

2 Recommandations pour l'anesthésie-analgésie obstétricale chez une patiente mineure

Les lois du 4 mars 2002 sur l'autorité parentale et sur les droits des malades marquent un pas en faveur d'une plus grande autonomie des mineurs dans les décisions concernant leur santé. Ceci présuppose une information préalable du mineur sur les bénéfices escomptés et les risques encourus par un consentement ou un refus aux actes proposés (un recours à une traduction, s'il est étranger et/ou maîtrise mal le français, est indispensable).

Le mineur peut donc participer aux décisions médicales qui le concernent, et pour les soins indispensables (y compris les IVG), garder le secret à l'égard de ses parents. Mais le médecin doit toujours s'efforcer de convaincre le mineur de les consulter.

Les textes ne précisent pas à partir de quel âge cette autonomie peut être reconnue, excepté pour les mineurs dont les liens de famille sont rompus (notion sans signification juridique précise) et qui bénéficient à titre personnel des remboursements de l'Assurance maladie, soit les mineurs de 16 ans et plus. Aucun âge précis n'a été fixé réglementairement, la maturité et la capacité de discernement étant très variables d'un enfant à un autre.

L'autorité parentale donne aux parents le droit de consentir aux soins concernant leur enfant mineur. Mais elle implique aussi des devoirs : une abstention grave peut donner lieu à des poursuites pénales. L'autorité parentale n'appartient qu'aux pères et mères, et est exercée en commun, même en cas de séparation : les grands-parents et les beaux-parents ne peuvent prendre aucune décision concernant l'enfant.

Le mineur peut s'opposer à la transmission de certains éléments de son dossier médical à ses parents.

En cas de refus de soins exprimé par les titulaires de l'autorité parentale mettant en péril la santé du mineur, le médecin doit alerter le procureur de la République.

L'article 413-1 du Code civil indique que le mineur est émancipé de plein droit par le mariage. L'article 413-2 du même code dispose que le mineur, même non marié, pourra être émancipé lorsqu'il aura atteint l'âge de 16 ans révolus et s'il y existe de justes motifs, par le juge des tutelles, à la demande des père et mère ou de l'un d'eux. Le mineur émancipé sera ensuite capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile (article 413-6).

Pour le cas des mineurs étrangers, isolés sur le territoire français et dont les parents sont restés à l'étranger et qui ne font pas l'objet d'une mesure de tutelle,

il peut être fait référence à l'article 373-4 du Code civil qui dispose : « Lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation. » Il n'est fait aucune référence explicite aux soins médicaux.

Le refus de soins

Le refus de soins se situe au point de jonction de deux obligations apparemment contradictoires, l'obligation de porter assistance à personne en péril (article 9 du Code de déontologie médicale, article R.4127-9 du Code de la Santé publique ou CSP et article 223-6 du Code pénal) et l'obligation de respecter la volonté du patient et de recueillir son consentement préalablement à tout acte médical (article 16-3 du Code civil, article L.1111-4 et R.4127-36 du CSP).

Depuis la loi du 4 mars 2002, l'article L.1111-4 du CSP a consacré la possibilité de refus de soins par le patient. S'agissant de sa santé, le patient reste libre mais aussi responsable de ses choix. Selon cet article :

- « 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 » ;
- le médecin doit donc 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 œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ;
- « 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 (...) ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

En cas de refus avéré, il est nécessaire de consigner dans le dossier médical la teneur des discussions ainsi que de la décision finale.

À titre de précaution, il est fortement recommandé de faire signer un formulaire de refus de soins matérialisant la volonté du patient, ce qu'il peut d'ailleurs refuser de faire. Ce document constitue une preuve difficilement contestable que le praticien a correctement rempli l'ensemble de sa mission.

En cas de litige ultérieur, un tribunal n'exigera pas que le praticien ait réussi à convaincre son patient d'accepter les soins nécessaires, mais examinera qu'il a bien tenté de le faire. En effet, les médecins ne sont tenus qu'à une obligation de moyens et non de résultats.

Ainsi, si le patient a été mis en mesure de connaître les conséquences de son refus, aucun manquement ne devrait être retenu contre le médecin.

Questions à l'expert

Question 1

Une jeune fille de 13 ans vient accoucher. Il s'agit d'une grossesse suivie, seule la mère est présente en salle d'accouchement. Devant les cris de la jeune fille, une indication d'analgésie péridurale (APD) est posée : est-ce possible sans joindre le père, celui-ci n'habitant plus le domicile conjugal et étant difficile à joindre ? Quelle est la conduite à tenir ?

Il est souhaitable que toute disposition utile en matière de consentement ait été anticipée, en particulier lors de grossesses suivies et déclarées. Dans le cas contraire, le médecin doit s'efforcer de prévenir les titulaires de l'autorité parentale.

L'article L.1111-4 du CSP précise néanmoins que « 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 ». De plus, l'article 371-1 du Code civil stipule que « l'intérêt du mineur doit toujours prévaloir ».

L'article L.1111-5 du CSP dispose qu'en cas de refus du mineur de contacter ses parents, « par dérogation à l'article 371-2 du Code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur ».

Si les deux titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être joints, les articles 372-2 et 3 du Code civil s'appliquent : « à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre » et « est privé de l'exercice de l'autorité parentale le père ou la mère qui est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause ».

« Lorsqu'une personne mineure dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'Assurance maladie et maternité et de la Couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 (création de la CMU) seul son consentement est requis. » (Article L.1111-5 du CSP)

Si l'urgence est constatée, toute intervention chirurgicale (incluant de fait une anesthésie indispensable) peut être réalisée sous réserve du respect, dans toute la mesure du possible, des formalités suivantes : la décision d'opérer est consignée par écrit par le médecin qui pratique l'intervention, le directeur de l'établissement (administrateur de garde) en est informé, le procureur de la République également (mais son autorisation n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision des soins). Les documents seront contresignés, dans les meilleurs délais, par le directeur (ou l'administrateur de garde) qui précisera qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile les titulaires de l'autorité parentale.

Même si aucun texte ne traite spécifiquement de l'analgésie péridurale obstétricale ni des anesthésies indispensables motivées par des complications de l'accouchement, l'anesthésie-analgésie obstétricale appartient à la catégorie des « actes non usuels » qui sont réputés nécessiter l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale.

Il apparaît donc que ces soins doivent être, sinon indispensables, du moins nécessaires. Cette notion de nécessité peut être interprétée de façon plus ou moins extensive,



pouvant conduire à exclure certains soins dits de confort, dont l'analgésie péridurale obstétricale pourrait faire partie car la grossesse et l'accouchement « normaux » (incluant « les cris »...) ne sont pas des pathologies avérées.

Si le médecin accepte néanmoins de réaliser une telle analgésie, l'obligation d'information et de conseil doit être renforcée et les décisions qui en découlent doivent faire l'objet d'un rapport écrit circonstancié.

En effet, tout acte de soins s'appuie sur une information médicale adaptée qui est désormais considérée comme un droit de la personne et constitue une obligation pour tout professionnel de santé dans son domaine de compétence. Le contenu de l'information doit porter sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, les autres solutions possibles. Quel que soit l'âge du mineur, le médecin doit lui fournir une information sur son état de santé. Cette information devra être adaptée à l'âge, la maturité et le degré de compréhension du mineur. Le mineur pourra ainsi, le cas échéant, participer aux décisions le concernant.

Question 2

Même situation, mais avec une mineure de 16 ans. Quelle est la conduite à tenir ?

Les textes ne précisent pas à partir de quel âge une autonomie peut être reconnue, excepté pour les mineurs dont les liens de famille sont rompus (notion sans signification juridique précise) et qui bénéficient à titre personnel des remboursements de l'Assurance maladie, soit les mineurs de 16 ans et plus.

Cependant, aucun âge précis n'a été fixé réglementairement, la maturité et la capacité de discernement étant très variables d'un adolescent à un autre.

La délivrance à 16 ans d'une carte Vitale peut néanmoins constituer un signe fort de cette autonomie.

Question 3

Une fille de 15 ans en situation irrégulière arrive à 6 cm en salle d'accouchement, comprend peu le français mais sa tante (ou sa sœur) présente nous indique qu'elle veut une APD. Quelle est la conduite à tenir ?

Dans le cas des mineurs étrangers, isolés sur le territoire français qui ne font pas l'objet d'une mesure de tutelle, l'article 373-4 du Code civil dispose que « lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation ». Il n'est fait aucune référence explicite aux soins médicaux mais on peut estimer que les actes « usuels » en font partie.

Ni la tante ni la sœur, même majeures, ne sont des titulaires de l'autorité parentale.

Par contre, même si aucun texte ne traite spécifiquement de l'analgésie péridurale obstétricale ni des anesthésies indispensables motivées par des complications de l'accouchement, l'anesthésie-analgésie obstétricale appartient à la catégorie des « actes non usuels » qui nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Cependant, l'intérêt du mineur devant toujours prévaloir, ces soins doivent être, sinon indispensables, du moins nécessaires. Cette notion de nécessité peut être inter-



prétée de façon plus ou moins extensive, pouvant conduire à exclure certains soins dits de confort, dont l'analgésie péridurale obstétricale pourrait faire partie car la grossesse et l'accouchement « normaux » ne sont pas des pathologies.

Si le médecin accepte néanmoins de réaliser une telle analgésie, l'obligation d'information et de conseil doit être renforcée (incluant les services indispensables d'un traducteur) et les décisions qui en découlent doivent faire l'objet d'un rapport écrit circonstancié.

Question 4

Une jeune fille de 13 ans vient accoucher, il s'agit d'une grossesse non suivie, aucun parent en salle d'accouchement. Devant les cris de la jeune fille, une indication d'APD a été posée. Quelle est la conduite à tenir si elle refuse que l'on prévienne ses parents dans l'immédiat ?

L'article L.1111-5 du CSP dispose que « par dérogation à l'article 371-2 du Code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

Cet article consacre donc pour le mineur un véritable droit au secret à l'égard de ses parents dans les cas où « le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé ». Il n'est fait aucune distinction particulière selon la nature des soins ou de la pathologie traitée. La notion de sauvegarde peut donner une fausse impression d'urgence, de « geste salvateur » qui ne s'imposerait en réalité que dans les pathologies les plus graves.

Mais en l'absence de toute précision, au regard de la définition du verbe sauvegarder qui signifie « défendre, protéger », et surtout de la difficulté à faire la part entre le niveau de gravité des pathologies ou de complexité des soins, on doit considérer que le secret peut être conservé pour tous types d'actes, et tous types de pathologies (hors chirurgie esthétique).

Toutefois, quelle que soit la nature des soins, ils doivent « s'imposer » pour « protéger la santé ». Cette notion de nécessité peut évidemment être interprétée de façon plus ou moins extensive, mais elle conduit à exclure certains soins dits « de confort », auxquels l'analgésie péridurale pourrait être apparentée...

Si le médecin accepte néanmoins de réaliser une telle analgésie, l'obligation d'information et de conseil doit être renforcée et les décisions qui en découlent doivent faire l'objet d'un rapport écrit circonstancié.