur a son domicile.

[A13] Article 395 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le juge des tutelles exerce une surveillance générale sur les administrations légales et les tutelles de son ressort.

Il peut convoquer les administrateurs légaux, tuteurs et autres organes tutélaires, leur réclamer des éclaircissements, leur adresser des observations, prononcer contre eux des injonctions.

Il peut condamner à l'amende prévue au code de procédure civile ceux qui, sans excuse légitime, n'auront pas déféré à ses injonctions.

[A14] Article 407 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le conseil de famille est composé de quatre à six membres, y compris le subrogé tuteur, mais non le tuteur ni le juge des tutelles.

Le juge les désigne pour la durée de la tutelle. Il peut, néanmoins, sans préjudice des articles 428 et suivants, pourvoir d'office au remplacement d'un ou plusieurs membres en cours de tutelle afin de répondre à des changements qui auraient pu survenir dans la situation des parties.

[A15] Article 408 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le juge des tutelles choisit les membres du conseil de famille parmi les parents ou alliés des père et mère du mineur, en appréciant toutes les circonstances du cas : la proximité du degré, le lieu de la résidence, l'âge et les aptitudes des intéressés.

Il doit éviter, autant que possible, de laisser l'une des deux lignes sans représentation. Mais il a égard, avant tout, aux relations habituelles que le père et la mère avaient avec leurs différents parents ou alliés, ainsi qu'à l'intérêt que ces parents ou alliés ont porté ou paraissent pouvoir porter à la personne de l'enfant.

[A16] Article 409 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le juge des tutelles peut aussi appeler pour faire partie du conseil de famille, des amis, des voisins ou toutes autres personnes qui lui semblent pouvoir s'intéresser à l'enfant.

[A17] Article L313-3 du Code de la Sécurité Sociale

Par membre de la famille, on entend :

1°) le conjoint de l'assuré.

Toutefois, le conjoint de l'assuré obligatoire ne peut prétendre aux prestations prévues aux articles L. 321-1 et L. 322-6 lorsqu'il bénéficie d'un régime obligatoire de sécurité sociale, lorsqu'il exerce, pour le compte de l'assuré ou d'un tiers personnellement, une activité professionnelle ne motivant pas son affiliation à un tel régime pour le risque maladie, lorsqu'il est inscrit au registre des métiers ou du commerce ou lorsqu'il exerce une profession libérale ;

2°) jusqu'à un âge limite, les enfants non-salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis ;

3°) jusqu'à des âges limites et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :

a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail ;

b) les enfants qui poursuivent leurs études ;

c) les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;

4°) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

[A18] Article R313-12 du Code de la Sécurité Sociale

(Décret n° 86-839 du 16 juillet 1986 art. 15 Journal Officiel du 17 juillet 1986)

(Décret n° 2001-1342 du 28 décembre 2001 art. 1 Journal Officiel du 30 décembre 2001)

La limite d'âge prévue au 2° de l'article L. 313-3 est fixée à seize ans.

La limite d'âge prévue au 3° de l'article L. 313-3 est fixée à dix-huit ans pour les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par les articles L. 117-1 à L. 119-5 du code du travail et L. 900-1 et suivants du même code.

La limite d'âge est fixée à vingt ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et pour ceux qui sont, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

Pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, la limite d'âge peut être reculée dans les conditions fixées du troisième au sixième alinéa de l'article R. 313-14.

[A19] Article L161-15-3 du Code de la Sécurité Sociale

(inséré par Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 art. 12 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Par dérogation à toutes dispositions contraires, les enfants de parents tous deux assurés d'un régime d'assurance maladie et maternité peuvent être rattachés en qualité d'ayant droit à chacun des deux parents.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

[A20] Article L380-4 du Code de la Sécurité Sociale

(inséré par Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 17 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

Les pupilles de l'Etat sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre.

[A21] Article L161-14-1 du Code de la Sécurité Sociale

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 59 I Journal Officiel du 5 février 1995)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 7 I et II Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

L'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, à être identifié de façon autonome au sein du régime dudit assuré social et à bénéficier à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de ce régime. Toutefois, cette identification et ce remboursement à titre personnel sont obligatoires pour l'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans poursuivant des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

[A22] Article R161-8-13 du Code de la Sécurité Sociale

(inséré par Décret n° 96-377 du 30 avril 1996 art. 1 Journal Officiel du 7 mai 1996 en vigueur le 1er octobre 1996)

La demande prévue à la première phrase de l'article L. 161-14-1 est effectuée par l'intéressé auprès de l'organisme d'assurance maladie et maternité auquel est affilié l'assuré social dont il est l'ayant droit.

Dès réception de cette demande, l'organisme procède à l'identification de l'intéressé en qualité d'ayant droit autonome et lui verse à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité auxquelles ouvre droit l'assuré social dont il est l'ayant droit.

L'option ainsi faite pour la qualité d'ayant droit autonome est valable pour une durée d'un an, pendant laquelle elle n'est pas révocable. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf renonciation expresse signifiée par l'intéressé à l'organisme compétent au plus tard un mois avant l'expiration de ladite période.

L'organisme d'assurance maladie et maternité compétent remet à l'intéressé un document attestant de sa qualité d'ayant droit autonome et lui permettant d'obtenir le versement des prestations dans les conditions précisées ci-dessus.

[A23] Article L861-1 du Code de la Sécurité Sociale

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 20 III Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 art. 5 I Journal Officiel du 6 juillet 2000)

(Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 136 II finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002)

Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité

administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

[A24] Article L322-3 du Code de la Sécurité Sociale

(Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 art. 32 Journal Officiel du 26 juillet 1994)

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 31 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 20 II art. 35 II Journal Officiel du 27 décembre 1998)

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 34 VI Journal Officiel du 26 décembre 2001)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 81 III Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 1er janvier 2003)

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 38 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 art. 4 I Journal Officiel du 17 avril 2004 en vigueur le 1er juillet 2004)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 6 I, IV art. 41 II Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 30 Journal Officiel du 21 décembre 2004)

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 70 II Journal Officiel du 20 décembre 2005)

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

- 1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;
- 2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- 3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;
- 4°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus, et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- 5°) lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité au titre d'un avantage vieillesse ;
- 6°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1 ;

7°) lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8°) lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52.1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

9°) lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

10°) Abrogé.

11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;

12°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13°) pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;

15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;

16°) Pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs effectués dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1 ;

17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

NOTA : La loi n° 70-1318 a été abrogée par l'article 7 III de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991.

[A25] Article R322-9 du Code de la Sécurité Sociale

(Décret n° 95-361 du 31 mars 1995 art. 1 Journal Officiel du 7 avril 1995)

(Décret n° 2001-833 du 13 septembre 2001 art. 1 Journal Officiel du 15 septembre 2001)

(Décret n° 2004-1490 du 30 décembre 2004 art. 1, art. 7 Journal Officiel du 31 décembre 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

I. - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est supprimée, par application de l'article L. 322-3 :

1°) pour l'hospitalisation des nouveau-nés, lorsqu'elle se produit dans les trente jours qui suivent la naissance, ainsi que pour les soins de toute nature qui leur sont dispensés dans un établissement de santé au cours de la période de trente jours qui suit la naissance ;

2°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle. La décision de la caisse d'assurance maladie prononçant la suppression de la participation est prise sur avis conforme du contrôle médical ; à défaut d'entente entre le médecin-conseil et le médecin traitant sur les prestations devant bénéficier de la dispense de participation, il est fait appel à un expert dans les conditions prises en application de l'article L. 324-1. La décision de la caisse fixe la durée de la période d'exonération.

II. - La participation de l'assuré est également supprimée, dans les conditions définies ci-après, pour les soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal, à compter de la date présumée de commission des faits.

Saisie d'une demande de l'assuré, de la victime, de son médecin ou de son représentant légal, ou lorsqu'une enquête de police judiciaire, une instruction préparatoire ou une mesure d'assistance éducative prévue à l'article 375 du code civil a été engagée, la caisse d'assurance maladie sollicite l'avis du contrôle médical sur le principe et la durée de l'exonération prévue à l'alinéa précédent. Le contrôle médical se prononce sur la base des éléments communiqués par le médecin traitant et, le cas échéant, de l'expertise médico-psychologique mentionnée à l'article 706-48 du code pénal.

L'exonération est fixée pour la durée du traitement, si nécessaire au-delà de la majorité de la victime, et peut être prolongée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

[A26] Article 371-1 du Code civil

(Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 art. 1 Journal Officiel du 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 1971)

(Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 art. 2 Journal Officiel du 5 mars 2002)

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

[A27] Article 35 du Code de déontologie

(article R.4127-35 du code de la santé publique)

(commentaires révisés en 2003)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et 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 compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

[A28] Article L1111-2 du Code de la Santé Publique

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 36 III Journal Officiel du 17 août 2004)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II Journal Officiel du 23 avril 2005)

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

[A29] Article 226-13 du Code Pénal

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

[A30] Article 1124 du Code civil

(Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 Journal Officiel du 4 janvier 1968 en vigueur le 4 juillet 1968)

Sont incapables de contracter, dans la mesure définie par la loi :

Les mineurs non émancipés ;

Les majeurs protégés au sens de l'article 488 du présent code.

[A31] Article 372-2 du Code civil

(Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 art. 1 Journal Officiel du 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 1971)

(Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 art. 41 Journal Officiel du 9 janvier 1993)

(inséré par Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 art. 5 I Journal Officiel du 5 mars 2002)

A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.

[A32] Article 373-2 du Code civil

(Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 art. 1 Journal Officiel du 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 1971)

(Loi n° 87-570 du 22 juillet 1987 art. 15 Journal Officiel du 24 juillet 1987)

(Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 art. 42 Journal Officiel du 9 janvier 1993)

(Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 art. 6 I et II Journal Officiel du 5 mars 2002)

La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale.

Chacun des père et mère doit maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de celui-ci avec l'autre parent.

Tout changement de résidence de l'un des parents, dès lors qu'il modifie les modalités d'exercice de l'autorité parentale, doit faire l'objet d'une information préalable et en temps utile de l'autre parent. En cas de désaccord, le parent le plus diligent saisit le juge aux affaires familiales qui statue selon ce qu'exige l'intérêt de l'enfant. Le juge répartit les frais de déplacement et ajuste en conséquence le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant.

[A33] Article 450 du Code civil

(inséré par Loi n° 64-1230 du 14 décembre 1964 art. 1 Journal Officiel du 15 décembre 1964 en vigueur le 15 juin 1965)

Le tuteur prendra soin de la personne du mineur et le représentera dans tous les actes civils, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise les mineurs à agir eux-mêmes.

Il administrera ses biens en bon père de famille et répondra des dommages et intérêts qui pourraient résulter d'une mauvaise gestion.

Il ne peut ni acheter les biens du mineur, ni les prendre à loyer ou à ferme, à moins que le conseil de famille n'ait autorisé le subrogé tuteur à lui en passer bail, ni accepter la cession d'aucun droit ou créance contre son pupille.

[A34] Article 34 du Code de déontologie

(article R.4127-34 du code de la santé publique)

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

[A35] Article L1111-1 du Code de la Santé Publique

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II Journal Officiel du 23 avril 2005)

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

[A36] Article 64 du Code de déontologie

(article R.4127-64 du code de la santé publique)

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

[A37] Article L1142-4 du Code de la Santé Publique

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 98 Journal Officiel du 5 mars 2002)

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas

échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

[A38] Article L1111-3 du Code de la Santé Publique

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II Journal Officiel du 23 avril 2005)

Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

[A39] Article 16-3 du Code civil

(Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 art. 1 I, II, art. 3 Journal Officiel du 30 juillet 1994)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 70 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 art. 9 a Journal Officiel du 7 août 2004)

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

[A40] Article L1111-4 du Code de la Santé Publique

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 3, art. 4, art. 5, art. 10 II Journal Officiel du 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

[A41] Article 42 du Code de déontologie

(article R.4127-42 du code de la santé publique)

(commentaires révisés en 2003)

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

[A42] Article L3211-1 du Code de la Santé Publique

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre.

Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

[A43] Article L3211-10 du Code de la Santé Publique

Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

[A44] Article 223-6 du Code Pénal

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

[A45] Article 45 du Code de déontologie

(article R.4127-45 du code de la santé publique)

Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

[A46] Article L2132-1 du Code de la Santé Publique

(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 34 II Journal Officiel du 26 décembre 2001)

Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile.

Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant.

Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

[47] Article 144 du Code Civil

(Loi du 17 mars 1803 promulguée le 27 mars 1803)

(Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 art. 1 Journal Officiel du 5 avril 2006)

L'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant dix-huit ans révolus.

[48] Article 227-27 du Code Pénal

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans et non émancipé par le mariage sont punies de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende :

1° Lorsqu'elles sont commises par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;

2° Lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

[49] Article L2311-4 du Code de Santé Publique

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 21 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.

[50] Article 375 du Code civil

(Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 art. 1 Journal Officiel du 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 1971)

(Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 art. 51 Journal Officiel du 8 janvier 1986)

(Loi n° 87-570 du 22 juillet 1987 art. 20 Journal Officiel du 24 juillet 1987)

(Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 art. 14 Journal Officiel du 6 mars 2007)

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil général, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel.

Elles peuvent être ordonnées en même temps pour plusieurs enfants relevant de la même autorité parentale.

La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse, lorsqu'il s'agit d'une mesure éducative exercée par un service ou une institution, excéder deux ans. La mesure peut être renouvelée par décision motivée.

Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement au juge des enfants.

[51] Articles L2212-1 à 11 du Code de Santé Publique

Article L2212-1

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 2 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Article L2212-2

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 3 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 9 I Journal Officiel du 6 septembre 2003)

L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L2212-3

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 4 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-4

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 5 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-5

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 6 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4, ce délai pouvant être inclus dans celui d'une semaine prévu ci-dessus.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-6

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 2212-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

Le directeur de l'établissement de santé dans lequel une femme demande son admission en vue d'une interruption volontaire de la grossesse doit se faire remettre et conserver pendant au moins un an les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 2212-3 à L. 2212-5.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-7

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 7 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

Article L2212-8

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 art. 8 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application des dispositions des articles L. 6161-5 à L. 6161-9, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse sont fixées par décret.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-9

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-10

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de santé publique ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article L2212-11

(Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 art. 1 Journal Officiel du 7 juillet 2001)

Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Nota : Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V : les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

[52] Article 706-48 du Code de Procédure Pénale

(inséré par Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 28 Journal Officiel du 18 juin 1998)

Les mineurs victimes de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 peuvent faire l'objet d'une expertise médico-psychologique destinée à apprécier la nature et l'importance du préjudice subi et à établir si celui-ci rend nécessaires des traitements ou des soins appropriés. Une telle expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le procureur de la République.

[53] Article 43 du code de déontologie médicale

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

[54] Article 47 du code de déontologie médicale

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Annexe 2 : Adresses utiles

(Liste non exhaustive)

<http://www.contraception.org>

<http://www.planning-familial.org>

<http://www.sosfemmes.com>

<http://www.autisme.fr>

<http://www.autisme.france.free.fr>

<http://www.fondation-autisme.org>

Anorexie, boulimie et dépression

<http://www.bouliana.com>

<http://www.boulimie.com>

<http://www.anorcri.com>

<http://www.infosuicide.org>

<http://www.suicide.ecoute.free.fr>

<http://www.sos-suicide-phenix.org>

ALLO Enfance maltraitée : SNATEM

Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée

N° Vert : 0800 05 41 41

Téléphone: 119

<http://www.allo119.org>

Enfance et Partage

N° Vert : 0800 05 12 34

<http://www.famille.gouv.fr>

VU

NANCY, le 22 mars 2007

Le Président de Thèse

Professeur H. COUDANE

NANCY, le 5 avril 2007

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 6 avril 2007

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Les patients de moins de 18 ans représentent environ un cinquième des consultations en médecine générale. Leur prise en charge est donc primordiale et complexe eu égard à leur statut de mineur.

La relation entre le médecin traitant et son jeune patient est singulière tout comme celle avec les parents de celui-ci. La bonne tenue du dossier médical et du carnet de santé est essentielle notamment pour le suivi normal.

C'est ainsi qu'un particulier s'impose à nous: les adolescents. Pour eux, la santé et la maladie ont un sens particulier. Ils posent 2 problèmes principaux: la contraception et notamment l'IVG d'une part, et les problèmes de santé mentale d'autre part.

Certaines situations sont difficiles d'un point de vue médico-légal: les sévices à enfants et le refus de soin. La majorité médicale est un concept éventuellement intéressant à soulever entre autorités de santé, pédiatres et médecins généralistes.

RESUME EN ANGLAIS

The patients of less than 18 years represent approximately a fifth of the consultations in general medicine. Their assumption of responsibility paramount and complex is thus had regard to their statute of minor.

The relation between the attending practitioner and his young patient is singuliere just like that with the parents of this one. The good behaviour of the medical file and the health record is essential in particular for the normal follow-up.

Thus a private individual is binding on us: teenagers. For them, health and the disease have a particular direction. They pose 2 principal problems: contraception and in particular the IVG on the one hand, and problems of mental health on the other hand.

Certain situations are difficult from a medico-légal point of view: maltreatment with children and the refusal of care. The medical majority is a concept possibly interressant to raise between authorities of health, pediatricists and general practitioners

TITRE EN ANGLAIS

Assumption of responsibility for under age in general medicine.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2007

MOTS CLEFS :

Mineur – Relation médecin patient – Médico-légal – Contraception – Psychiatrie – Sévices -

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
