

Le médecin et la contraception des mineurs*

The physicians and the minor's contraception

Dominique Cartron

Avocat au Barreau de Rennes
Spécialisé en Droit du Dommage Corporel
<contact@cartron-lhostis.fr>

Résumé. Le droit français institue un âge légal au-delà duquel l'enfant, devenu majeur, dispose de la plénitude de ses droits dans tous les domaines de sa vie patrimoniale et extrapatrimoniale. Cet âge est fixé à 18 ans depuis la Loi N° 74-631 du 5 juillet 1974 [1]. Auparavant, et ce, depuis 1792, il était fixé à 21 ans. Cet âge légal est le plus communément admis dans l'ensemble des législations mondiales. Dans la vie courante, il est en décalage avec la maturité sexuelle ce qui n'est pas sans poser difficulté.

Mots clés : médecins, mineurs, contraception, responsabilité légale

Abstract. French law establishes a legal age beyond which the child, who has become of age, has full rights in all areas of his patrimonial and extra-patrimonial life. This age is set at 18 since Law No. 74-631 of 5 July 1974. Previously, since 1792, it was set at 21 years. This legal age is the most commonly accepted in all global legislation. In everyday life, it is out of sync with sexual maturity which is not without difficulty.

Key words: physicians, contraception, minor, liability, legal

Introduction

Récemment, à Pontoise, un homme de 28 ans a été renvoyé devant le tribunal correctionnel pour « atteinte sexuelle », après avoir eu une relation sexuelle avec une enfant de 11 ans. À cette occasion, la question du consentement de l'enfant mineure a été largement débattue. Le droit romain, qui a inspiré bon nombre de nos cadres juridiques, était plus pragmatique. Il distinguait les mineurs (lat. *impuberes*) des majeurs (lat. *puberes*). Les filles accédaient à la majorité à 12 ans et les garçons à 14 ans.

Depuis longtemps, le contrôle des naissances, souvent contraint par des impératifs religieux, ou démographiques, prohibait toute forme de contraception ou d'interruption de grossesse. Des impératifs de santé publique ou plus exactement de démographie ont conduit, jusqu'à la moitié du XX^e siècle, à maintenir la prohibition de tout contrôle des naissances. La loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, en abrogeant les articles L.648 et L.649 du Code de la santé publique,

a ouvert la voie à une certaine libéralisation de la contraception en France. Cependant, cette libération progressive des barrières législatives, sous l'impulsion des mouvements féministes, laissera, un temps encore, de côté la situation des mineurs alors même qu'au plan physiologique la barrière de l'âge de 18 ans n'avait plus la même signification sociale. Les inconvénients des restrictions au contrôle des naissances, autrefois soulignés pour les majeurs, demeuraient d'actualité pour les mineurs en quête d'un moyen de régulation ou d'interruption volontaire de leurs grossesses.

Progressivement, l'interdiction générale de la vente de contraceptifs aux mineurs sans accord parental a été supprimée. Les centres de planification ou d'éducation familiale ont pu délivrer, à titre gratuit et anonyme, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ; la publicité relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs a été autorisée. Mais il subsistait un verrou. L'ancien article L.5134-1 du Code de la santé publique

* Cet article est déjà paru dans *Médecine*. Cartron D. Le médecin et la contraception des mineurs. *Médecine* 2018 ; 14(5) : 236-240. DOI : 10.1684/med.2019.324.

mtp

Tirés à part : D. Cartron

n'exonérait pas suffisamment les médecins de l'obligation de recueillir le consentement des parents pour leur délivrer des contraceptifs hormonaux ou intra-utérins, quand bien même ils n'en n'avaient pas l'obligation expresse. Il fallait lever cette ambiguïté rédactionnelle. Ce sera chose faite par l'entrée en vigueur de la loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Dans un autre domaine, le droit à l'avortement introduit par la célèbre Loi du 17 janvier 1975 [2] relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite loi Veil, arrachée de haute lutte au Législateur, sera ensuite adapté à la situation des mineures. À l'occasion de la loi du 4 juillet 2001, allongeant de dix à douze semaines de grossesse le délai pour la pratique d'une IVG, les mineures seront dispensées de l'autorisation obligatoire de leurs parents et le recours à l'avortement médicamenteux sera facilité. Cette évolution a profondément modifié les prérogatives des parents et des mineures sur la régulation et le contrôle de leurs grossesses.

Les droits du mineur et de ses parents sur sa santé

Les parents sont titulaires par principe de l'autorité parentale. Selon les dispositions de l'article 371-1 du Code civil, celle-ci comprend l'ensemble des droits et des devoirs des parents ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant jusqu'à sa majorité ou plus exceptionnellement jusqu'à son émancipation [3]. Elle a en particulier pour objet de le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité.

Dans la mesure du possible, les parents doivent associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. Mais un médecin qui soigne un mineur doit s'efforcer de prévenir ses représentants légaux afin d'obtenir leur consentement [4]. Cette prérogative discrétionnaire comporte des exceptions notables en matière de santé. Ainsi, selon les dispositions de l'article L.1111-4 § 7 du Code de la santé publique [5], le consentement du mineur doit être systématiquement recherché, à partir du moment où il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Cependant, celui-ci n'est pas exclusif de celui de ses parents, sauf si leur opposition risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur. Dans cette éventualité, le médecin doit délivrer néanmoins les soins indispensables.

Le médecin ne peut donc passer outre un refus de prescription ou d'acte de soins sans le consentement des parents sauf risque grave ou danger pour le mineur. Ce mécanisme a permis de régler la question du refus de transfusion sanguine opposé par les adeptes de certains groupes religieux. Toutefois, un tel dispositif aurait été incompatible avec la libre prescription des moyens et dispositifs de contraception et sujet à discussion pour les attentes d'IVG.

Le mineur a le dernier mot sur sa santé

Une première dérogation importante a été apportée à ce dispositif général par les dispositions de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique [5]. Le médecin (ou la sage-femme) peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin ou la sage-femme doit cependant s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation de ses parents. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention sans aviser et encore moins recueillir l'approbation des parents du mineur. Mais, dans ce cas, le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix. Ce cadre juridique général embrasse la prescription des traitements et dispositifs médicaux contraceptifs et les interventions visant à l'interruption volontaire d'une grossesse.

La prescription ou la délivrance des moyens et dispositifs contraceptifs aux mineures

Les textes généraux précités sont complétés par un second dispositif, plus adapté. L'article L.5134-1 du Code de la santé publique [6] aménage un droit spécifique du mineur à son information par le professionnel de santé sur les moyens et dispositifs de contraception, un droit à la prescription programmée de ceux-ci et à la délivrance des moyens contraceptifs d'urgence sans intervention du titulaire de l'autorité parentale.

En premier lieu, toute personne, même mineure, a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement. 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 légitimement. Le médecin est donc au premier rang tenu de cette obligation.

Ensuite, le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. Le médecin et la sage-femme, qui est également habilitée à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux, ne peuvent exiger ou imposer la présence des parents du mineur et encore moins leur révéler ces prescriptions. Tous les actes individuels de prévention,

de diagnostic ou de soins relatifs à la délivrance de contraceptifs comme les prescriptions d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, ainsi que leur prise en charge, sont ainsi, pour les personnes mineures, strictement protégés par le secret.

Le médecin conserve, avec la sage-femme, la prérogative de prescription de certains dispositifs. Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur leur prescription et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par l'un de ces deux professionnels de santé. De même, l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par eux. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

La délivrance d'un contraceptif d'urgence aux mineures

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé, une contraception de « rattrapage » peut être utilisée par les femmes en situation d'urgence dans les quelques jours qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non prévue.

Deux méthodes de contraception d'urgence sont disponibles : la pilule de contraception d'urgence (PCU) et le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre [7]. La délivrance d'un contraceptif d'urgence aux mineures peut s'effectuer sans prescription médicale classique par l'usage de médicament et sans intervention obligatoire du médecin. Cette remise s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies, sous certaines conditions dans les établissements d'enseignement du second degré par les infirmiers dans les cas d'urgence pour les élèves mineures et majeures. Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence est aussi possible. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et à l'administration de ces médicaments. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. De fait, dans plus de 90 % des cas l'accès à la pilule contraceptive d'urgence (PCU) se fait directement en pharmacie, sans prescription médicale. L'obtention de la PCU auprès de l'infirmière scolaire reste un processus d'accès très minoritaire, contribuant pour moins de 3 % à l'ensemble des PCU utilisées par des mineures [7].

Ces moyens contraceptifs sont délivrés gratuitement. La minorité, à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance, est justifiée par une simple déclaration orale faite au pharmacien par l'intéressée. Il serait donc illégal de solliciter une pièce d'identité ou un justificatif

quelconque avant la prescription ou la délivrance du contraceptif d'urgence.

Dans les établissements d'enseignement, les infirmiers et les infirmières rattachés à un établissement doivent disposer d'un local permettant le respect de la confidentialité. L'élève doit être informée que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode régulière de contraception et qu'elle peut ne pas être efficace dans tous les cas et des événements indésirables éventuels. L'élève est également informée que ce médicament ne peut lui être administré de manière répétée et que son usage ne peut être banalisé. L'infirmier ou l'infirmière doit proposer à l'élève mineure, qui peut le refuser, de s'entretenir avec le titulaire de l'autorité parentale. Ils doivent veiller à la mise en œuvre d'un accompagnement psychologique de l'élève et d'un suivi médical par un centre de planification ou d'éducation familiale, d'un médecin traitant ou spécialiste dans le but de s'assurer de l'efficacité de la contraception d'urgence. Il sera conseillé un test de grossesse devant la constatation d'un retard de règles, de prévenir les maladies sexuellement transmissibles et une contamination VIH, un dépistage et un traitement précoce éventuel. Enfin, il sera suggéré une méthode de contraception régulière adaptée à son cas.

L'interruption volontaire de grossesse des mineures

Par nature l'interruption volontaire de grossesse n'est pas un moyen contraceptif, puisqu'il y a eu conception. Elle demeure une issue extrême qui fait la part de la liberté des femmes, fussent-elles mineures, de leur détresse individuelle, et du nécessaire respect de la vie. La loi de 1975 [2] a arbitré ces impératifs contradictoires pour certains. Le nombre annuel des IVG chez les mineures est estimé, en France en 2016, à 6,7 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 17,8 parmi les 18-19 ans.

La clause de conscience du médecin

En règle générale, selon les dispositions de l'article R.4127-47 [8], en dehors de l'urgence et du nécessaire respect de son devoir d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Il doit alors en avertir son patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. Au cas particulier de l'IVG, ce droit est renforcé par une disposition spéciale du code de la santé publique, dans son article L.2212-8 [9]. Un médecin n'est donc jamais tenu de pratiquer une interruption de grossesse. Mais il doit informer sans délai l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom des praticiens susceptibles de réaliser l'intervention afin de ne pas entraver son droit absolu à l'IVG.

En 2015, la Délégation aux Droits des Femmes (DDF) avait sollicité la remise en cause de cette clause spéciale de conscience jugée redondante. Les dispositions générales de l'art R.4127-47 étaient jugées suffisantes. Selon la DDF, cette double clause concourrait à faire de l'IVG un acte médical à part, et à limiter l'accès à ce droit fondamental. Cette attente militante n'a pas été suivie d'effet à ce jour. Le 7 octobre 2010 l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté une résolution 1763 intitulée « *Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux* » qui valide le système français. Mais le sujet reste d'actualité. Selon le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, la clause de conscience spécifique à l'IVG n'aurait plus de pertinence. En l'état du droit français, cette clause de conscience s'applique, et indifféremment, à la situation des femmes majeures comme mineures.

Les parents sont-ils informés ?

Selon les dispositions de l'article R.4127-18 [10] du Code de la santé publique, un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi. Le recours à l'IVG reste plus encadré pour la patiente mineure comme pour le médecin. À l'issue de la première consultation, la femme mineure doit consulter une personne qualifiée en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil, éducation ou planification familiale. Une attestation lui sera délivrée pour en justifier. Si elle souhaite ne pas révéler sa décision aux titulaires de l'autorité parentale, elle doit être conseillée sur le choix d'une personne majeure susceptible de l'accompagner dans sa démarche. Elle doit confirmer sa demande par écrit après un délai minimum de deux jours après la consultation avec la personne qualifiée. Ces formalités préalables accomplies, le médecin doit s'efforcer d'obtenir à nouveau son accord pour que le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant légal soit consulté. Dans la négative, l'IVG ainsi que les actes médicaux associés sont effectués. Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée à la femme mineure.

Quel secret entoure ce geste médical ?

Toutes les personnes consultées dans le cadre de cette démarche sont tenues au secret. En cas de révélation d'une information, la peine encourue est d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende [11]. L'information ne peut donc être divulguée à quiconque.

Le secret serait remis en cause par la nécessité d'un financement parental de l'intervention. Mais lorsqu'une

IVG sur une mineure est réalisée, aucune demande de paiement ne peut lui être présentée pour les dépenses relatives aux consultations, aux frais de soins et d'hospitalisation et aux frais afférents à ce geste [12]. Le médecin transmet la feuille de soins anonymisée de la patiente à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement de santé avec lequel il a passé convention. Au vu de cette feuille de soins, la CPAM verse au médecin le montant du forfait IVG. Ces modalités s'appliquent également aux actes connexes, notamment les analyses de biologie médicale, et à la première consultation médicale préalable.

Au cas général, selon les dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique [13] un médecin peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Toutefois, le même article dispose que la patiente doit être informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le partage d'information pourra donc exclure la révélation d'un antécédent d'IVG.

Dans un autre registre, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations. L'opposition de la mineure empêcherait une telle divulgation.

Selon les dispositions de l'article L.1110-4, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant la mineure décédée soient délivrées à ses ayants-droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Ainsi, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure s'est opposée, le cas échéant, à l'obtention de leur consentement, comme en matière d'IVG. Ainsi, un médecin scolaire a pu légalement refuser de communiquer à la mère de l'enfant, après son décès, les pièces médicales du dossier de sa fille décédée [14]. Dans le cadre de la fin de la prise en charge d'une patiente mineure, si elle souhaite conserver la confidentialité du geste d'IVG, il sera

donc opportun de lui faire régulariser une demande de confidentialité qui sera conservée par le médecin dans son dossier médical afin, le cas échéant, de tracer son refus.

IVG et accident médical

Reste la question des frontières de ce secret dans l'hypothèse d'un accident iatrogène lié à l'IVG. Le secret imposé par la mineure au médecin vis-à-vis de ses parents, sur le geste inaugural, reste-il compatible avec une forme de confidentialité dans l'éventualité d'un accident médical ? On peut citer l'hypothèse d'une perforation instrumentale de certains organes (utérus, intestins...), d'une hémorragie, d'une infection associée aux soins... Il serait bien difficile pour le médecin de communiquer sur la complication sans évoquer le geste d'IVG. Or, selon les dispositions de l'article L.1142-4 [15] du Code de la santé publique, les ayants-droit d'une victime d'un dommage médical, si la personne est décédée, ou son représentant légal, doivent être informés sur les circonstances et les causes de ce dommage. Aucun exemple publié n'est donné par la jurisprudence civile, pénale ou disciplinaire. Toutefois, le droit général du mineur au secret sur sa santé, défini à l'article L.1115-5 [16] du Code de la santé publique, retrouverait ici toute sa place. Le secret s'imposerait pour toute la prise en charge. Seule la mineure peut en disposer. Il est absolu, y compris dans l'hypothèse de son décès si elle en a manifesté le choix.

Points à retenir

Sans nier le rôle et la présence des parents de l'enfant mineur dont l'information est encouragée, le législateur a donné la priorité à l'autonomie de sa volonté, en aménageant, du fait de sa minorité, des cadres juridiques plus contraints. Ils lui accordent la décision finale sur sa santé et lui permettent d'imposer le secret le plus absolu sur les prescriptions et actes de soins relatifs à sa

contraception ou à sa décision d'interruption volontaire de grossesse. L'ensemble reste inscrit dans une relation privilégiée avec les professionnels, acteurs de sa santé que sont le médecin, la sage-femme mais aussi désormais, le pharmacien et l'infirmier scolaire.

Liens d'intérêts : l'auteur, avocat spécialisé en droit du dommage corporel, déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en lien avec le contenu de cet article.

Références

1. Légifrance. Article 388 du Code civil.
2. Légifrance. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
3. Légifrance. Article 413-7 du Code civil.
4. Légifrance. Article R.4127-42, Code de la santé publique.
5. Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
6. Légifrance. Article L.5134-1 du Code de la santé publique.
7. HAS. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. Recommandations en santé publique. Avril 2013.
8. Légifrance. Article R.4127-47 du Code de la santé publique.
9. Légifrance. Article L.2212-8 du Code de la santé publique.
10. Légifrance. Article R.4127-18 du Code de la santé publique.
11. Légifrance. Article L.226-13 du Code pénal.
12. Légifrance. Article D.132-1 du Code de la sécurité sociale.
13. Légifrance. Article L.1110-4 du Code de la santé publique.
14. Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins 06/05/2014 - N°11797.
15. Légifrance. Article L.1142-4 du Code de la santé publique.
16. Légifrance. Article L.1115-5 du Code de la santé publique.