



*Rapport de la Commission nationale permanente
adopté lors des Assises du Conseil national
de l'Ordre des médecins du 30 juin 2007*

*Docteur François-Régis CERRUTI (Rapporteur)
Drs Monique CARTON, Jean-François CERFON, Xavier DEAU, Gérard GRILLET, Jean-François KNOPF,
Jacques LUCAS, Francis MONTANÉ, Jacques MORNAT*

VULNÉRABILITÉ DES PHASES SUCCESSIVES DE LA VIE

CHAPITRE 1

Introduction

page 4

- Définition et évolution de la société
- Le vécu d'exclusion
- Réglementation de la profession
- La déclinaison du sujet

CHAPITRE 2

La santé du mineur et de l'enfant

page 9

- Les soins aux enfants
- Consentement du mineur aux soins – la personne de confiance
- L'autorité parentale
- La protection de la vie privée des mineurs
- Le mineur, l'alcool, le tabac et les drogues
- Atteintes sexuelles et prostitution

CHAPITRE 3

L'adolescence - protection spécifique

page 20

- L'adolescent actuel
- Consultation et information de l'adolescent
- Le consentement aux soins
- La contraception
- L'interruption volontaire de grossesse

CHAPITRE 4

L'incapable majeur

page 26

- Le consentement de l'incapable majeur
- La protection de l'incapable majeur
- La stérilisation sans consentement

CHAPITRE 5

La vulnérabilité du vieillard

page 42

- Le statut moral des personnes âgées vulnérables
- Maltraitance des personnes âgées
- Rôle préventif et curatif du praticien
- Prévention et vie sociale

CHAPITRE 6

La fin de vie et la protection des personnes

page 54

- Le respect de la volonté et de la dignité du patient
- La loi du 22 avril 2005 et la fin de vie
- Patient conscient et patient inconscient
- Le nouvel article 37 du code de déontologie médicale
- La mort cérébrale et la décision médicale

CHAPITRE 7

Carences et propositions

page 63

- Implication parentale
- Signalements et maltraitances
- Maltraitance et mutilations sexuelles
- L'enfant en famille d'accueil et en foyer

CHAPITRE 8

D'autres vulnérabilités

page 68

- Les populations migrantes
- Les prisonniers
- Vulnérabilité et sectes

CHAPITRE 9

Conclusions et réflexions

page 73

- Prévention de la vulnérabilité
- La faiblesse, propice à la blessure et à l'attaque
- Les accidents de la vie
- La fragilité des personnels de santé
- Droits de l'Homme et libertés fondamentales

BIBLIOGRAPHIE

page 76

L'enseignement de la médecine reste, aujourd'hui, orienté essentiellement sur la description des pathologies, de l'examen médical, des examens complémentaires à demander pour peaufiner le diagnostic et sur la thérapeutique à mettre en œuvre pour restituer au patient malade sa bonne santé : observation, entretien clinique, examen du malade, diagnostic et traitement.

La pratique médicale, en libéral comme à l'hôpital, est inscrite dans l'évolution sociale où le patient doit être considéré comme une personne, sujet de sa santé, bien informé de sa pathologie, co-décideur des soins qui lui seront prescrits, citoyen à part entière et donc porteur de droits divers dont celui de demander des comptes sur le déroulement des soins.

On pourrait donc penser que chacun peut aujourd'hui prétendre à la meilleure qualité des soins et ceux-ci étant plus savants et plus efficaces, que la profession de médecin est, désormais, un espace de réussite propre à combler professionnels et usagers.

Et pourtant les difficultés existent et sont peut être en lien avec le développement de notre société car celui-ci est source de vulnérabilité.

DÉFINITION

La vulnérabilité est liée si l'on en croit le Littré ou le Robert au fait d'être blessé, ou atteint par une affection qui rend le sujet fragile avec une moins bonne capacité de défense.

Dans notre société, aujourd'hui, la personne vulnérable est notamment, celle qui ressent ou est confrontée à un vécu d'exclusion, et ceci peut se produire dans tous les milieux et à tous les âges..

L'évolution sociale a fait d'énormes progrès, tant matériels qu'organisationnels et cependant ces mêmes progrès creusent l'écart entre les uns et les autres, la richesse des uns rend la pauvreté des autres plus cruelle, le travail des uns rend le chômage ou l'inadéquation des autres encore plus remarquable, les droits sociaux et la solidarité stigmatisent les aidés et les aidants.

La médecine s'est diversifiée et spécialisée dans une médecine d'organe, de plus en plus discriminante quant au diagnostics et aux traitements, voyant fleurir les sous spécialités.

La société elle aussi est devenue de plus en plus discriminante pour mieux répondre aux catégories diversifiées des personnes qui la composent, mais elle a ainsi enrichi son arsenal administratif et désigné des groupes de personnes pour lesquels elle reconnaît des statuts et des traitements différents. Ainsi elle désigne des titulaires aux droits multiples et différenciés, qu'il faudrait néanmoins traiter sur le même plan, eu égard à l'Égalité des droits. On est ainsi en plein paradoxe.

La réponse à cette vulnérabilité passe dans notre hexagone par des mesures administratives ou législatives pour réguler les difficultés rencontrées. Cette régulation engage des procédures multiples et diversifiées qui, si elles ont un but généreux, en quête permanente de fournir une réponse à vocation égalitaire, fraternelle et juste, n'en rencontrent pas moins des obstacles que sont la lourdeur des processus, la multiplication des instances de décision et de contrôle desdites décisions dans la mesure où très vite sont engagés des coûts et des surcoûts.

On est passé des caisses de secours et bureaux de charité (aide aux indigents non prévoyants), à l'universalité de l'aide solidaire de l'Etat social puis retour à l'assistanat d'état et à la charité pour ceux que l'on n'appelle plus indigents mais dépendants ou vulnérables.

Ainsi on demande au médecin de soigner différemment, (en tout cas dans les démarches administratives et dans le mode de paiement) les vulnérables et les autres.

Ce n'est plus lui qui diagnostique des maladies en lien avec une éventuelle vulnérabilité et qui peut, par là même, avoir un effet sur cette vulnérabilité, mais le papier CMU qui lui indique à quelle catégorie sociale il a à faire.

On note ainsi l'apparition et la construction d'une identité d'exclus (ou de désaffiliés), identité de pauvre, identité d'assisté, en lien avec les revendications qu'elle implique peu à peu et qui crée des groupes sociaux, avec une culture propre, en demande de droits particuliers, par exemple sur le logement et la santé

Indigents, invalides, pauvres, démunis, exclus, précaires, vulnérables, ce dernier terme arrive historiquement après les précédents.

I - L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE EN FRANCE

Montre une préoccupation concernant les indigents et la nécessité qui s'impose de leur prise en charge.

- L'hôpital st Louis est créé sous Henri IV pour les mendiants, invalides et prostituées.
- Théophraste Renaudot crée le Mont de piété et les lères consultations gratuites pour les pauvres, les malades et les indigents 1586 –1603.
- Sous Louis XIV est construit les Invalides pour les indigents.
- La loi du 28 novembre 1796 est une loi d'assistance obligatoire : les bureaux de charité ou de bienfaisance prennent en charge les infirmes, les vieillards et les incurables.
- Les dispensaires sont créés en 1895
- En 1949 l'Abbé Pierre fonde la Communauté d'Emmaüs
- En 1953 est créée l'Aide Sociale
- En 1954 l'Abbé Pierre lance son appel à radio Luxembourg pour venir au secours des Sans Abris qui meurent de froid dans les villes
- En 1956 le Père Joseph Wresinski s'émeut des pauvres qui vivent dans la rue et crée en 1957 une association qui deviendra ATD ¼ monde. A Paris place du Trocadéro est inaugurée une plaque rappelant les Droits de l'Homme
- En 1996 est décrétée l'année internationale pour l'élimination de la pauvreté, l'OMS se donnant de 1997 à 2006 pour obtenir ce résultat.

Sur le plan hospitalier, la loi du 10 janvier 1849 institue l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris qui succède au Conseil général des Hospices Civils créé en 1801 et qui a pris le relais des institutions de charité de l'Ancien Régime

Les Hospices ont pour vocation d'accueillir tous ceux que l'indigence, les maladies incurables, et la vieillesse mettent hors d'état de subvenir à leurs besoins

Jusqu'à la loi de 1941, les hôpitaux sont réservés aux malades dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond de ressources. Ils y sont soignés gratuitement. Au XIXème siècle, l'hébergement est organisé essentiellement pour des longs séjours, les malades en salles communes, selon leur sexe relèvent d'une discipline stricte : horaires, silence, mesures contre les malades indisciplinés.

Cet hôpital pour les pauvres devient aussi au XIXème siècle un lieu privilégié pour l'enseignement de la médecine. La rencontre de ces 2 fonctions de l'hôpital constitue le point de départ de l'essor de la médecine clinique parisienne et enclenche la progressive médicalisation de l'hôpital.

La loi de 1941, en ouvrant les hôpitaux publics à l'ensemble des citoyens, rompt avec la tradition de l'hôpital charitable.

La Sécurité Sociale (1945) apporte à l'hôpital des ressources importantes et rend sa mutation possible : lieu de soin, d'enseignement qui sera consacré par la réforme Debré (décembre 1958) créant les CHU.

II - REGARD SOCIOLOGIQUE

Un bref historique du rôle du travail à travers les siècles donne un relief et un paysage à la vulnérabilité des personnes aujourd'hui.

Le travail a longtemps été un régulateur social qui conférait une identité et une place dans la société.

La « corvée » du Moyen Age se transforme en une liberté du travail permettant de s'émanciper puis de s'organiser en « métiers » facteurs d'identité, le patrimoine n'est plus la seule référence : il y a le travail et la propriété.

C'est la Révolution Française qui espérait traiter la question sociale par l'économique, libération du marché et du travail, jusqu'à la Révolution Industrielle.

La société salariale voit son avènement à partir de 1945 où l'Etat Social garantit une protection sociale généralisée, maintient les grands équilibres et pilote l'économie. Ainsi naît entre autres le SMIC.

Le système de protection sociale semblait avoir surmonté la vulnérabilité de masse que l'industrialisation capitaliste avait créée.

Le capitalisme international, cherchant le profit pour le profit, remplace le capitalisme industriel, créateur d'emploi ; La naissance d'une précarité durable et touchant des populations de plus en plus importantes devient une question sociale qui, si elle se pose explicitement sur les marges de la vie sociale, n'en met pas moins en question l'ensemble de la société» R Castel.

Cette précarité sociale entraîne des besoins médicaux supplémentaires.

III - LA RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION

Nous sommes dans le paradoxe, au plan médical, de pathologies de plus en plus maîtrisées et de patients de plus en plus nombreux et vulnérables tandis que les médecins sont eux-mêmes pris dans la spirale d'une activité professionnelle codifiée dans ses heures de travail et de repos compensateurs : références européennes obligent, et enrichie, néanmoins, de démarches administratives pour prendre en compte cette vulnérabilité.

Celles-ci vont l'amener à de nombreuses concertations, certifications, au-delà de la rencontre avec le patient.

Or, ce qui rend le patient vulnérable c'est notamment de se vivre exclu dans son parcours administratif et thérapeutique : ainsi le médecin lui aura consacré beaucoup de temps et le vécu du patient sera celui d'un entretien singulier avec son médecin bien trop bref !

L'importance accordée à l'obligation d'information du patient concomitante de la multiplicité des procédures elles-mêmes, augmentées par les performances techniques (exemple : l'échographie), concourent au climat de vulnérabilité réciproque médecin – malade.

La naissance d'un petit prématuré de 500g va poser le problème de sa réanimation et de sa survie, décision qui sera prise en concertation avec l'obstétricien et les parents, traumatisés par la situation.

Plus tard, il faudra partager dans la petite enfance ce qu'il est bien de dire ou de ne pas dire pour permettre à l'enfant atteint d'un cancer de se soigner, d'être vivant jusqu'à sa mort, de prendre en compte la souffrance des parents et la réactivité des frères et sœurs de l'enfant.

A l'âge adulte, la nécessité d'une intervention chirurgicale sera accompagnée du listing des risques de l'intervention proprement dite additionnés de ceux de l'anesthésie. Ceci accroît le climat d'anxiété et donc la vulnérabilité du sujet. Au plan économique, le principe de précaution amène éventuellement à faire un nombre exorbitant d'examen complémentaires pour être sûr de ne pas passer à côté d'une pathologie associée.

Donner au patient la possibilité d'intervenir dans son traitement et d'y participer permet manifestement une meilleure alliance thérapeutique avec le médecin mais parfois augmente

les angoisses et donc la vulnérabilité là où il aurait sans doute préféré faire confiance au « bon docteur » et le suivre les yeux fermés

Enfin la concertation en fin de vie avec la famille autour de la réanimation du patient est, à la fois une avancée dans l'éthique et l'élaboration de ce qu'est la vie et la mort mais en même temps peut être source de vulnérabilité pour le conjoint restant et nécessite parfois un suivi psychologique de la famille : au traumatisme de la mort de l'être aimé s'ajoute la culpabilité d'y avoir contribué.

Les dernières mesures législatives en ce qui concerne le DMP et la possibilité pour le patient qui en est le propriétaire de masquer certaines informations, si cela constitue un droit légitime, puisque c'est le patient qui dispose de son dossier, peut néanmoins constituer pour lui une perte de chance dans le parcours de sa santé.

Là encore l'avancée certaine d'un outil propre à responsabiliser le patient, à lui éviter les redondances des examens répétitifs en lieux multiples, s'accompagne d'une charge supplémentaire et va nécessiter un surcroît d'information pour en encadrer la réalisation et créer des clivages entre ceux qui sauront gérer de façon positive cette nouvelle donne et ceux qui seront dépassés par l'outil et confrontés à une vulnérabilité supplémentaire.

Mais a contrario la mise en usage du même outil peut devenir progressivement aussi habituel que l'usage de l'ordinateur introduit dans notre quotidien.

IV- LA DÉCLINAISON DU SUJET EN LIEN AVEC LA LÉGISLATION

Après ce préambule, un peu long, mais dont le but est aussi d'amener une réflexion sur l'aspect global de la vulnérabilité dans son rapport à la médecine mais aussi à la société, vont être déclinées les catégories réglementaires qui permettent pour un patient et son ou ses médecins de faire face aux problèmes spécifiques rencontrés dans les phases successives de la vie.

Ainsi, passant du sujet Handicapé, mineur et adolescent, à l'Incapable majeur adulte, nous étudierons les problèmes de maltraitance du vieillard, de la femme et de l'enfant, pour regarder de plus près la problématique spécifique des prisons et des sectes avec un regard affiné sur l'article 37 du Code de déontologie, et les situations du patient en fin de vie.

Ceci nous amènera à une série de réflexions qui permettront une conclusion temporaire, les évolutions sociétales risquant d'enrichir le sujet au fil et à mesure que la législation répondra ponctuellement à d'autres problèmes spécifiques ultérieurement répertoriés.

François-Régis CERRUTI

La protection de la santé des mineurs est un objectif essentiel, non seulement pour les parents, titulaires de l'autorité parentale, mais aussi pour l'Etat qui met en oeuvre un certain nombre d'actions à cette fin, en harmonie avec le corps médical et les acteurs de santé.

1 - LES SOINS AUX ENFANTS

Il importe d'apporter, au préalable, deux définitions fondamentales :

- L'enfant : au sens de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant : « *Un enfant s'entend de tout être humain, âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable.* »
- Le mineur : depuis la loi du 5 juillet 1974; l'article 386 du Code civil rapporte : « *Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe, qui n'a point encore l'âge de 18 ans accompli* ».

Lorsqu'un enfant est malade, les parents ou ceux qui possèdent l'autorité parentale, ont le devoir de prendre soin de lui, et le font en général très naturellement. S'ils manquaient à cette obligation, ils pourraient faire l'objet de poursuites devant les Tribunaux pour mise en péril de l'enfant. Pour leur permettre de satisfaire à cette obligation, la loi a prévu la possibilité de demander à bénéficier d'un congé parental non rémunéré sous certaines conditions, ce qui est admis par le Code du Travail.

Chargés d'assurer la protection de la santé, ce sont les parents qui décideront du médecin traitant et du traitement à suivre ; c'est par leur intermédiaire que le mineur bénéficiera de la protection sociale. Les parents sont ainsi libres du choix du médecin traitant, ce choix ne posant guère de problème car ils ont souvent recours au médecin de famille, au médecin auquel les parents sont eux-mêmes habitués, et en qui ils ont entière confiance.

Les parents peuvent être séparés ou divorcés, et s'il existe un vrai conflit, c'est le Juge aux Affaires Familiales qui sera saisi et qui déterminera quel médecin est le médecin traitant du mineur.

En revanche, si le mineur veut aller consulter un médecin sans la présence de ses parents, il le peut. En effet, il peut vouloir consulter un médecin pour lui parler de problèmes dont il craint de s'ouvrir avec ses parents, qu'il s'agisse de problèmes psychologiques, sexuels, mais aussi de maltraitance de la part de son entourage.

- **L'obligation d'informer les parents, et le secret médical**

Les titulaires de l'autorité parentale, et le plus souvent les parents, doivent être informés par le médecin de son état de santé. Cette obligation d'information s'applique à tous les médecins, de toutes les spécialités, et demeure délivrée en principe à l'occasion d'un entretien avec le mineur et ses parents.

Cette information est essentielle, car elle est le moyen de faire comprendre quelle est la thérapeutique envisageable, mais aussi permet au mineur de poser différentes interrogations.

L'article L- 1111-2 du Code de la Santé Publique précise :

- *« Les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale et par le tuteur. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information, et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité. »*

Par exception, si la situation est grave et si l'enfant refuse que ses parents soient mis au courant de son état de santé, le médecin devra essayer de convaincre l'enfant de les avertir. Si le mineur s'obstine toutefois, le médecin pourra décider de ne pas informer les parents. C'est une mesure qui reste rare, parce que d'une part, elle ne peut concerner que les mineurs suffisamment murs pour adopter seuls de telles décisions, d'autre part, parce que le médecin est toujours libre, malgré l'opposition du mineur, d'informer les parents.

- **La communication du dossier médical du mineur**

Les titulaires de l'autorité parentale peuvent ainsi accéder au dossier médical de l'enfant, c'est-à-dire aux documents retraçant toutes les informations concernant soins ou examens subis par le mineur. C'est un dossier qui demeure très complet, et il peut être utile pour les parents de demander à le consulter avec l'aide d'un médecin pour éviter tout contresens qui pourrait les conduire à prendre une décision erronée sur le traitement envisagé.

Il existe des règles particulières qui font exception à cette obligation d'information en ce qui concerne la sexualité (voir infra).

A cet effet, l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, rappelle :

- *« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L.1111-5 (voir infra) dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. »*

- **Le secret médical protège le mineur**

Les médecins sont tenus, nous le savons bien, du fait de la nature de leur fonction, au secret professionnel : ce secret s'applique vis-à-vis des tiers, à l'exception des parents, qui doivent être tenus dans la majorité des cas informés de l'état de l'enfant ou du mineur. Quelques exceptions à la divulgation de ce secret sont liées à la sexualité de l'enfant ou du mineur.

En effet, comme l'implique notre Code de Déontologie Médicale dans son article 4, le secret couvre non seulement ce qui a été confié par le mineur, mais aussi ce que le praticien a pu voir, entendre ou comprendre. La sévérité de l'article 226-13 du Code Pénal s'applique aussi aux informations relatives à l'enfant ou au mineur.

Dans quelques cas très précis (contraception) le médecin peut être soumis à l'obligation complète de secret médical, même vis-à-vis des parents du mineur.

Toutefois, dans deux cas, la loi permet de faire exception au principe du secret professionnel, en référence à l'article 226-14 du Code pénal :

- En cas de privations ou de sévices, y compris de sévices sexuels qui sont imposés au mineur de moins de quinze ans ;
- Lorsque le médecin constate que les sévices, qui peuvent être de nature sexuelle, ont été imposés au mineur.

2 - CONSENTEMENT DU MINEUR AUX SOINS

Il importe de rappeler l'article L. 1111-4 du Code la Santé publique rapportant :

- *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment*
- *Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.*

Lorsque le mineur ou l'enfant est malade, il est conduit par ses parents chez le médecin qui l'examine, lequel propose ainsi un traitement. Selon l'âge du mineur, le médecin va tenter d'obtenir l'accord de l'enfant pour pratiquer et poursuivre ce traitement.

- Si, par exemple, le mineur est âgé de quatorze ou quinze ans, le médecin doit réellement essayer d'obtenir l'accord du mineur en raison de son degré de maturité.
- Toutefois, quel que soit l'âge de l'enfant, le principe est que ce sont les parents qui décident du traitement que l'enfant va suivre. L'accord de l'enfant n'est pas essentiel pour choisir le traitement, mais il doit être systématiquement recherché par le traitant.
- En cas de désaccord entre l'un ou les parents, ou les parents et l'enfant lui-même, c'est le Juge aux Affaires Familiales qui sera saisi.

Exceptionnellement, et dans l'intérêt de l'enfant, le médecin peut se priver de l'accord des parents, selon deux critères très particuliers.

L'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique précise que : « *dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables* »

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

Dans le cas de décisions très graves concernant la préservation de la santé de l'enfant, si l'enfant s'oppose à ce que les parents soient informés et ce malgré les efforts du médecin pour le convaincre d'informer ses parents, alors, les parents pourront ne pas être tenus informés et le médecin pourra décider d'appliquer le traitement.

C'est une exception très rare puisqu'il faut que la décision soit grave et que le mineur ait atteint un degré suffisant de maturité. Par ailleurs, le médecin peut informer les parents alors, même si le mineur s'y oppose.

3 - MISE EN PÉRIL DES MINEURS ET PRIVATIONS DE SOINS

Les parents ou les tuteurs sont titulaires d'un ensemble de droits et d'obligations dans l'intérêt de l'enfant. Si les parents sont négligents, et s'ils ne prennent guère suffisamment soin de leur enfant, ils peuvent faire l'objet de mesures d'aides ou même d'assistance éducative, mais parfois éventuellement de sanctions, comme le retrait partiel ou total de l'autorité parentale.

Ainsi le Code Pénal demeure formel, signalant que :

« Le fait par un ascendant légitime naturel ou adoptif ou toute personne exerçant l'autorité parentale sur un mineur de quinze ans de priver celui-ci d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, reste puni de sept ans de prison et de 100.000 euros d'amende ».

Cette application demeure rigide et sévère : cependant, il faut que la faute soit volontaire, et que cette faute conserve un degré de certaine gravité, visant à compromettre de façon durable la santé de l'enfant.

Sont assimilables à cette mise en péril, les quelques éléments suivants :

- Le fait pour certains parents de laisser errer leur enfant de moins de six ans sur la voie publique et dans les transports en commun, avec incitation du mineur à la mendicité ;
- L'exploitation de l'image du mineur à des fins pornographiques ;
- L'abus de la situation de faiblesse du mineur ;
- Ou bien, la corruption de la morale du mineur.

4 - L'AUTORITÉ PARENTALE

L'autorité des parents s'exerce dans l'intérêt de l'enfant, étant partie intégrante des droits et obligations des parents envers leur descendant.

En effet, selon le Code Civil, l'autorité parentale constitue un ensemble de droits et de devoirs gardant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Cette autorité appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne.

De plus, les parents doivent associer l'enfant aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité.

Si les parents prennent des décisions au nom de l'enfant, ils ne peuvent le faire que dans l'intérêt de celui-ci. Ils doivent essayer, en outre, de faire participer l'enfant aux décisions de sa vie, c'est-à-dire qu'ils doivent s'efforcer de ne pas prendre de décisions sans son accord, complet ou partiel.

Nous rappellerons enfin, quelques vérités dites fondamentales :

- Pour les décisions de la vie courante concernant l'enfant, les parents sont censés agir en accord l'un avec l'autre ;
- La garde et la surveillance de l'enfant restent assurées par les parents ;
- Le mineur non émancipé est domicilié chez ses père et mère, et en cas de domicile distinct, il reste domicilié chez celui des parents avec lequel il réside ;
- De plus, l'enfant conserve le droit d'entretenir des relations personnelles avec ses ascendants, la relation avec les grands-parents apparaissant le plus souvent d'une grande utilité et d'une grande nécessité ;
- Enfin, exceptionnellement, un seul des deux parents peut alors exercer l'autorité parentale.

• **La délégation de l'autorité parentale**

En dehors de la perte ou de la suppression de l'autorité parentale notamment, en cas de faute lourde, les parents peuvent désirer que l'autorité parentale soit confiée à quelqu'un d'autre qu'à eux-mêmes.

On ne peut confier l'autorité parentale, lourde responsabilité vis-à-vis de son enfant, de manière arbitraire ou de manière fantaisiste : il importe de respecter une procédure visant à garantir la protection de l'enfant.

A cet effet, rappelons que la délégation de l'autorité parentale nécessite une décision du Juge, plus précisément le Juge aux Affaires Familiales. C'est lui seul qui va pouvoir accepter de confier l'autorité parentale à une personne autre que les parents. En effet, seules certaines personnes peuvent en faire la demande. Le père ou la mère, ensemble ou séparément, peuvent, lorsque les circonstances l'exigent, saisir le Juge en vue de voir déléguer tout ou partie de l'exercice de leur autorité parentale à un tiers, que ce tiers soit membre de la famille, personne proche, personne digne de confiance, ou même un établissement agréé pour le recueil des enfants, ou un service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance.

5 - LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DES MINEURS

Cette protection couvre deux aspects : la protection des intérêts de l'enfant et du mineur, puis le contrôle de l'exercice effectif de l'autorité parentale. Par ailleurs, l'accent doit être mis sur les services spécialisés de protection des intérêts de l'enfant.

- **L'expression de l'enfant et la défense de ses intérêts**

De façon générale, le mineur peut être entendu par le Juge dans toutes les affaires le concernant.

En effet, si l'enfant est suffisamment mûr, c'est-à-dire s'il est capable de réaliser l'importance des questions qui sont en jeu, le Juge pourra décider d'entendre le mineur et de lui demander de solliciter son avis sur telle ou telle mesure.

En revanche, si le Juge ne demande pas à entendre le mineur et que celui-ci veut donner son avis, il peut demander à être entendu, et dans ce cas, le Juge devra l'entendre, sauf s'il motive sa décision contraire.

Enfin, certains textes particuliers organisent la défense des intérêts du mineur, celui-ci pouvant effectivement donner un simple avis ou parfois dans des cas très spécifiques apporter son plein accord, notamment dans le cas d'une adoption au-delà de l'âge de 13 ans.

De plus, les mesures d'aide à l'enfance ou d'assistance éducative, sont ainsi décidées par le Juge des Enfants, permettant de contrôler l'exercice de l'autorité parentale, ou même de confier l'enfant à des services administratifs pour disposer de mesures d'assistance plénière.

- **Les services de protection des mineurs**

Le service de l'Aide Sociale à l'Enfance, consacré par le Code de l'Action Sociale, est un service dont la mission essentielle est de venir en aide aux enfants et à leur famille, par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance. Il faut rappeler d'ailleurs, que selon le préambule de la Constitution de 1946, l'Etat garantit notamment à l'enfant la protection de sa santé.

L'Aide Sociale à l'Enfance s'adresse à des mineurs confrontés à de graves difficultés sociales, ou présentant des risques d'inadaptation sociale, devant proposer des interventions adaptées à chaque situation par des actions individuelles ou des actions collectives.

Rappelons une innovation intéressante de la République, conformément à la loi du 6 mars 2000 : en effet, cette loi a créé le défenseur de l'enfant qui demeure une institution très récente.

Le défenseur de l'enfant chargé de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant reçoit des réclamations individuelles, disposant de missions relativement élargies, de nombreuses personnes physiques et morales pouvant alors s'adresser au défenseur de l'enfant dans le but de faire appliquer les décisions relatives aux droits fondamentaux de l'enfant mineur.

6 - LE MINEUR ET L'ALCOOL - LE TABAC - LES DROGUES

L'objectif de protection de la santé des mineurs a imposé la rédaction de mesures particulières visant à le protéger contre l'alcool, le tabac et les drogues.

Le médecin praticien peut intervenir pour des actes de prévention, de traitements ou de simples conseils avisés

- **Le mineur et l'alcool**

L'alcool présente des dangers pour les mineurs qu'il est important de connaître, chacun d'entre-nous disposant d'une abondante information à leur destination. En effet, la consommation d'alcool chez l'enfant peut être dangereuse pour sa santé pouvant entraîner des troubles graves et parfois irréversibles.

Ainsi, la vente d'alcool aux mineurs demeure très réglementée, l'accès des mineurs aux débits de boissons étant limité par la loi.

L'information des mineurs sur les risques liés à l'alcool a été détaillée par une circulaire du 20 septembre 1999 émanant du Ministère de l'Education Nationale.

La protection des mineurs contre les risques est d'abord assurée par les parents eux-mêmes, par la mise en garde du mineur contre les risques d'alcoolisme : dépendance, risques d'accidents, effets délétères sur la santé.

Cette information des mineurs sur les risques de l'alcool est également donnée par l'intermédiaire des médias, notamment lors de différentes campagnes de publicités, parfois mise à disposition dans les pharmacies, les centres de loisirs, ou au sein d'associations.

La restriction de la vente d'alcool aux mineurs est rapportée par l'article L.3342 du Code de la Santé Publique, tandis que pour des mineurs de moins de seize ans, ces derniers ne peuvent absolument pas acheter ni recevoir gratuitement des boissons alcoolisées.

Enfin, l'alcool demeure plus dangereux pour les mineurs que pour les majeurs, car plus influençables, avec tendance au laisser-aller, à la négligence, et à consommer de façon excessive l'alcool s'ils y sont incités.

Il est interdit d'inciter un mineur à consommer de l'alcool, la transgression de cette interdiction étant soumise à de lourdes peines.

- **Le mineur et le tabac**

L'information sur les risques liés au tabac s'effectue dans les mêmes conditions que celle sur les risques liés à l'alcool : les parents jouent ainsi un rôle de premier plan, les médias, les associations et l'école pouvant jouer également un rôle déterminant.

A cet effet, la réglementation de la publicité en faveur du tabac à l'occasion des manifestations sportives garde pour but la préservation des mineurs.

Toutefois, une loi récente de 2003 visant à interdire la vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans, semble cependant rester lettre morte...

Les locaux scolaires font l'objet de règles très précises déterminées par les dispositions du Code de la Santé Publique, car dans les collèges et les lycées l'interdiction de fumer s'étend en principe à tous les lieux fréquentés par les élèves et pendant la durée de cette fréquentation... Il existe toutefois, dans des lycées, si les locaux peuvent être distincts, des salles pouvant être mises à la disposition des lycéens fumeurs.

- **Le mineur et les stupéfiants**

Nous savons tous que les risques liés aux drogues sont particulièrement importants. Il existe toute une série de drogues différentes qui sont parfois banalisées dans l'esprit des mineurs parce qu'elles se présentent sous la forme de pilules, comme parfois sous forme de médicaments, certaines autres drogues présentant l'image de drogues dites naturelles...

Or, quelle que soit la forme dans laquelle elle se présente, une drogue constitue toujours un risque pour le mineur, sa consommation pouvant conduire à des états pathologiques dramatiques, des hallucinations pouvant être particulièrement morbides, voire au suicide.

L'information des mineurs sur les risques liés aux drogues est assurée par les parents, l'école, les services de santé, les médias, ainsi qu'un certain nombre d'associations très actives.

En droit pur, on ne parle pas de drogues mais de stupéfiants, qui conduisent à une classification très simplifiée regroupant les stimulants du système nerveux, les déprimeurs, les opiacés, les hallucinogènes, etc, etc...

La consommation de stupéfiants demeure interdite, sauf nécessité médicale : la personne qui incite le mineur à consommer de la drogue risque de lourdes peines pénales, et le fait de vendre des produits qui sont considérés comme des stupéfiants, et même de les fournir, demeure considéré comme un acte de trafic de stupéfiants entraînant des poursuites très lourdes.

Drogue Info-service : n° vert 0 800.23.13.13 - Ecoute Santé : 0 800 150 160.

7 - ATTEINTES SEXUELLES ET PROSTITUTION - LE TOURISME SEXUEL

Nous rappellerons que lorsqu'un mineur de moins de quinze ans a une relation sexuelle avec un adulte, la personne majeure peut faire l'objet de poursuites.

- **La prostitution des mineurs**

La loi pénale est formelle : le fait de procéder publiquement au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles, ainsi que le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle de la part d'un mineur se livrant à la prostitution, est puni de lourdes peines d'emprisonnement.

De plus, si un mineur se prostitue, il peut faire l'objet de poursuites, le client pouvant, en outre, faire l'objet de sanctions particulièrement lourdes.

Nous rappellerons que depuis la loi de Santé Publique du 4 mars 2002, les sanctions pénales relatives à la prostitution des mineurs ont été alourdies.

Ainsi, la loi pénale détaille avec une relative clarté mais une nette sévérité, l'exhibition sexuelle (ancien outrage public à la pudeur), les attouchements sur mineurs, le viol, l'inceste, de même que les fameuses tournantes : ainsi, le viol commis sur un mineur de moins de quinze ans, conduit à des peines de réclusion particulièrement lourdes.

Enfin, signalons que la protection des mineurs victimes d'infraction sexuelle demeure renforcée tout au long de la procédure pénale, par l'intermédiaire du Procureur de la République qui peut désigner une personne chargée de protéger les intérêts du mineur.

- **Le Tourisme Sexuel**

Nous le verrons plus en détail, mais les accords internationaux composés et imposés par l'Organisation des Nations Unies, ont unanimement incité les Etats signataires à développer la protection contre les abus et les sévices sexuels.

En effet, l'article 34 de la Convention Internationale précise que les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violences sexuelles,

De plus, l'exploitation sexuelle consiste à utiliser un mineur comme "objet sexuel" par exemple en prostituant un enfant, le forçant à des relations sexuelles parfois, pouvant conduire au viol.

Ainsi, en accord avec les accords internationaux, la loi française demeure extrêmement sévère. Le fait d'être client à l'étranger d'un mineur qui se prostitue peut aussi faire l'objet de poursuites en France : le Tourisme Sexuel, tel que les médias l'ont appelé, peut être donc puni directement par la loi française.

SOS enfance maltraitée : 119 ou bien 0 800.50.41.41

8 - LA CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT

C'est le 20 novembre 1989 que l'Assemblée Générale des Nations Unies (ONU) a adopté la Convention Internationale des Droits de l'Enfant qui reconnaît aux enfants des droits fondamentaux.

Plus de cent quatre vingt onze pays ce sont actuellement engagés à l'appliquer, puis en France le Parlement a décrété la date du 20 novembre comme journée internationale de défense des droits de l'enfant. Rappelons cependant, que la loi française applique déjà un grand nombre de ces principes, qu' il importe toutefois d'énumérer :

- La définition de l'enfant : au sens de la présente convention : un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix huit ans sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.
- Le droit à la non discrimination et le droit au bien-être.
- Le droit "d'avoir ses droits", concernant les droits économiques, sociaux et culturels.
- Le droit des parents d'assurer le développement de l'enfant.
- Le droit à la vie : en effet, les Etats parties reconnaissent que tout enfant à un droit inhérent à la vie,
- Le droit à une identité et à la protection de celle-ci : lorsqu'un enfant naît, il a droit à un nom et à une nationalité.
- Le droit de vivre avec ses parents, ainsi que le droit au regroupement de la famille.
- La lutte contre les enlèvements d'enfants notamment, en matière de divorce intervenant au sein de couple de double nationalité ;
- La liberté d'opinion de l'enfant dans sa condition d'enfant, ainsi que la liberté de s'exprimer.
- La liberté de penser ce que l'on veut, les Etats respectant le droit de l'enfant à la liberté de penser certes, mais aussi de conscience et de religion.
- La liberté d'association, ainsi que la liberté de réunions pacifiques.
- La protection de la vie privée et de l'honneur,
- Le droit à l'information.
- La responsabilité des parents appartient aux parents, s'appliquant lors de l'éducation de l'enfant et l'assurance de son développement.
- Le droit de ne pas être maltraité, conduisant à une protection spécifique de l'enfant contre toute forme de violence, de brutalité physique ou mentale, ainsi que de mauvais traitements.
- Le droit d'être protégé même en dehors de la famille, ainsi que le droit à l'adoption.
- Les droits des enfants réfugiés ainsi que les droits de l'enfant handicapé
- Le droit à la santé (voir supra).
- Le droit à la Sécurité Sociale et à un niveau de vie suffisant.
- Le droit à l'éducation ainsi qu'aux objectifs de cette éducation.
- Le droit des enfants issus de minorité.
- Le droit aux loisirs, reconnaissant ainsi à l'enfant le droit au repos, aux jeux et aux activités récréatives propres à son âge
- Le droit de ne pas être exploité et d'être protégé contre les drogues.
- La protection contre les abus et les sévices sexuels, le mineur n'étant pas un objet et devant être protégé contre toute forme d'exploitation.

- Le droit de ne pas être torturé ni privé de liberté.
- Le droit d'être inséré dans la société.
- Les droits des enfants en cas de guerre.
- Le droit d'être réinséré dans la société, s'appliquant lorsque l'enfant est victime de toute forme de négligence, d'exploitation, de sévices, de tortures ou de traitements cruels inhumains ou dégradants.
- Le droit des mineurs face à la justice, les Etats devant reconnaître le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser le sens de la dignité et la valeur personnelle de l'enfant.

Par ailleurs, ces dispositions détaillées et qualifiées constituent l'article 40 de cette convention, article majeur s'il en est, comportant des principes judiciaires applicables aux enfants tout d'abord, fait fondamental que la priorité doit être donnée à la réinsertion de l'enfant.

Nous rappellerons enfin, que la Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant est, comme son nom l'indique, un texte international, c'est-à-dire applicable dans tous les pays qui en furent signataires.

François-Régis CERRUTI

La santé de l'adolescent est devenue une priorité déclarative de Santé publique pour les acteurs de santé et les structures médicales et sociales.

S'il est incontestable que cette période troublée du passage à l'âge adulte, s'échelonnant sur plusieurs années, demeure pleine de fragilité et de situations de vulnérabilité, nous nous accorderons cependant sur plusieurs orientations.

- La santé de l'adolescent n'est pas uniquement l'affaire du médecin et l'organisation de soins implique une démarche qui décloisonne à la fois le médical, le social, l'éducatif et principalement le parental.
- L'adolescence n'est pas un état pathologique temporaire
- Les maladies de l'adolescence ne sont pas uniquement d'ordre psychiatrique, et l'implication et la formation de tous les médecins à la prise en charge des adolescents est indispensable
- Certaines pathologies ont fait l'objet d'accords professionnels de prise en charge par l'intermédiaire des conférences de consensus : tentatives de suicide, ivresse aiguë, etc...
- La loi hospitalière a fait une place importante aux soins de l'adolescent en introduisant la notion de confidentialité et d'autonomie, et en réaffirmant les conditions spécifiques d'accueil des adolescents
- Enfin, la spécificité nécessaire des programmes de prévention est maintenant unanimement reconnue, même si ces programmes demeurent d'application délicate et aléatoire.

1 – L'ADOLESCENT ACTUEL

L'adolescence c'est le temps merveilleux de la métamorphose physique et psychique ...

C'est l'éveil d'une sexualité qui entraîne un changement de l'image que le jeune a de lui-même, de l'image des autres et de celle de son système relationnel. C'est le besoin d'étonner, c'est l'affirmation de soi intense, parfois l'envie de gloire, et la rencontre d'une angoisse.

C'est la grande époque de la sensibilité, de la fragilité, donc la rencontre sournoise d'une extrême vulnérabilité : Françoise Dolto disait que « c'est un homard qui perd sa carapace ».

A cette époque, le corps se fixe, le caractère aussi, et l'arrivée des hormones sexuelles agit sur le centre émotionnel du cerveau, créant ainsi une véritable poudrière d'émotions : c'est le véritable déferlement sensoriel.

Ainsi, apparaissent à cette époque des risques majeurs :

- Se réfugier dans le monde des rêves, avec tendance à l'addiction
- Contester, voire rejeter la société qui ne permet pas ces rêves
- Rentrer dans les cases prévues par les adultes

- **· Le corps de l'adolescent**

Objet transitionnel entre l'adolescent et le monde, c'est le signe de son appartenance à une famille, à un groupe, et peut-être un langage, en tout cas son champ de bataille.

- Les défenses de l'adolescence sont représentées par l'intellectualisation pour mieux contrôler ses pulsions, parfois l'ascétisme, parfois le clivage avec brusque passage d'un extrême à l'autre, mais aussi la passivité ou la résistance, l'imaginaire avec ses limites, enfin les attitudes négativistes, parfois même un état dépressif.
- La santé de l'adolescent se place comme fragile équilibre entre l'individu et son entourage. C'est une période de reviviscence des conflits intra-psychiques, la naissance d'un véritable contentieux vis-à-vis des parents et en général vis-à-vis des soignants.
- L'adolescent et son médecin : le médecin traitant semble alors choisi par le jeune pour sa personnalité. Il incombe au médecin traitant de donner alors à l'adolescent les critères pouvant l'aider à évaluer sa santé et ses risques. De nombreux adolescents préfèrent ainsi que le médecin traitant garde l'initiative et conserve la qualité de l'information ...

Nous soulignerons enfin, que la première mission de prévention pour un soignant, est d'établir une bonne relation avec l'adolescent, c'est-à-dire, avoir une relation directe avec lui, sans aucune complicité parentale, et reconnaître sa personnalité, son angoisse, sa fragilité.

2 – LA CONSULTATION ET L'INFORMATION DE L'ADOLESCENT

C'est le grand moment de l'écoute, du dialogue, de la création d'un réel compagnonnage.

Il importe de respecter les règles de l'écoute neutre, bienveillante, sans séduction, ni démagogie, sans aucun paternalisme ni moralisation, sans chantage ni mensonge : c'est une réelle conduite d'authenticité.

Le praticien doit voir en même temps l'enfant qu'il est encore, et l'adulte qu'il commence à être : il importe de sécuriser c'est-à-dire d'accepter l'autre sans rupture et sans chantage et de le responsabiliser par l'explication lucide et l'information franche et plénière.

Nous retiendrons, à ce stade de la consultation, la véritable alliance thérapeutique permettant la mise en place d'un lien de confiance avec expression de la parole de l'adolescent, prise en compte du discours médical par ce dernier, et pour permettre au jeune de retrouver son langage, de se protéger, selon sa propre mais changeante personnalité.

- **L'adolescent et son accompagnant**

La gestion du tiers apparaît difficile et fort délicate, car il importe de savoir si elle émane de l'adolescent lui-même, si la demande du tiers est patente, si la consultation est imposée par le tiers, la situation familiale ne pouvant être toujours bien connue de la part du praticien.

De plus, l'absence d'un tiers peut faire défaut lors de la négligence trop fréquente des parents ou lors de l'apparition de problèmes médicaux graves, demandant et imposant l'accord des parents.

Dans le cas particulier d'un acte nécessaire pour sauvegarder la santé d'un adolescent, si ce dernier lucide et conscient, s'oppose expressément à ce que les titulaires de l'autorité parentale soient informés, le médecin est tenu au secret. Cependant, dans cette situation, le médecin peut lui-même effectuer l'acte de son propre chef après s'être efforcé d'obtenir le consentement du mineur, et le mineur doit être accompagné alors d'une personne majeure, cette dernière ne pouvant seule consentir exclusivement à l'acte médical sans l'accord impératif de ceux qui détiennent l'autorité parentale, en dehors des dérogations qui seront exposées ultérieurement.

3 – LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Rappelons que, sauf en cas d'urgence, un médecin ne peut donner des soins à un mineur sans l'accord préalable des parents. Des dérogations à ce principe général existaient déjà pour le recours à la contraception ou à l'IVG. De plus, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, a instauré une autonomie médicale des mineurs qui peuvent garder le secret à l'égard de leurs parents pour des interventions nécessaires à la sauvegarde de leur santé.

Légalement, et ce jusqu'à l'âge de 18 ans résolu, le consentement aux soins est donné par les parents qui détiennent l'autorité parentale, ensemble de droits et de devoirs gardant pour finalité l'intérêt de l'enfant et de l'adolescent (article 371 du Code civil). Les nouvelles dispositions législatives précisent, en outre, que les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité, voire son degré de discernement.

Ceci entraîne de très nombreuses interrogations, car qu'en est-il des critères qualitatifs et quantitatifs de l'état de maturité, comme d'une capacité de discernement ?

Par ailleurs, les dispositions réglementaires prévoient, en outre, que les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information, et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité, ce qui représente pour le praticien une tâche ardue, complexe, nécessitant savoir-faire et compétence.

Enfin, le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. L'article 42 du code de déontologie médicale, prévoyait déjà, que « si l'avis de l'intéressé peut-être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible ».

Toutefois, avec adresse et lucidité, le médecin doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation médicale à tout acte complémentaire de nature interventionnelle.

Le médecin doit-il s'assurer que la personne accompagnant un adolescent pour des soins, est bien autorisée à prendre les décisions le concernant ?

Il est parfois estimé et admis que les médecins n'ont pas à procéder à la vérification de l'identité de leur patient ou des personnes les accompagnant. La jurisprudence considère que l'apparence peut tromper un médecin de bonne foi qui n'engage pas ainsi sa responsabilité.

Néanmoins, certaines situations peuvent conduire le praticien à douter de la véracité des déclarations qui lui sont faites, ce qui lui impose alors de demander au patient et à ses accompagnants, de justifier de leur identité. Cette précaution semble particulièrement importante lors de la rédaction de certificats médicaux, surtout quand les situations familiales sont complexes. Il faut savoir que la quasi totalité des procédures mises en œuvre dans un tel contexte, ont été initiées par un membre de la famille.

Quand les parents sont séparés, il est ainsi prudent de remettre un double du certificat à l'autre parent, même si le praticien n'a aucun contact avec lui.

4 – LA CONTRACEPTION

Il existe des exceptions à l'obligation de recueillir le consentement préalable des parents, et hors l'urgence impérative, certaines situations, comme la délivrance de contraceptifs ont été prévues et qualifiées par la loi.

- Dans le cas de contraception, la mineure peut garder le secret vis-à-vis de ses parents. Leur consentement préalable n'est pas requis pour la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptifs à une adolescente (article L 5134-1 du Code de la Santé publique). Si les parents y sont opposés, le médecin peut passer outre.
- Les centres de planification et d'éducation familiale sont habilités à délivrer gratuitement des contraceptifs aux adolescentes désirant garder le secret. Elles peuvent y bénéficier d'exams médicaux, d'analyses et d'exams de laboratoires qui restent gratuits. La contraception d'urgence, non soumise à prescription médicale obligatoire,

peut leur être délivrée à titre gratuit dans les pharmacies sur simple déclaration orale de leur âge. Elle peut leur être administrée dans les établissements scolaires par les infirmières à titre exceptionnel, dans les cas d'urgence ou de détresse caractérisés.

- Il est proposé, voire utile, parfois nécessaire, de s'entretenir avec les parents, mais l'élève peut refuser une telle démarche. L'infirmière s'assure alors de l'accompagnement psychologique de l'élève, et veille à la mise en œuvre du suivi médical.

5 – L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Pour les adolescentes mineures non émancipées, le consentement de l'un des parents ou du représentant légal à l'interruption volontaire de grossesse avant la fin de la douzième semaine, est recueilli, joint à la demande que la mineure présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

- Toutefois, depuis la loi du 4 juillet 2001, si la mineure souhaite garder le secret, le médecin peut pratiquer l'interruption de grossesse à sa seule demande. Au préalable, il doit toujours s'efforcer d'obtenir le consentement de la mineure pour que le ou les parents ou le représentant légal soient consultés, même vérifier que cette démarche a été entreprise lors de l'entretien préalable.
- Si la mineure refuse cette démarche ou si le consentement n'a pas été obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent néanmoins être pratiqués.
- Qu'en est-il de l'anesthésie ? L'anesthésiste, qui est tenu de recueillir l'accord parental pour toute anesthésie pratiquée sur une mineure hors cas d'urgence, en est-il dispensé lorsque celle-ci est liée à une interruption volontaire de grossesse pratiquée dans le secret à l'égard des parents ? A cet effet, il s'agit d'une situation fort délicate pouvant faire l'objet d'un débat juridique majeur, situation mal explicitée et insuffisamment clarifiée lors de cette pratique très spécifique de l'anesthésiologie.
- La mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix (article L 2212-17 du code de la Santé publique) et l'intégralité des dépenses de santé est alors prise en charge par l'Etat.

6 – LA MAISON DES ADOLESCENTS

S'il est admis que l'adolescence demeure un grand moment de fragilité et de vulnérabilité, avec nécessité de la construction de sa propre personnalité, il faut bien convenir que les structures hospitalières qui prennent en charge les adolescents en souffrance demeurent trop peu nombreuses.

A cet effet, il nous paraît intéressant d'évoquer la création récente par la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, à l'origine d'un concept : la maison des adolescents.

Ainsi, même si 95 % des adolescents se déclarent en assez bonne santé, les 5 % restants vivent très mal leur adolescence : le temporaire peut alors s'installer et un mal acceptable peut vite basculer vers un mal profond.

De plus, la création à Paris de la maison des adolescents permet une prise en charge pluridisciplinaire, accentuant ainsi le stade et la phase de prévention. Cette maison reste ouverte sur la ville, tout adolescent peut y passer et peut y être accueilli, sa démarche vers une médecine de qualité pouvant lui être ainsi nettement facilitée.

Cette réalisation architecturale, permet d'établir des liens en amont entre la maison des adolescents, le monde sportif ou d'éducation, les services de psychiatrie, les médecins généralistes. L'idée est ainsi de faire adhérer le maximum de professionnels de santé aux concepts de prévention, aux risques de rechute dans des états psychiatriques alarmants, en particulier lors des risques de récurrences de tentatives de suicide. Ainsi, il n'est pas admissible de laisser dans la nature des adolescents ayant tenté de se supprimer, un accompagnement apparaissant au cas par cas toujours nécessaire et indispensable.

Rappelons enfin, le développement des unités de recherches au sein de telles structures, et en particulier la Maison des Adolescents de Paris.

Une Unité de recherche en psychiatrie de l'adolescence œuvre particulièrement sur les troubles graves du comportement alimentaire, notamment l'obésité et l'anorexie mentale, les troubles anxio-dépressifs, les troubles de la personnalité, les conduites addictives avec dépendance aux substances toxiques, ainsi que les conduites délictuelles que nous rencontrons trop souvent chez les adolescents, induites par mimétisme ou même par simple entraînement.

→ LE CONSENTEMENT DE L'INCAPABLE MAJEUR

Francis MONTANÉ

D'une manière générale, le médecin est confronté :

I - A UNE CONTRADICTION PROBLÉMATIQUE ET PERSISTANTE

- Le droit absolu par le malade de refuser des soins car chacun est libre de disposer de son propre corps, de ne pas accepter des investigations, des traitements médicaux ou chirurgicaux portant atteinte à son intégrité corporelle.
- Le devoir impératif pour le médecin de soigner (c'est même sa raison d'être), et il n'est pas possible de donner des soins à celui qui les refuse donc sans consentement préalable.

**II - AVEC DEUX EXIGENCES
POUR PRENDRE EN CONSIDÉRATION LE REFUS**

- Un malade majeur et lucide
- Un patient suffisamment informé des risques encourus. Le médecin doit tout mettre en œuvre pour apporter une information claire, loyale et appropriée, tout particulièrement si la vie du patient est en péril. En outre, il lui appartiendra d'apporter la preuve qu'il a réellement informé son patient.

III - ET UNE EXCEPTION

L'obligation pour le praticien d'intervenir en cas d'urgence vitale lorsque le patient est hors d'état d'exprimer un consentement valable et après avoir si possible prévenu et informé l'entourage immédiat.

La loi du 4 mars 2002 a confirmé l'obligation d'information du patient par le médecin ainsi que le principe du consentement préalable du patient à la décision médicale.

- **Le consentement du patient à un acte médical repose sur une information** claire, loyale et appropriée qui doit tenir compte de la personnalité du patient dans ses explications et leur compréhension.

L'article L.1111-2 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 précise :

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

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

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

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

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

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

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

L'article L 1111-5 cité plus haut, concerne uniquement le mineur.

- **Le consentement du malade sous-entend qu'il peut refuser les soins**

L'article L.1111-4 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 précise :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son

dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés.

La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

Mais qu'en est-il des situations sérieuses sans pour cela entraîner a priori des conséquences graves pour le majeur incapable, dans le cas où le patient refuse les soins ?

- **La personne de confiance**

Prend ici, toute son importance. Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin-traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait dans l'incapacité de s'exprimer et de recevoir l'information nécessaire.

L'article L 1111-6 du code de la santé publique nous donne toutes les indications nécessaires.

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut-être un parent, un proche ou le médecin-traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toutes hospitalisations dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci ».

- **L'accès au dossier médical**

L'article L 1111-7 du code de la santé publique traite de ce problème, mais ne comporte aucune disposition permettant l'accès au dossier par le tuteur alors que le majeur sous tutelle a accès à son dossier !

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin ».

CONCLUSION

Les dispositions législatives imposent la recherche du consentement, dans la mesure où l'incapable majeur est apte à exprimer sa volonté.

En outre, le consentement du tuteur, qu'il est nécessaire d'informer n'est plus indispensable lorsque les risques d'entraîner des conséquences graves sont bien réels.

Bien que, à notre connaissance il n'y ait pas, à ce jour, de jurisprudence en la matière, on peut penser qu'en cas de litige, le médecin devra démontrer que le tuteur avait la possibilité de poser toutes les questions jugées nécessaires et qu'il avait reçu des réponses suffisamment claires et compréhensibles avant de prendre la décision concernant l'incapable sous tutelle.

LA PROTECTION DE L'INCAPABLE MAJEUR

Francis MONTANÉ

L'INCAPABLE MAJEUR

L'incapable majeur, par définition, ne dispose plus de toutes ses facultés. Il se trouve hors d'état d'exprimer une volonté valable. Il a donc besoin d'être protégé.

- Dans sa personne et il faudra s'assurer qu'il puisse recevoir les soins nécessaires à son état, tout en veillant à ce que les modalités de ce traitement ne mettent pas sa liberté individuelle en péril.
- Dans ses biens, en empêchant que des tiers n'abusent de sa faiblesse pour le spolier.

Les textes assurant la protection juridique de l'incapable majeur :

- La loi du 3 janvier 1968 concernant la protection de ses biens
- La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux
- Une proposition de loi visant à garantir le respect de la personne et de ses droits lorsqu'elle est placée sous tutelle ou sous curatelle a été déposé (Nicolas About, Sénateur SENAT n° 406)
- La loi n°2007- 308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs (entrée en vigueur le 1er janvier 2009).

L'ÉVENTAIL DES MESURES DE PROTECTION DE L'INCAPABLE

L'éventail des mesures de protection de l'incapable est très large. La mise en place des mesures de protection dépend principalement de la capacité du majeur. Ainsi, le rôle du médecin, dans l'évaluation de cette dernière est fondamental. Il sera consulté par le juge avant toute décision concernant la protection des intérêts de cette personne.

- Le placement sous sauvegarde de justice (articles 491 à 491-6 du code civil) est le régime le plus souple. (renvoi vers l'article L 3211- 6 du Code de la Santé publique).

Solution d'attente avant l'institution d'un des autres régimes, il est destiné à des sujets dont l'altération des facultés mentales est peu importante ou passagère.

Le malade placé sous sauvegarde de justice conserve l'exercice de tous ses droits, mais au cas où il viendrait à être abusé ou spolié, il peut demander au Tribunal l'annulation des actes qu'il a passés ou des engagements qu'il a contractés.

- Le placement sous le régime de curatelle (articles 508 à 515 du code civil) est un régime d'assistance. Il s'applique à un majeur qui sans être hors d'état d'agir lui-même a besoin d'être conseillé et contrôlé dans les actes de la vie civile et a celui qui par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté s'expose à tomber dans le besoin ou compromet l'exécution de ses obligations familiales.
- La tutelle (articles 492 à 507 du code civil) est le régime de protection le plus complet car c'est un régime de représentation continue. Ces malades totalement privés de leur capacité juridique sont en toutes circonstances et dans tous les actes représentés par un tuteur, celui-ci peut-être le conjoint ou toute autre personne désignée par le conseil de famille, un ascendant, un descendant, un frère, une sœur nommés par le juge des tutelles ou même une personne morale, c'est-à-dire un gérant de tutelle.

Procédure pour placer une personne sous tutelle

- La tutelle peut-être ouverte par la personne à protéger elle-même, son conjoint, ses ascendants, descendants, ses frères ou sœurs ou bien le curateur si la personne est déjà sous curatelle, le ministère public ou d'office par le juge lui-même.
- La requête aux fins d'ouverture désigne la personne à protéger, énonce les faits ainsi que les proches. Elle est présentée devant le Tribunal d'Instance du domicile de l'intéressé.

L'avis du médecin-traitant, ainsi qu'un certificat attestant l'altération des facultés mentales et/ou physiques, rédigé par un médecin spécialiste sont indispensables et joints au dossier.

- Le juge peut se saisir d'office sur simple avis d'un ou plusieurs membres de la famille, d'amis, du médecin-traitant ou du directeur d'établissement concerné. Il désignera à ce moment là un médecin spécialiste chargé d'examiner l'intéressé. Il peut auditionner la personne de son choix, médecin-traitant compris et demander tout complément d'information ainsi qu'une expertise médicale. Il devra se prononcer dans un délai d'un an.

Rôle des médecins

- Toutes les décisions de justice concernées par la mise en place, la modification ou la suppression des deux régimes (curatelle et tutelle) doivent être précédées d'un avis du médecin-traitant, tenant compte de l'état du malade. (Article 493 du code civil).

Cet avis peut prendre différentes formes : écrites, verbales ou même téléphoniques mais ne lie pas le juge. Cet avis sera mentionné dans le jugement, la loi déliant le praticien du secret médical dans ce cas bien précis, sa responsabilité ne pouvant être engagée en raison du contenu du certificat, même si son avis est par la suite contredit par un médecin spécialiste désigné par le juge.

En ce qui concerne l'application de l'article 493 du Code civil, le médecin-traitant est celui qui suit habituellement la personne, médecin généraliste ou spécialiste, mais le juge peut écarter ces praticiens au bénéfice du médecin hospitalier. Par ailleurs, le médecin-traitant ne peut être le tuteur du malade.

Un certificat attestant l'altération des facultés mentales ou physiques doit être établi par un médecin spécialiste.

A défaut, une personne ne peut être placée sous le régime de la curatelle ou de la tutelle.

Le médecin spécialiste pourra être un praticien choisi par la famille. Il doit cependant, figurer sur une liste d'experts établie par le procureur de la République après avis du préfet.

Il pourra consulter, sans le communiquer, le dossier médical de la personne concernée.

PROPOSITION DE LOI VISANT A GARANTIR LE RESPECT DE LA PERSONNE ET DE SES DROITS LORSQU'ELLE EST PLACEE SOUS TUTELLE OU SOUS CURATELLE

(Nicolas About, sénateur – Sénat n°406)

CONSTAT INITIAL

Conçue initialement pour protéger le patrimoine des personnes atteintes de maladies mentales, la protection juridique des majeurs est désormais largement utilisée pour assurer la prise en charge de divers «handicaps sociaux» tels que la toxicomanie, l'alcoolisme, le surendettement, la précarité,... Cette dérive a conduit à un encombrement des tribunaux qui ne facilite pas la prise en compte réelle des droits de la personne.

Les objectifs de la proposition de loi sont de :

I°) - Assurer le respect de la personne et de ses droits

Supprimer la notion d'incapable majeur et la remplacer par celle de « majeur protégé » pour souligner que la mesure du juge est recentrée sur la protection de la personne.

Rappeler les droits fondamentaux de la personne : droit au respect de citoyenneté, de ses droits, de son bien-être et de son choix de vie, ainsi qu'à une saine gestion de ses biens.

Rétablir les droits civiques de la personne. Le juge conserve la possibilité d'interdire l'inscription d'un majeur protégé sur les listes électorales mais uniquement en cas d' « incapacité absolue ». Dans cette dernière hypothèse, le majeur protégé garde la possibilité de se faire représenter pour voter par un membre de sa famille, le tuteur ou le gérant de tutelle.

II°) - Placer la personne au cœur de la procédure

Le juge des tutelles est garant du caractère strictement confidentiel des documents médicaux produits dans la procédure et qui ne peuvent être communiqués à un tiers.

Lorsque la mesure est demandée par un tiers, la personne à protéger est informée à tous les stades de la procédure, en fonction de son aptitude au discernement. Elle est entendue par le juge sauf contre-indication médicale absolue.

Réexamen obligatoire de la mesure de tutelle et curatelle, tous les 5 ans. A défaut de réexamen, le majeur recouvre de plein droit sa capacité juridique.

Possibilité d'une révision de la mesure en cas d'amélioration substantielle des facultés du majeur protégé, dûment constatée par un médecin spécialiste. Le juge pourra aussi se saisir d'office.

La personne protégée peut en cas de recours être représentée par un avocat devant la commission tripartite, composée par ailleurs du juge et de l'avocat du requérant. Une contre-expertise par 3 médecins spécialiste sera ordonnée par le juge.

III°) - Donner la priorité à la famille

Les tuteurs familiaux ont les mêmes droits et obligations que les tuteurs associatifs, hospitaliers ou privés, vis-à-vis de la personne protégée. Ils reçoivent la même formation et la même rémunération.

Les membres de la famille et les proches se voient reconnaître une priorité dans la désignation des tuteurs par le juge.

Une place centrale est reconnue d'office aux parents d'enfants gravement handicapés qui en ont assumé la charge effective et constante. Ainsi, la mise sous tutelle obligatoire des ces enfants lorsqu'ils deviennent majeurs et que les parents continuent à s'en occuper, est supprimée. Les parents gardent alors le droit de jouissance sur les biens de l'enfant Lorsque l'entretien de celui-ci est assuré à domicile un seuil minimal de dépenses courantes est défini en dessous duquel aucun contrôle budgétaire poste par poste ne sera effectué par le juge, afin de soulager la charge des aidants. Les parents auront en outre la possibilité de désigner par acte notarié la personne qui assurera la tutelle après leur mort ou s'ils se trouvent eux-mêmes dans l'incapacité juridique de l'assurer.

IV°) - Dispositions diverses

- La liste des médecins spécialistes appelés à constater l'altération des facultés mentales et corporelles de la personne, est établie chaque année par le procureur de la

République, après consultation du préfet. A cette fin, il (procureur ? préfet ?) procède à une enquête de moralité renouvelée au moins tous les 5 ans.

La liste doit mentionner obligatoirement la spécialisation des médecins. Pour être inscrits, le médecin doit justifier de l'obtention d'un diplôme reconnu par l'état. Les modalités d'obtention de ce diplôme seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

- Création d'un Comité national des tutelles, sur le modèle du Comité national d'éthique, chargé de rendre des avis et de faire des recommandations au plan national sur le fonctionnement des dispositifs de protection des majeurs.

OBSERVATIONS

Les objectifs généraux ne peuvent qu'être approuvés et la proposition apporte incontestablement de plus grandes garanties pour les majeurs protégés.

- Le réexamen périodique et obligatoire de la mesure prise en fait partie. Il ne faut pourtant pas se cacher qu'en l'état de l'encombrement des tribunaux et qui ne disparaîtra pas du fait de ces nouvelles mesures si elles sont adoptées, il n'est pas sans risque de contentieux avec les tiers notamment, de poser en principe qu'à défaut de ce réexamen, la personne retrouve tous ses droits.
- Sur le droit de vote : la disposition paraît quelque peu démagogique. On rappellera en effet que la tutelle est ouverte lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge ou lorsque l'altération des facultés corporelles empêche l'expression de la volonté.

Quant à la procuration : périodiquement la presse dénonce le ramassage des votes « orientés » dans les maisons de retraite.

- Les mesures en faveur des parents des enfants handicapés devenus majeurs sont les bien venues.
- Concernant la partie médicale de la procédure :
Le juge est désormais garant du secret des documents médicaux produits et qui ne peuvent être communiqués à un tiers. Cela signifie -t-il que le rapport demandé au médecin spécialiste sera communiqué directement au juge et non plus à la personne à l'origine de la demande de tutelle ou curatelle ? Si oui, il faudrait parallèlement lever les dispositions du code de procédure civile qui prévoient le contraire.
- La liste des médecins.

L'enquête de moralité paraît assez péjorative vis-à-vis d'une population professionnelle qui relève d'un Ordre.

De quel « diplôme reconnu par l'État » le médecin devrait-il justifier en plus de ceux qui ont permis son inscription et sa qualification ?

LOI DU 5 MARS 2007

Il a été présenté, le 28 novembre 2006, en Conseil des ministres par le Garde des Sceaux et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Ce projet de loi a été examiné à l'Assemblée Nationale le 16 janvier 2007.

Depuis le dépôt de la proposition de loi About, la situation s'est nettement aggravée.

La réforme, qui doit entrer en vigueur en 2009, est décidée pour faire face à l'augmentation du nombre de personnes sous protection juridique (700.000 personnes actuellement et un million d'ici 2010), du fait de l'allongement de la durée de vie et du développement des maladies dégénératives de type maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, la tutelle aux prestations sociales (60.000 personnes actuellement) est en constante augmentation, pour des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

En effet, avec les années la crise économique a modifié la donne : le système de protection juridique concerne de plus en plus souvent des jeunes en mal d'insertion sociale et des chômeurs de longue durée.

L'absence de logement et le surendettement participent à l'arrivée de nouveaux exclus. Les adultes protégés ont très souvent des facultés intellectuelles normales mais sont victimes des difficultés sociales, familiales et psychiques.

Le projet de loi réserve le placement sous tutelle aux personnes atteintes d'une altération mentale et renvoie la gestion des personnes en exclusion sociale aux conseils généraux, en créant une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) avec une aide à la gestion des revenus sous forme de contrat passé avec le conseil général et passage à une mesure d'assistance judiciaire (MAJ) en cas d'échec.

La réforme privilégie la tutelle exercée par la famille et limite au strict nécessaire la mise sous protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde judiciaire).

Le projet de loi conserve la sauvegarde de justice médicale, demandée en urgence par le corps médical pour des raisons sociales.

Le projet de loi crée également un « mandat de protection future » qui permettra à toute personne de désigner un mandataire pour le jour éventuel où elle ne pourra plus pourvoir seule à ses intérêts, par exemple en cas de maladie d'Alzheimer. Ce mandat de protection future concerne aussi les parents d'un enfant handicapé qui pourront organiser sa protection juridique à l'avance pour le jour où ils disparaîtront ou ne seront plus capables de s'occuper de lui.

Le projet de loi veut également professionnaliser le secteur avec la création d'un certificat de compétence du mandataire.

La date d'entrée en vigueur de la nouvelle loi, fort lointaine, devrait permettre de mettre en place de nombreux textes d'application (réforme du code de procédure civile et de la partie réglementaire du code de l'action sociale) ; décrets divers sur la gestion patrimoniale, sur les rémunérations des tuteurs non familiaux etc...mais aussi de sensibiliser et préparer les conseils généraux aux nouvelles tâches et charges financières, qui n'iront pas probablement sans quelques difficultés.

Le projet de loi n'est pas fondamentalement différent des propositions précédentes, notamment de la proposition du Sénateur About.

Les spécialistes s'accordent à penser que le travail préparatoire du Conseil d'Etat a mis en place un texte de très bonne qualité ...

Le majeur incapable est concerné par les titres XI et XII de la Loi

TITRE XI

Il constitue le point central de la réforme. Le texte reprend les articles précédents sur la nullité des actes pour trouble mental et la responsabilité du dément, mais il distingue les protections « juridiques » (protection socio-judiciaire). Il met l'accent sur des principes incontournables, de nécessité, de dignité, de responsabilité et de priorité familiale (article 415) :

Article 415 : « Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire selon les modalités prévues au présent titre.

« Cette protection est instaurée et appliquée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne ».

« Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci. « Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique ».

Ces protections juridiques concernent les trois dispositifs déjà connus (sauvegarde, curatelle et tutelle), ainsi qu'un dispositif contractuel (le mandat de protection future) .

Ces quatre possibilités, assurent indiscutablement, une protection plus élevée que par le passé : la sauvegarde avec un acte de disposition permettra dans certaines circonstances d'éviter la tutelle (Article 437) ;

Article 437 : «... Le juge peut désigner un mandataire spécial ... a l'effet d'accomplir un ou plusieurs actes déterminés, même de disposition, rendus nécessaires par la gestion du patrimoine de la personne protégée.... ».

La curatelle et la tutelle ne sont plus ouvertes d'office (Article 440).

Article 440 : « La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante.

«La tutelle n'est prononcée que s'il est établie que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante ».

et seront limitées dans le temps (5 ans avec possibilité de renouvellement) (Articles 441 - 442 - 443) :

Article 441 : « Le juge fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse excéder cinq ans. Il peut à tous moments y mettre fin, la modifier ou lui substituer une autre mesure prévue au présent titre, après avis de la personne en charge de la mesure de protection.

« Toutefois, lorsque l'altération des facultés personnelles de l'intéressé ... n'apparaît pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science, le juge peut ... ouvrir une mesure pour une durée indéterminée. »

Article 442 : « le juge peut renouveler la mesure pour une même durée ».

Article 443 : « La mesure prend fin, en l'absence de renouvellement, à l'expiration du délai fixé ... ».

La curatelle permet d'imposer certaines initiatives au majeur, évitant ainsi la tutelle (Article 471) :

Article 471 : « A tout moment le juge peut ... énumérer certains actes que la personne en curatelle à la capacité de faire seule... »

Enfin et surtout, le mandat de protection future doit permettre à chacun d'organiser sa propre protection avant que ne survienne l'incapacité et la nécessité d'un accompagnement. (Articles 477 et 481).

Article 477 : « Toute personne majeure, capable, peut donner à une ou plusieurs personnes mandat de la représenter pour le cas où ... elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts.. ».

Article 481 : «Le mandat prend effet lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts... »

TITRE XII

Il traite de la gestion patrimoniale mais il faudra attendre les décrets d'application pour connaître les listes des actes d'administration ou de disposition concernés. Il précise le statut des tiers pour mieux respecter la notion de représentation légale, ainsi que les actes interdits aux tuteurs. Il permet la vérification des comptes par des services spécialisés et insiste sur leur caractère confidentiel.

A l'heure actuelle, les experts et notamment le Conseil Economique et Social (CES) dégagent 4 axes prioritaires :

I – CHAMPS D'APPLICATION DES MESURES DE TUTELLES

Un grand nombre de mesures de protection juridique sont prononcées à des fins d'accompagnement social et ne concernent pas l'état mental des personnes. Il est créé « la mesure d'accompagnement spécifique », gérée par les départements, cette mesure remplaçant le régime de curatelle pour prodigalité et de la tutelle pour prestations sociales.

En cas d'échec « la mesure d'assistance judiciaire », plus contraignante sera mise en place.

Le transfert des compétences et des échanges aux départements, le suivi, la réévaluation éventuelle restent à définir.

II – RENFORCEMENT DES DROITS DE LA PERSONNE

- La saisine par les membres de la famille ou le concubin est privilégiée. Le procureur de la République est chargé d'examiner les signalements après enquête médico-sociale, pour les majeurs isolés, sans famille.

Ainsi le juge ne peut plus s'auto saisir sur simple demande d'un tiers, professionnel social ou médical. Il doit impérativement auditionner la personne à protéger. Le certificat du médecin spécialiste est obligatoire.

Dans son analyse, le Conseil Economique et Social (CES) souhaite que la possibilité de recourir à un défenseur soit expressément exprimée.

- Les mesures de protection doivent être réexaminées tous les 5 ans.
- Le mandat de protection future, cité plus haut devra désigner la ou les personnes qui veilleront, le moment venu, à la gestion des biens et au bien-être de la personne devenue incapable.

Acte notarié ou conclu sous seing privé, il concernera selon la procédure choisie, une protection juridique large pouvant aller jusqu'à la disposition du patrimoine (sous contrôle du notaire) ou sera limité à des actes conservatoires et de gestion courante.

III – ENGAGEMENT DE LA FAMILLE

En recherchant systématiquement un membre de la famille pour exercer la fonction de tuteur. (Articles 456 et 457).

Article 456 : «... le juge désigne les membres du conseil de famille en considération des sentiments exprimés par la personne protégée, de ses relations habituelles, de l'intérêt porté à son égard et des recommandations éventuelles de ses parents et alliés ainsi que de son entourage.»

« Le conseil de famille désigne le tuteur, le subrogé-tuteur ... »

Article 457 : « le juge peut autoriser le conseil de famille à se réunir et délibérer hors de sa présence,... lorsque ce dernier a désigné un mandataire judiciaire à la protection des majeurs comme tuteur ou subrogé tuteur... ».

IV – PROFESSIONNALISATION DE LA TUTELLE

- Avec la création du « mandataire judiciaire de protections des majeurs », appellation regroupant toutes personnes physiques ou morales exerçant habituellement des missions de protection judiciaire.

Il s'agit donc là, d'une nouvelle profession, avec agrément du préfet et du procureur de la République et obligation de souscrire une assurance en responsabilité professionnelle.

- Avec à l'ouverture de la mesure, obligation d'un inventaire du patrimoine pratiqué par un expert, un commissaire priseur ou un notaire et mis à disposition de la famille.

CONCLUSION

Cet ensemble de mesures, qui il faut le reconnaître va dans le bon sens, nécessitera cependant une adaptation :

- Du code civil
- Du code de l'action sociale et des familles
- Du code de l'organisation judiciaire
- Du code des assurances

L'Efficacité de la réforme dépendra, évidemment des moyens humains et financiers mis en place notamment au niveau des départements.

Distinguer fragilité socio-économique et incapacité doit être une priorité.

LA STÉRILISATION SANS CONSENTEMENT

Francis MONTANÉ

I – LA LOI

L'article L 2123-2 du code de la santé publique (de la loi du 4 janvier 2001) et le décret du 3 mai 2002 précisent :

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, le père et mère ou le représentant légal de la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui ait été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Le juge entend le père et mère, la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile. Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées... ».

II - LA CONSÉQUENCE

La loi permet donc la stérilisation d'une personne handicapée mentale lorsque cette personne est hors d'état d'y consentir.

III - LA CONTESTATION

L'association « collectif contre l'handiphobie » a contesté cette disposition législative dès la publication du décret d'application au motif d'une atteinte à la liberté de se marier et de fonder une famille ; faisant référence à la convention européenne des droits de l'homme, elle affirme qu'il s'agit d'un traitement inhumain et dégradant.

IV - LA CONFIRMATION

Le Conseil d'Etat (26 septembre 2006), dans sa sagesse et probablement embarrassé face à la difficulté des questions soulevées par l'Association, s'est contenté de relever l'exigence des garanties procédurales énoncées dans la loi du 4 janvier 2001, rejetant ainsi la demande d'annulation présentée.

V – LA QUESTION EN SUSPENS

Cette possibilité de stériliser des personnes handicapées incapables, de donner un consentement est-elle en harmonie avec les principes fondamentaux protecteurs des droits de l'homme ?

Ce débat philosophique est laissé à votre méditation...

Code de la santé publique Article L 2123-2
Conseil d'Etat 26 septembre 2005 n° 248 357
Christophe Lachière – Le Généraliste n°2358 du 3.12.2006

Jean-François KNOPF
Gérard GRILLET

LE STATUT MORAL DES PERSONNES VULNÉRABLES ÂGÉES

Jean-François KNOPF

Il existe un conflit des valeurs de fin de vie, avec une nette contradiction entre ce qui est souhaitable pour la personne vulnérable âgée et le risque qu'elle fasse les frais du désir du professionnel de santé.

Le respect de la dignité humaine exige que le médecin ne dispose pas directement de la vie de son patient (l'heure et la date de la mort ne relèvent pas du libre-arbitre du médecin)

Cependant le but de la médecine n'est pas de s'opposer à la mort elle-même

I - ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : ÉTHIQUE DU DIALOGUE ET DE LA PRÉSENCE

L'éthique est nécessaire au dialogue, et le dialogue est nécessaire à l'éthique. Il atteste de la dignité d'autrui en refusant d'enfermer la personne âgée. Il s'agit d'un partenariat entre soignant et soigné, malgré la dissymétrie de la situation

A) Enjeu de la relation d'accompagnement

- Souffrance spécifique du patient
- Eclairer le malade
- Vigilance : les moyens techniques ne doivent pas prendre le pas sur l'attention constante et le dialogue :

1. Rompre l'isolement du malade isolé parfois agressif, partager sa souffrance,
 - De la famille isolée : les amis s'éloignent, désamorcer les craintes conflits familiaux

2. Restaurer l'unité de la personne : prendre en charge le malade dans sa globalité, voir ce qui est encore possible de faire pour et avec le malade – Aider le patient à exercer son autonomie – Tenir compte de l'environnement.

3. Donner un sens à la vie du malade et à ce qu'il est :

- défi
- interrogation
- existentielle
- épuisement des familles et des médecins

B) Inter-disciplinaire : élargir la conception du soin : place des bénévoles ?

- Limite de l'action du médecin par rapport au désir d'être secouru et des appels du malade fragile âgé
- Calmer l'angoisse, et étudier la dimension psychique de sa souffrance qui altère l'intégrité psychique et physique.
- Éviter la prise de pouvoir du soignant sur le patient en lui imposant ses choix
- Droit à l'information : faut-il tout dire ? Le patient n'est pas l'otage de notre volonté.

Dialogue au cours du soin

- Éviter les faux dialogues et les mensonges, sinon la personne vulnérable âgées s'isole des vivants et ne se sent plus intégrée socialement. La relation dans la vérité impose un cheminement progressif des informations.
- Droit à l'information : faut-il tout dire ? le patient n'est pas l'otage de notre volonté. – l'informer loyalement
- Accepter la responsabilité qui nous incombe en prenant soin d'autrui, pour attester de sa dignité
- Refus de détruire ce qui est faible, décroquer la personne âgée dans une quête de relation solidaire bienveillante, et inventive pour rendre espoir.
- Inscrire les décisions thérapeutiques dans le temps : anticiper la souffrance, adapter les processus décisionnels, ce qui nécessite de la patience

II - MISSION SPECIFIQUE DE LA MEDECINE

Maintenir la vie à tout prix ?

- Le traitement médical est souvent porteur d'espoir pour le malade, sa famille, et le patient.
- Maintenir la vie à tout prix, peut entraîner de grandes souffrances et altérer la qualité de vie
- La décision d'interrompre un traitement ne signifie pas obligatoirement d'abréger une vie
- Quand est-on déraisonnable ?
- À qui revient la décision ? (médecin ?, patient ?, personne de confiance ?, famille ? ou proches ?)

- Obligation de moyens, mais éviter l'acharnement thérapeutique dans le cadre d'une obstination déraisonnable (article 37 du code de déontologie médicale).
- La thérapeutique : son apport, ses risques et sa complexité ? Qualité de vie ? vie intolérable pour le patient et l'entourage.

- Arrêt thérapeutique : angoisse du malade – Que fait-on maintenant ? – L'arrêt des soins n'entraîne pas forcément un décès immédiat et, est une source d'anxiété pour tous.

Ne pas maintenir la vie, ne signifie pas de provoquer la mort

- Critères d'inutilité médicale : disproportion entre les charges et le bénéfice pour la qualité de vie
- Véritable refus éclairé et ferme en connaissance de causes
- Motif du patient compris par le médecin
- Traitement inadapté à la situation ?
- En cas de traitement inutile, il faut continuer les soins, ne pas abandonner le malade
- Le malade a besoin d'espoir, et le médecin doit être prudent et renégocier avec le malade à chaque instant la décision médicale (Article 36 du Code de déontologie médicale)
- L'arrêt du traitement pose souvent moins de difficulté que la décision de ne pas le commencer; Or le médecin agit souvent de façon contraire (Paul Ramsey).

(Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients à refuser ou à interrompre un traitement)

But de la médecine

- La mort est son ennemi - Cependant le but de la médecine n'est pas de s'opposer à la mort elle-même
- La médecine a aussi une autre fonction : soutien et assistance, Respect mutuel – Le malade n'est pas un consommateur de soins
- respect partage de l'information.
- Besoins de temps médical supplémentaires pour accueillir et faire participer les malades, et instaurer la confiance dans une communication d'égal à égal
- Respect mutuel – Le malade n'est pas un consommateur de soins
- Tenir compte de l'environnement et de la détresse avouée ou non

CONCLUSIONS

La gravité de l'état physique et psychique des personnes âgées expose les plus fragiles, et ne doit pas créer un espace de non-droit, et mettre en cause nos valeurs morales et intangibles ; l'arbitraire est source de mépris et d'indignité.

Le problème de la maltraitance des personnes âgées est un sujet encore trop tabou mais dont notre société prend de plus en plus conscience depuis 10 ans. Il est d'autant plus important de se pencher sur ce sujet car l'INSEE estime à un million en 2020 (1,3 million en 2040) le nombre de personnes dépendantes, contre 795.000 en 1999.

Avant même de définir les contours de la maltraitance envers les personnes âgées et d'examiner quel peut être le rôle du médecin dans une telle situation, Il convient de faire une distinction entre la maltraitance et la souffrance puisque les moyens d'action ne seront pas les mêmes.

Les souffrances

Le bien être de chaque personne demande une satisfaction suffisante de l'ensemble de ses besoins fondamentaux. Si la satisfaction de ses besoins n'est pas obtenue ou est refusée, il s'ensuivra, à un degré variable, un mal-être et une souffrance. Les souffrances sont souvent vécues comme des maltraitements, mais aucun agresseur ne peut clairement être identifié.

Il sera donc difficile pour le médecin d'agir, en dehors de son rôle de soignant.

- Des souffrances personnelles : maladies ou handicaps d'origine physique ou mentale, misère, logement inadapté, défaillances de l'entourage relationnel.
- Des souffrances liées à l'institution : rigidité d'application des règlements ou des lois, défaillances organisationnelles de structures telles qu'une maison de retraite, un service de soins à domicile.

Les maltraitements

La maltraitance est certes souffrance, mais occasionnée par l'action ou l'inaction d'une ou plusieurs personnes.

Le médecin dans ces situations peut et doit agir.

LES CONTOURS DE LA MALTRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

Définition de la maltraitance donnée par le Conseil de l'Europe. En 1987, le Conseil de l'Europe, dans le cadre d'une étude sur la violence contre les personnes âgées au sein de la famille, a été amené à définir la maltraitance à l'encontre de ces personnes : « La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ ou nuit à sa sécurité financière ».

Cette définition est à rapprocher des dispositions du nouveau code pénal français qui utilise les termes « de sévices ou privation » (articles 226-14 et suivants) pour délier les médecins du secret médical.

1. Personnes concernées :
- a. Qui est maltraité ?

La maltraitance des personnes âgées concernent 5% des personnes de plus de 65 ans.

A domicile : il s'agit surtout :

- De femmes de plus de 75 ans ;
- Des personnes souffrant d'un handicap physique ou mental ;
- Des personnes incapables de subvenir à leurs besoins d'assurer leur sécurité ;
- Des personnes vivant sous le même toit que celles qui les maltraitent ;
- Des personnes qui hésitent ou refusent de porter plainte.

En institution :

- Les abus majeurs sont très rares (séquestration, assaut grave, viol)
- Les personnes en perte d'autonomie mentale sont les plus vulnérables
- 36 % des professionnels disent avoir été témoins d'abus physiques
- 81 % des professionnels disent avoir été témoin d'abus psychologiques.

80 % sont des femmes, des personnes ayant une grande dépendance. Il peut s'agir de personnes souffrant de maladie mentale ou d'un handicap. Les personnes maltraitées sont souvent des personnes qui reçoivent peu ou pas de visite de parents ou d'amis témoins des soins.

- b. Qui maltraite ?

A domicile :

Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'une personne étrangère à la famille qui est salarié ou posé au service des soins de santé.

Plusieurs caractéristiques permettent de dresser un profil de ces personnes qui maltraitent : Il peut s'agir d'une personne qui vit avec la victime et s'occupe d'elle depuis longtemps. Elle ne reçoit aucune gratification, aucun soutien ou supervision pour cette charge.

Elle peut souffrir elle-même de problèmes de santé ou être soumise à d'autres facteurs de stress, vivre un « burn-out », une surcharge de travail ou des problèmes familiaux. Elle peut ne pas être préparée à s'occuper d'une personne malade ou mal accepter cette charge de soignant. Elle travaille de façon isolée, ne reçoit pas ou refuse l'apport de service communautaire.

En institution :

Les abus peuvent être liés :

- Au personnel et aux directions (principalement maltraitance physique, psychologique, matériel, négligence) ;

- Aux aménagements et services (au niveau de l'alimentation, de la vie quotidienne, des conditions de vie, des chambres) ;
- A l'organisation des soins (en ce qui concerne la continuité des services, la qualité des traitements, l'accessibilité des services)
- Au respect des droits.

Les mêmes caractéristiques que celles qui permettent de définir le profil d'un maltraitant à domicile permettent de caractériser un maltraitant en institution :

La personne qui maltraite peut être un préposé au service des soins de santé. Cette personne est mal préparée à assumer la charge d'une personne dépendante, elle manque de supervision et/ou travaille de façon isolée. Elle est incompétente face à population ayant des pertes cognitives.

Elle est soumise à d'autres facteurs de stress, tels des problèmes de santé, des problèmes d'ordre social ou financier. Elle est épuisée, en surcharge de travail (consécutifs à des réductions budgétaires). Il existe une mauvaise organisation du travail ou des attentes irréalistes des soignants ou de la direction à l'égard des soignants et des patients.

2. Les différentes formes de la maltraitance :

a. Volontaire

Le Professeur Robert Hugonot, Président d'ALMA France, a bien défini les différentes formes que peuvent revêtir la maltraitance.

- Violences physiques : Coups, sévices corporels, violences sexuelles (transmission de maladies vénériennes, sida compris, ont été signalée) mauvais traitements physiques, entraves à la liberté de mouvement et ligotage, coups et blessures volontaires...

Elles ne représentent que la minorité des cas mais qui sont celles qui se voient.

- Violences psychologiques : Violences verbales et injures, menaces de violence et isolement, abandon ou menace de placement dans une maison de retraite, chantage, efforts prolongés et méthodiques pour déshumaniser et dépersonnaliser une personne âgée, cruauté mentale, violence morale...

Leur répétition peut entraîner un syndrome dépressif grave, anorexie, syndrome de glissement, avec comme conséquence une mort lente.

- Violence financière : Abus matériels, exploitation financière, rétention de revenu ou de pension, vol ou détournement d'argent, d'objet de valeur ou d'autres biens...
- Violence civique : Violation des droits garantis à tous citoyens par la législation nationale, confiscation des papiers d'identité...
- Négligence active : Indifférence, abandon d'une personne vulnérable, diminuée physiquement ou mentalement, incapable de s'occuper d'elle-même...

- Négligence passive : Négligence sans intention de nuire se traduisant néanmoins par un préjudice matériel ou moral. Il s'agit dans ce cas de l'oubli de la personne âgée.

On peut également ajouter à ces différents cas de violences, les violences « médicamenteuse », tels que l'utilisation des neuroleptiques ou des hypnotiques « pour assurer la tranquillité dans les maisons de retraite », également utilisé à domicile dans le même but. Des soignants ont parfois découvert à l'inverse la privation des médicaments régulièrement prescrits, et en famille la suppression des médicaments prescrits.

b. Non volontaire

On peut traiter mal les personnes âgées en croyant bien faire.

Facteurs de risques :

- Liés à la personne âgée elle-même.

Egalement prendre en compte le problème de la personne âgée épuisée, effrayée, malheureuse qui essaie de compenser son effroi, son malheur en agressant l'entourage. La personne âgée devient elle-même maltraitant.

- Liés au milieu qui l'accueil (infrastructure) :

A domicile : détérioration des relations entre les générations.

En institution : épuisement du personnel, manque de personnel, leur manque de qualification éventuelle, le caractère carcéral de certaines structures, le poids des dépendances (Alzheimer, manque totale d'autonomie de la personne âgée)

LE RÔLE DU MÉDECIN

En cas de maltraitance, il convient d'être particulièrement vigilant, il est « facile » de repérer une maltraitance physique mais, il est beaucoup plus difficile de constater une autre forme d'abus. Et ce d'autant plus que dans la très grande majorité des cas, la victime ne se plaint pas, par peur de l'exclusion du milieu familial ou de l'institution. Quel est le rôle du médecin lorsqu'il soupçonne ou lorsqu'il découvre un acte de maltraitance ?

1. Dépister et signaler la maltraitance

a. L'Écoute

La complexité du phénomène et la brutalité de certains faits obligent à prendre un certain recul par rapport à la situation.

La première étape est une écoute attentive, ouverte et prolongée, si possible de la victime, de l'entourage, est fondamentale. Cette écoute permet de cerner, plus ou moins, une situation donnée, de confirmer le caractère vraisemblable de la maltraitance. C'est après cette phase d'écoute que pourront être envisagés avec prudence les interventions des services habilités (sociaux, juridiques, police). Il s'agit d'échanger afin d'analyser et de comprendre la situation.

b. Les actions judiciaires.

Lorsque la maltraitance est caractérisé, il faut aller plus loin qu'une simple écoute, l'obligation de dénonciation figure et impose à quiconque d'informer les autorités judiciaires ou administratives de ces cas de maltraitance.

En effet, le nouveau code pénal autorise le médecin à introduire la notion de vulnérabilité des personnes âgées, infirmes ou déficientes physiques ou psychiques et autorise le médecin traitant à révéler les faits.

Enquête administrative en institution.

Une enquête administrative est réalisée dans la majorité des cas quand un soupçon de maltraitance grave surgit.

Dans les cas de passages à l'acte individuels et isolés, les DDASS considèrent qu'ils sont indépendants de dysfonctionnements structurels d'établissements. Une enquête administrative est alors rarement menée.

L'éloignement provisoire ou définitif de l'agresseur est la mesure la plus souvent prise (61%) selon les statistiques du Bureau de la protection des personnes (BPP), à la Direction générale de l'action sociale (DGAS).

Cette mesure est suivie d'injonctions ou de préconisations qui s'adressent aux responsables des structures.

L'éloignement provisoire ou définitif de la victime (2,5%) et la fermeture provisoire ou définitive de l'établissement (1%) sont des mesures très rares. En revanche, la saisine du procureur est très fréquente : 91%. Les procédures judiciaires sont : l'enquête préliminaire, le classement sans suite, l'incarcération, la mise en examen, le non-lieu

Porter plainte devant les juridictions.

Pour obtenir réparation d'un préjudice subi, le médecin peut également engager un procès devant une juridiction pénale.

Pour cela, il doit se rendre à la brigade de gendarmerie ou au commissariat de police le plus proche du lieu de l'infraction. La plainte sera transmise au procureur de la République. Il peut aussi adresser directement la plainte au procureur de la République.

Le code civil fournit également des réponses préventives ou a posteriori aux violences financières (spoliation). Les actes "contraints" comme des donations manuscrites peuvent être annulés pour vice de consentement.

2. Lutter contre la maltraitance

- Favoriser le travail en équipe.
- Renforcer les procédures.
- Contrôle des institutions.
- Assurer la formation des professionnels et des intervenants auprès des personnes âgées.
- Aider les aidants : tant les aidants familiaux, que les aidants professionnels (groupes de parole, de solidarité, d'entraide...)
- Veiller au respect de l'éthique et des droits fondamentaux.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que M. Bas, le Ministre délégué aux personnes âgées, doit présenter le 14 mars 2007, un "plan contre la maltraitance" des personnes âgées dépendantes, dont le point fort est la création, le 21 mars 2007, d'une "Agence nationale d'évaluation des établissements médico-sociaux", a-t-il annoncé à l'AFP.

Une "instruction générale va être prochainement adressée" aux services départementaux de l'action sanitaire et sociale (DDASS) pour qu'ils "multiplient les contrôles" au sein des maisons de retraite."Il y aura une évaluation obligatoire et régulière", en interne et "en externe sous le contrôle de l'Agence", a indiqué M. Bas.

Un numéro d'appel : "Allô maltraitance personnes âgées" ☎ 08.92.68.01.18 sera aussi prochainement lancé.

RÉGLEMENTATION

- Circulaire DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées
- Arrêté du 16 novembre 2002 portant création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.-
- Fondation nationale de gérontologie. Paris. FRA. Secrétariat d'Etat à la santé. Paris. FRA -
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Paris : FNG -- Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 10p. + affiche. -
- Cette brochure présente les 24 articles composant la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, élaborée conjointement par la Fondation nationale de gérontologie et le Ministère des affaires sociales. -

Les droits fondamentaux de la personne âgée doivent être préservés. Il y a atteinte à ces droits lorsque la personne est empêchée d'exercer l'un d'entre eux : droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté de sa personne ; droit à la personnalité juridique, à la dignité, au respect de la vie privée ; droit à la protection contre toute forme d'exploitation.

L'épanouissement individuel suppose que chacune puisse bénéficier de dispositifs associant prévention, promotion de la santé et développement de la vie sociale.

Développer la prévention

Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées dans le cadre du programme national élaboré avec le comité national de vigilance.

Les médecins ont un rôle d'information et de formation : ils doivent montrer la nature inacceptable des abus, les expliquer et indiquer les recours possibles. Ils doivent veiller à l'accessibilité des services à domicile ou des organismes privés et publics.

Ils doivent veiller au respect des différents articles du Code de déontologie médicale concernant :

- la qualité des soins (art. 32 du code de déontologie médicale)
- leurs bonnes exécutions (article 34 du code de déontologie médicale)
- Ils doivent donner une information claire appropriée (article 35 du code de déontologie médicale).
- et obtenir le consentement de la personne âgée (art 36 du code de déontologie médicale)
- Ils doivent éviter l'obstination déraisonnable dans le traitement (art 37 du code de déontologie médicale)
- éviter de prendre des risques injustifiés (art 40 du code de déontologie médicale)
- Ils doivent favoriser l'accompagnement et la qualité de vie (art 38 du code de déontologie médicale)
- Ils veillent enfin, sur la continuité des soins et l'hygiène en milieu public (art 49 du code de déontologie médicale).

Développer l'animation et la vie sociale des personnes âgées

Il s'agit trop souvent d'activités destinées à lutter contre l'ennui. L'animation doit permettre une réelle intégration de ces personnes âgées à la société. Il faut proposer en cas de dépendance des aides adaptées et respectueuses de projets de vie individuels.

Multiplier les échanges entre générations

Développer la vie culturelle et permettre de tisser des liens entre générations. Les nouvelles technologies de l'information sont des outils de communications et de transferts de connaissances.

IL FAUT FAVORISER LA FORMATION DE BÉNÈVOLES POUR MOTIVER CES PERSONNES ÂGÉES.

CONCLUSION

La gravité de l'état physique et psychique des personnes âgées expose les plus fragiles et ne doit pas créer un espace de non droit et mettre en cause nos valeurs morales et intangibles : l'arbitraire est source de mépris et d'indignité.

LE MÉDECIN FACE À LA VULNÉRABILITÉ DES PATIENTS EN FIN DE VIE ET HORS D'ÉTAT D'EXPRIMER LEUR VOLONTÉ

La fin de vie ainsi que toutes les situations où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté constituent des états incontestables de grande vulnérabilité dans la vie d'un individu. Devant ces cas, le médecin se retrouve dans une position particulièrement délicate le rendant lui-même vulnérable, cherchant à concilier des objectifs de préservation de la vie, mais aussi le respect de la volonté et de la dignité du patient et, en particulier, de savoir refuser « l'obstination déraisonnable » déjà mentionnée par l'article 37 du Code de déontologie médicale.

Les progrès de la médecine et particulièrement des techniques de réanimation ont modifié dans les dernières décennies de façon considérable les conditions de fin de vie des patients avec parfois comme corollaire des lourdes séquelles ou une qualité de vie peu acceptable. Jadis on mourait chez soi, entouré de ses proches habillés en noir; aujourd'hui on meurt dans les hôpitaux entouré de professionnels habillés en blanc.

Alors qu'une majorité de français, interrogés, souhaiteraient mourir à leur domicile, 70 % de nos concitoyens meurent à l'hôpital ou en institution et la moitié des décès se font en lit de réanimation, en soins intensifs ou dans les services d'urgences.

Ainsi, la mort à l'hôpital n'est plus l'occasion de cette cérémonie rituelle que le mourant célébrait au milieu de ses parents et amis, qui l'assistaient dans son dernier souffle, mais est devenue un phénomène technique obtenu par l'interruption ou l'arrêt des médicaments et thérapies, c'est-à-dire, sous la dépendance du médecin ou de l'équipe hospitalière. La mort est ainsi placée sous contrôle d'une rationalisation scientifique ou technologique. La médecine occidentale en a fait l'ennemi suprême en mettant tous ses efforts dans le développement de traitements à visée curative perfectionnés.

Pendant longtemps, le « paternalisme » médical prévalait et le principe de bienfaisance commandait au médecin de procurer à son malade un bénéfice en soignant les maladies, en sauvant des vies et en empêchant la mort d'advenir. Le paradoxe est qu'en mettant tout en œuvre pour procurer ce bénéfice à son patient, le médecin ne lui apporte pas toujours les bienfaits attendus, les traitements institués n'allant pas toujours dans le sens des intérêts du patient. En effet, le recours à des techniques de pointe s'avère très discutable lorsque l'échéance finale est inéluctable et que toute entreprise confère à l'acharnement.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et au système de santé témoignait déjà, par l'article 1111-4, d'une évolution marquante dans le respect du choix de la personne malade sans aborder vraiment de façon explicite la question de la limitation des traitements actifs lorsqu'ils s'avèrent déraisonnables.

La personne arrivée au terme de sa vie, par définition fragilisée et vulnérable, doit être écoutée et entendue afin que ses douleurs physiques et morales soient prises en compte et que sa dignité soit respectée.

Cependant, la frontière entre arrêt de soins qui ne se justifient plus et action délibérée de provoquer la mort restant parfois ténue, les médecins se trouvent face à un conflit moral entre préservation de la vie, respect des souhaits des patients et crainte d'éventuelles poursuites pour omission de porter secours (art. L. 223-6 du Code Pénal mais aussi article 9 du Code de déontologie médicale).

Les débats sur la fin de vie datent déjà de plusieurs décennies, mais c'est à la suite d'un certain nombre d'affaires, telle que l'affaire Pretty en Grande-Bretagne qui demandait devant la Cour Européenne le droit à l'assistance au suicide, et plus récemment, la très médiatisée affaire Vincent Humbert/Dr Chaussoy qu'une commission de parlementaires menée par Jean Léonetti a travaillé sur ce sujet, en auditionnant des personnalités du monde médical, mais aussi de représentants du milieu associatif et de tous les courants religieux, ainsi que des juristes.

C'est ainsi qu'après avoir été adoptée en première lecture par l'Assemblée Nationale le 30 novembre 2004 à la quasi-unanimité, la loi a été finalement promulguée le 22 avril 2005 : entre maintien d'un statu-quo plein d'ambiguïtés et dépénalisation de l'euthanasie demandée par une partie de l'opinion publique mais refusée par une majorité de médecins, la loi a su trouver un équilibre permettant d'en découdre enfin avec la regrettable confusion entre arrêt des thérapeutiques actives et acte délibéré de provoquer la mort, ce qui met en œuvre une éthique fondée sur l'acceptation de la mort volontiers résumée par la formule : « laisser mourir sans faire mourir ».

Les deux décrets d'application de cette loi du 6 février 2006 (décret 2006-120 et décret n°2006-119) précisent pour l'un : les conditions d'application de la procédure collégiale définie dans l'article R. 4127-37 du Code de la Santé Publique, pour l'autre : les directives anticipées de fin de vie.

Cette nouvelle loi met en avant le respect de l'autonomie de la personne dans toutes ses dimensions par le renforcement du droit du malade de refuser désormais tout traitement, y compris dans les situations où l'abstention thérapeutique peut aboutir au décès, mais surtout, et c'est là la nouveauté, elle reconnaît la possibilité, pour le médecin, sous réserve de l'application d'une procédure codifiée, de suspendre un traitement (art. 1110-5 de Code de la Santé Publique) ou de ne pas l'entreprendre si les résultats escomptés s'avèrent inutiles et disproportionnés ou se limiteraient à permettre la survie artificielle du patient.

Reconnaître cela doit enfin permettre d'alléger la pression morale, voire les menaces de sanctions pénales qui pèsent sur les médecins lorsqu'ils renoncent à intervenir face à des situations au de-là de tout recours. Cette logique de renonciation à l'obstination déraisonnable doit encourager le passage d'une logique de soins curatifs à une logique palliative.

En effet, lorsque les conditions prévues par la loi sont remplies, elles offrent la garantie au médecin qui la respecte de l'absence de poursuites pénales : ainsi, l'article 122-4 du Code Pénal stipule : « N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires ».

En revanche, le législateur n'a pas souhaité dépenaliser l'euthanasie, le code pénal n'établissant pas de distinction entre euthanasie et homicide volontaire (art. 221-1 du Code Pénal « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre ».)

La loi pose le principe que les actes médicaux ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable, qui est unanimement réprouvée ; mais par rapport à l'ancien code déontologie, elle a le mérite de définir celle-ci, en recourant aux critères d'inutilité et de disproportion. Est, par exemple, inutile une énième chimiothérapie, alors que l'on sait pertinemment qu'aucun traitement n'améliorera l'état de santé du malade.

En codifiant par ailleurs les bonnes pratiques médicales, le législateur a eu le souci de faire reculer l'arbitraire de décisions de limitation ou d'arrêt de traitement. Sans prétendre résoudre la multiplicité des cas qui peuvent se présenter, trois cas de figure sont pris en compte par la loi :

- **Le patient est conscient mais n'est pas en fin de vie**, il peut désormais, refuser tout traitement. Le médecin, comme le prévoit d'ores et déjà l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique, doit tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins indispensables. Cette législation conduit le médecin à pratiquer « le grand écart » entre ses obligations déontologiques et la prise en compte de la volonté du malade. Il fallait préciser les devoirs des uns et les droits des autres. Aussi la proposition de loi apporte-t-elle trois précisions :
 1. Le médecin peut faire appel à un autre membre du corps médical ;
 2. Le malade doit réitérer sa décision de limitation ou d'arrêt de traitement après un délai raisonnable ;
 3. La décision du malade est inscrite dans son dossier personnel.

En autorisant le malade conscient à refuser tout traitement, le dispositif admet également le droit au refus de l'alimentation et de l'hydratation artificielle. Cette question reste délicate et controversée.

- **Le patient est conscient et en fin de vie** et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin a deux obligations : respecter sa volonté, après l'avoir informé des conséquences de son choix, la décision du malade étant inscrite dans le dossier médical ; sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de sa fin de vie, en dispensant des soins palliatifs.(article 1111-10 du Code de la Santé Publique).
- **Le patient est inconscient, qu'il soit ou non en fin de vie**, la procédure de limitation ou d'arrêt du traitement doit satisfaire trois exigences : la recherche du respect de la volonté individuelle du malade, la concertation et la collégialité médicale.
 - Le respect de la volonté individuelle du malade est pris en compte de deux manières : si le malade a antérieurement désigné une personne de confiance, tel que prévu par l'article 1111-6, son avis, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin ; le malade peut rédiger des directives anticipées pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté (article 1111-1 du Code de la Santé Publique et décrets 2006-119 et 2006-120). Il s'agit d'un document écrit daté et signé de leur auteur dont la durée de validité ne peut excéder trois ans et révoquant à tout moment,

renouvelable par simple décision de confirmation témoignant de la volonté libre et éclairée du malade pour le jour où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ce document est soit transmis à la famille ou au tiers de confiance par son auteur ou maintenu dans le dossier du médecin traitant.

- La concertation passe par un dialogue avec la personne de confiance, la famille ou un des proches du malade et l'équipe soignante.
- La décision médicale repose sur une procédure collégiale (décret 2006-120) définie par le Code de déontologie médicale (R.4127-37 du Code de la Santé Publique). Cela signifie : qu'il doit y avoir un collège de plusieurs médecins dont la composition sera variable, suivant qu'il s'agit de médecine hospitalière ou de médecine de ville; que cette décision médicale, précisément pour faire échec à toute décision solitaire, doit être le fruit d'un consensus; que cette décision est motivée et inscrite dans le dossier médical .

article 37 du code de déontologie médicale (article R.4127-37 du code de la santé publique)

I. En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II. «Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en oeuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

«La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

«Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

«La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

adopté lors de la session du
Conseil national de l'Ordre des médecins des 22 et 23 juin 2006

Dans tous les cas, la décision finale restera exclusivement une décision médicale. En effet, en toute circonstance, la décision d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient lui-même et c'est à lui qu'en incombe l'entière responsabilité, mais toutefois après concertation avec l'équipe de soin si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin

appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre ce dernier et le médecin en charge du patient. L'avis motivé d'une deuxième consultant peut être demandé si l'un d'entre eux l'estime utile. Dans tous les cas, la décision doit être motivée et figurer dans le dossier médical.

En résumé, et par ordre hiérarchique, il est convenu que la décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, dans des directives anticipées, si elles existent, puis l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désigné, puis celui de la famille, enfin, à défaut, un de ses proches.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé à qui la loi ne reconnaît pas la possibilité de désigner la personne de confiance ou de rédiger des directives anticipées, le médecin recueille selon le cas l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

Sans résoudre la totalité des problèmes aigus que posent les patients dans des situations de grande vulnérabilité, comme la fin de vie ou plus encore, toutes les situations où le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté et font peser sur les médecins de lourdes responsabilités, tant sur le plan moral qu'éthique, et même pénal, cette nouvelle loi a le mérite de clarifier et de reconnaître au médecin, tout en l'exonérant d'éventuelles poursuites pénales, le droit de respecter les souhaits des patients dans les moments où il n'existe plus aucun espoir d'obtenir une amélioration de l'état de la personne et où les soins n'entraîneraient qu'une prolongation artificielle de la vie.

MORT ENCÉPHALIQUE, PRÉLEVEMENTS D'ORGANES ET VULNÉRABILITÉ

Débutées dans la deuxième moitié du XX siècle, les greffes d'organes représentent sans contexte une des plus grandes avancées de la médecine moderne et chaque année plus de 4000 personnes bénéficient de greffes d'organes dont la grande majorité proviennent de donneurs en état de mort encéphalique.

Le succès ainsi que les prouesses réalisées dans le domaine des greffes se heurtent de nos jours au manque de donneurs, le nombre des patients en liste d'attente de greffe ne cesse d'augmenter alors que les décès en état de mort encéphalique ne représentent que 1 pour cent des décès recensés ; et ce nombre diminue chaque année avec les améliorations de la sécurité routière et de la prise en charge des traumatisés graves mais aussi avec les progrès considérables dans la réanimation des accidents vasculaires cérébraux. En outre seul un donneur potentiel sur deux est prélevé, la cause principale de non prélèvement étant l'opposition recueillie lors de l'entretien avec les proches.

La mort encéphalique est un concept difficile à appréhender non seulement sur le plan médical mais bien plus encore pour les familles et les proches, tant il est difficile de croire à la mort devant des résultats d'EEG ou d'angiographie alors qu'ils ont sous leurs yeux quelqu'un dont la peau est rose et bien vascularisée et qui semble dormir paisiblement ; et si son utilisation ne pose guère de problèmes quand il s'agit d'interrompre des manœuvres de réanimation, il en va tout autrement quand il s'agit à l'inverse de maintenir en vie pendant plusieurs heures les organes d'un patient en vue d'un prélèvement.

Une enquête réalisée en 1997 révélait que 40 p 100 des Français ignorait ce qu'était la ME. Le concept de la mort encéphalique.

Depuis sa première description en 1959 par Mollaret et Goulon, jusqu'à la dernière réglementation législative, la mort encéphalique a fait l'objet d'un grand nombre de débats aussi bien dans le domaine scientifique qu'éthique ou juridique.

La ME est le pré-requis pour le prélèvement d'organes sur un cadavre à cœur battant. Pour le grand public, à la complexité de cette notion, qui tout en répondant à des critères stricts ne correspond pas aux éléments habituellement admis de la mort, s'ajoute l'idée que la mort encéphalique permet le prélèvements des organes, source de fantasmes alimentés par de sombres affaires de trafics d'organes trop largement relayés par certains médias.

La mort encéphalique est définie comme la destruction irréversible et isolée de l'ensemble des centres nerveux intracrâniens. Elle est synonyme de décès de l'individu. En l'état actuel de nos connaissances, le caractère irréversible souligne la certitude de l'impossibilité de récupération de la vascularisation cérébrale. Le terme « isolé » signifie que la perfusion et l'oxygénation des autres organes de l'individu sont assurés par le maintien artificiel de la ventilation et de la circulation périphérique.

Cette définition est sous tendue par la nécessité reconnue d'une politique de dons d'organes et en raison de cet objectif la définition de la ME doit impérativement être aussi précise que sans ambiguïté.

HISTORIQUE DES TEXTES DE LOI SUR LA DETERMINATION DE LA MORT :

La détermination de la mort en droit positif remonte aux circulaires du 3 février 1948 et 19 septembre 1958 qui fixent la mort à la cessation de toute activité cardiaque et circulatoire. L'essor des techniques de réanimation et surtout le début des greffes d'organes amèneront à considérer la mort comme une étape dans un processus de dégradation qui pouvait être enrayé soit dans l'intérêt du malade soit, dans l'intérêt d'un tiers en l'occurrence le receveur.

La possibilité de maintenir artificiellement la vie a contraint les médecins et le législateur à définir un état de non-retour et à mettre en place une réflexion juridique sur la détermination de la mort. Une circulaire de 1968 dite Jeanneney stipule que le diagnostic est clinique, confirmé par un encéphalogramme plat sans toutefois en préciser la durée.

Cependant certaines dispositions tendent déjà à protéger les droits des donneurs. Les modalités du constat de la mort sont précisées, ainsi que les établissements autorisés à prélever ; enfin, on précise que par un décret de 1978 que c'est un collège de deux médecins qualifiés indépendants qui sont habilités à constater la mort. une circulaire précise plus tard les conditions dans lesquelles les deux EEG doivent être réalisés.

Enfin faisant suite aux lois de bioéthique de 1994 le décret 96-1041 du 2 décembre 1996 précise les conditions permettant d'affirmer la mort encéphalique :

- Absence totale d'activité motrice spontanée et de conscience
- Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- Abolition de la ventilation spontanée

avec

- Cœur battant sous ventilation spontanée
- Confirmation par examens para cliniques :
**EEG plats pendant 30 minutes à 4 heures d'intervalle
ou une angiographie des 4 axes cérébraux objectivant l'absence de flux**
- Procès verbal de la mort établi **par deux praticiens ne participants pas au prélèvement .**

Ces conditions permettent, si elles sont réunies, le prélèvement.

ÉVOLUTION DE L'ASPECT ÉTHIQUE DU DON D'ORGANES

Dès 1976 la Loi Caillavet a posé le principe du consentement présumé pour le donneur en état de ME.

En 1998 est crée le Registre National Des Refus avec l'obligation de consultation systématique avant tout prélèvement dès l'age de 13 ans.

Mais c'est la loi de bioéthique du 6 août 2004 issue de celle de juillet 1994 qui encadre les dispositions relatives aux prélèvements :

Principes généraux :

- Inviolabilité du corps humain
- Non patrimonialité
- Anonymat
- Gratuité
- Volontariat
- Interdiction de publicité

L'article L 1232-4 du CODE DE SANTE PUBLIQUE prévoit que le prélèvement sur une personne décédée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques .

La loi de bioéthique, en créant l' Agence Nationale de Biomédecine, placée sous tutelle du ministère de la santé, prévoit que le prélèvement et la greffe constituent une priorité nationale, et que tous les établissements de santé participent à l'activité de prélèvements d'organes et s'intégrant dans des réseaux de prélèvement .L'Agence de biomédecine est également chargée de la gestion du Registre National des Refus.

LA RECHERCHE DE LA NON OPPOSITION DANS LA PRATIQUE :

C'est au réanimateur en charge d'un patient évoluant vers la mort encéphalique qu'incombe la responsabilité unique de décider d'amener son patient vers le prélèvement et dans ces conditions les méthodes de réanimation doivent être orientées sans délais et la coordination de

l'Etablissement Français des Greffes doit être contactée systématiquement car le patient devient alors un ' donneur potentiel ' démarche qui constitue de nos jours une véritable priorité pour les unités de réanimation.

Comme le précisent les lois de bioéthique, le prélèvement peut être effectué dès lors que la personne n'a pas fait connaître son opposition ; Ce refus peut être exprimé par tout moyen notamment par l'inscription sur le registre national automatisé. Il est révoqué à tout moment.

Si le médecin n'a pas connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'éventuelle opposition exprimée du vivant au don d'organes et les informe de la finalité des prélèvements envisagés. Les proches sont informés de leur droit à connaître les prélèvements qui seront effectués. Ils peuvent également transmettre l'opposition du donneur pour un organe ou un tissu particulier.

Le but du législateur a été de ne pas imposer aux proches d'avoir à décider à la place du défunt mais d'être les témoins d'une opposition manifestée au préalable.

Si la personne décédée est soit mineur ou majeur protégé, le prélèvement ne peut avoir lieu que si le tuteur ou les titulaires de l'autorité parentale y consentent par écrit.

En cas de décès par cause suspecte, il y a lieu de contacter le procureur de la République afin que la démarche de don ne perturbe pas une éventuelle autopsie médico-légale.

Dans ce contexte, l'entretien avec la famille prend une dimension particulière puisque, le médecin doit informer sur la passage en mort encéphalique et ses implications en terme de possibilité de dons tout en annonçant le décès et sans délais trop long, recueillir auprès d'une famille sous le choc, la prise de position du défunt ou ce qui est bien plus souvent le cas l'absence de prise de position Ce délai est court car il n'est pas possible de maintenir plus de quelques heures artificiellement la perfusions des organes et la survenue d'un arrêt cardiaque peut compromettre à tout moment la possibilité de prélèvement. Entre les devoirs d'assistance que le médecin doit à la famille du défunt et les impératifs de santé publique notamment face à la pénurie des organes, la marge de manœuvre est étroite et la situation nécessite le plus grand tact et professionnalisme de la part de l'équipe de réanimation.

D'ou l'intérêt d'avoir pu anticiper chaque fois ou cela est possible, cette situation afin d'éviter ce télescopage d'informations difficiles à enregistrer pour les proches qui sont en état de sidération devant les nouvelles terrifiantes qu'ils ont bien souvent du mal, et on les comprend à admettre !

La connaissance par la personne de confiance ou par les directives anticipées de fin de vie ou mieux encore la position du patient sur ce sujet transmise par le médecin traitant sera un avantage indiscutable dans la prise en charge.

Certaines familles effondrées par ces informations aussi tragiques que complexes ont tendance à donner un avis personnel de refus qui exprime plus alors leur souffrance et surtout le refus de quelque chose qui leur paraît plus une violence supplémentaire que le corps de leur défunt devra subir.

Aussi, il est primordial d'insister sur la qualité de l'information tout au long de l'étape de réanimation et d'envisager les évolutions possibles lors de la prise en charge de comas profonds ;

Il n'est pas exceptionnel dans notre propre expérience dans ce domaine d'avoir été confronté à des incompréhension de famille qui, après avoir admis la gravité et parfois le caractère irréversible et inéluctable de la situation d'un proche, ne comprennent pas les raisons de la poursuite de la réanimation, alors entreprise dans l'éventualité d'un PMO.

Jusqu'à des temps récents, l'on pouvait justifier la poursuite de la réanimation par la nécessité sur un plan légal de poursuivre jusqu'à l'obtention des critères de la mort encéphalique, l'attitude contraire pouvant alors relever du défaut d'assistance.

La loi du 22. 04. 2005 relative à la fin de vie, qui permet au médecin d'interrompre des soins lors qu'ils n'ont d'autre but que le maintien artificiel de la vie, ne modifie t'elle pas désormais quelque part cette approche ?

François-Régis CERRUTI

I- L'IMPLICATION PARENTALE IMPÉRATIVE

Pour les mineurs, nous l'avons vu, le consentement aux soins est donné par les parents qui détiennent l'autorité parentale, ainsi définie par les nouveaux articles du Code civil.

L'autorité parentale demeure ainsi un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant, appartenant ainsi au père ou à la mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant, pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité...

Il est précisé, en outre, que les père et mère exercent en commun l'autorité parentale, et qu'à l'égard des tiers, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quant il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.

En matière de soins, la jurisprudence applique cette présomption pour une intervention bénigne.

La rédaction d'un certificat médical pour l'enfant requiert ici, toute son acuité, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une situation de divorce.

Dans la plupart des cas, les constatations doivent être rapportées selon les critères suivants : **d'abord une parfaite objectivité, sans jamais mettre en cause quiconque; ensuite, les circonstances doivent être relatées très succinctement, de façon claire, le certificat devant ainsi briller par sa concision.**

Nous rappellerons, à cet effet, les différentes dispositions du Code de déontologie médicale relatif à la rédaction de ces certificats :

- L'article 76 précise que l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin des certificats et documents dont la production est prescrite par les textes, le médecin ne devant faire état que de constatations médicales qu'il est en mesure de faire.
- L'article 50 émet quelques réserves, car le médecin ne doit céder à aucune demande abusive.
- L'article 44 rapporte que le praticien doit faire preuve dans la rédaction d'un certificat de prudence et de circonspection
- L'article 28 rapporte que la délivrance de certificats de complaisance est interdite.
- Enfin, l'article 51 rapporte que le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

II - SIGNALEMENTS ET MALTRAITANCE

Qu'il s'agisse du signalement des cas de maltraitance ou des sévices sexuels, ou du débat sur le dépistage et le traitement des troubles du comportement, la protection de l'enfant fort nécessaire cependant, place souvent le corps médical dans une situation très inconfortable.

A cet effet, l'article 44 du Code de déontologie médicale, précise que le médecin doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger la personne victime de sévices ou de privations, en faisant preuve de prudence et de circonspection : le médecin doit ainsi alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. Ainsi, le signalement demeure toujours et encore une dérogation au secret médical confirmée par l'article 226-14 du Code pénal.

Or, s'il est fort difficile pour un médecin libéral de faire un signalement, en revanche, entre personnes qui prennent part à la protection de l'enfant, le fait de se communiquer uniquement ce qui est nécessaire à son bien être, c'est déjà aider et participer au traitement.

Nous rappellerons que le signalement de maltraitance garde d'abord pour finalité de protéger les personnes vulnérables, à savoir les mineurs de moins de 18 ans, les incapables, les personnes fragilisées sur le plan physique ou sur le plan psychique.

- **Pour les personnes vulnérables, agir même contre le gré de la victime.**
- **Pour les victimes non vulnérables, le signalement suppose l'accord de la victime**
- **Dans les situations de dangers physiques, de sévices sexuels ou de suspicion de sévices, le signalement au Procureur de la République est toujours une bonne solution, et doit être fait directement**
- **Dans les situations de risques, de suspicion de sévices physiques, sans trace traumatique, ou en cas de négligences ou de privations, le signalement sera adressé au médecin de la PMI ou au médecin de l'Aide Sociale à l'Enfance au sein du Conseil Général.**
- **Un signalement judiciaire ou administratif aura des répercussions importantes (réputation, rupture des liens familiaux) mais le non signalement risque d'en avoir de plus graves encore, et notamment la répétition de violences**

Il importe de rechercher une concordance entre les dires de la victime et les signes physiques d'une maltraitance.

Situation bien difficile, parfois délicate, quelquefois insurmontable, car le médecin ne doit pas cependant déroger à son devoir d'assistance à personne en péril ...

III - AGRESSIONS SEXUELLES ET MUTILATIONS SEXUELLES

La complexité, l'urgence et la gravité des affaires d'agressions sexuelles justifient que tout médecin puisse connaître la conduite à tenir et les erreurs à ne pas commettre. De plus, il convient d'adresser la victime à une équipe spécialisée dès que possible, pour une prise en

compte globale, car il s'agit bien souvent à la fois d'une urgence médicale mais plus volontiers d'une urgence psychologique.

L'article 222-22 du Code pénal demeure clair : « *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise par violence, contrainte, menace ou surprise* » ...

- Il convient de prendre en compte l'urgence ressentie d'abord par la victime réticente à consulter, avec risque notable de syndrome de stress post-traumatique élevé
- L'entretien avec la victime, celle-ci pouvant être accompagnée, demeure essentiel : car cet entretien reste le temps primordial de l'examen
- L'examen somatique général doit rechercher sur l'ensemble du corps les signes, même les plus discrets, de lutte ou de violence
- L'examen périnéal ou l'examen gynécologique doit être réalisé avec un matériel approprié, un bon éclairage, et il est fort conseillé de disposer de l'aide d'un personnel paramédical ...
- Un examen clinique somatique complet doit être ainsi réalisé par le praticien
- Des examens para-cliniques complexes sont nécessaires, mais en fonction de la tolérance de la victime.
- Le soutien psychologique reste important et doit être assuré par des équipes spécialisées, car il ne faut pas se désintéresser du retentissement mental majeur, soutien impliquant compréhension, lucidité et explication
- Enfin, il ne faut pas considérer que le certificat médical reste accessoire ...

Une circonstance particulière redoutable demeure la maltraitance sexuelle, avec agression sur mineur.

Ainsi, outre les difficultés techniques de l'examen et le délai souvent plus long entre l'examen et les faits chez l'adulte, le médecin conserve impérativement la responsabilité du signalement.

L'entretien avec le mineur est indispensable mais l'entretien avec l'accompagnant fort utile est souhaitable, car il permettra de connaître les conditions de vie, les antécédents personnels, les symptômes évocateurs, etc ...

Nous retiendrons ainsi les quelques recommandations suivantes :

- **Les agressions sexuelles sur mineurs sont fréquentes, difficiles à prendre en charge en dehors d'une structure spécialisée**
- **Les dires de l'enfant sont parfois délicats à interpréter**
- **Il faut s'adapter à la tolérance du mineur et aux circonstances de l'agression**
- **Il importe d'établir impérativement le signalement, mais également d'assister le mineur et de le protéger**
- **Enfin, il importe de ne pas être trop affirmatif dans les interprétations des données de l'examen génital**

Ainsi donc, si la prudence reste de mise, il ne faut pas estimer que signaler demeure trop pénible pour l'enfant.

Les mutilations sexuelles féminines

Nous rappellerons qu'en France, soixante mille femmes sont excisées ou parfois susceptibles de l'être...

A cet effet, lors d'un récent colloque, notre éminente collègue, le Dr Monique CARTON, a rappelé la délicate position du médecin engagé par serment à respecter toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination.

Soulignons, en outre, que le médecin est tenu de signaler à l'autorité judiciaire, les violences et les maltraitances qui concernent ces patients, la difficulté apparaissant de manière aiguë dans les cas de mutilations sexuelles.

Ces dernières semblent avoir diminuer, mais continuent de se pratiquer, en particulier, lors du retour des familles dans leur pays d'origine : **le praticien doit saisir l'occasion de signifier ainsi que la loi française interdit cette pratique en rappelant la valeur de l'intégrité corporelle.**

Il nous paraît impératif d'engager le dialogue pour ainsi limiter les mutilations. C'est une véritable prise de conscience du milieu médical qui est ainsi sollicitée. Nous devons trouver ensemble la meilleure façon d'aborder le sujet avec les familles à risque, car ce n'est pas à travers les mutilations sexuelles des filles qu'on doit les faire accéder à un statut de femme digne et reconnue par leur société d'appartenance, mais à travers notre faculté d'accueil et d'intégration des différences.

IV - L'ENFANT EN FAMILLE D'ACCUEIL ET EN FOYER

Selon le nouvel article 373-2 du Code civil, la séparation des parents est sans incidence sur les règles de l'exercice de l'autorité parentale. Ils continuent à exercer en commun cette autorité parentale, sauf si celle-ci a été confiée à l'un des parents par le juge aux affaires familiales lors d'une procédure de divorce.

La présomption de l'article 372-2 du Code civil s'applique pour les actes usuels et l'accord des deux parents reste nécessaire pour une décision grave concernant l'enfant. Pour une intervention réputée grave, mais sans doute indispensable, l'accord des deux parents doit être requis.

Lorsque l'enfant fait l'objet d'une mesure d'assistance éducative qui l'a retiré de sa famille pour le confier à un tiers (famille d'accueil, foyer, gardienne) ou un service parce que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, les parents conservent sur lui leur autorité parentale.

De même, lorsque l'enfant a été confié à un tiers par le juge aux affaires familiales, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère : elle peut être en partie déléguée à ce tiers. Mais dans ces différents cas, la personne ou le service à qui l'enfant a été confié, accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation. Ce tiers peut donc donner seul le consentement aux soins lorsqu'il s'agit de soins bénins.

Lorsque les parents de l'enfant sont décédés ou ont été privés de l'exercice de l'autorité parentale, par exemple en cas de défauts des soins mettant manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant, un tuteur est désigné et un conseil de famille constitué. Le consentement aux soins est donné par le tuteur chargé de prendre alors soin de l'enfant.

Nous soulignerons ainsi en conclusion les quelques principes suivants :

➤ **Gestes et actes simples :**

Les parents sont réputés avoir consenti aux soins avec délégation implicite ou explicite au gardien de l'enfant

➤ **Gestes et actes majeurs :**

L'article 42 du Code de déontologie médicale est formel, et si l'avis de l'intéressé peut-être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible

➤ **En cas d'urgence impérative,**

Le médecin peut passer outre l'avis des parents mais doit impérativement le rechercher ; cependant, il doit lui-même appliquer les soins nécessaires pour sauvegarder l'intégrité et la santé de son jeune patient.

Jacques MORNAT

D'AUTRES PERSONNES VULNÉRABLES, MAL ENTENDUES

Notre République française, égalité et fraternité obligent, s'est donc penchée sur des situations individuelles de vulnérabilité potentielle de certains de ses concitoyens, dans un souci à la fois d'ordre public, les manquements étant alors réprimés par le Code Pénal mais aussi de Santé Publique par lois et règlements organisationnels, le but étant d'aider et/ou protéger des personnes en réelles difficultés particulièrement en certaines périodes de leur vie comme on l'a vu.

La tâche du médecin pourrait ici paraître relativement claire même si de nombreux problèmes demeurent, pour autant qu'il connaît les textes. Il accomplira alors ses obligations et exercera son ministère dans le respect de la déontologie.

Cela étant-il est bien évident que les vulnérabilités peuvent survenir dans de multiples circonstances et tout au long de la vie sans être balisées par des textes protecteurs.

En effet un certain nombre correspondent à des situations de non citoyenneté ou de sous citoyenneté ce que ne peut accepter le médecin qui se pique d'humanisme, d'humanitarisme et de déontologie. Nous en évoquerons quelques unes.

I – LES POPULATIONS MIGRANTES

C'est une population très nombreuse et emblématique si l'on peut utiliser ce terme, celle des immigrants séjournant sur notre territoire métropolitain ou dans les DOM-TOM (La Guyane étant à cet égard en pointe).

Que l'on les définisse "en précarité" comme ce fut le cas : « Au Jeudi de l'Ordre » de septembre 2006 ou "démunies" comme le rapporte le docteur Philippe Biclet, dans son récent document du CNOM ; elles cumulent en effet, tous les handicaps.

Leur nombre est approximatif mais on peut l'approcher si l'on sait que 146.000 personnes relevaient de l'AME (aide médicale d'Etat) en 2006, et que sont estimées à 3 ou 400.000 les personnes séjournant 9 années sur le territoire national (métropole), en situation irrégulière.

Pourtant, certains séjournent légalement, d'autres non et parfois les deux situations sont présentes dans une même famille.

Ils vivent dans des situations diverses, parfois en milieu fermé (enfermement administratif) mais le plus souvent en liberté dans des logements volontiers insalubres, voire sans domicile fixe.

Ils sont jeunes, enfants, adultes, voire vieillards. Ils sont célibataires, en famille. Certains travaillent légalement, d'autres illégalement. Souvent, ils ne peuvent pas travailler car ils n'en n'ont pas le droit (situation irrégulière - sans papiers).

Leur vulnérabilité a de multiples causes. Le plus souvent intriquées : logement précaire, absence de revenu, sous-alimentation, ignorance des droits administratifs ou de la langue, culture et religions d'outre Europe.

En ce qui concerne la santé : manque d'hygiène, promiscuité vecteur de transmission d'infections quand elles ne sont pas déjà présentes : MST, tuberculose, paludisme sans oublier les addictions et les pathologies psychiatriques.

L'accès aux soins leur est possible soit par la CMU ou l'AME selon qu'ils séjournent légalement ou non. Mais l'ignorance fait qu'ils n'en profitent souvent pas.

Enfin, il existe dans toutes les grandes villes des ONG, à Paris le SAMU social tant il est vrai que la grande misère ne se peut se soigner qu'en ville.

L'implication du médecin est à tous les niveaux, bien moins cadrée que dans les situations précédentes :

- Le médecin proche consulté doit s'impliquer auprès de ces gens pour leur apporter ce qu'il leur doit : aide psychologique, information sur leurs droits, orientation sur les structures efficaces, enfin prise en charge et soins.
- Certains de nos confrères oeuvrent dans les ONG, sont à leurs côtés quotidiennement mais, chacun doit devenir acteur dès lors que l'occasion se présente et que le besoin apparaît.

L'immigration en France ne fait que commencer quelle que soit sa provenance, européenne, maghrébine, africaine ou asiatique.

Dans un double souci, à la fois de secours aux individus et de Santé publique, il importe que le corps médical s'implique dans cette tâche dont l'avenir est certain.

II – LES PRISONNIERS

"La prison demeure dans de nombreux domaines, un lieu de non- respect de l'accès aux soins, de la protection de la santé et de la dignité du détenu, notamment de la personne malade, handicapée ou en fin de vie..."

C'est le Comité Consultatif National d'Ethique qui s'exprimait ainsi l'an passé et non, le Conseil de l'Ordre des Médecins

La privation de liberté et la privation des droits civiques sont attachés à la peine d'incarcération que celle-ci soit préventive ou punitive ; mais pour autant, les presque 60.000 personnes incarcérées, en France, devraient pouvoir continuer à jouir de leurs droits humains fondamentaux. Cela est rarement le cas.

C'est une population qui cache des problèmes de santé spécifiques : les jeunes de 18-24 ans, en proportion très nombreux (7 fois plus que dehors) : un sur trois est toxicomane, 15% d'illettrés (25% de déscolarisés avant 16 ans), 5% de SDF, 10% de logis précaires...17% bénéficient de la CMU mais 13% n'ont aucune protection sociale !!

La prison regroupe, en un lieu clos, toute la misère du monde : jeunes, adultes et vieillards y séjournent de concert. Le plus souvent dans une extrême promiscuité. En ces lieux concentrationnaires, le droit humain fondamental à la protection de la santé y est trop souvent bafoué.

Sans parler des addictions, des transmissions de MST, des agressions sexuelles ou non, des insuffisances d'hygiène, des contagions notamment tuberculeuses. Nous concentrerons notre attention sur les soins et la carence psychiatrique.

1. En ce qui concerne les problèmes psychiatriques

- La prison est devenue le lieu d'enfermement des malades psychiatriques que ne sont plus les CHS : 20% des prisonniers ont des problèmes psychiatriques "que l'hôpital seul peut soigner et accompagner" et dont 4.000 sont schizophrènes (16% ont des antécédents psychiques antérieurement à leur incarcération laquelle est responsable de "dépressions"), chez 18% d'entre eux : "La dégradation de la santé mentale des détenus constitue un phénomène très inquiétant".
- La démographie des psychiatres du cadre hospitalier sectorisé est telle, que déjà en pénurie grave pour les besoins des populations. Que dire du secteur carcéral réduit à sa plus simple expression ! C'est dire que le repérage des troubles et de la dangerosité est le plus souvent à l'initiative des surveillants !! Quand un psychiatre vient deux demi-journées par semaine il peut s'écouler des mois avant qu'un nouveau détenu soit entendu...s'il a encore quelque chose à dire.

2. Le devoir d'ingérence des soignants a été souligné par le CCNE ,qui préconise :

- En amont de l'incarcération, il convient de s'intéresser aux problèmes de santé mentale des mineurs en difficulté et de toute personne vulnérable.
- Lors de la mise en examen : Éviter l'incarcération de présumés innocents non dangereux.
- Lors du jugement : Ne pas envoyer en prison les psychopathes graves.
- Au cours de l'emprisonnement : Faire accueillir en soins palliatifs les détenus en fin de vie ayant été libérés pour raison médicale. Par ailleurs, les personnes très âgées, les

grands handicapés et les sujets souffrant de graves troubles psychiatriques devraient quitter à jamais la prison.

Les entraves pendant les consultations sont "considérées comme absolument inacceptables en dehors de circonstances exceptionnelles" et certaines mesures disciplinaires "sont à réduire et limiter dans leur durée" (122 suicides en prison par an dont 7 fois plus au mitard qu'en cellule). La peine de mort abolie s'est-elle trouvée un succédané ?

Le CCNE demande aux soignants de :

« favoriser les liens directs avec la population carcérale et d'être attentifs à tout ce qui provoque une dégradation de l'être, telles l'humiliation, la violence et la désespérance. Ils ont un devoir d'ingérence dans les domaines où sont mis en jeu l'intégrité physique ou mentale du détenu, le droit à la protection de sa santé ou le respect de sa dignité humaine. »

Il ne faut pas se cacher que les vraies solutions se trouvent ailleurs que dans la médecine.

"La médecine arrive après la bataille s'il est vrai que la détresse des personnes est d'abord et avant tout une question de justice sociale".

Le médecin s'implique dans ce monde de façon variable selon les circonstances:

- Rappelons les problèmes du médecin appelé à examiner les personnes en garde à vue.
- Le Conseil de l'Ordre ne peut se satisfaire des conditions faites aux personnes incarcérées, il doit soutenir le CCNE dans cette cause fondamentale.

III – VULNÉRABILITE ET SECTES

Il convient que les élus ordinaires apprécient plus justement le risque sectaire en écho à l'exposé de M. Debord de la Miviludes lors de la dernière réunion, ici même en octobre dernier, ainsi que le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale: "L'enfance volée. Les mineurs victimes des sectes".

La mise en condition et le recrutement des milieux sectaires restent assez univoques: D'abord séduction puis accoutumance enfin dépendance. Le schéma sera d'autant plus efficace que la personne - gibier sera en état de relative faiblesse, dépendance ou confiance.

C'est dire que les milieux de la Santé sont un territoire de chasse de choix pour les sectes.

Les pièges et filets sont nombreux. Il faut beaucoup d'attention sur les associations et mouvements prétextant la "santé": mouvements guérisseurs, psychanalytiques, écologiques, épanouissement de la sexualité..., volontiers relayés par l'Internet et transfrontaliers.

A) Les proies sont légions:

Dans notre société les personnes en danger sont très nombreuses: solitude, chômage, vieillesse, éclatement familial, crises d'adolescence, incarcération mais aussi sur le plan santé: toxicomanies, affections au long cours ou sans guérison connue en particulier désordres psychiatriques.

Il convient de mettre en avant les enfants, proies électives à la fois de la secte et de leur environnement parental ou familial.

L'enfant victime n'est pas rare: 60.000 à 100.000 selon les estimations. Outre le vol du temps de son enfance voire de son existence certains n'étant même pas déclarés à l'Etat-Civil, signalons l'enfermement parfois sous le couvert d'internats en écoles cultuelles ou d'éducation dans la famille, le conditionnement, la culpabilisation, la privation de soins, les violences physiques et abus sexuels.

B) Les prédateurs.

Dénoncé par les pouvoirs publics, le recrutement des sectes s'appuie sur des relais très variés. On notera que l'ordre des médecins n'avait pas paru un organisme à écouter en priorité jusque là.

C'est par contre les milieux "psychothérapeutes" qui ont attiré l'attention: leur nombre s'est accru de plus d'un tiers depuis 6 ans. On comptait en 2004 à côté de 13.000 psychiatres plus de 15.000 psychothérapeutes dont la majorité sans diplômes ni garanties de probité et d'éthique. On estime à 3 à 5 millions les personnes consultantes par année. C'est dire si un tel vivier est une tentation quotidienne pour les sectes.

Quand au corps médical déviant, il est estimé à environ 3.000 praticiens avec certains "racolés" et d'autres "racleurs". Racolé d'autant plus facilement que fragile, stressé, déprimé. Racoleur devenu un agent recruteur auprès de ses patients .

C) L'Ordre des médecins a une responsabilité vis à vis des dérives sectaires.

Il importe que chaque praticien dans son quotidien garde son esprit critique vis à vis de ce qu'il entendra et verra en tant qu' "admis dans l'intimité des personnes et reçu à l'intérieur des maisons", mais aussi de ce qu'il pourrait apprendre sur les comportements ou agissements de confrères.

En particulier les structures paramédicales abritant des patients fragilisés et surtout des enfants, comme on l'a vu, doivent inciter à prévenir l'Ordre départemental de toute dérive.

Même si la mise en cause de quiconque doit établir une relation entre la pratique professionnelle et les activités sectaires, incitant donc à la prudence, c'est de l'accumulation d'indices concordants que la certitude pourra amener à envisager des recours répressifs.

I – DROITS DE L’HOMME ET LIBERTÉS FONDAMENTALES

L'évolution récente du droit français a réactualisé la notion de « personne vulnérable », afin de mieux protéger les personnes les plus exposées aux agressions physiques, sociales, familiales, professionnelles... inhérentes à toute vie humaine. Très fréquemment, ces agressions sont entachées de privation de liberté, de racisme, de sexisme, de maltraitance etc...

Les exposés précédents viennent de confirmer tout l'intérêt de la législation française pour les personnes vulnérables : tutelle, curatelle, sauvegarde de Justice, incapable majeur, personnes âgées, maladie mentale, prisonniers, mineurs, migrants, précarité, autant de situations qui trouvent un écho ou une résonance juridique dans les mots : signalement, dignité, vérité, dialogue, écoute, vigilance, concertation, action judiciaire.

Ainsi, avant toute autre considération, la prévention de la vulnérabilité retrouve ses bases dans le respect de la déclaration universelle des droits de l'Homme :

- *Article 1 : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. »*
- *Article 3 : « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. »*
- *Article 7 : « Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration et contre toute provocation à une telle discrimination. »*

Ces libertés fondamentales définies par les Droits de l'Homme, se déclinent dans le triptyque républicain : « liberté, égalité, fraternité ».

Le simple respect de ces trois valeurs républicaines est sans aucun doute le meilleur gage de la prévention de la vulnérabilité.

II – LA FRAGILITÉ DES PERSONNELS DE SANTÉ

Je suis vulnérable, tu es vulnérable, ils sont vulnérables, mais avant tout et surtout, nous, personnels de santé, sommes vulnérables. Et avant de vouloir s'occuper de la vulnérabilité de nos concitoyens, occupons-nous de notre propre vulnérabilité.

Chiffres alarmants :

- 14 % du taux de suicide chez les médecins libéraux français contre 5,6 % dans la population générale.
- 43 % de taux d'épuisement émotionnel, taux plus élevé que dans toute autre profession.

Oui, le « burn-out syndrom » existe bien. D'autres appelleraient ce syndrome « cramé par l'intérieur ».

En résumé, trois symptômes cohabitent dans ce « burn out » :

- épuisement émotionnel
- réduction de l'accomplissement personnel
- dépersonnalisation de sa relation à autrui et en particulier à ses patients.

Le soignant s'évalue alors négativement jusqu'à l'épuisement émotionnel total.

Trois étiologies principales à ce « burn out » :

1. Nombre croissant d'agressions :

D'incivilités, de remises en cause des médecins systématiquement culpabilisés par leurs patients dans la genèse de leur maladie ou même dans la survenue de la mort.

2. Lourdes contingences administratives

Conjuguées à des objectifs civiques quant aux dépenses de santé. La conscience du médecin est trop souvent mise en cause alors qu'il s'agit surtout des conséquences socio-économiques de gestion politique des problèmes sociétaux.

3. Equation vie professionnelle – vie privée : seul un équilibre optimisé permet une prévention du stress.

Le médecin doit pouvoir puiser dans son équilibre familial les forces vives pour prévenir cet épuisement émotionnel.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est déjà largement penché sur la prévention de ce « burn out » par un observatoire de l'insécurité, la recherche de nouveaux modes sécurisés d'exercice, l'amélioration des conditions de la permanence des soins, le statut du médecin hospitalier, la commission d'entraide et le rôle social, amical et attentif des conseillers départementaux, toujours à l'écoute des difficultés personnelles de chaque médecin.

III – PRÉVENTION DE LA VULNÉRABILITÉ

Revenons sur la définition princeps de la vulnérabilité :

« La vulnérabilité est la propension d'un être humain à être blessé par les agressions inhérentes à toute vie humaine. »

Nous avons compris que cette vulnérabilité pouvait être induite par de multiples étiologies, physiques, psychiques, familiales, sociétales... En fait, l'Homme est vulnérable, nos patients sont vulnérables, nous soignants sommes vulnérables et nous sommes tous vulnérables à tout moment de notre vie. Dès sa première minute d'existence, tout homme est vulnérable car l'environnement dans lequel il évolue ne pourra jamais être totalement sécurisé.

Aussi, n'est-ce pas plutôt dans la manière dont nous évoluons dans cet environnement souvent hostile, n'est-ce pas dans la manière dont nous gérons cette naturelle vulnérabilité, que nous sommes à notre tour fragilisés, et par là même, encore plus vulnérables ?

Ainsi, la prévention de la vulnérabilité consiste essentiellement à consolider notre aptitude à assumer notre vulnérabilité.

Devant cette noble et hypothétique idée philosophique, quel est le rôle du médecin face à la vulnérabilité de ses patients ?

1. Prévention primaire :

Nous connaissons tous les éléments de cette prévention : vaccination, prévention en matière de contamination, mesures hygiéno-diététiques, verbalisation précoce des affects, qualité de l'écoute du soignant, autant de moyens qui permettent de limiter précocement cette vulnérabilité.

2. Prévention secondaire :

Elle a pour but de transformer un état d'ores et déjà pathologique en un état de vulnérabilité standard. Cette prévention consiste essentiellement à mettre en place rapidement des moyens thérapeutiques afin de garantir une sécurité maximum : protection juridique, mise sous tutelle, hospitalisation, suivi régulier éducatif et social, dialogue, sauvegarde de justice ; mission thérapeutique difficile car coordonnée et concertée entre le malade, le médecin, la justice, et les services sociaux.

3. Prévention tertiaire :

En cas d'échec des préventions primaire et secondaire, il est parfois nécessaire d'envisager des mesures plus radicales, en retirant le malade de son milieu précaire de vulnérabilité maximale pour le remettre dans un milieu totalement sécurisé, afin qu'il retrouve son intégrité tant physique que psychique, sa dignité et sa vraie liberté.

Ainsi, ces trois modes de prévention conduisent le médecin à une mission d'accompagnement du patient vulnérable allant jusqu'à la « prévention des rechutes ».

Dans cet accompagnement, le médecin doit aider son patient à « autogérer » sa vulnérabilité en générant ses propres moyens de défense, spécifiques à l'éclosion de sa vraie liberté.

Est-il alors médicalement correct de penser que la vulnérabilité est « prévenue » chez nos patients lorsque ceux-ci trouvent en eux-mêmes les ressources personnelles leur permettant de contrer naturellement toutes les agressions ?

Une « vulnérabilité prévenue » ne serait plus synonyme de fragilité mais deviendrait une force dynamique permettant un équilibre, une liberté et un épanouissement de l'individu.

**LE MEDECIN ACCOMPLIT TOTALEMENT SA MISSION QUAND IL AIDE
DANS UN PREMIER TEMPS SON PATIENT VULNERABLE A « MIEUX-ETRE »,**

PUIS DANS UN DEUXIEME TEMPS A « PLUS ETRE »,

**EN LE RENDANT CAPABLE DE MOBILISER TOUTE SON ENERGIE CONTRE
L'ADVERSITE POUR RECOUVRER LIBERTE, DIGNITE ET JOIE DE VIVRE.**

Commentaires du Code de déontologie Médicale
Edition 2001.

Droit au consentement ou droit au refus des soins
J.J. Bouquier - CNOM des 29 et 30 janvier 2004

L'enfance volée – Les mineurs victimes des sectes..
Rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale. - Décembre 2006

Loi du 4 mars 2002
Articles : L 1111-2 / L 1111-4 / L 1111-5 / L 1111-7 du Code de la santé publique

Manuel de droit médical
Robert Saury - Masson 1989

Plan psychiatrie et Santé Mentale –
Ministère de la Santé et des solidarités - Mai 2006

Populations démunies
Rapport 2006 du Docteur Biclet - CNOM

Pratiques Médicales et les sectes.
Rapport du 27 septembre 1996. du Dr. D.Grunwald - CNOM

Précarité : des exigences renouvelées pour l'éthique médicale..
Jeudi de l'Ordre du 29 septembre 2006 - CNOM

Présentation des actions de la Miviludes
par M. H. P. Debord – AG des CD et CR du 21-10-06

Présentation du projet de loi portant réforme de la protection juridique des majeurs
Thierry Fossier - Edition générale n°50 - 13 décembre 2006

Projet de loi portant réforme de la protection juridique des majeurs
Titres XI et XII

Protection d'un patient majeur, tutelle et curatelle : le rôle du médecin
Soliman Le Bigot, Peggy Grivel
Le Concours Médical - Tome 127 – 32/33 - Du 26 octobre 2005

Protection des incapables
Christophe Lachièze - Le Généraliste - Numéro 2326 du 1er avril 2005

Rapport du Comité Consultatif National d'éthique sur les prisons et les populations carcérales.
2006

Réforme des tutelles. Le C E S se prononce sur le projet de loi
Sandra Viard - L'Entreprise Libérale N° 56 - décembre 2006

Réforme des tutelles sur les rails
Philippe Roy - Le Quotidien du médecin - 29 novembre 2006

Refus de soins du patient
Nicolas Loubry - Le Concours Médical du 15 septembre 2006

Risque sectaire dans le domaine de la psychothérapie.
Rapport 2006 de la Miviludes

Santé reste la cible des sectes..
Impact Médecin du 1er février 2007

Remerciements

Section Ethique et Déontologique du Conseil national de l'Ordre des médecins
Melle Sylvie Breton
Melle Caroline Héron