



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

RAPPORT SUIVI D'UN AVIS ET DE RECOMMANDATIONS

CONFIDENTIALITÉ

FR

6 MARS 2000

L'ACCÈS CONFIDENTIEL DES MINEURS
ADOLESCENTS AUX SOINS. RAPPORT SUIVI D'UN
AVIS ET DE RECOMMANDATIONS

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
RAPPORT	2
INTRODUCTION : MISE EN PERSPECTIVES DU PROBLÈME	2
I LES MINEURS FACE AUX SOINS : CADRE JURIDIQUE ET BESOINS SOCIAUX	5
A. Les mineurs et l'accès aux soins : un cadre juridique protecteur, donc contraignant	5
B. Les besoins des mineurs adolescents en matière d'accès confidentiel aux soins : une demande non négligeable	9
II LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES	15
A. Première solution : fixer une majorité sanitaire avec un seuil	15
B. Seconde solution : l'autorisation circonstanciée et aménagée de l'accès confidentiel aux soins des mineurs adolescents	17
AVIS ET RECOMMANDATIONS	20
ANNEXES	22
ANNEXE 1	22
ANNEXE 2	23
ANNEXE 3	24
ACCÈS DES MINEURS AUX SOINS ET CONFIDENTIALITÉ	25

RAPPORT

Sur proposition de la Commission Adolescence

Responsable de la Commission :

- Madame Véronique NAHOUM-GRAPPE

Membres de la Commission :

- Madame Christiane BASSET
- Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS
- Monsieur Jean-Marie FAUCHER
- Monsieur Paul HANTZBERG
- Monsieur Alain MOLLA
- Monsieur Jacques PASQUET

Rapporteur : François BUTON

INTRODUCTION : MISE EN PERSPECTIVES DU PROBLÈME

Par un courrier en date du 24 août 1999¹, Madame Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, a demandé au Conseil national du sida d'examiner « les différentes situations rencontrées par les professionnels de santé dans le cadre de l'accès des mineurs à la prévention, au diagnostic et aux traitements », et de faire des « recommandations aux professionnels de santé sur la conduite à tenir » en cette matière, « étant entendu que les situations étudiées peuvent être examinées dans un cadre plus large que l'infection à VIH ».

La demande de Madame la Secrétaire d'Etat était motivée par l'interrogation des professionnels des Centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH (CDAG) quant à l'attitude à adopter face à des mineurs séropositifs. D'un côté, le dépistage peut être effectué par un(e) mineur(e) dans les CDAG hors la présence des parents. D'un autre côté, en vertu de l'article 371.2 du Code civil relatif à l'autorité parentale, aucune prise en charge thérapeutique d'un(e) mineur(e) séropositif (séropositive) n'est possible sans consentement parental. En conséquence, un professionnel de santé ne peut selon la loi soigner confidentiellement un(e) mineur(e) qui le lui demanderait. De surcroît, il apparaît que l'efficacité même de la prise en charge thérapeutique d'un(e) mineur(e) exige qu'il soit soutenu par ses parents, et, par conséquent, qu'un « travail de médiation » soit effectué auprès d'eux, travail d'autant plus délicat qu'il concerne nécessairement, en raison même des modes de contamination de l'infection à VIH, des pratiques du (de la) mineur(e) qui relèvent de son intimité (activité hétérosexuelle ou homosexuelle, toxicomanie).

* * *

Dans un cadre plus général, on peut redéfinir le problème posé comme celui de **l'accès confidentiel des mineur(e)s aux soins**, ou, plus précisément celui de **l'impossibilité pour les professionnels du dispositif sanitaire et social, en raison de l'obligation d'informer les parents, de soigner et d'accompagner de manière confidentielle les mineur(e)s séropositifs (séropositives) qui le souhaitent**. Le problème concerne à l'évidence autant les mineur(e)s, pour lesquels une prise en charge thérapeutique de qualité doit être fournie dans les meilleures conditions possibles, que les professionnels de santé, qui doivent pouvoir assurer une prise en charge thérapeutique de leurs patients respectueuse de la loi.

Comme l'indique la lettre de Madame la Secrétaire d'Etat, l'existence du problème a pour source la contradiction entre, d'un côté, la revendication par certain(e)s mineur(e)s d'une prise en charge thérapeutique confidentielle, et, de l'autre, le principe juridique de l'autorité parentale. Afin d'affiner la problématique, il convient cependant, d'une part de préciser que les mineur(e)s susceptibles de revendiquer la confidentialité sont aussi des adolescent(e)s, d'autre part de rappeler le droit positif relativement au lien entre autorité parentale et secret médical.

- En premier lieu, certain(e)s mineur(e)s **adolescent(e)s** revendiquent la **confidentialité** (relativement à leurs parents) des traitements contre le VIH.

¹ Annexe 3.

Les professionnels de santé des centres de dépistage sont confrontés à des revendications de confidentialité dans le soin et le traitement de la part de mineurs adolescents dont le test a révélé une sérologie positive pour le VIH. Même si le nombre de mineurs séropositifs est impossible à quantifier en l'absence de données épidémiologiques, on peut faire l'hypothèse que ces revendications sont rares dans le cas de la prise en charge du VIH. D'abord parce que les mineurs recourent assez peu au dépistage : le nombre des mineurs qui se savent séropositifs est donc notablement inférieur au nombre de mineurs atteints par l'infection à VIH. Ensuite parce qu'il est vraisemblable et souhaitable que les mineurs qui se savent séropositifs ne souhaitent pas tous avoir accès aux traitements à l'insu de leurs parents. Pourtant, aussi peu nombreuses soient-elles, ces revendications méritent d'être considérées avec d'autant plus d'attention et de respect qu'elles concernent des mineurs qui sont aussi des adolescents, et qu'elles peuvent être mises en équivalence avec des revendications de confidentialité relativement aux soins rendus nécessaires par d'autres pathologies.

Les mineurs susceptibles d'être nouvellement contaminés par le VIH, sexuellement actifs et/ou usagers de drogue par voie injectable, sont des adolescents et non des enfants. Il n'existe certes pas de frontière objective et uniforme, et encore moins universelle, qui séparerait l'enfance de l'adolescence ; mais il n'en existe pas moins des critères physiologiques, psychologiques et sociaux qui différencient l'enfant de l'adolescent, et permettent d'affiner la catégorie strictement juridique de « mineur », désignant les individus de moins de 18 ans – ce point sera développé dans la première partie du rapport.

Par ailleurs, des revendications équivalentes sont exprimées par des mineurs adolescents, garçons ou filles, par exemple lorsqu'ils sont confrontés à d'autres pathologies (comme les maladies sexuellement transmissibles ou les effets de l'usage de substances psycho-actives), ou lorsqu'ils ont besoin de recourir à une interruption volontaire de grossesse. Dans ces situations, certains mineurs refusent la révélation du besoin de soins à leurs parents, notamment parce qu'ils craignent leur réprobation à l'égard des pratiques qui ont rendu nécessaire les soins, ou bien parce qu'ils croient qu'une telle révélation pourrait être préjudiciable à leur santé et/ou à la place qui leur est reconnue dans leur famille. Les demandes de confidentialité de la part des mineurs sont en particulier suffisamment fréquentes dans le cas des IVG pour que plusieurs voix, dans le cercle restreint des spécialistes mais aussi au-delà, aient réclamé un ajustement du cadre juridique.

Deux caractéristiques générales des mineurs adolescents qui demandent aux professionnels de santé la confidentialité des soins doivent être bien comprises dès ces réflexions préliminaires.

Premièrement, ces mineurs ne souffrent pas nécessairement d'une carence dans leurs relations à leurs parents. Certes, dans bien des cas, la revendication même de confidentialité, surtout quand elle est maintenue après des discussions avec les professionnels de santé, est le signe d'un manque de confiance de l'adolescent à l'endroit de ses parents, quel qu'en soit le motif (désaccord sur telle pratique, opposition sur le plan des attitudes et convictions morales, carence affective, etc.). Il va de soi que ces cas doivent être l'objet de toute l'attention et de la protection des professionnels de santé, car ils concernent des mineurs le plus souvent vulnérables et exposés. Mais, pour un certain nombre de mineurs, la revendication de confidentialité peut renvoyer à un désir d'intimité relativement aux parents qu'on ne saurait interpréter de manière univoque en terme de problèmes relationnels entre enfants et parents ; cette revendication peut aussi procéder de la volonté du mineur de préserver l'équilibre des relations, leur caractère « satisfaisant », en dissimulant une pathologie, surtout (mais pas seulement) quand elle est connue comme étant de brève durée et nécessitant des soins à court terme et pratiquement toujours efficaces, comme dans le cas de certaines maladies sexuellement transmissibles. Les personnes séropositives, jeunes ou moins jeunes, qui choisissent de dissimuler leur séropositivité afin de préserver leur entourage, sont nombreuses. Un tel choix peut être jugé comme peu efficace voire dangereux sur le plan psychologique, mais aucun principe éthique n'autorise à les condamner *a priori*.

Deuxièmement, ces mineurs sont considérés comme mûrs sur le plan psychique par les professionnels auxquels ils s'adressent : le sentiment des professionnels de santé ne serait pas celui du désarroi s'ils ne considéraient pas que les mineurs qu'ils rencontrent disposent du discernement nécessaire pour être en mesure de distinguer ce qui est bon pour eux-mêmes de ce qui ne l'est pas. Le désarroi des professionnels de santé provient précisément du fait qu'ils sont convaincus que la confidentialité revendiquée par l'adolescent est légitime et utile dans l'intérêt de l'adolescent lui-même, sur le plan de sa prise en charge sanitaire mais aussi, dans bien des cas, sur le plan de sa situation familiale et sociale.

- En second lieu, d'un point de vue juridique, **l'autorité parentale** s'impose aux soignants sur le terrain du secret médical dès lors qu'un mineur est concerné.

Du point de vue de la hiérarchie des normes juridiques, l'autorité parentale s'impose au secret médical. Les médecins sont certes tenus au secret médical, règle générale et absolue. Le secret ne connaît qu'une seule exception légale, celle relative aux sévices, privations ou violences sexuelles à mineur de moins de 15 ans (article 226-14 du Code Pénal). Les médecins ne peuvent donc révéler à un tiers la moindre information relative à la santé d'un malade, que celui-ci soit majeur ou mineur.

Cependant, comme on le montrera plus en détail dans la première partie de ce rapport, la loi n'éprouve pas le besoin de distinguer la « révélation faite à un tiers » et la « révélation faite aux parents », car il est de l'ordre de l'évidence juridique que les parents sont concernés par la santé de leur enfant mineur, et qu'ils ne sont par conséquent pas intégrés dans les tiers. Comme le soulignait la lettre de saisine, la protection de la santé du mineur constitue en effet un attribut de l'autorité parentale, selon les termes de l'article 371-2 du Code civil qui stipule que « l'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité ». Rien ne s'oppose juridiquement à ce qu'un mineur consulte seul un médecin, mais il ne peut se faire soigner seul

par lui². Réciproquement, le médecin, tenu au secret médical, est en droit de cacher la visite d'un mineur à ses parents, mais il ne peut prescrire ni soins ni traitement sans leur consentement : sauf dispositions légales spécifiques, l'autorité parentale ne laisse pas de place au secret médical dès lors qu'il y a diagnostic, soin, traitement ou hospitalisation.

Le principe juridique de l'autorité parentale interdit donc au professionnel de santé de satisfaire la demande éventuelle de confidentialité d'un mineur. D'un point de vue pratique, le professionnel se trouve dans l'impasse suivante :

- soit il accède à la revendication du mineur, et le soigne sans prévenir ses parents ; il se place alors dans l'illégalité ;
- soit il n'accède pas à la revendication du mineur, et prend le risque de briser la confiance que le mineur avait placé en lui ; le risque existe en outre que celui-ci renonce aux soins (s'il considère ne pas pouvoir se passer de leur caractère confidentiel).

En outre, l'impasse dans laquelle se trouve le professionnel est différente selon que le traitement est prescrit à court terme (quelques jours, par exemple), ou à long terme (plus d'une ou deux semaines, par exemple). Dans le cas des traitements prophylactiques contre le VIH, traitements prescrits pendant un mois à la suite d'une exposition au risque, il est difficile de soigner un mineur à l'insu de ses parents. Le traitement à l'insu devient très difficile dans le cas d'une séropositivité avérée, puisqu'il devra être pris pendant des années et même, en l'état des connaissances médicales, à vie. De même, la situation d'impasse diffère selon la gravité de la maladie à traiter : le risque médical (par exemple de complications ou d'effets secondaires), donc le risque de mise en cause juridique, n'est pas identique pour le professionnel de santé selon qu'il soigne une maladie sexuellement transmissible bénigne ou qu'il procède à une interruption volontaire de grossesse par intervention sous anesthésie générale.

Le Conseil national du sida, estimant qu'il convient de prendre au sérieux la revendication de confidentialité exprimée par certains mineurs adolescents et de sortir les professionnels de santé de l'impasse dans laquelle ils se trouvent, juge nécessaire de réfléchir à un aménagement de la législation. Cet aménagement doit à la fois :

- permettre au mineur adolescent d'accéder aux soins à l'insu de ses parents dès lors que l'information des parents risquerait de nuire à sa santé ou à la place qu'il occupe dans sa famille,
- et clarifier la responsabilité juridique des médecins et d'autres professionnels du système sanitaire et socio-éducatif, en permettant aux premiers de soigner le mineur adolescent et aux seconds d'accompagner le mineur adolescent dans son traitement sans que leur responsabilité de principe soit engagée vis-à-vis des détenteurs de l'autorité parentale.

L'hypothèse la plus simple à concevoir concerne un mineur confronté à un problème de santé, qui va consulter un soignant de manière volontaire et personnelle, voire isolée, et dont la demande de confidentialité des soins s'inscrit dans un face-à-face soignant-soigné.

Mais une autre hypothèse doit aussi être prise en compte : celle où la sauvegarde de la santé du mineur s'inscrit dans le contexte nécessairement plus vaste d'un signalement judiciaire initial, résultant de l'ordonnance du 21 février 1945 (enfance délinquante) ou de la loi du 4 juin 1970 (assistance éducative), contexte dans lequel le mineur sera soumis à d'autres initiatives et contrôles arbitrés par le juge pour enfants. Or, l'intervention du juge pour enfants exclut le respect de la confidentialité vis-à-vis des parents dans la mesure où il doit entendre ces derniers avant toute décision, donc les informer. Au terme de l'article 1183 du nouveau Code de procédure civile, l'intervention du juge pour enfants entraîne en effet obligatoirement l'audition des parents, donc leur information.

En pratique, il n'apparaît aucunement nécessaire d'agir sur les règles du secret médical et professionnel, lequel doit être maintenu comme un principe général et absolu. En revanche, il existe d'ores et déjà un certain nombre d'exceptions au principe de l'autorité parentale, par exemple en matière d'accès à la contraception. Si le principe en lui-même ne saurait être remis en cause, c'est en inscrivant sa réflexion dans le mouvement législatif déjà traditionnel d'exceptions au principe de l'autorité parentale que le Conseil national du sida juge souhaitable et légitime de trouver une solution au problème de l'accès confidentiel des mineurs aux soins. L'objectif du présent rapport est donc l'élaboration d'une formule juridique d'exception législative au principe de l'autorité parentale, qui empêche, chaque fois que cela apparaît nécessaire, l'autorité parentale de primer sur le secret médical et professionnel.

Pour ce faire, il est nécessaire de consacrer une première partie à la présentation approfondie des déterminants juridiques et sociaux de l'accès aux soins des mineurs adolescents, avant de préciser dans une seconde partie les modalités envisageables d'une telle exception au principe de l'autorité parentale. Les principales questions à traiter concernent l'ampleur à donner à l'exception : doit-elle être générale ou spécifique ? Doit-elle valoir pour tous les soins ou pour certains types de soins ? Doit-elle valoir pour tous les mineurs, ou pour ceux qui ont atteint un certain seuil ? Mais bien d'autres questions se posent, toutes aussi essentielles. Ainsi, la confidentialité doit-elle être automatiquement accordée aux mineurs (par exemple en fonction du type de soins) ou doit-elle l'être à la demande des mineurs ? Comment éviter de renforcer l'isolement éventuel de certains mineurs ou de donner à d'autres les moyens de ne pas se soigner ? Comment organiser sur le plan financier la confidentialité de l'accès aux soins, dans la mesure où les mineurs dépendent généralement de la Sécurité sociale de leurs parents ? Loin de relever de la seule technique administrative et financière, le règlement de cette dernière question est décisif pour l'accès confidentiel aux soins des mineurs.

² [ASH, 1999]. Les références renvoient à la bibliographie de l'annexe 1, à la fin de ce rapport.

I LES MINEURS FACE AUX SOINS : CADRE JURIDIQUE ET BESOINS SOCIAUX

Cette première partie présente de manière détaillée le cadre juridique existant et les besoins des mineurs en matière d'accès aux soins.

A. LES MINEURS ET L'ACCÈS AUX SOINS : UN CADRE JURIDIQUE PROTECTEUR, DONC CONTRAIGNANT

1. LE PRINCIPE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

L'autorité parentale est une règle générale en matière de soins, qui découle de l'article 371-2 précité du Code civil et de l'incapacité juridique du mineur. Comme le rappelle D. Duval-Arnauld, « l'enfant a des droits sur son corps, comme toute personne, mais, en principe, il ne les exerce pas lui-même, durant sa minorité, en raison de son incapacité juridique ; ce sont ses parents ou son représentant légal, considérés comme ses premiers protecteurs, qui consentent aux atteintes qui lui sont portées le plus souvent dans un but thérapeutique »³.

Traditionnellement, le droit cherche à protéger les mineurs contre la légèreté supposée de leurs propres décisions, mais aussi contre toute action coercitive qui pourrait être menée contre eux. L'incapacité juridique d'un mineur tient à son incapacité théorique à donner un consentement éclairé, en raison d'un développement physique, mental et moral supposé insuffisant, et/ou de sa vulnérabilité relative à l'égard d'autrui. Dans une optique paternaliste, l'incapacité est ainsi un privilège accordé à l'enfant, un statut motivé par la défense de son propre intérêt.

S'il les protège contre eux-mêmes et contre des personnes mal intentionnées, le statut juridique des mineurs a pour contrepartie immédiate de leur interdire le libre accès à beaucoup des avantages auxquels les adultes ont accès. Le consentement parental est en effet obligatoire pour tout un ensemble d'actes, au nombre desquels les soins. Les mineurs sont alors soumis à la volonté des adultes, celle de leurs parents ou tuteurs et celle des soignants. L'exigence du consentement parental en matière d'accès aux soins et aux traitements conduit à limiter les choix qui s'offrent à eux.

La doctrine juridique considère aujourd'hui l'autorité parentale comme un ensemble de droits et de devoirs attribués aux parents, par opposition au pouvoir quasi-absolu conféré au père par le biais de la puissance paternelle jusqu'en 1970⁴. Cette conception s'accorde avec l'esprit de la Convention internationale des droits de l'enfant, adoptée à l'Assemblée générale des Nations-Unies le 20 novembre 1989, et ratifiée au 1er janvier 1995 par 169 des 194 Etats de l'ONU, dont la France (qui l'a ratifiée le 2 juillet 1990). En s'engageant à « assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui », et à prendre « à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées » (article 3 alinéa 2), les Etats signataires renforçaient cette conception de l'autorité parentale comme charge ou devoir, et non pas comme simple possession de droits sur l'enfant.

De manière générale, c'est donc aux parents qu'il revient de prendre les décisions de soins concernant le mineur, et ceci quel que soit son âge. Plus précisément, le consentement de l'un des parents est requis pour les actes médicaux ordinaires, celui des deux parents pour les traitements les plus lourds. Les parents disposent notamment du libre choix en matière de traitement médical, à condition que ce choix soit conforme à l'intérêt de l'enfant. Cependant, la loi impose des obligations aux parents (suivi médical, vaccinations), et les empêche de mettre en danger la santé de l'enfant, par exemple en refusant une intervention médicale pour des raisons tenant à leurs convictions, notamment religieuses : ils encourent alors des poursuites pour non-assistance à personne en danger ou homicide involontaire.

2. LES NUANCES APPORTÉES AU PRINCIPE

Des nuances sont cependant progressivement apportées à l'incapacité juridique du mineur, de telle sorte que l'autorité parentale ne constitue plus un pouvoir absolu⁵. Trois types de nuances peuvent être distinguées : celles qui font intervenir le juge pour enfants ; celles qui résultent de la pratique ; celles qui résultent de la législation.

2.1 L'INTERVENTION DU JUGE POUR ENFANTS

En premier lieu, les juges pour enfants ont le devoir d'intervenir auprès de mineurs en danger. L'article 375 du Code civil stipule en effet que « si la santé, la sécurité, la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger (...), des mesures d'assistance éducative

³ [DUVAL-ARNOULD, 1999].

⁴ La puissance paternelle est abolie au profit de l'autorité parentale par la loi n°70-459 du 4 juin 1970.

⁵ [DUVAL-ARNOULD, 1999].

peuvent être ordonnées par la justice ». Les requérants peuvent notamment être les parents (ou l'un d'eux), ce qui exclue par définition la problématique de la confidentialité, mais ils peuvent aussi être la personne ou le service « à qui l'enfant a été confié ». Dans la pratique, des professionnels de santé peuvent donc signaler au parquet des mineurs en danger, qui peut alors saisir le juge pour enfants.

Dans le même ordre d'idées, l'article 28 du décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, dispose que « lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent ». Il s'agit alors d'une hypothèse d'intervention judiciaire afin de trancher un apparent refus de soin des parents, hypothèse qui suppose que les parents sont informés des soins, et qui n'entre pas par conséquent dans la problématique de ce rapport.

Quoi qu'il en soit, la saisine du juge pour enfant, dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative avec signalement par un médecin à un travailleur social (ou vice-versa), pour un problème de santé dont les détenteurs de l'autorité parentale ne seraient pas informés, entraîne l'audition de ces derniers et leur information là où l'adolescent pouvait souhaiter la confidentialité ; la jurisprudence a clairement interprété l'article 375-1 du Code civil, selon lequel le juge « doit s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée », comme une obligation pour le juge, sauf circonstances exceptionnelles, d'entendre les parents avant de prendre une mesure d'assistance éducative.

Parce qu'elle comporte l'obligation d'informer des mesures prises par les parents (les détenteurs de l'autorité parentale), la limitation par le juge des enfants du pouvoir absolu que les parents détiennent sur le mineur en matière de santé peut ainsi aboutir à l'anéantissement de la volonté du mineur de non-révélation aux parents.

Il faut ajouter que, en matière d'IVG, le principe même de l'intervention du juge pour enfants pour les mineures a fait l'objet de contestations de la part des juristes⁶. Certains ont souligné en particulier qu'une IVG ne constitue pas une mesure d'assistance éducative, et que seules les IVG à caractère thérapeutique sont motivées par les dangers pour la santé que la grossesse crée pour la santé de la mère ; d'autres ont mis en avant le fait que le consentement à l'avortement constitue une prérogative liée à l'autorité parentale, et que le juge pour enfants doit par conséquent se déclarer incompétent. En l'absence d'une jurisprudence de la Cour de cassation sur la compétence du juge pour enfants en matière d'IVG, les pratiques des juges sont très diverses : certains se déclarent incompétents, d'autres autorisent l'IVG au nom de l'équilibre psychologique de la mineure ou de son incapacité à élever l'enfant à naître, ou ordonnent une mesure de placement de la mineure dans un établissement ou un service auxquels le consentement parental est expressément délégué ; la notion d'abus de droit a également été opposée à des parents qui motivaient leur refus de consentir par le désir de punir leur fille.

Si l'intervention du juge pour enfants est inconcevable dans le cas qui nous occupe parce qu'elle rompt la confidentialité revendiquée par les mineurs, elle l'est également parce qu'il serait dangereux et abusif de confondre des prérogatives pour éviter la mise en « danger » de l'enfant avec la « protection » de l'enfant. Le « danger » est une notion floue, dépourvue de critères d'appréciation fixes (indépendants des personnes qui les emploient), et certains des mineurs qui souhaitent bénéficier d'un traitement prophylactique contre le VIH à l'insu de leurs parents considèrent vraisemblablement que leur santé (ou plus généralement leur bien-être) serait mise en danger, tant physiquement que psychiquement, si leurs parents connaissaient leur prise de risque et leur éventuelle séropositivité. Enfin, certaines décisions de juges pour enfants incitent à refuser le principe même de leur intervention : ainsi de l'affaire récente dans laquelle un juge pour enfants n'a pas jugé bon de soutenir une mineure que ses parents voulaient faire avorter contre son gré⁷.

2.2 LES NUANCES APPORTÉES DANS LA PRATIQUE

Le second type de nuances relève de la pratique, en l'absence de disposition légale spécifique, et peut être considéré comme significatif d'une évolution des mœurs de la société : il s'agit de la prise en compte de la volonté du mineur lorsque son état de santé requiert des soins médicaux, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. Nul consentement n'est requis, mais l'information du mineur fait l'objet d'une attention particulière, et l'expression de son opinion est sollicitée. La maturité du mineur – donc son âge – constitue une condition de possibilité de telles pratiques, dans la mesure où les professionnels de santé ne le considèrent comme un interlocuteur que s'ils estiment qu'il a acquis un certain discernement ; de manière générale, les mineurs adolescents entrent à l'évidence dans la catégorie des mineurs capables de discernement.

Ces pratiques s'inscrivent bien dans un mouvement de fond de nos sociétés, dont on peut par ailleurs trouver une trace juridique dans l'article 12-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant, lequel précise :

⁶ Les développements suivants sont repris de [DUVAL-ARNOULD, 1999].

⁷ Article « Papa, maman, le docteur et l'IVG », le Nouvel Observateur du 27 janvier 2000.

« Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ».

On fera observer incidemment que l'article 12-2 souligne plus précisément l'importance de donner à l'enfant « la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant ». Cet objectif a été également mis en avant dans le rapport du groupe de travail présidé par Françoise Dekeuwer-Defossez, *Rénover le droit de la famille : Propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps*, remis au garde des Sceaux en septembre 1999. Ce rapport recommande en effet, concernant les droits de l'enfant, de :

« - Poser en principe que les père et mère associent l'enfant aux décisions qui le concernent, en considération de son âge et de son degré de maturité ;

- Supprimer le critère de discernement et affirmer la possibilité d'une audition de l'enfant quelque soit son âge ;

- Reconnaître à l'enfant de plus de treize ans le droit d'être entendu dans toute procédure qui le concerne»⁸.

2.3 LES NUANCES INSCRITES DANS LA LÉGISLATION

Le second type de nuances apportées à une autorité parentale absolue a fait l'objet d'une inscription dans la loi. Ces exceptions législatives peuvent être classées selon trois cas de figure :

2.2.1 elles prévoient la participation du mineur aux décisions de ses parents le concernant ;

2.2.2 elles laissent au mineur la possibilité de décider seul ;

2.2.3 elles prévoient le double consentement du mineur et des parents.

2.3.1 La participation du mineur aux décisions de ses parents le concernant peut prendre la forme d'un droit de veto : la volonté du mineur de refuser s'impose au consentement parental.

C'est le cas en matière de dons d'organes (article R. 671-3-8 du Code de santé publique) et de sang (article L. 666-5 du Code de santé publique) in vivo, et dans le cas d'expérimentations (article L.209-10 du Code de santé publique).

2.3.2 Les actes que le mineur peut accomplir de manière autonome, éventuellement à partir d'un certain âge, concernent notamment les domaines de la sexualité, du dépistage, de la reproduction et de la maternité.

L'âge de 15 ans constitue d'abord une sorte de « majorité sexuelle », puisque les mineurs de plus de 15 ans peuvent consentir à une relation sexuelle avec la personne de leur choix, sauf s'il s'agit d'une personne ayant autorité sur elle ou d'un ascendant, sans la rendre coupable d'une sanction pénale si elle est majeure (cf. article 227-25 du Code pénal). L'accès aux Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) leur est rendu possible en raison même du caractère anonyme et gratuit de ces centres ; un mineur peut aussi se faire dépister et connaître son statut sérologique de manière anonyme et gratuite dans un centre de planification ou d'éducation familiale (article 50 de la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990). Les mineurs ont également accès confidentiel à la contraception, en vertu de la loi du 4 décembre 1974 sur le remboursement des contraceptifs par la sécurité sociale, qui lève l'exigence de consentement du représentant légal du mineur dans l'accès à ces produits, et de la loi du 31 décembre 1991 relative à la régulation des naissances, qui modifie l'article 4 de la loi Neuwirth de 1967 en autorisant les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer à titre gratuit des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret. Enfin, les mineures peuvent accoucher sous X, abandonner leur enfant, le reconnaître, faire une recherche en paternité, et disposent de l'autorité parentale sur leur enfant ; ainsi, elles peuvent le faire hospitaliser et doivent consentir aux soins et actes médicaux sur sa personne.

2.3.3 Le double consentement concerne notamment le droit au mariage, et l'interruption volontaire de grossesse pour motif personnel.

Ce dernier cas mérite un examen approfondi, à la fois parce que la question de l'IVG est juridiquement complexe, et parce qu'elle pose de manière exemplaire le problème de la confidentialité⁹.

Le double consentement est séduisant sur le plan théorique. Son principal intérêt est de rendre la mineure partie prenante des décisions qui concernent son corps, sans pour autant la laisser isolée dans la prise de décision. En outre, le double consentement offre la possibilité, toujours sur le plan théorique, de protéger la mineure d'un exercice abusif de l'autorité parentale.

⁸ [DEKEUWER-DEFOSSEZ, 1999].

⁹ [DUVAL-ARNOULD, 1999].

Sa mise en œuvre n'en est pas moins problématique dans les situations où il existe un désaccord entre la mineure et ses parents, que ce désaccord soit explicite (refus des parents de consentir quand la mineure le veut, ou réciproquement) ou implicite (refus de la mineure d'informer ses parents parce qu'elle anticipe un avis opposé au sien). Les réponses actuelles sont insatisfaisantes, et des améliorations semblent nécessaires sur le plan légal.

Si l'on considère l'IVG pour motif thérapeutique, la question se pose en matière de doctrine de savoir si la notion de « péril grave », qui motive ce type d'IVG, possède une dimension psychologique en raison de l'âge de la personne ou de sa situation personnelle. Par ailleurs, l'esprit de la loi semble clairement indiquer que l'IVG pour motif thérapeutique ne vise pas à remédier au refus de consentir du détenteur de l'autorité parentale. Dans la pratique, certaines structures de soins recourent pourtant au motif de péril grave pour pratiquer une IVG à la demande des mineures et à l'insu des parents.

Si l'on considère l'IVG pour motif personnel, le double consentement est à l'origine de situations confuses, dues à un désaccord explicite ou implicite entre la mineure et ses parents. On n'abordera pas ici la situation où la mineure ne souhaite pas interrompre sa grossesse alors que ses parents le souhaitent, dans la mesure où le juge donne généralement raison à la mineure, ni la situation où les parents ne peuvent pas être contactés (parents vivant à l'étranger, parents « perdus de vue » de mineurs confiés aux services de l'Aide sociale à l'enfance) ou bien ne sont plus en mesure de manifester leur volonté (pour problèmes psychiatriques). On ne revient pas sur la situation déjà évoquée de désaccord explicite, qui entraîne la saisine du juge pour enfants. On ne s'intéresse qu'aux cas de figure dans lesquels une mineure réclame une IVG confidentielle, à l'insu de ses parents.

Selon deux rapports récents de gynécologues¹⁰, la revendication de la confidentialité par une mineure survient notamment lorsque sa famille ne peut accepter l'IVG pour des raisons culturelles ou de convictions religieuses, lorsqu'il existe un conflit grave entre ses parents et elle, lorsque le partenaire sexuel de la mineure s'oppose à l'information des parents, ou encore lorsque la mineure a perdu tout contact avec ses parents. Confrontés à une demande d'IVG confidentielle, les professionnels de santé peuvent soit saisir le juge pour enfants, soit chercher une solution extralégale. Mais la saisine du juge pour enfants constituerait de la part des professionnels de santé, pour les raisons déjà évoquées, un déni de la confidentialité demandée par la mineure. Par conséquent, aucune autorisation d'IVG ne peut légalement être accordée à une mineure à l'insu de ses parents. Plusieurs voies extralégales sont alors empruntées par les professionnels de santé lorsqu'ils jugent légitime et nécessaire pour la mineure de satisfaire sa demande de confidentialité : le consentement d'un membre de l'entourage familial de la mineure, la motivation thérapeutique de l'IVG (notamment quand la mineure déclare être devenue enceinte à la suite d'une relation sexuelle non consentie), l'IVG à l'étranger ; en outre, les professionnels de santé feignent parfois de croire que la signature de la feuille de consentement parental apportée par la mineure est bien celle du détenteur de l'autorité parentale.

Le recours par les professionnels de santé à des pratiques extralégales pour résoudre les problèmes nés du refus des mineurs d'aviser leurs parents ne peut être jugé satisfaisant. L'idée de l'abandon du consentement de la mineure étant exclue, trois solutions peuvent être envisagées sur le plan juridique : l'autonomie de la mineure dans le seul cas de l'IVG ; l'autonomie de la mineure pour l'ensemble des actes médicaux (principe de majorité sanitaire) ; la suppléance à l'absence de comportement parental.

Ces trois possibilités existent à l'étranger. En Norvège, la mineure de plus de 16 ans peut consentir seule sans que ses parents soient informés ; aux États-Unis, la Cour suprême a reconnu aux médecins la liberté de procéder à une IVG avec le seul consentement de la mineure s'ils jugent sa maturité suffisante. Au Québec, la majorité sanitaire, valable pour tous les soins, a été fixée à 14 ans ; elle a été fixée à 16 ans en Angleterre et aux Pays-Bas. En Italie, le juge saisi par les professionnels de santé peut statuer rapidement (en trois jours) sur la question de la consultation des parents¹¹.

Certaines de ces possibilités ont également été soutenues par des professionnels de santé ou des représentants politiques. Dans un rapport rendu en 1999, le professeur I. Nisand porte un regard critique sur les contraintes légales pesant sur les patientes les plus démunies. Il identifie trois problèmes principaux : le délai légal de 12 semaines d'aménorrhée ; l'accès à l'IVG des femmes étrangères ne pouvant prouver qu'elles sont résidentes depuis plus de trois mois ; l'absence d'autonomie pour les mineures, problème « sans conteste le plus délicat »¹². Le rapport souligne le paradoxe d'une législation qui, d'un côté, reconnaît une sexualité à la mineure, qui lui rend accessible gratuitement et anonymement la contraception, et qui lui confère l'autorité parentale si elle choisit de poursuivre sa grossesse, mais qui, d'un autre côté, lui interdit de choisir de manière autonome de recourir à une IVG, choix qui engage son avenir, et la contraint de révéler à ses parents qu'elle a une vie sexuelle. Considérant que « la révélation de la grossesse aux parents est rigoureusement impossible dans certaines familles où la culture et la religion prohibent avec vigueur toute relation sexuelle en dehors du mariage », et redoutant que la crainte d'une déchéance sociale, voire d'un bannissement par la famille, ne pousse la mineure adolescente à des conduites qui lui soient préjudiciables (auto-avortement, déni de grossesse, recherche d'argent pour financer son IVG), le rapport estime que la solution réside dans « l'affirmation d'un droit propre de la jeune

¹⁰ [UZAN, 1998], [NISAND, 1999].

¹¹ [OMS, 1989], [UZAN, 1998]. Au Québec, l'autonomie des plus de 14 ans en matière de soins est un droit. Mais ce droit souffre certaines exceptions : une adolescente ne peut par exemple bénéficier d'une IVG à l'insu de ses parents en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures.

¹² [NISAND, 1999], p. 23-25.

filles à décider de l'IVG en lui garantissant la confidentialité de sa décision », et propose que l'IVG soit « l'occasion de discuter de l'instauration d'une majorité sanitaire à 15 ans »¹³.

La même proposition ressort du rapport du professeur M. Uzan sur La prévention et la prise en charge des grossesses adolescentes rendu en 1998. Dans ses conclusions, le rapport souligne que la mineure peut souhaiter garder secrète sa grossesse, et que l'information des parents peut constituer un véritable danger pour la mineure « dans certaines circonstances culturelles », ce qui appelle une solution légale. Proposant de maintenir telle quelle l'autorisation parentale pour les mineures de moins de 15 ans, le rapport plaide pour que le « libre arbitre » de l'adolescente de plus de 15 ans soit davantage pris en compte, et propose que « la notion de majorité sanitaire à 16 ans [fasse] l'objet d'une étude de pertinence ».

Enfin, alors que, en ce début d'année 2000, des mesures gouvernementales encouragent l'information du grand public en matière de contraception et développent la mise à disposition des moyens de contraception (notamment celle de la pilule dite « du lendemain » par l'intermédiaire des infirmières scolaires), et qu'il existe un important débat public sur les modifications à apporter aux règles juridiques de l'IVG, le bureau national du Parti socialiste s'est prononcé récemment en faveur de la suppression de l'exigence de l'autorisation parentale pour les mineures désirant avorter¹⁴.

En conclusion de ce rappel d'ordre principalement juridique, il apparaît donc que, si le principe juridique de l'autorité parentale s'applique tout particulièrement en matière de soins aux mineurs, il n'en connaît pas moins un certain nombre d'exceptions légales et extralégales. L'évolution des mœurs de la société, de la pensée du législateur et de l'esprit de la doctrine plaident en faveur d'une extension de la marge d'autonomie accordée aux mineurs en matière de soins. En l'état, le cadre juridique interdit cependant, au nom de l'intérêt du mineur, et sauf exception, l'accès confidentiel des mineurs aux soins.

B. LES BESOINS DES MINEURS ADOLESCENTS EN MATIÈRE D'ACCÈS CONFIDENTIEL AUX SOINS : UNE DEMANDE NON NÉGLIGEABLE

1. LES DÉFINITIONS DE L'ADOLESCENCE

L'adolescence est une notion floue, déterminée culturellement et socialement. Même si adolescence et puberté ne sauraient être confondues¹⁵, un grand nombre de sociétés font reposer le passage de l'enfance à l'adolescence sur les modifications physiologiques induites par le passage à la puberté (mue de la voix pour les garçons, apparition des premières règles pour les filles), cependant que les critères du passage de l'adolescence à l'âge adulte semblent encore plus fortement variables dans les sociétés occidentales (âge de la majorité civile ? fin des études ? accès à un travail rémunéré ? départ du foyer des parents ? etc.). En raison principalement de l'amélioration de la nutrition, l'âge moyen de la puberté féminine a considérablement baissé au cours des derniers siècles : il était environ de 16 ans au XVIIIe siècle, il est aujourd'hui de moins de 13 ans. Quant à l'âge moyen de la puberté des garçons, bien plus délicat à établir (pic de croissance de la taille ? mue de la voie ? masturbation ?), il a été récemment estimé à vingt mois supérieur à celui de la fille, soit un peu plus de 15 ans¹⁶.

Des définitions n'en ont pas moins été élaborées au niveau international. Ainsi, l'OMS proposait en 1974 de définir l'adolescence comme la période au cours de laquelle :

- l'individu passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle ;
- les processus psychologiques et les mécanismes d'identification cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte ;
- le passage se fait de l'état de dépendance socio-économique totale à l'état d'indépendance relative.

L'OMS faisait remarquer à cette occasion qu'un facteur commun à toutes les sociétés résidait dans le fait que l'adolescent, bien que n'étant plus un enfant, n'est pas encore considéré comme un adulte.

Les trois moments de transition proposés par l'OMS pour définir l'entrée en adolescence sont particulièrement intéressants. Le premier indique que l'adolescent est pubère ; il est donc susceptible d'avoir des pratiques sexuelles actives et reproductrices. Le deuxième signifie que l'adolescent tend à se rapprocher des adultes sur le plan psychologique ; il est donc susceptible d'adopter certaines de leurs pratiques, notamment les pratiques addictives en usant de drogues (licites ou illicites). Le troisième souligne le début d'indépendance socio-économique (de l'argent de poche au travail sous contrat en passant par le petit boulot d'été) que peut connaître l'adolescent ; il peut donc accéder de manière autonome à des biens de consommation, mais aussi à des services payants.

¹³ [NISAND, 1999].p. 25 , note 67.

¹⁴ Document « Droit des femmes dans le domaine de la santé », rendu public le 11 janvier 2000.

¹⁵ L'historienne Agnès THIERCE montre que la puberté, événement physiologique universel, entraîne presque toujours une rupture sociale, mais qu'elle n'ouvre pas de manière universelle une période de transition. [THIERCE, 1999].

¹⁶ [LA ROCHEBROCHARD, 1999].

Adulte en puissance, se projetant volontiers comme adulte, l'adolescent serait ainsi très disposé et potentiellement apte à adopter les pratiques des adultes, sans y être entièrement autorisé¹⁷.

Plus récemment, en 1998, l'OMS, l'UNICEF et le PNUD ont décidé de manière commune que le terme « adolescent » ferait référence aux individus âgés de 10 à 19 ans, et les « jeunes » à ceux âgés de 15 à 24 ans. Les adolescents ainsi définis représentent 20 % de la population mondiale.

Dans tous les cas, la notion d'adolescent est en contradiction avec celle de « mineur », dont l'âge limite a été réduit à 18 ans dans de nombreux pays (dont la France depuis 1974), alors qu'il était traditionnellement (et est encore dans de nombreux pays) fixé à 21 ans. Le mineur adolescent n'en traverse pas moins plusieurs seuils en France : si la majorité juridique, qui donne à l'individu tous les droits d'un citoyen, est fixée à 18 ans, elle est en revanche fixée à 12 ans pour la possession d'une carte bancaire, 15 ans pour avoir des relations sexuelles avec le partenaire de son choix, ou 16 ans pour acheter de l'alcool et consommer des boissons alcoolisées dans les bars. Sur le plan pénal, le seuil de 13 ans est fondamental : c'est à partir de 13 ans que le mineur est supposé bénéficier du discernement, dans la mesure où il peut pénalement répondre de ses actes à partir de cet âge (article 122-8 du Nouveau Code pénal). En outre, un mineur de plus de 15 ans accusé de crime est jugé en Cour d'assises, et non plus par le Tribunal pour enfants.

L'adolescent, c'est donc aussi bien le mineur que le jeune majeur, âgé de 19 ans, 20 ou 21 ans. En France, les études relatives à la jeunesse ou à l'adolescence, qu'elles soient épidémiologiques ou de sciences sociales, utilisent d'ailleurs de manière générale les catégories « moins de 15 ans » et « 15 - 19 ans » ou « 15 - 24 ans ». Ce faisant, elles font du seuil juridique de 18 ans un moment peu décisif dans la trajectoire d'un adolescent.

Les individus auxquels le Conseil national du sida s'intéresse dans ce rapport ne sont à l'évidence pas des adultes : même si les jeunes majeurs ne peuvent pas, dans bien des cas, se soigner à l'insu de leurs parents en raison de leur affiliation au régime de Sécurité sociale ou à la mutuelle de leurs parents, on s'intéresse ici avant tout aux mineurs pour lesquels se pose le problème de l'accès confidentiel aux soins, en raison du principe de l'autorité parentale. Cependant, tous les mineurs ne sont pas pareillement concernés par ce problème. Il est évident que des différences importantes existent entre l'enfant et l'adolescent, sur le plan physiologique bien sûr, mais aussi psychologique (crises, ruptures de communication, etc.), et sociologique (désir d'indépendance, départ du foyer parental, etc.). Il n'apparaît guère utile de réfléchir à ce stade du rapport sur le problème de l'âge moyen qui différencierait l'enfant de l'adolescent, que l'on peut se contenter d'estimer par la fourchette de 13-16 ans. Le Conseil national du sida s'intéresse donc aux problèmes d'accès confidentiel aux soins des mineurs adolescents, c'est-à-dire des mineurs âgés de 13 ans (approximativement) à 18 ans, et suffisamment mûrs sur le plan psychologique pour revendiquer avec constance, devant un professionnel de santé, d'être soigné à l'insu de leurs parents.

2. LES MINEURS ADOLESCENTS FACE À L'INFECTION À VIH

Les données épidémiologiques ne permettent pas de connaître le nombre de mineurs séropositifs. En premier lieu, en l'état actuel du dispositif français de surveillance épidémiologique du VIH, on ne dispose d'aucune donnée pour ces deux dernières années. En second lieu, la plupart des dispositifs qui ont fonctionné jusque dans les années 1997-1998 ne distinguaient pas les mineurs¹⁸. Le RESORS-VIH (RESeau des Observatoires Régionaux de la Santé pour la surveillance du dépistage de la contamination par le VIH) utilisait les catégories d'âge de 5-14 ans et 15-24 ans : en 1997, la proportion des 15-24 ans parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité était estimée à 11,3 %. Les données récoltées par le RENAVI (Réseau National du VIH) utilisaient pour leur part la catégorie « moins de 20 ans » ; entre 1989 et 1997, la proportion était estimée stabilisée à moins de 5 % parmi les personnes nouvellement contaminées. En revanche, les données issues de l'activité des CDAG intégraient la catégorie des moins de 18 ans. En 1997, 6,7 % des tests hors prisons prescrits en CDAG étaient demandés par des mineurs, et le nombre de tests positifs était de 0,3 pour mille ; 2,3 % des tests pour les prisons étaient demandés par des mineurs, et le nombre de tests positifs s'élevait à 3 pour 1000. Il convient cependant de noter que les proportions de tests séropositifs étaient sensiblement plus élevés pour la catégorie des 18-19 ans, puisqu'ils s'élevaient à 0,9 pour mille hors prison, et 1,1 pour mille en prison.

L'interprétation de ces données est délicate, dans la mesure où la catégorie 15-24 ans est inadéquate (pour ce qui nous préoccupe ici), et où les catégories « moins de 18 ans » ou « moins de 20 ans » ne permettent pas de distinguer entre les modes de contamination, et notamment entre les contaminations par voie sexuelle ou d'injection de drogue et les contaminations par transmission materno-fœtale. A l'évidence, le nombre des mineurs qui se savent séropositifs est faible. Mais la question se pose de savoir quelle est la proportion des mineurs qui se savent séropositifs parmi les mineurs effectivement séropositifs.

¹⁷ A. THIERCE rappelle que, notamment pour des raisons politiques (la participation des jeunes aux mouvements révolutionnaires à partir de 1789), la formule « adolescence = puberté + crise + encadrement », encore valable aujourd'hui, se met en place au milieu du XIXe siècle.

¹⁸ [BEA, 1997], p. 31-37.

Or, plusieurs études tendent à montrer que, de manière générale, les mineurs recourent relativement peu aux tests de dépistage, alors même qu'ils connaissent bien les modes de contamination¹⁹. La grande enquête sur l'entrée dans la sexualité des mineurs, fondée sur des données datant de 1994, estimait que 17,5 % des filles et 8,5 % des garçons de 15-18 ans avaient eu recours d'eux-mêmes à un test de dépistage²⁰. Une enquête récente réalisée par la SOFRES pour Sida Info Service estime que près des deux tiers des jeunes de 15-24 ans ayant conscience d'avoir pris un risque lors de rapports sexuels ne font pas de tests de dépistage dans les jours qui suivent ; 8 % n'ont pas osé parler du risque pris, et 43 % n'ont pas voulu en parler.

En revanche, selon la même enquête, ils tendent à mieux se protéger et à mieux protéger les autres en utilisant plus souvent le préservatif après avoir pris un risque²¹. La présentation de l'activité du numéro vert de Sida Info Service fournit des données relativement concordantes. Dans ces données qui concernent des appels téléphoniques, la question du dépistage semble en effet beaucoup moins faire problème chez les moins de 15 ans, puisqu'elle est abordée par 11,6 % d'entre eux, alors qu'elle est abordée en moyenne générale par 42,6% des appelants (quel que soit leur âge). Le dépistage constitue en revanche le principal sujet d'interrogations chez les 15-29 ans, qui souhaitent prioritairement obtenir les coordonnées d'un centre de dépistage, et connaître la fiabilité ou la viabilité des tests²².

Il est en outre nécessaire de rappeler qu'une proportion notable des personnes pour lesquelles un sida avéré est diagnostiqué ne connaissaient pas leur séropositivité trois mois avant le moment du diagnostic : plus de 1000 personnes en 1995, plus de 900 en 1996, près de 900 encore en 1997 étaient dans cette situation²³.

Par conséquent, on peut considérer que les cas de mineurs qui se savent séropositifs et qui ne souhaitent pas que leurs parents l'apprennent sont assez peu nombreux. Mais ce nombre est d'autant plus petit qu'un certain nombre de mineurs sont vraisemblablement séropositifs sans le savoir – et que rien ne permet d'affirmer qu'ils revendiqueraient ou non la confidentialité des soins s'ils le savaient.

On ne saurait pourtant accorder une trop grande importance au chiffre des mineurs séropositifs revendiquant des soins confidentiels. Il est regrettable sur le plan épidémiologique et de la santé publique de ne pas disposer d'une approximation chiffrée du nombre de ces mineurs. Mais le chiffre ne constitue pas l'enjeu principal du problème posé pour trois raisons.

D'une part, il convient de prendre pleinement en compte la gravité de telles revendications, lesquelles sont loin d'être anodines, et renvoient à des souffrances réelles, c'est-à-dire réellement ressenties dans leur corps et éprouvées dans leurs identités par des mineurs adolescents dont on peut craindre qu'ils cumulent bien des handicaps sur le plan familial, mais aussi social, économique ou scolaire.

D'autre part, ces revendications sont d'autant plus difficiles à évaluer quantitativement qu'elles concernent le plus intime de ces mineurs adolescents, et que l'enjeu réside précisément dans le respect de cette intimité ; il n'est sans doute pas facile de se confier à quiconque quand on n'a pas confiance en ses parents. Pourtant, le mouvement associatif est informé de telles situations. L'association « Vaincre le sida » a ainsi alerté en septembre 1999 le Conseil national du sida sur la situation de jeunes mineurs ayant exposé les difficultés qu'ils rencontraient à accéder à des soins « respectant leur besoin de confidentialité ». L'association soulignait que certains mineurs reportaient la mise en œuvre pourtant nécessaire d'une démarche de soins, « décidant d'attendre leur majorité ou même l'âge de 20 ans pour bénéficier de leur propre couverture sociale sans avoir à recourir à la protection sociale des parents ». L'association Act Up a plus récemment informé le Conseil national du sida avoir reçu au cours de l'année 1999 des appels de 3 mineurs ayant pris un risque (une relation hétérosexuelle non protégée, une relation homosexuelle non protégée, une utilisation de seringue déjà utilisée) et demandant des informations sur les possibilités d'obtenir des traitements d'urgence afin d'éviter une infection à VIH sans que leurs parents soient au courant. Dans les trois cas, les mineurs n'avaient pas encore consulté de médecin, et n'ont pas recontacté l'association. Tout laissait craindre un immense désarroi chez ces mineurs.

Enfin, les revendications d'accès confidentiel aux soins par des mineurs séropositifs ou craignant l'être ne sauraient être pensées de manière isolée. Elles peuvent être au contraire reliées aux revendications équivalentes formulées par des mineurs ayant besoin de soins ou de traitements suite à leur activité sexuelle (maladies sexuellement transmissibles, IVG) ou à leur consommation de produits illicites – on peut penser plus particulièrement aux infections par le VHB ou le VHC –, ou encore à leurs problèmes psychologiques. La lettre de « Vaincre le sida » faisait d'ailleurs explicitement référence à des demandes de mineurs quant à la

¹⁹ Presque tous savent que le VIH se transmet par voie sexuelle ou par échange de seringues. Environ 10 % croient en revanche que le VIH se transmet lors d'une hospitalisation dans un service où se trouve un malade du sida, dans les toilettes publiques ou par les piqûres de moustique. [LAGRANGE, LHOMOND, 1997].

²⁰ [LAGRANGE, LHOMOND, 1997].

²¹ [SIDA INFO SERVICE, 1999].

²² [SIDA INFO SERVICE, 1999].

²³ [BEH, 1998], n° 37, 15 septembre.

possibilité de se faire soigner à l'insu de leurs parents pour des MST ou des problèmes de santé consécutifs à l'usage de produits illicites. Il apparaît dès lors utile de dresser un bilan des besoins de soins des mineurs.

3. BESOINS DE SOINS DES MINEURS ADOLESCENTS ET PRATIQUES À RISQUE

On ne peut isoler les besoins de traitements contre le VIH des besoins de soins pour des maladies sexuellement transmissibles ou consécutifs à l'usage de drogues par voie intraveineuse, ou encore des demandes d'IVG, dans la mesure où ce sont les mêmes types de pratiques qui sont à l'origine du besoin de soins. Les données suivantes visent à faire le point sur les pratiques à risque des mineurs adolescents.

En matière de sexualité des mineurs, la principale enquête a été conduite en 1994 et ses résultats ont été publiés en 1997²⁴.

Environ 45 % des adolescents de 15-18 ans ont déjà eu une relation sexuelle avec pénétration (environ 47 % des garçons et 41 % des filles), mais ils sont 55 % (57 % des garçons et 51 % des filles) si l'on considère toutes les pratiques mettant en jeu les organes génitaux (caresses, rapports orogénitaux). Par âge, les proportions sont respectivement de 20 % (relations avec pénétration) et 30 % (toute relation de type génital) pour les adolescents de 15 ans, 36 % et 48 % pour ceux de 16 ans, 52 % et 63 % pour ceux de 17 ans. Le type d'orientation scolaire constitue un facteur nettement discriminant pour l'entrée dans la sexualité : les adolescents en apprentissage ont une activité sexuelle et génitale nettement plus précoce que les adolescents scolarisés en lycées d'enseignement professionnel, eux-mêmes plus précoces que les adolescents scolarisés en lycée d'enseignement général. Pour les adolescents sexuellement actifs, les principaux résultats de l'enquête sont les suivants :

- La sexualité des filles et celle des garçons présentent des différences notables : 70 % des filles ont eu leur première relation avec un partenaire déjà actif, ce qui n'est le cas que de 47 % des garçons ; les filles ont plus souvent un premier partenaire sexuel plus âgé qu'elles ; en moyenne, la relation affective et sexuelle avec le premier partenaire dure plus longtemps pour les filles que pour les garçons ; le laps de temps entre la première relation affective et sexuelle et la seconde est en moyenne plus court pour les filles que pour les garçons.
- Les données relatives à l'homosexualité sont difficiles à interpréter, dans la mesure où l'adolescence est un âge où la pression des pairs quant à la normalité sexuelle est très forte, au point de rendre délicats l'échange et la reconnaissance de l'homosexualité. Si 5,7 % des garçons et 6,5 % des filles se disent attirés à des degrés divers par les personnes de même sexe, 1,4 % des garçons et 1,3 % des filles déclarent avoir eu au moins une relation sexuelle avec une personne de même sexe, et 0,3 % des garçons et 0,1 % des filles déclarent n'avoir eu des relations sexuelles qu'avec une personne de même sexe.
- Plus de trois quarts déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur première relation sexuelle, et 20 % la pilule, alors que 10 % n'ont utilisé aucune précaution. En outre, environ 57 % des adolescents ayant eu leur première relation sexuelle en 1989 déclaraient avoir utilisé un préservatif, alors qu'ils étaient 85 % parmi ceux ayant eu leur première relation sexuelle en 1993 : la progression du recours au préservatif est particulièrement remarquable, et atteste que les adolescents sont dans l'ensemble des sujets responsables et sensibles aux messages de prévention²⁵.
- Les adolescents n'ayant pas utilisé de préservatif étaient deux fois plus nombreux que ceux ayant utilisé un préservatif, à effectuer un test de dépistage de VIH, mais ce dans des proportions encore relativement faibles (respectivement 18,6 % et 8,2 %).
- 3,3 % des filles sexuellement actives (mais 9 % des filles en apprentissage) avaient connu une grossesse, parmi lesquelles 72 % avaient eu recours à une IVG.
- 15,4 % des filles et 2,3 % des garçons déclaraient avoir été contraints à la relation sexuelle. Les proportions étaient nettement supérieures pour les filles en apprentissage.
- 16 % des garçons et 26 % des filles ont informé leurs parents de leur entrée en sexualité active. Pour 90 % d'entre eux, les parents ont « bien réagi ».

Ces données méritaient d'être rappelées parce qu'elles offrent une carte assez précise et complète de la sexualité des mineurs. Elles montrent d'abord que, de manière générale, la sexualité n'est pas un sujet de dialogue avec les parents. L'enquête réalisée par la SOFRES pour Sida Info Service confirme largement ce fait : les principaux canaux d'information des jeunes de 15-24 ans en matière de sexualité sont les pairs (amis, frères et sœurs pour 65 % d'entre eux), loin devant les médias (45 % pour la télévision, 36 % pour la presse écrite, 19 % pour la radio), et très loin devant les médecins, qui précèdent eux-mêmes les parents (26 %). L'institut de sondage commentait d'ailleurs que « la sexualité est une préoccupation majeure et reste un sujet sensible, difficile à aborder au sein de la cellule familiale ». La demande de confidentialité pour des soins consécutifs à l'activité sexuelle ne saurait par conséquent être considérée comme quelque chose d'exceptionnel. S'ils ne sauraient être tenus pour représentatifs, les témoignages suivants, extraits du rapport d'activité de Sida Info Service, éclairent la réalité des relations qui peuvent exister entre les adolescents et leurs parents dès lors qu'il est question de sexualité :

²⁴ [LAGRANGE, LHOMOND, 1997].

²⁵ Mêmes conclusions dans [CHOQUET, 1999].

« Je ne sais pas si j'ai été violée ou pas, parce que je me suis évanouie. Peut-être qu'il en a profité. *Je voudrais savoir si je suis toujours vierge. Je ne veux pas que mon père le sache. Cela serait terrible s'il l'apprenait.* Où puis-je aller ? ». Jeune fille, âge inconnu.

« J'appelle suite à mon premier rapport sexuel pendant une fête. On avait un peu bu...ça s'est passé très vite, je n'ai pas eu le temps d'aller chercher un préservatif. Le problème c'est que mon copain m'a dit après que son ancienne copine avait fait un test après leur séparation et qu'elle était contaminée...*Je ne prends pas non plus de contraceptif...ma mère ne voulait pas. Aidez-moi* » Jeune fille, 16 ans.

« Ma copine a peur d'être enceinte. Elle a plus de deux semaines de retard sur ses règles. Si c'est confirmé, *où peut-elle se faire avorter ? Est-ce que l'on demande l'accord des parents pour une IVG ? Il ne faut surtout pas que ses parents le sachent, ses parents la tueraient.* » Jeune homme, 18 ans.

« A la suite de notre rupture, j'ai appris que mon ami était séropositif. J'ai fait le test moi aussi, je suis séropositive. Je ne sais plus quoi faire. J'ai informé l'infirmière qui en a parlé au directeur du lycée. Maintenant, il menace de m'exclure. *Il a informé mes parents qui ont très mal pris la chose. Ils ne me parlent plus. Ils veulent que je travaille pour quitter la maison. Ils trouvent que j'apporte le déshonneur sur la famille.* Qu'est-ce que je dois faire ? » Jeune fille, 19 ans.

Les données de l'enquête sur l'entrée des adolescents dans la sexualité active indiquent également qu'il existe des vulnérabilités en matière de sexualité. La sexualité des filles est en général plus stable que celle des garçons, et la protection des rapports plus fréquente. Or, on sait que, de manière générale, les adolescentes ont un accès beaucoup plus facile que les garçons aux professionnels de santé, notamment aux médecins gynécologues ou aux centres de planning familial, alors que le corps médical – et en particulier les urologues – s'est peu intéressé à la prise en charge de la sexualité des adolescents garçons. En outre, la plupart des professionnels estiment que l'information en matière de sexualité par les mères est plus fréquemment destinée aux filles qu'aux garçons. Le type d'orientation scolaire est aussi nettement discriminant, pour les garçons comme pour les filles : sexuellement plus précoces, les adolescents en apprentissage sont aussi davantage confrontés à des problèmes de violence sexuelle ou d'avortement que les adolescents suivant un enseignement général. Cette vulnérabilité différenciée selon l'institution considérée est d'ailleurs encore accrue lorsqu'on considère les adolescents pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (âgés de 14 à 21 ans) : 80 % des garçons et 65 % des filles sont sexuellement actifs (contre 45 % et 33 %), et ce de manière plus précoce ; 6 % des garçons et 34 % des filles ont été victimes de violences sexuelles (contre 2 % et 7 % des adolescents du même âge en milieu scolaire)²⁶.

Les problèmes rencontrés par les jeunes homosexuels mériteraient des éclaircissements fondés sur d'autres études. Un colloque récent a souligné une vulnérabilité particulière des jeunes homosexuels dans les pays d'Europe, vulnérabilité sociale, liée à une forte discrimination dans le milieu familial, une autonomisation souvent plus précoce, et un isolement d'autant plus grand que le jeune est éloigné d'une grande ville, mais aussi vulnérabilité sur le plan de sexualité, puisque les maladies sexuellement transmissibles et les contaminations par le VIH sont en augmentation notable parmi eux²⁷.

Ces zones de vulnérabilité posent la question des connaissances que les mineurs adolescents ont de leur corps et de la sexualité. Lors des auditions organisées par le Conseil national du sida, un intervenant en milieu scolaire a dressé un bilan préoccupant de ces connaissances : il existerait une grande « misère affective et sexuelle » chez les adolescents, misère d'autant plus grande que le milieu serait plus défavorisé. Cette misère serait largement due à la démission tant des parents, qui se déchargeraient du devoir d'informer en escomptant l'action des institutions scolaires, que des institutions scolaires, qui attendent la même chose des parents. Les connaissances en matière d'anatomie, de sexualité, de règles d'hygiène, de maladies sexuellement transmissibles, seraient déficientes au point de faire courir des risques majeurs aux adolescents, ce d'autant plus que le modèle de la sexualité tend de plus en plus à être celui de la pornographie. Or, certains spécialistes estiment que les maladies sexuellement transmissibles sont en train de devenir les premières maladies de l'enfant d'âge scolaire ; des enquêtes font état d'un taux d'infection à chlamydiae et de condylomes trois fois supérieur chez les mineurs adolescents que chez les jeunes adultes²⁸.

Les données relatives à l'IVG ne manquent pas, elles aussi, d'être préoccupantes, tant pour l'ensemble des femmes en âge de procréer que pour les mineures adolescentes. Les données globales sont les suivantes²⁹ :

- 220 000 IVG par an (une IVG pour trois naissances), mais 160 000 environ déclarées, contre 250 000 en 1976 ;

²⁶ [Enquête PJJ, 1998].

²⁷ [FAUCHER, 1999].

²⁸ [TORDJMAN, 1999].

²⁹ [NISAND], Le Figaro du 11 janvier 2000, Le Quotidien du médecin du 12 janvier 2000.

- sur 100 grossesses accidentelles, 53 sont dues à un rapport non protégé, 32 à un rapport protégé par une méthode contraceptive insuffisamment efficace, 15 à un oubli de contraception ;
- sur 100 femmes enceintes, 36 grossesses ne sont pas souhaitées, et 22 donnent lieu à une IVG ;
- 75 % des IVG sont pratiquées avant la 8e semaine, 19 % avant la 5e semaine ;
- 22 % des avortements sont pratiqués par la pilule RU 486 ;
- 857 établissements assurent des IVG, dont 52 % dans le public et 48 % dans le privé.

Quant aux jeunes adultes et aux mineures adolescentes, les données indiquent que :

- 30 % des IVG concernent les moins de 25 ans ;
- 10 % concernent les moins de 20 ans : 6 000 IVG chez les moins de 18 ans, 10 000 chez les 18-20 ans ;
- entre 1985 et 1995 et notamment entre 1993 et 1995, le nombre d'IVG chez les mineures oscille entre 5 700 et 6 400 IVG par an ;
- la proportion des mineures enceintes recourant à l'IVG augmente fortement : elle était de 59,7 % en 1985, de 64 % en 1990, et de 71,8% en 1995.
- les adolescentes sont trois fois plus nombreuses que les adultes à n'utiliser aucune contraception (c'est le cas de 10 % d'entre elles environ) et elles sont nettement plus nombreuses à faire état d'un échec du préservatif pour expliquer leur grossesse (on retrouve des données comparables en Suisse, en Angleterre, et aux Etats-Unis).

Par ailleurs, une étude montre que, en 1989, 61 % des conceptions chez les mineures de 14-15 ans et 50 % chez les mineures de 16-17 ans aboutissent à une IVG, cependant que la proportion est de 36 % chez les 18-19 ans, et à moins de 20 % entre 20 et 35 ans³⁰.

L'ensemble de ces données attestent une vulnérabilité forte et même grandissante des mineures adolescentes du point de vue de l'accès à la contraception, et justifie les campagnes publiques d'information en la matière lancées au début de l'année 2000.

Du point de vue de l'usage de substances psychoactives, les résultats préliminaires d'une enquête effectuée en France dans une perspective comparative avec d'autres pays européens indiquent un rapport relativement banalisé à l'alcool et au haschich, dont on sait les effets désinhibiteurs qu'ils peuvent avoir sur les pratiques sexuelles³¹.

- 49,4 % des enfants de 11 ans, 66,7 % des enfants de 13 ans, et 85,9 % des enfants de 15 ans ont déjà goûté de l'alcool ; la proportion de ceux qui ont été ivres au moins une fois est de 5,7 % à 11 ans, 15,5 % à 13 ans, 38,1 % à 15 ans.
- une première expérience avec le tabac a été connue par 16,6 % des jeunes de 11 ans, 44,5 % des jeunes de 13 ans, et 65,6 % des jeunes de 15 ans ; avec le cannabis (première drogue illicite utilisée), la proportion est de 29,2 % à 15 ans.

D'autres enquêtes ont estimé à moins de 1 % la proportion des adolescents de 14-19 ans usagers d'héroïne, et à 1,7 % chez les lycéens de 15 à 19 ans³². La consommation d'héroïne ne semble donc pas être un danger prévalent chez les mineurs adolescents. En outre, la prévalence de l'infection à VIH se situe à 20 % chez les usagers de drogue, mais à 8 % chez les usagers de drogue de moins de 25 ans³³.

Enfin, il est impossible de passer sous silence la question du suicide chez les mineurs adolescents et, plus généralement, chez les jeunes. Alors que les taux de mortalité étaient de 6,5 pour 100 000 chez les garçons de 15-24 ans et de 2,7 pour 100 000 chez les filles de 15-24 ans en 1950-51, il est deux fois plus élevé dans les années 1980 et 1990, oscillant entre 14,5 pour 100 000 et 16,1 pour 100 000 pour les garçons et 4,3 pour 100 000 et 4,9 pour 100 000 pour les filles entre 1982 et 1996³⁴. Dans une société qui, sous les effets d'une crise économique durable, maintient structurellement les populations les plus jeunes dans une situation de dépendance à l'égard de leurs aînés (du point de vue de l'indépendance économique et sociale – accès au travail, au logement, etc. – comme dans l'exercice de responsabilités économiques et sociales), le doublement du taux de mortalité par suicide en deux générations constitue un indice extrêmement préoccupant de la situation psychologique des adolescents, dont on pourrait mesurer l'ampleur et la gravité par bien d'autres indicateurs³⁵.

³⁰ [BLAYO, 1997].

³¹ [BEH, 1999], n° 48, 30 novembre.

³² [CHOQUET, 1999], [MILDT, 1999], p. 15.

³³ Rapport de F. LERT, J. EMMANUELLI et M. VALENCIANO pour l'IVS et l'INSERM sur les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échanges de seringue, cité dans [CHOQUET, 1999].

³⁴ [POPULATIONS ET SOCIÉTÉS, 1998].

³⁵ Par exemple, un adolescent de 15-19 ans sur trois avait consommé des psychotropes au cours de l'année 1997, d'après [MILDT, 1999].

En conclusion de cette partie, il apparaît évident que, même si les mineurs adolescents ont, dans leur grande majorité, bien intégré les messages de santé publique en matière de protection lors des rapports sexuels, un certain nombre de problèmes demeurent :

- rien n'indique que la sensibilité des mineurs adolescents aux messages de santé publique en matière d'usage de substances psychoactives (licites ou illicites) soit suffisante ;
- dans une proportion non négligeable (de l'ordre de un sur dix ?), les mineurs adolescents ont des rapports sexuels sans contraception, donc sans préservatif ; cette minorité ne laisse pas d'inquiéter quant à une recrudescence de nouvelles contaminations par le VIH, surtout si l'on considère le nombre des grossesses et des IVG chez les mineures adolescentes, et l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles chez les mineurs adolescents ;
- la sexualité active est de l'ordre de l'intime chez les mineurs adolescents, qui ne se confient pas volontiers à leurs parents ; l'usage de substances psychoactives est vraisemblablement considéré comme tout aussi intime par les mineurs adolescents ;
- des demandes de confidentialité existent dans un certain nombre de situations où le mineur a besoin d'une prise en charge thérapeutique.

II LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES

La principale alternative met en balance l'instauration d'une exception générale au principe juridique de l'autorité parentale d'un côté, la création d'une exception spécifique au dit principe d'un autre côté. Le choix de l'une ou l'autre solution n'est pas sans conséquences. L'une de ces conséquences, primordiale, concerne la notion de seuil. Instaurer une exception générale, valable pour tous les soins, c'est définir une majorité sanitaire préalable à la majorité civile, donc fixer un seuil. Au contraire, imaginer une exception spécifique, donc valable pour certains types de soins ou dans certaines situations de besoins de soins, permet de « s'affranchir » de l'exigence d'un seuil. Mais un tel « affranchissement » a un coût : concevoir une exception spécifique, c'est renoncer à la simplicité sur le plan de la mise en œuvre concrète des droits accordés – simplicité que possède le seuil –, et, au contraire, mettre en place un dispositif plus complexe et plus précis d'encadrement des pratiques.

A. PREMIÈRE SOLUTION : FIXER UNE MAJORITÉ SANITAIRE AVEC UN SEUIL.

La première solution consiste à instaurer une exception générale au principe juridique de l'autorité parentale, une possibilité pour les mineurs ayant atteint un certain âge (âge à établir) d'accéder aux soins de manière autonome. Cette solution possède un certain nombre d'atouts, mais elle présente plusieurs inconvénients.

1. LES AVANTAGES DE LA MAJORITÉ SANITAIRE

En premier lieu, le seuil procure, du simple fait de son existence, deux avantages essentiels pour les professionnels : la simplicité et la clarté. Parce qu'elle permet de distinguer de manière objective et simple les individus ayant accès à une prestation ou un droit de ceux qui n'y ont pas accès, la limite d'âge ne peut en effet que « sécuriser » tout acteur du système sanitaire et social. La minorité civile est d'ailleurs d'ores et déjà ponctuée de seuils dont les plus importants, relatifs au discernement en matière pénale et à la sexualité, ont été rappelés dans la première partie de ce rapport. Il faut remarquer cependant que la mise en œuvre d'un seuil exige que le mineur adolescent soit en état de prouver son âge ; or, si elle constitue la condition même de possibilité de l'application du seuil, l'exigence de présentation de papiers permettant d'établir l'âge du mineur peut aussi former un obstacle à sa bonne application (défaut de papiers, quelle qu'en soit la raison).

La reconnaissance d'une majorité sanitaire préalable à la majorité civile apparaît en second lieu fondée par l'existence de différences avérées sur de multiples plans (physiologique, sociologique, psychologique) entre un enfant et un adolescent en l'état actuel de l'évolution de la société. La plupart des experts auditionnés par le Conseil national du sida et, au-delà, des spécialistes des adolescents, s'accordent en effet pour souligner l'importance de l'abaissement de la puberté chez les adolescents et la plus grande maturité dont ils font preuve de manière globale. La reconnaissance d'une majorité sanitaire peut ainsi être considérée comme l'occasion d'accorder le droit avec le fait. Il va de soi, dans cette perspective, que le seuil choisi pour accorder une autonomie aux mineurs adolescents dans l'accès aux soins devrait être établi sur la base d'un consensus des spécialistes, et devrait être révisé régulièrement, en fonction des données disponibles.

En troisième lieu, la reconnaissance d'une majorité sanitaire entraînerait mécaniquement une amélioration notable de la prise en charge sanitaire des adolescents. D'un côté, les mineurs adolescents qui jouissent de bonnes relations avec leurs parents continueraient d'être soignés avec leur accord de fait et leur soutien. D'un autre côté, une partie au moins des mineurs adolescents pour lesquels l'autorité parentale constitue un obstacle à l'accès aux soins pourrait bénéficier d'une prise en charge sanitaire normale. Or, de manière tout aussi mécanique, une amélioration de la prise en charge sanitaire globale des adolescents est profitable sur le plan de la santé publique, puisque l'accès d'un plus grand nombre d'adolescents aux soins favorise une meilleure information en termes de prévention des pratiques à risque.

En quatrième et dernier lieu, l'expérience des législations étrangères tend à montrer que l'existence d'une majorité sanitaire plus précoce que la majorité civile est possible et avantageuse pour les mineurs adolescents. Il faut certes tenir compte des différences culturelles existant d'un pays à l'autre. Cependant, les autorités sanitaires du Québec, Etat relativement proche de la France sur le plan culturel, économique et social, ont assuré au Conseil national du sida que l'application de la loi sur les services de santé n'avait soulevé dans la pratique aucune difficulté particulière du point de vue des soins donnés aux mineurs, y compris en matière de traitements contre le VIH. Selon les termes de cette loi, « *le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur. Toutefois, un établissement doit refuser au titulaire de l'autorité parentale l'accès au dossier d'un usager mineur dans les cas suivants : (...) 2° l'usager est âgé de 14 ans et plus et, après avoir été consulté par l'établissement, refuse que le titulaire de l'autorité parentale reçoive communication de son dossier et l'établissement détermine que la communication du dossier de l'usager au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé de cet usager* »³⁶.

D'autre part, la situation sanitaire des adolescents aux Pays-Bas, où la majorité sanitaire est établie à 16 ans, est présentée comme exemplaire par de nombreux spécialistes, notamment pour ses conséquences sur les recours à l'IVG. 8,4 adolescentes de 15 à 19 ans sur 1000 ont recours à l'IVG aux Pays-Bas, soit deux fois moins qu'en France, six fois moins qu'en Grande-Bretagne, et dix fois moins qu'aux Etats-Unis.

2. LES INCONVÉNIENTS DE LA MAJORITÉ SANITAIRE

La reconnaissance d'une majorité sanitaire n'en pose pas moins un certain nombre de problèmes. En premier lieu, il apparaît au Conseil national du sida comme à la totalité des spécialistes des adolescents que, de manière générale, la présence et le soutien des parents sont incontournables pour un mineur adolescent ayant besoin d'être soigné, y compris aux yeux du mineur adolescent lui-même. L'objectif que poursuivent les pouvoirs publics, tant dans les mesures prises que dans les discours tenus, vise d'ailleurs à remobiliser les parents et à les responsabiliser dans leur fonction parentale. Réciproquement, la plupart des experts auditionnés par le Conseil national du sida ont souligné les dangers potentiels que présenterait une responsabilisation exagérée des mineurs adolescents. Le principal danger concerne le renoncement aux soins d'un certain nombre d'adolescents particulièrement vulnérables.

Selon le psychiatre P. Jeammet, « Les adolescents peuvent être dans une situation de grand désarroi et de grandes difficultés, et, quoiqu'ils puissent dire, les parents comptent beaucoup plus pour eux qu'ils ne veulent l'admettre. Leur désarroi provient souvent d'attentes déçues vis-à-vis de leurs parents. Ils réclament le secret, mais ne souhaitent pas un secret complet, et font parfois tout leur possible pour que ce secret revendiqué vole en éclats ». Dès lors, « les adolescents qui vont mal doivent être soignés contre leur gré. Les adultes ne peuvent pas être complices de l'auto-sabotage des adolescents. Un adolescent va entrer en conflit, va « râler », mais il suivra ses parents si ceux-ci sont déterminés. La majorité sanitaire risque de renforcer l'isolement de l'adolescent qui se fait du mal et qui ne se fera pas soigner (« aller mal, c'est mon droit ») »³⁷.

En second lieu, force est de reconnaître que toute solution fondée sur l'existence d'un seuil pose deux types de problèmes : celui de sa détermination précise ; celui des effets pervers qu'il entraîne. Ces problèmes sont nécessairement liés, puisque le choix d'un âge particulier entraîne automatiquement l'exclusion des individus dont l'âge se situe immédiatement en dessous de l'âge choisi, au jour près. Or, ces problèmes se posent avec une acuité particulière pour la question de l'accès confidentiel aux soins des adolescents. D'une part, il existe d'ores et déjà différents seuils sur le plan du droit pour les mineurs, ce qui rend l'arbitrage délicat. D'autre part et surtout, l'adolescence constitue pour les individus une période de développement physique et psychique, une période de transitions, au cours de laquelle il traverse de manière concrète et singulière, et bien souvent avec difficultés, différents seuils.

Sur quel base, dès lors, établir le seuil de la majorité sanitaire ? Le fixer à 16 ans, c'est le rendre compatible avec les dispositions légales relatives à la couverture maladie universelle (CMU) récemment entrées en vigueur ; mais c'est aussi exclure de la possibilité d'accès confidentiel aux soins les mineurs âgés de moins de 16 ans, alors même que certains spécialistes estiment que c'est à 13-14 ans que nombre de mineures entrent dans la sexualité active sans mesurer les risques qu'elles prennent pour leur santé. Le même dilemme se présente pour les autres seuils envisageables : 15 ans, au nom de la majorité sexuelle, ou 13 ans, au nom de la reconnaissance du discernement selon le droit pénal. Inverser la logique du choix en partant de la problématique du passage de l'enfance à l'adolescence ne rend pas le choix plus facile, ne serait-ce que parce que, au nom de considérations relatives à la physiologie, il conviendrait de fixer un seuil différent pour les filles et les garçons. D'un point de vue logique, tout seuil est, en bref, arbitraire ; et il est remarquable qu'aucun des experts auditionnés par le Conseil national du sida ne se soit senti capable de trancher pour tel ou tel âge.

En troisième et dernier lieu, l'objet du présent rapport ne concerne pas la question de l'autonomie des mineurs de manière générale. Il s'agit, plus précisément, de réfléchir à des solutions qui permettent à des mineurs placés dans la situation exceptionnelle de vouloir être soignés à l'insu de leurs parents d'être effectivement soignés. Sans pour autant s'interdire de réfléchir ultérieurement à

³⁶ Article 21 (promulgué en 1991) de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux », L.R.Q., c. S-42.

³⁷ Notes d'après les propos tenus lors de l'audition devant le Conseil national du sida.

la question générale de l'autonomie des mineurs, le Conseil national du sida juge que la solution au problème de l'accès confidentiel des mineurs aux soins ne doit pas s'inscrire dans le cadre général de la majorité sanitaire.

B. SECONDE SOLUTION : L'AUTORISATION CIRCONSTANCIÉE ET AMÉNAGÉE DE L'ACCÈS CONFIDENTIEL AUX SOINS DES MINEURS ADOLESCENTS.

Une seconde solution réside dans l'instauration d'une exception législative spécifique, c'est-à-dire circonstanciée et aménagée, au principe de l'autorité parentale. Cette exception doit d'abord être circonstanciée sur le plan juridique, c'est-à-dire soumise à un ensemble de conditions. Elle doit ensuite être aménagée, c'est-à-dire confortée par la mise en place de recommandations d'ordre éthique encadrant les pratiques des professionnels de santé. La mise en œuvre de cette solution suppose à la fois un mode de financement approprié, la modification des missions de certaines structures, et la remise à plat des dispositifs d'information en matière de sexualité et de toxicomanies.

1. L'ACCÈS CONFIDENTIEL DES MINEURS AUX SOINS ET TRAITEMENTS DOIT D'ABORD ÊTRE AUTORISÉ DE MANIÈRE DOUBLEMENT CONDITIONNÉE

- à la demande explicite du mineur ;
- pour des problèmes de santé dont la révélation aux détenteurs de l'autorité parentale serait susceptible d'être dommageable à son état de santé et à son intégrité corporelle et/ou de jeter sur lui le discrédit et l'opprobre au sein de sa famille.

1.1 A LA DEMANDE EXPLICITE DU MINEUR

La première condition concerne la forme de la demande de confidentialité. Il est bien sûr nécessaire, en premier lieu, qu'une information soit organisée par les pouvoirs publics de manière à donner connaissance aux mineurs de la possibilité qui leur est faite de revendiquer la confidentialité, et aux médecins de la possibilité qui leur est offerte de satisfaire une telle revendication quand elle est exprimée.

Dans l'interaction du médecin et du mineur adolescent, il est préférable de laisser au mineur adolescent le soin de **revendiquer de manière spontanée** l'accès confidentiel aux soins. Il paraîtrait en effet paradoxal de reconnaître au mineur adolescent un droit à la revendication de soins confidentiels tout en l'exposant à l'influence des adultes. Cependant, le médecin doit pouvoir informer le mineur adolescent de la possibilité de la confidentialité des soins, si il découvre en cours de consultation que le mineur n'a pas connaissance de cette possibilité et que la révélation des soins à ses parents risque de l'amener à renoncer au soin. On verra en outre dans le cadre des considérations d'ordre éthique énoncées ci-après que la revendication de confidentialité devrait dans tous les cas être soigneusement interrogée par le médecin.

1.2 POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

La seconde condition concerne le type de problèmes de santé pour lesquels la confidentialité pourrait être requise. Il ne semble pas souhaitable qu'un mineur puisse être soigné à l'insu de ses parents pour n'importe quelle pathologie. Il paraît par exemple impossible d'admettre qu'un professionnel de santé accepte de soigner un mineur atteint d'un cancer à l'insu de ses parents. Le critère permettant de déterminer les pathologies concernées ne saurait en outre être la gravité : on sait par exemple qu'une interruption volontaire de grossesse, même dans le cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse et avec un accompagnement des professionnels de santé, n'est jamais un acte anodin pour la femme qui la subit ; elle n'en est pas moins un événement pour lequel des mineures adolescentes peuvent souhaiter la confidentialité vis-à-vis de leurs parents.

En revanche, on peut penser que la confidentialité est revendiquée par l'adolescent parce que le problème de santé qu'il souhaite traiter relève de l'ordre de **l'intimité**. Tel est à l'évidence le cas pour les traitements rendus nécessaires ou souhaitables par les conséquences de l'activité sexuelle : maladies sexuellement transmissibles (quelle que soit leur gravité), interruption volontaire de grossesse. Mais on doit également penser aux problèmes d'ordre psychique, ou aux besoins de soins consécutifs à des pratiques addictives (consommation de produits illicites, mais aussi d'alcool).

Le point décisif tient aux risques encourus par le mineur adolescent dans le cas où le besoin de soins entraînerait une violation de son intimité. L'information des parents quant à l'administration d'un traitement au mineur adolescent, donc à l'existence d'une pathologie ou d'un état particulier (grossesse), peut en effet entraîner un **dommage** pour la santé de l'enfant et/ou entraîner son **discrédit** dans sa famille, voire son rejet par sa famille. Ce sont ces deux types de risques qui motivent la demande de confidentialité de la part du mineur adolescent.

Un dommage pour la santé et, plus généralement, pour le bien-être du mineur adolescent, survient chaque fois que les parents, une fois informés, s'opposent à l'administration du traitement. On peut reprendre l'exemple déjà évoqué de la mineure qui connaît une grossesse non désirée qu'elle souhaite interrompre pour motif personnel, et dont les parents, pour des raisons culturelles, religieuses ou morales, sont vigoureusement opposés à toute forme d'interruption de grossesse. La simple révélation de la grossesse aux parents pourrait entraîner un conflit que l'intervention du juge pour enfants serait seule capable de régler, en l'état actuel du droit. Mais la

judiciarisation du règlement du conflit entre la mineure et ses parents paraît d'autant moins souhaitable qu'elle ne peut tout régler, et qu'elle ne présente pas les garanties suffisantes quant à la prise en charge sanitaire ultérieure de la mineure.

La notion de **discrédit** peut être définie en référence aux travaux du sociologue E. Goffman sur le stigmaté³⁸. Est stigmaté, dans une interaction entre deux personnes, tout écart existant entre l'identité sociale « virtuelle » et l'identité sociale « réelle ». La première dépend des attentes normatives de chacune de ces personnes quant aux attributs que devrait posséder l'autre ; la seconde est déterminée par les attributs réellement possédés par l'autre. Mais E. Goffman distingue parmi les individus porteurs d'un stigmaté ceux qui sont « discrédités » et ceux qui sont « discréditables ». Alors que les individus « discrédités » (par exemple les aveugles) ne peuvent masquer leur stigmaté et se donnent pour tâche, dans l'échange social, d'amoindrir la tension (le malaise, notamment) qu'il ne manque pas d'engendrer, le stigmaté des individus « discréditables » n'est au contraire pas immédiatement perceptible dans l'échange social ; par conséquent, le problème qui se pose à eux est de maîtriser tout ce qui pourrait le révéler, et nuire à la qualité de l'échange, sinon à la place même qui leur est reconnue dans l'échange.

A l'évidence, la situation d'un mineur qui veut être soigné à l'insu de ses parents pour une pathologie ou un état consécutif à des pratiques relevant de son intimité est celle d'un individu « discréditable » : ses pratiques sexuelles ou addictives ne sont pas connues de ses parents, et il entend qu'elles ne le soient pas, par peur de subir l'opprobre familial, voire d'être exclu du cercle familial. Pour diverses raisons (culturelles, religieuses ou morales), certains parents modifieraient leur conduite à l'égard de leur fils (ou de leur fille) s'ils apprenaient, par exemple, qu'il ou elle est sexuellement actif(ve), homosexuel(le), ou toxicomane.

1.3 LES JUSTIFICATIONS D'UNE EXCEPTION SPÉCIFIQUE

L'instauration d'une exception législative ainsi circonscrite au principe de l'autorité parentale paraît justifiée pour deux raisons principales. En premier lieu, son caractère facultatif est adapté au caractère marginal des situations de revendication de confidentialité par les mineurs adolescents. Plutôt que d'instaurer pour l'ensemble des mineurs adolescents ayant atteint un âge particulier une autonomie dans l'accès aux soins, on offre la possibilité à ceux pour lesquels l'autorité parentale risque de porter préjudice d'avoir accès de manière confidentielle aux soins et aux traitements. Il convient d'insister sur le fait que les conditions ne portent aucunement sur des individus particuliers, mais sur des situations spécifiques : les mesures proposées ne concernent en aucune façon des groupes particuliers d'individus. Le facteur décisif de la « marginalité » est la situation familiale du mineur adolescent telle qu'il la perçoit, notamment du point de vue de la tolérance que ses parents manifestent à l'égard de ses pratiques sexuelles (homosexuelles ou hétérosexuelles) ou de ses pratiques addictives. Potentiellement, tous les mineurs sont susceptibles de se trouver confrontés à un besoin ou à un désir de soins confidentiels, notamment pour des pathologies bénignes relevant de son intimité.

En second lieu, l'instauration d'une telle exception ne fait que s'inscrire dans un mouvement législatif qui, depuis les années 1970, tend à limiter l'autorité des parents dès lors que la sexualité des adolescents est en jeu. Il paraît logique que les mineurs adolescents qui ont un droit à la sexualité active (à partir de 15 ans), qui peuvent accéder de manière confidentielle et pour une part gratuite à différents moyens de contraception et de protection des rapports sexuels, et qui sont en mesure de recourir à des tests de dépistage après avoir eu des relations non protégées, puissent également assumer de manière confidentielle les conséquences en termes de santé de ces pratiques quand ils le désirent.

2. UNE EXCEPTION ACCOMPAGNÉE DE RECOMMANDATIONS

Une telle exception doit également être aménagée, c'est-à-dire confortée par la mise en place de recommandations d'ordre éthique encadrant les pratiques des professionnels de santé.

Deux recommandations méritent d'être mises en avant : d'une part, la qualité du dialogue entre le médecin (et plus généralement, le professionnel de santé) et le mineur, en particulier par le biais de l'aménagement d'un temps de réflexion pour le mineur ; d'autre part, la possibilité d'un recours à un adulte référent.

En premier lieu, il convient que le médecin prête la plus grande attention à la qualité du dialogue avec le mineur adolescent. Ayant connaissance du fait qu'il peut conserver le secret quant à certains traitements dès lors que le mineur adolescent a revendiqué la confidentialité, le médecin doit évaluer la volonté du mineur sans pour autant tenter de la remettre en cause. Il serait utile, pour ce faire, que le médecin dissocie le moment de l'information sur le traitement du moment du consentement du mineur et du début du traitement, et, sauf urgence directement liée à l'état ou à la pathologie en question, laisse quelques jours au mineur adolescent afin que celui-ci réfléchisse à tête reposée à son acte. Si le médecin juge qu'il est préférable, dans l'intérêt même du mineur adolescent, de ne pas lui donner un traitement de manière confidentielle, il doit l'orienter vers d'autres structures de soins, sans pour autant révéler aux parents la demande de confidentialité qui lui a été faite. Dans le cas de l'infection à VIH d'un mineur adolescent, une orientation vers une prise en charge pluridisciplinaire (infirmière, psychologue, pharmacienne) paraît la plus appropriée.

³⁸ [GOFFMAN, 1975].

En second lieu, il est souhaitable que le médecin propose au mineur de choisir un adulte référent capable de l'accompagner dans son traitement. Le médecin doit absolument informer sur la possibilité de choisir un adulte référent, mais il ne peut imposer ce choix au mineur, ni a fortiori lui imposer un adulte particulier. Si l'objectif du recours à un adulte référent est d'éviter de renforcer l'isolement éventuel des mineurs, la revendication d'une autonomie qui, chez certains mineurs, est solidaire de la revendication de confidentialité, doit être respectée. Cet adulte référent ne saurait être le médecin prescripteur lui-même, ni appartenir au monde judiciaire, mais pourrait être choisi par le mineur dans sa sphère familiale comme dans les milieux professionnels (monde associatif, enseignants, travailleurs sanitaires et sociaux, etc.). Le médecin devrait également être en mesure d'orienter le mineur vers les structures existantes susceptibles de l'aider dans l'observance de son traitement ou dans un soutien psychologique. Il va de soi que l'adulte référent ne se verrait attribuer aucun attribut de l'autorité parentale, et qu'il ne saurait être tenu pour juridiquement responsable du caractère confidentiel des soins donnés au mineur. Son rôle se bornerait à assister le mineur, et, dans la mesure du possible, à examiner avec lui les moyens de renouer avec ses parents. Dans ce dernier cas, l'adulte référent pourrait jouer le rôle de médiateur entre l'enfant et les parents. Il convient en effet de tout faire pour éviter l'isolement du mineur adolescent et son enfermement dans une sorte de clandestinité au sein du cercle familial.

3. LA NÉCESSITÉ DE DISPOSITIFS FINANCIERS ET ADMINISTRATIFS ADAPTÉS

L'exception circonstanciée et aménagée au principe de l'autorité parentale suppose enfin un certain nombre de dispositifs financiers et administratifs.

Des dispositions financières spécifiques doivent être prévues pour l'accès confidentiel des mineurs aux soins et aux traitements. Les mineurs, mais aussi nombre de jeunes majeurs, sont dépendants de leurs parents en matière d'assurance maladie. Dès lors, le remboursement des actes par la Sécurité sociale et/ou la mutuelle sont susceptibles de rompre la confidentialité, ce qui fait du dispositif de financement des actes un élément décisif de la bonne application de l'exception législative proposée ici.

Pour les mineurs, le principe de la gratuité des soins doit être considéré comme préférable, au nom de l'égalité devant les soins. Dans ce cadre, le financement des actes médicaux et des traitements doit être envisagé à deux niveaux.

Pour la médecine de ville, le remboursement a posteriori des actes des praticiens devrait être financé par une convention entre les médecins libéraux et la Caisse nationale d'assurance maladie et/ou l'Etat, au moyen par exemple de feuilles de soins spécifiques, transmises directement aux Caisses par les médecins. Il convient de souligner que ce type de financement n'entraîne aucun coût supplémentaire. D'une part, le coût de la prise en charge sanitaire des mineurs adolescents serait le même si les soins étaient couverts par l'assurance maladie de leurs parents. D'autre part, l'augmentation souhaitable à court terme des coûts liés à l'accroissement du nombre des mineurs adolescents accédant aux soins grâce au caractère confidentiel de ces derniers sera suivie d'une baisse à moyen et long terme résultant de l'amélioration de l'état des santé des mineurs, et des effets positifs attendus en matière de prévention des conduites à risque.

La prise en charge sanitaire des mineurs adolescents sera d'autre part assurée par un certain nombre de structures spécialisées déjà sous tutelle de l'Etat ou ayant une convention avec l'Etat, qui ont l'habitude d'accueillir des adolescents dans le respect de la confidentialité, voire de l'anonymat. Il s'agit principalement, en l'état actuel du dispositif sanitaire et social, des structures hospitalières, des CDAG et des Centres de planning familial. Mais la reconnaissance de l'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins devrait aussi être l'occasion de favoriser le développement du réseau associatif en direction d'une prise en charge sanitaire des mineurs adolescents. Par conséquent, les missions des structures directement concernées par les soins considérés ici doivent être étendues : dans la mesure où l'orientation vers des centres hospitaliers n'est pas toujours possible, notamment pour les mineurs adolescents résidant dans des communes de petite taille, les médecins des CDAG et du Planning devraient pouvoir prescrire des traitements (traitements prophylactiques et curatifs contre l'infection à VIH et des MST). Il conviendrait en outre de favoriser le développement d'un secteur associatif spécialement agréé dans la prise en charge sanitaire des mineurs adolescents. De manière générale, favoriser l'accès confidentiel des mineurs aux traitements suppose de mobiliser les institutions existantes, à commencer par celles qui disposent déjà d'une expérience dans la prise en charge des mineurs adolescents. En outre, l'orientation vers les institutions financées par l'Etat n'est pas seulement préférable en raison de considérations financières, mais aussi en raison de la possibilité qu'elle offre, notamment pour les traitements les plus complexes, d'encadrer l'observance du mineur adolescent.

Enfin, il apparaît indispensable de remédier aux carences en matière d'information qui contribuent au besoin de soins chez les mineurs. Les campagnes publiques d'information sur la contraception ou sur l'usage de drogues sont utiles. Cependant, l'information des mineurs en matière de sexualité mais aussi d'usage de drogues licites (notamment l'alcool) ou illicites, si l'on en juge par le développement des polytoxicomanies et de la consommation des drogues de synthèse, doit être entièrement repensée. Il est notamment plus que jamais nécessaire que **l'ensemble** des mineurs adolescents puisse recevoir **le plus tôt possible**, dans le cadre scolaire et parascolaire, et le cas échéant avec l'appui des associations spécialisées, des informations complètes, détaillées et précises, sur le corps humain, les effets sur la santé des drogues licites et illicites, la sexualité, les règles d'hygiène, et les maladies sexuellement transmissibles.

AVIS ET RECOMMANDATIONS

En l'état actuel de la législation, les mineurs ne peuvent bénéficier d'aucun soin ou traitement médical à l'insu de leurs parents, les professionnels de santé étant soumis à l'obligation, sauf en cas d'urgence, de rechercher au préalable le consentement des détenteurs de l'autorité parentale. Aucune prise en charge sanitaire d'un mineur n'est donc légalement envisageable sans information et consentement des parents. Le secret médical s'efface devant l'autorité parentale en cas de soins.

Il arrive cependant que des mineurs demandent aux professionnels de santé la confidentialité des soins vis-à-vis de leurs parents (et plus généralement, des détenteurs de l'autorité parentale). Ces mineurs sont en fait des adolescents, qui estiment que la révélation de leur pathologie ou de leur état à leurs parents risquerait d'altérer durablement la qualité de la relation avec ces derniers, de jeter sur eux le discrédit et l'opprobre, ou d'être dommageable à leur santé. L'état ou la pathologie motivant la demande de soins confidentiels sont liés le plus souvent à l'activité sexuelle des mineurs, activité qui relève par définition de l'intimité de chaque individu, adolescent ou non, et activité qui, notamment pour les mineurs adolescents, présente des risques pour la santé ; la pathologie motivant la demande de soins confidentiels peut cependant aussi être liée aux conséquences de l'usage de substances psychoactives.

Or, les professionnels de santé considèrent les mineurs adolescents qui souhaitent la confidentialité des soins comme capables de discernement, et leur demande comme légitime, voire décisive pour le mineur ; ils estiment en bref que, dans l'intérêt du mineur, ils devraient pouvoir accéder à sa demande. Entre la volonté de soigner et l'obligation de respecter la loi, les professionnels de santé se trouvent dans une impasse. Quant aux mineurs adolescents qui considèrent ne pas pouvoir se passer de la confidentialité des soins, le risque existe qu'ils renoncent à se soigner si les professionnels de santé leur refusent cette confidentialité. Les conséquences d'un tel renoncement seraient fortement dommageables pour la santé personnelle de ces mineurs adolescents, pour leur confiance dans le système de soins, et in fine pour les actions de prévention en santé publique.

Si elle constitue la règle générale en matière de soins aux mineurs, l'autorité parentale connaît pourtant, depuis une trentaine d'années, un certain nombre d'exceptions instaurées par la loi, lesquelles concernent précisément l'intimité des mineurs, qu'il s'agisse de l'accès aux moyens de contraception, de l'accès au dépistage, ou du double consentement en matière d'interruption volontaire de grossesse. Sur le plan juridique, l'autonomie du mineur s'étend également à l'activité sexuelle à partir de 15 ans, et à la liberté de consultation d'un professionnel de santé. Par ailleurs, la société française est soumise à des évolutions qui, sans remettre en cause le principe de l'autorité parentale, vont dans le sens d'une meilleure prise en compte de la volonté des mineurs capables de discernement. Dès lors, il apparaît que l'instauration d'une exception législative circonstanciée et aménagée constitue une solution appropriée au problème de l'accès confidentiel aux soins des mineurs adolescents.

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil national du sida fait les recommandations suivantes.

1. Le Conseil national du sida recommande que, par une mesure d'exception législative au principe de l'autorité parentale, la confidentialité dans l'accès aux soins soit reconnue aux mineurs lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :
 - les mineurs **demandent** à un professionnel de santé la confidentialité des soins vis-à-vis des détenteurs de l'autorité parentale ;
 - les soins sont rendus nécessaires par un **état** ou une **pathologie**, consécutif à des **pratiques relevant de leur intimité**, et dont ils considèrent que la **révélation** aux détenteurs de l'autorité parentale serait de nature à **jeter sur eux le discrédit et l'opprobre**, et pourrait **avoir pour conséquence un dommage pour leur santé psychique et leur intégrité corporelle**.
2. Le Conseil national du sida recommande que la mise en œuvre de cette exception législative spécifique au principe de l'autorité parentale soit **complétée par des recommandations aux professionnels de santé**.

En premier lieu, si la demande de confidentialité des soins doit être **prononcée à l'initiative du mineur**, le professionnel de santé **doit informer** le mineur de la possibilité des soins confidentiels chaque fois qu'il découvre chez le mineur des réticences à se soigner liées précisément à la révélation de la pathologie à ses parents.

En second lieu, les professionnels de santé **doivent systématiquement proposer** aux mineurs qui demandent la confidentialité des soins :

- d'une part, de **prendre le temps de la réflexion**, sauf urgence directement liée à l'état ou à la pathologie en question, pour s'assurer de la détermination de leurs propres demandes ;
- d'autre part, de **choisir un adulte référent** susceptible de les **accompagner** et de les **soutenir** dans leur démarche de soins, et, le cas échéant, de leur servir de **médiateur** auprès de leurs parents.

3. Le Conseil national du sida recommande que la mise en œuvre de cette exception législative spécifique et encadrée au principe de l'autorité parentale, d'une part garantisse sur le plan financier la **gratuité totale des soins pour les mineurs concernés**,

d'autre part fasse intervenir les **structures compétentes** dans les pathologies concernées et dans la prise en charge sanitaire des adolescents (structures hospitalières, centres de dépistage anonyme et gratuit, centres de planification et d'éducation familiale), et s'appuie sur le développement d'un secteur associatif spécialement agréé pour la prise en charge sanitaire des adolescents.

4. Le Conseil national du sida recommande enfin que, en ce qui concerne la **prévention en milieu éducatif et scolaire**, les politiques d'information des mineurs sur le corps, la sexualité, et l'usage de substances psycho-actives (licites ou illicites), fassent l'objet d'une **complète révision** de la part de l'ensemble des acteurs, publics et associatifs, des secteurs scolaire, éducatif, sanitaire et social, afin d'améliorer les connaissances de **tous** les adolescents sur ces questions, et, par la même occasion, de les informer sur la confidentialité qui leur est offerte pour certains soins.

ANNEXES

ANNEXE 1

RÉFÉRENCES CITÉES

- ASH Hors série, 1999, L'autorité parentale, 16 juillet, Actualités sociales hebdomadaires
- BEA (Bulletin épidémiologique annuel), 1997, n° 2, Institut de veille sanitaire.
- BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), 1998, n° 37, 15 septembre, Surveillance du sida en France. Situation au 30 juin 1998.
- BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), 1999, n° 48, 30 novembre, Enquête. Les comportements de santé des jeunes. Les consommations de substance psychoactives.
- BLAYO C., « Le point sur l'avortement en France », in 12e Journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception, ANCIC, Marseille, 6-7 juillet 1997.
- CHOQUET M., 1999, « Comportements à risque », Adolescences, n° 34, « Sexualités et sida », p. 175-178.
- DEKEUWER-DEFOSSEZ F., 1999, Rénover le droit de la famille : propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps, rapport au ministre de la justice, septembre
- DUVAL-ARNOULD D., 1999, « Minorité et interruption volontaire de grossesse », Le recueil Dalloz, 175e année, 25 novembre, n° 42, p. 471-475.
- Enquête P.J.J., 1998, Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et leur santé, Ministère de la justice et INSERM
- FAUCHER J.-M., 1999, « Jeunes : force et vulnérabilité », Adolescences, n° 34, « Sexualités et sida », p. 9-18.
- GOFFMAN E., 1975, Stigmate, Paris, Minuit.
- LAGRANGE H., LHOMOND B. (dir.), 1997, L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida, Paris, La découverte.
- LAROCHEBROCHAR E. de, « Les âges de la puberté des filles et des garçons. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents », Population, 1999, n° 6, p. 933-962
- MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), 1999, Drogues savoir plus, Livret de connaissances. Drogues et usages : chiffres clés, décembre.
- NISAND I., 1999, L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, rapport au ministre de l'emploi et de la solidarité et au secrétaire d'Etat à la santé et l'action sociale, février.
- OMS, 1989, Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescents, par J.M. Paxman et R. J. Zuckerman, Organisation mondiale de la santé, Genève
- POPULATIONS ET SOCIETES, 1998, Suicide et mal-être social, n° 334, avril.
- SIDA INFO SERVICE, 1999, Les 15-24 ans face au sida et à la sexualité, étude réalisée à partir des appels reçus à S.I.S. et d'un sondage SOFRES sur un échantillon de 500 personnes, 1er décembre
- THIERCE A., 1999, Histoire de l'adolescence, Paris, Belin
- TORDJMAN, G., 1999 « Maladies psychosexuelles », in Maux secrets. MST, maladies taboues, Autrement, coll. Mutations, n° 188, septembre, p. 43-66.
- UZAN M., 1998, Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes, rapport pour le secrétariat d'Etat à la santé

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES

Le Conseil national du sida remercie très vivement toutes les personnes ci-dessous mentionnées de leur participation aux travaux de sa Commission Adolescence.

- Madame le Docteur Bouchami, médecin-psychiatre, unité psychiatrie-toxicomanie, Hôpital Cochin ;
- Madame Simone Couraud, psychologue, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Ministère de la Justice ;
- Monsieur le Docteur Jean Derouineau, médecin chef du Centre de dépistage anonyme et gratuit le Figuier ;
- Monsieur Benoît Félix, CRIPS Ile-de-France ;
- Madame le Docteur Isabelle Ferrand, Chef de service, unité psychiatrie-toxicomanie, Hôpital Cochin ;
- Madame le Docteur Ruth Gozlan, directeur médical de la Société GEPSA ;
- Monsieur le Professeur Philippe Jeammet, Chef du service de psychiatrie, Institut Mutualiste de Montsouris ;
- Madame le Docteur Charlotte Melman, médecin chef du Centre de dépistage anonyme et gratuit de Belleville ;
- Madame Pierrette Paillas, conseillère technique, service d'Aide sociale à l'enfance – Conseil général de Seine-Saint-Denis ;
- Madame Prononce, psychologue-clinicienne, service d'Aide sociale à l'enfance – Conseil général de Seine- Saint- Denis ;
- Madame le Docteur Catherine Rongières, praticien hospitalier, Strasbourg ;
- Madame Dominique Seran, Vice-présidente du Tribunal d'Evry, chargée du tribunal pour enfants ;
- Madame Anne-Sylvie Soudoplatoff, magistrat, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Ministère de la Justice.

Le Conseil national du sida remercie en outre les associations Vaincre le sida, Act up et Sida Info Service pour les informations qu'elles lui ont transmises.

ANNEXE 3

République Française

La Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale
auprès de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

24 Août 1999

Monsieur le Président,

Des questions sont posées régulièrement par les professionnels de santé, dans le cadre de l'activité des consultations de dépistage anonyme du V.I.H., sur l'attitude à adopter vis-à-vis des mineurs consultant après une prise de risque, en particulier quand un résultat positif est rendu à un adolescent.

Le contexte actuel marqué par des progrès thérapeutiques dans la lutte contre l'infection par le V.I.H. induit des démarches qui doivent être entreprises dans des délais rapides (évaluation des risques, diagnostic le plus précoce possible pouvant indiquer un traitement d'urgence après une prise de risque évaluée, une prise en charge rapide en cas de primo-infection ...). Or, la prise en charge thérapeutique consécutive à une consultation de dépistage, hors présence des parents, se heurte au principe de l'exercice de l'autorité parentale posé à l'article 371-2 du code civil : "l'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé, et sa moralité". En conséquence, tout acte thérapeutique sur l'enfant, sauf dérogation expresse, doit recueillir le consentement des parents. Dans le cas, où le mineur demande la confidentialité, il apparaît cependant nécessaire, pour une prise en charge efficace du jeune, qu'un travail de médiation soit réalisé auprès des parents (révélation d'une toxicomanie ou d'une homosexualité, par exemple).

C'est pourquoi, je souhaite que le Conseil national du sida examine les différentes situations rencontrées par les professionnels de santé dans le cadre de l'accès des mineurs à la prévention, au diagnostic et aux traitements, s'attache à recueillir les différents points de vue exprimés sur le sujet, notamment par les associations de malades, les experts du champ concerné, les représentants de l'Etat au niveau déconcentré et des collectivités locales, et fassent des recommandations aux professionnels de santé sur la conduite à tenir, étant entendu que les situations étudiées peuvent être examinées dans un cadre plus large que celui de l'infection à V.I.H..

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de ma haute considération.

Dominique GILLOT

Monsieur GASTAUT
Président du Conseil national du sida
25, rue d'Astorg
75008 PARIS

ACCÈS DES MINEURS AUX SOINS ET CONFIDENTIALITÉ³⁹

Alain Molla

A l'heure où les droits des malades vont – enfin – être reconnus par la loi après avoir fait l'objet d'un vaste débat sous l'impulsion du monde associatif réuni dans le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), il est essentiel d'attirer l'attention sur le problème des soins aux malades mineurs et de leurs droits à la confidentialité.

Le 24 août 1999, le Conseil national du sida (CNS) a été, opportunément et intelligemment, saisi par la secrétaire d'Etat à la Santé, Dominique Gillot, sur « l'attitude à adopter par les professionnels de santé, dans le cadre de l'activité des consultations de dépistage anonyme du VIH, vis-à-vis des mineurs consultant après une prise de risque, en particulier quand un résultat positif est rendu à un adolescent ». Il s'agissait de demander au CNS un avis sachant que « la prise en charge thérapeutique consécutive à une consultation de dépistage, hors la présence des parents, se heurte au principe de l'autorité parentale (article 371-2 du code civil), tout acte thérapeutique sur l'enfant [devant] recueillir le consentement des parents... [même] dans le cas où le mineur demande la confidentialité ». Cette saisine aura été l'occasion pour le CNS de mener une réflexion sur le problème de l'accès aux soins des malades mineurs et de la confidentialité qui y est attachée dans un cadre plus large que celui du VIH/sida. La diversité des situations auxquelles sont confrontés les professionnels de santé face aux mineurs est patente, tant la notion même de « minorité », purement juridique, est peu adaptée et fort ambiguë sur le terrain de la santé publique pour gérer éthiquement les situations parfois douloureuses qu'ils rencontrent.

Etre mineur et donc avoir moins de 18 ans peut concerner l'enfant, le (ou la) préadolescent(e), l'adolescent(e), et même le ou la jeune adulte, selon des tableaux physiologiques, psychologiques, socio-économiques et culturels infiniment variables. Etre père ou ne pas l'être, être mûr ou ne pas l'être, vivre ou non au domicile familial, être à l'école, au collège, au lycée ou être au chômage, ou encore exercer un emploi rémunéré, et même être marié ou non... autant d'exemples qui illustrent l'infinie variété des situations des mineurs et le peu de repères offerts par la notion juridique de minorité aux professionnels concernés par la demande de soins.

UNE COMMODITÉ JURIDIQUE VIDE DE SENS

Le repère juridique consistant à savoir qu'en dessous de 18 ans la santé ne peut être gérée qu'avec l'information et le consentement des parents ou tuteurs (car la protection de la santé des « enfants » est en effet un des attributs essentiels de l'autorité parentale selon le code civil) se présente comme une commodité vide de sens, voire encombrante si la minorité se conjugue avec puberté, maturité, habitat autonome, ou encore indépendance économique.

On comprend dès lors que le CNS ait voulu travailler à partir de la notion d'adolescence, plus facile à distinguer de celle d'enfance, pour réfléchir à la dimension à donner à l'autonomie du mineur adolescent confronté à un problème de santé qu'il veut, à tort ou à raison, cacher à ses parents. Le CNS ne s'est pas interdit de penser que ce souhait pouvait être légitime dans certaines situations d'exception, même si, bien sûr, on peut considérer que l'idéal est d'affronter la maladie, surtout si elle est grave, dans le confort de l'amour familial.

LUTTER CONTRE LA REDOUTABLE ABSTENTION DE SOINS

Force est malheureusement de constater que beaucoup d'adolescents ne bénéficient pas de ce confort ou pensent leurs parents incapables de comprendre ce qui leur arrive. Dans les deux cas, la priorité est d'éviter que l'isolement réel ou imaginaire du mineur adolescent n'aboutisse à la redoutable abstention de soins ou rupture de soins, du seul fait d'une conviction, erronée ou non, sur l'incapacité des parents à comprendre ce que la pathologie survenue risque de révéler sur un mode de vie inconnu d'eux. Révéler à certains parents, en même temps qu'une maladie, l'usage de drogues ou la pratique parfois précoce de la sexualité, voire de l'homosexualité, est une très lourde épreuve. Il faut pouvoir l'épargner à l'adolescent dont l'énergie prioritaire et initiale doit être tournée vers le soin dans une relation avec les soignants tout entière construite sur la confiance et débarrassée de la peur de la réaction des parents, de l'angoisse de leur déplaire, de les décevoir ou de leur faire du mal. C'est ainsi que s'est imposée, comme un droit fondamental, la notion d'intimité qui ne saurait être retirée aux adolescents en âge de sexualité et de discernement. L'essentiel pour le CNS aura été de dégager des critères devant servir de repères aux professionnels qu'il faut sortir de l'inconfort juridique et éthique que constitue la règle rigide d'une autorité parentale omnipotente en dessous de 18 ans. Le rejet de l'hypocrisie impose de dire clairement que, face à la séropositivité ou la MST d'un adolescent soucieux de confidentialité, ils ont aujourd'hui le choix entre, d'une part, respecter la demande de discrétion du patient et enfreindre la loi et, d'autre part, informer les parents et

³⁹ Article paru dans *Le journal du sida*, n°128, septembre/octobre 2000 et publié avec son autorisation.

trahir alors la confiance du mineur sans même savoir si cette révélation ne sera pas aussi un facteur aggravant de la pathologie révélée.

PROTÉGER L'INTIMITÉ DU MINEUR

Garantir à un mineur adolescent la confidentialité qu'il réclame vis-à-vis des détenteurs de l'autorité parentale à propos de soins qu'il doit recevoir en raison de son état ou d'une pathologie résultant de pratiques relevant de son intimité s'impose. Cela est d'autant plus important si la révélation aux parents est de nature à jeter sur cet adolescent le discrédit et l'opprobre de telle sorte que sa santé psychique et son intégrité corporelle en soient aggravées. Cette protection de l'intimité du mineur doit aller de pair avec la gratuité du soin pour éviter la révélation indirecte par la feuille de maladie du régime de sécurité sociale familiale.

DES CRITÈRES SOUPLES ET COMMIS À L'APPRÉCIATION DES SOIGNANTS

Ce sont ces critères retenus par le CNS qui ont été suggérés au législateur. Ils ont pour principal avantage d'être souples et soumis à l'appréciation concrète des soignants, au cas par cas, dans le dialogue qui commence par la revendication de la confidentialité. Cette volonté de souplesse est d'autant plus grande que le CNS a rejeté la facilité de la notion - séduisante - de « seuil de majorité sanitaire » qui voudrait que la confidentialité soit de droit, sans critère, au-delà d'un seuil d'âge et exclue en deçà.

A supposer que le choix arbitraire et aléatoire d'un seuil d'âge soit pertinent, par exemple 15 ans pour coïncider avec la capacité juridique sexuelle, il apparaît que l'approche sociologique de la notion d'adolescence rendrait dérisoire et injuste le rejet de la revendication de confidentialité d'un(e) mineur(e) de 14 ans tout aussi susceptible de vivre la détresse des conséquences sanitaires d'une sexualité précoce qu'un(e) mineur(e) de 16 ans. Le nombre important de demandes d'interruption volontaire de grossesse pour motifs personnels (en dehors des cas thérapeutiques) de la part de très jeunes mineures et leur souhait fréquent d'échapper au consentement familial exigé par la loi sont révélateurs non seulement d'une sexualité précoce des adolescents trop souvent ignorée des parents, mais aussi de la réalité du risque de contracter une MST et de la nécessité de garantir un cadre optimal aux soins.

Cet aménagement de l'autonomie du mineur adolescent, quel que soit son âge, lorsque le besoin de soins relève de son intimité, n'est pas une première. Elle s'inscrit dans une tradition cohérente, puisque la contraception (loi du 4 décembre 1974) et l'accès au centre de dépistage anonyme et gratuit (loi du 23 janvier 1990) sont autant de situations que le mineur peut déjà gérer sans ses parents. De même la législation sur l'IVG et l'exigence - très controversée - du double consentement (parents-enfant) devront évoluer sur le même fondement du respect de l'intimité.

INNOVER DANS L'ACCOMPAGNEMENT ET LE SOUTIEN

L'objectif n'est pas d'exclure ou de disqualifier les parents ni d'aménager au mineur adolescent un univers de solitude face à la maladie et aux soins. Tout au contraire. Le repérage des situations de revendication de confidentialité doit permettre d'évaluer les motivations et d'innover dans l'accompagnement et le soutien, voire la médiation vers les parents.