

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : ROCHE Prénoms : CECILE
Date et Lieu de naissance : 22/12/1985 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : _____

DIFFICULTES DE RESPECTER LE SECRET MEDICAL CHEZ
LES MINEURS PAR LES MEDECINS, EVALUATION D'UN
DOCUMENT D'INFORMATION.

Président de thèse : **Professeur NOUGAIREDE Michel**
Directeur de thèse : **Docteur MIGNOTTE Katell**

DES DE MEDECINE GENERALE

Remerciements :

Merci au Pr. Nougairède pour m'avoir proposé de réaliser cette thèse à partir d'une trace d'apprentissage. Merci également de la présider.

Merci au Dr. Katell Mignotte pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour avoir été aussi disponible, patiente et pédagogue. Ce fût un plaisir de travailler ensemble.

Merci aux autres membres du jury pour leur participation à ma soutenance.

Merci au Dr. Galam pour m'avoir soutenue dans la préparation de cette thèse pendant mon stage dans son cabinet.

Merci au Dr. Monier pour m'avoir encouragée à travailler sur ce sujet.

Merci à Dr. Israël pour son avis d'expert.

Merci au Dr. Martine Lalande pour l'intérêt qu'elle a porté à ce sujet et pour m'avoir permis d'écrire un article dans la revue « Pratiques, les cahiers de la médecine utopique ».

Merci également au « Journal du droit des jeunes » pour m'avoir permis d'écrire un article.

Merci à tous les médecins qui ont accepté d'être interviewés et de tester cette fiche.

Merci à ma famille pour son soutien.

Merci à mon mari pour m'avoir conseillée avec enthousiasme et pour avoir participé à la conception de la fiche d'information.

Merci à ma fille Louise qui illumine mes journées.

Sommaire

1. Introduction
2. Matériel et Méthode
 - 2.1. Le choix de la méthode
 - 2.1.1. Méthode qualitative
 - 2.1.2. L'entretien semi dirigé
 - 2.1.3. L'entretien libre
 - 2.2. Le matériel utilisé
 - 2.2.1. La population
 - 2.2.1.1. Le choix de la population
 - 2.2.1.2. Le recrutement
 - 2.2.2. La fiche d'information
 - 2.3. Intervention
 - 2.3.1. Les entretiens
 - 2.3.1.1. Le contrat de communication
 - 2.3.1.2. Le mode de relance
 - 2.3.1.3. Les guides d'entretiens
 - 2.3.1.4. Le déroulement des entretiens
 - 2.3.1.5. Lieux et temps des entretiens
 - 2.3.2. Le protocole de l'étude
 - 2.4. Analyse

3. Résultats

3.1. Première série d'entretiens

3.1.1. Population : Tableau récapitulatif de la population interviewée

3.1.2. Caractéristiques des entretiens

3.1.2.1. Durée

3.1.2.2. Lieux

3.1.3. Résultats : Les difficultés

3.1.3.1. Les difficultés sur lesquelles les médecins pouvaient intervenir

3.1.3.2. Les difficultés face auxquelles les médecins étaient impuissants

3.1.4. Résultats : Une absence de difficulté pour certains médecins

3.1.5. Résultats : Les avis sur la fiche : phase pré-test

3.2. Deuxième série d'entretiens :

3.2.1. Population : Tableau récapitulatif de la population interviewée

3.2.2. Caractéristiques des entretiens :

3.2.2.1. Durée

3.2.2.2. Lieux

3.2.3. Résultats : Les avis sur la fiche : phase post-test

3.3. Synthèse des résultats

4. Discussion

4.1. Le résultat principal

4.2. Les faiblesses et forces du travail

4.3. Les hypothèses

4.4. Les changements observés par le travail et proposés

5. Conclusion

Bibliographie

Annexes

Permis d'imprimer

Résumé et Mots clés

1. Introduction :

Le secret médical a toujours été un des fondements de l'exercice de la médecine (1). Comme le rappelait le Professeur Louis Portes, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins à l'Académie des Sciences morales et politiques le 5 juin 1950 : « Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret ». Dès 1810, il apparaissait dans le Code Pénal (2) une obligation au secret professionnel chez les médecins et les professionnels de santé. Il était aujourd'hui inscrit dans l'article 226-13 (3). Les Codes de Déontologie Médicale avaient successivement précisé la définition du secret médical.

Deux exceptions ont été prévues par la loi du 04 juillet 2001 du Code de Santé Publique : la prescription d'une contraception (4) et la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) (5) (6). Dans ces deux cas, la jeune fille n'avait pas à obtenir le consentement des parents, et le secret médical devait être conservé. Concernant l'IVG, la patiente devait être accompagnée d'une personne majeure de son choix pour les consultations et pour les actes médicaux.

La loi du 4 mars 2002 (7) a élargi ces dispositions du Code de Santé Publique: Le médecin devait s'efforcer le plus possible de convaincre le mineur de tenir la personne détentrice de l'autorité parentale au courant de son état de santé et des soins prescrits. En cas de refus du patient, cette volonté devait être respectée (8). Le médecin était tenu de déroger au secret en cas de maltraitance suspectée chez un mineur de moins de quinze ans (9). La loi du 6 mars 2007 modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles (10) a obligé le médecin à prévenir l'autorité parentale lorsque le mineur faisait l'objet d'une déclaration d'information préoccupante à la CRIP (Cellule de recueil des informations préoccupantes). Elle encadrait également le partage d'informations dans le cadre de la protection de l'enfance (11). Le droit au secret médical chez le mineur était donc renforcé, quel que soit le motif de consultation. Le médecin conservait le devoir de le transgresser lorsque le patient était mis en danger par un tiers (12).

En 2011 la France comptait 13,6 millions de mineurs, soit 22% de la population. Ils étaient le sujet d'une part des consultations en médecine générale. Celle-ci variait en fonction de la situation géographique.

Peu d'études existaient sur les difficultés d'appliquer le droit au secret médical chez les mineurs. La pertinence d'assurer le patient mineur du droit au secret médical a été mise en évidence dans un article américain (13). Il s'agissait d'une revue des études récentes réalisées sur les adolescents et leur santé. Il a été rapporté que seulement 5 % des adolescents avaient connaissance de leur droit au secret médical dans le cadre des consultations chez leur médecin généraliste. Ce droit était une condition importante à la consultation du médecin. La confidentialité avait un impact sur le recours à la contraception d'urgence. Les jeunes filles avec lesquelles le médecin avait abordé le droit au secret médical avaient un meilleur suivi gynécologique. Les adolescents étaient plus acteurs de leur suivi médical lorsqu'ils étaient assurés du secret médical.

Si l'on informe les adolescents de leur droit au secret médical, ils ont plus souvent recours aux soins primaires (14). La garantie à la confidentialité de la consultation est donc nécessaire à une meilleure prise en charge des patients mineurs (15) (16) (17) (18).

Il semblait difficile pour un médecin d'appliquer ce droit en consultation (12) (19). Des situations dans lesquels il s'exposait pouvaient le sensibiliser à cette question (13) (20) (21).

Cette thèse a pour objectif principal de rechercher quelles étaient les difficultés des médecins à appliquer le droit au secret médical chez le mineur. Une fiche d'information à destination des mineurs était proposée aux médecins comme support de discussion.

2. Matériel et méthode

2.1. Le choix de la méthode

2.1.1. Méthode qualitative

L'étude des difficultés des médecins à appliquer le droit des mineurs au secret médical nécessitait une étude de type qualitative.

La méthode qualitative est la plus appropriée pour explorer le vécu et le ressenti des médecins. Grâce à cette méthode, nous avons cherché d'avantage à comprendre une situation qu'à effectuer des mesures. Il n'y avait pas d'études réalisées sur cette question, cette méthode permettait l'émergence d'idées nouvelles et inattendues.

L'investigation par questionnaire a été écartée. Elle ne permettait d'aborder qu'un nombre limité de thèmes.

2.1.2. L'entretien semi dirigé

Les données ont été collectées au cours d'entretiens semi-dirigés : l'investigateur travaillait avec un guide d'entretien élaboré selon le sujet et la cible de l'étude. Le guide d'entretien était enrichi au cours de la réalisation des entretiens.

L'entretien est adapté au recueil de données considérées comme propres à la personne interviewé et permet à ce dernier l'expression de ces informations. Tout en respectant la libre parole des personnes, l'entretien semi-dirigé lors de la première série de l'étude permet d'orienter la discussion, si nécessaire.

2.1.3. L'entretien libre

L'entretien libre a été utilisé dans la deuxième série de l'étude. Il permettait d'élargir l'éventail de réponse sur l'acceptabilité de la fiche d'information. L'entretien laissait donc libre cours au médecin interviewé d'émettre des critiques sur l'utilisation de la fiche et d'établir les critères d'évaluation de la fiche.

2.2. Le matériel utilisé

2.2.1. La population

2.2.1.1. Le choix de la population

La population d'étude réunit un échantillon raisonné diversifié de médecins généralistes, de pédiatres hospitaliers (urgentistes, exerçant en hospitalisation ou en consultation) et pédiatres de ville, de médecins des centres de planning familial, de médecins scolaires.

Le critère d'inclusion a été que les médecins, de par leur spécialité, étaient sollicités par un patient mineur. Toutes ces spécialités devaient être représentées dans l'échantillon.

La taille de l'échantillon a été définie pendant l'étude quand on arrivait à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les nouveaux entretiens ne nous apportaient pas d'information supplémentaire par rapport aux précédents.

2.2.1.2. Le recrutement

Le recrutement des médecins s'est fait sur appel téléphonique à partir d'une liste trouvée dans les Pages Jaunes.

La recherche des médecins généralistes a été effectuée chez ceux exerçant à Paris 18^e, 19^e, 9^e, 10^e par commodité. Les pédiatres, moins nombreux, étaient appelés plus largement sur l'Île de France. Les médecins du planning familial et les médecins scolaires étaient recherchés sur l'ensemble de la ville de Paris.

2.2.2. La fiche d'information

Une fiche d'information a été réalisée (cf. annexe 1). Elle était destinée aux patients mineurs et devait être proposée aux médecins lors de l'étude. Ils devaient la tester lors des consultations comme support de discussion.

Les patients auxquels était destinée cette fiche étaient tous les patients mineurs vus en consultation. Il n'y avait pas d'âge défini car la loi sur le droit au secret médical n'en distinguait pas. Les médecins étaient libres de donner cette fiche lorsqu'ils la considéraient adaptée au patient.

Elle avait pour objectif de rappeler la loi relative au droit au secret médical chez les mineurs **(7)**. Elle devait être attractive et claire pour le patient. Les illustrations et la mise en page avaient été élaborées par un infographiste (Gary Dominguez, infographiste). La fiche fut imprimée en 300 exemplaires, format A5, papier cartonné, en noir et blanc. La répartition était de 10 exemplaires par médecins exerçant en cabinet et de 20 par médecin scolaire. Il était considéré que les médecins scolaires auraient plus de patients mineurs lors de l'étude.

2.3. Intervention

2.3.1. Les entretiens

2.3.1.1. Le contrat de communication

Avant de débiter l'entretien, il était nécessaire d'établir avec la personne interrogée un « contrat de communication » et de recueillir son consentement. Ce contrat initial devait permettre à la personne interrogée de connaître l'utilisation future des résultats de la recherche. Il devait aussi préciser le mode de production des données. Ainsi, chaque entrevue débutait par la présentation de l'étudiant et de son statut. La question de recherche était spécifiée, ainsi que les raisons qui avaient conduit à son énonciation. Le caractère confidentiel et anonyme des entretiens était affirmé. Le déroulement de la rencontre sous forme d'un entretien était précisé.

La première série débutait, après le recueil de l'autorisation d'enregistrement sonore, par une demande sur la connaissance des médecins, des patients et des parents de patients de la loi en rapport sur le secret médical des mineurs.

La deuxième série débutait par une question générale : « Que s'est-il passé depuis le premier entretien ? »

2.3.1.2. Le mode de relance

Le rôle de l'interviewer était de faciliter la production du discours sans interférer avec lui. L'objectif était d'obtenir un climat de confiance et d'écoute afin d'obtenir des informations personnelles de ressenti pour en faire jaillir les difficultés et les critiques de la fiche. Dans cet objectif, le mode de relance du discours avait été préparé. Les interventions facilitatrices à type de questions ouvertes, de relances sur les derniers éléments abordés ou de demande de précisions sur le ressenti étaient utilisées. Les silences avaient été respectés autant que possible. Au contraire, les interventions nuisant à la fluidité ou à la liberté du discours étaient évitées au maximum, comme les interruptions intempestives, les commentaires ou les jugements. Les relances étaient sous-tendues par le guide d'entretien.

L'investigateur s'était entraîné à choisir ses mots. Entre chaque question, l'investigateur prononçait des mots ou des sons appelés « relances », qui ont une influence sur la production de discours de la personne interrogée.

2.3.1.3. Les guides d'entretiens

Le guide d'entretien semi dirigé (cf. annexe 2) auprès de la population étudiée a été constitué puis enrichi au cours des différents entretiens. Il abordait les thématiques principales choisies par l'étudiant après documentation et après avoir réalisé un entretien d'expert avec Dr Israël, directrice de l'ASE du 93. En plus de favoriser la dynamique de l'entretien, il permettait d'assurer un support garantissant un recueil des données minimales sur différents points auprès de chaque personne.

Le guide de l'entretien libre (cf. annexe 3) servait à initier l'interview de la deuxième série et à relancer par des questions ouvertes les médecins. L'acceptabilité de la fiche par les médecins était testée sans qu'il ne soit défini de critères d'évaluation de cette fiche. Les critères ressortaient eux-mêmes des entretiens et pouvaient être explorés sans contrainte.

2.3.1.4. Le déroulement des entretiens

La durée des entretiens n'était pas limitée, mais laissée à la convenance des personnes interrogées, qui en décidaient le terme. Ils étaient enregistrés, après le recueil du consentement, par un logiciel d'enregistrement (Son Wave) sur un ordinateur portable.

La première série d'entretiens a été réalisée face à face avec les médecins, dans leurs cabinets. La deuxième série a été réalisée lors de rendez-vous téléphoniques.

2.3.1.5. Lieux et temps des entretiens

Les entretiens devaient être réalisés dans des lieux peu sonores. Cela facilitait le flux de parole de l'interviewé sans perturbation par des éléments extérieurs. C'était aussi indispensable à la réalisation de l'enregistrement. La personne interviewée était prévenue de la longueur potentielle de l'entretien (quinze à vingt minutes pour la première série, cinq minutes pour la deuxième). Un rendez-vous était fixé à l'avance, de façon à ce qu'elle soit disponible lors de l'interview et qu'elle puisse s'y consacrer pleinement.

2.3.2. Protocole de l'étude

L'étude a compris deux séries d'entretiens

Une première série au mois de décembre 2011 : entretiens semi dirigés de la population d'étude. Le premier entretien est considéré comme un entretien d'expert, utilisé pour établir le guide d'entretien. A la fin de chaque entretien, la fiche d'information était proposée. Il s'agissait de la phase pré-test de la fiche. Les médecins pouvaient utiliser cette fiche lors de leurs consultations avec des patients mineurs pendant huit mois.

En août et septembre 2012 les médecins étaient rappelés pour une deuxième série d'entretiens libres pour connaître les résultats de la fiche laissée à leur disposition. Il s'agissait de la phase post test.

2.4. Analyse

La première série d'entretiens traitait le critère de jugement principal : les difficultés rencontrées par les médecins dans le cadre de l'application du droit au secret médical chez le mineur.

Le critère de jugement secondaire était la proposition d'une fiche d'information comme aide aux médecins. Il était évalué par l'étude de la fiche lors des phases pré-test et post-test.

Les entretiens ont été retranscrits à l'écrit intégralement, sans modification de leur contenu, du langage utilisé ou de la ponctuation.

Une analyse thématique a été réalisée, en double codage (l'étudiant et la directrice de thèse). Les phrases ou groupes de mots ont été réunis par idées puis en sous-groupes et groupes de mêmes thèmes. Cette méthode avait permis de faire ressortir les réponses apportées par l'étude.

3. Résultats

3.1. Première série d'entretiens

3.1.1. Population : Tableau récapitulatif de la population interviewée série 1 (S1)

Nombre total de médecins contactés série 1	55
Nombre de médecins généralistes	25
Nombre de médecins pédiatres en ville	9
Nombre de médecins pédiatres à l'hôpital	4
Nombre de médecins de centre du planning familial	5
Nombre de médecins scolaires	12
Nombre total de médecins interviewés série 1	21
Sexe féminin	13
Sexe masculin	8
Nombre de médecins généralistes	11
Nombre de médecins pédiatres en ville	1
Nombre de médecins pédiatres à l'hôpital	2
Nombre de médecins du planning familial	3
Nombre de médecins scolaires	3
Nombre d'années d'exercice moyen	12 ans

Nombre de médecins qui ont des enfants	16
Nombre de refus de la fiche	4
Nombre total d'enregistrements de médecins perdus série 1	1
Nombre total d'enregistrements analysés série 1	20

3.1.2. Caractéristiques des entretiens

3.1.2.1. Durée

Durée de chaque entretien de la série 1 : cf. annexe 5
Durée moyenne d'enregistrement série 1 : 16'47
Durée totale d'enregistrement série 1 : 329'45

3.1.2.2. Lieux :

Les entretiens étaient réalisés dans le cabinet du médecin interviewé.

3.1.3. Résultats : Les difficultés.

3.1.3.1. Les difficultés sur lesquelles le médecin pouvait intervenir

On trouvait ici une méconnaissance de la loi par les médecins. Les interviewés ressentait des difficultés avec les différents acteurs de la prise en charge du mineur, ainsi que des difficultés administratives. Les sentiments du médecin face à ce droit au secret étaient problématiques.

3.1.3.1.1. Une méconnaissance de la loi par les médecins

La plupart des médecins connaissaient peu ou pas le texte de loi et pensaient que leurs confrères ne le connaissaient pas non plus. Ils avaient manqué de formation sur ce sujet lors de leurs études et dans les congrès. Ils ne lisaient pas d'articles sur le sujet.

S1E5 : « J'avais l'impression que la notion de secret médical ne s'appliquait qu'aux majeurs. C'est la seule notion que j'avais au départ. Vous allez me prouver le contraire. »

S1E13 : « Les médecins connaissent mal les textes de loi. En général ils ont entendu parler de la loi du 04 mars 2002 mais ils n'en connaissent pas toute son ampleur et ce que ça peut impliquer dans la prise en charge des enfants en général, puisqu'il n'y a pas d'âge limite dans cette loi. »

S1E14 : « Certainement pas. A mon avis, d'abord pour moi, à titre d'exemple. Je ne suis certainement pas actualisé des derniers textes. »

3.1.3.1.2. Des difficultés avec les différents acteurs de la prise en charge du mineur

Elles pouvaient être ressenties lors de la consultation avec le mineur, avec les parents, ou bien avec les autres professionnels.

3.1.3.1.2.1. L'interrogatoire du patient mineur lors de la consultation et l'évaluation de son niveau de maturité

Les médecins avaient du mal à engager le dialogue avec les patients mineurs. Ils avaient le sentiment de passer à côté de quelque chose lors de l'interrogatoire. Ils se demandaient comment voir les patients seuls, sans les parents.

Il semblait difficile pour un médecin de famille qui avait suivi les parents ou la fratrie du patient de devenir le confident de celui-ci. Les pédiatres avaient des difficultés avec les patients adolescents qui ne relevaient parfois plus d'une prise en charge pédiatrique mais d'une prise en charge adulte.

Evaluer la maturité du mineur et sa capacité à gérer sa santé seul était problématique. Le médecin se fie à son expérience et à l'âge du patient.

S1E4 : « Je me dis qu'il y a vraiment un truc qui me manque, de communication avec les enfants, et peut être d'espace pour que les enfants s'expriment. »

S1E15 : « « C'est le médecin de ma mère, si je lui parle de trucs, il risque d'en parler à ma mère. » »

Avis d'expert : « Alors le degré de maturité c'est aussi quelque chose qui est relativement difficile à apprécier. On ne sait pas exactement à quel âge on considère qu'un jeune est mature ou non. Ça, ça fait partie des difficultés moi je trouve pour l'application du texte. »

3.1.3.1.2.2. Le rapport du médecin avec les parents des patients mineurs :

Il semblait délicat pour les médecins de demander à ce que les parents sortent du cabinet lors de la consultation. Là encore, être le médecin de famille créait une situation délicate car propice à la trahison du secret.

S1E4 : « Il faudrait qu'il y ait deux temps à chaque fois, un temps avec le parent et un temps avec l'enfant », « Des fois on ne le fait pas, parce que... Ce n'est pas tellement par manque de temps, c'est parce qu'on n'ose pas leur dire : « Attendez, là je vais le voir tout seul. » »

S1E17 : « Et puis des parents qui demandent parfois à savoir : « Vous avez vu mon fils, pourquoi ? Qu'est-ce qu'il vous a dit ? (...) » Même si effectivement ce sont des choses pour lesquelles j'essaie de faire très attention il peut y avoir des dérapages. Et on n'est jamais à l'abri de ça. Parce qu'on connaît trop bien les proches. »

3.1.3.1.2.3. Le partage du secret avec d'autres professionnels

Les médecins restaient responsables de la divulgation du secret médical. Ils ne devaient le partager que si c'était nécessaire pour la prise en charge du mineur. Les autres professionnels étaient très en demande d'informations et créaient une pression.

S1E7 : « Mais toujours est-il que in fine le détenteur du secret médical c'est le médecin, ce que les partenaires ont tendance à oublier. (...) La difficulté elle peut se rencontrer quand on a des partenaires exigeants. On peut rencontrer un chef d'établissement qui tienne absolument à maîtriser tous les éléments de son établissement parce que - la comparaison est un peu osée - l'établissement scolaire est un petit peu son bébé. »

S1E9 : « C'est vrai, on est au fil du rasoir : Dire la maladie, ne pas la dire... (...) Ça n'est pas simple de jouer entre les dire, ne pas dire. »

S1E12 : « C'est que le secret se dilue assez vite parce que la mère elle vient des fois avec la copine, ou une tierce personne, ou bien parfois c'est la nounou qui amène l'enfant et là on se dit : « Mais qu'est-ce- qu'on peut dire ? » Car on est dépositaire d'un certain nombre de choses qui intéresse l'enfant mais est-ce-que la nounou est au courant ou pas ? »

3.1.3.1.3. Les difficultés administratives : Les dossiers médicaux, comptes rendus médicaux de consultation et d'hospitalisation

Ces documents peuvent être lus par les parents, les médecins se demandaient comment respecter alors le secret médical. Ils ne savaient pas comment ne pas risquer de perdre des informations au sujet du patient sans les faire figurer dans les comptes rendus. Ils se trouvaient tiraillés entre assurer un bon suivi médical au patient et respecter son droit au secret médical.

S1E11 : « On a erré sur ce sujet. Au début d'abord on n'envoyait pas les comptes rendus d'hospitalisation aux parents, après on les a envoyé en mettant pratiquement rien dedans. (...) Donc du coup on fait des comptes rendus relativement vides. »

S1E12 : « Alors après se pose pour moi en tous cas le problème du dossier médical. Alors très souvent on me parle de quelque chose et je ne le marque pas. Alors je ne le marque pas mais je l'oublie !

Avis d'expert : « Ben par exemple quand je vois qu'il y a des comptes rendus médicaux qui sont envoyés directement au éducateurs de l'ASE sans que ni la famille du jeune ni le jeune lui-même en soit informé, là on est en dehors de toute règle. »

3.1.3.1.4. Le sentiment du médecin face à ce droit au secret

Le sentiment du médecin semblait rentrer en compte dans la prise en charge du patient, il y avait son positionnement face à ce droit et la peur de la loi.

3.1.3.1.4.1. Le positionnement du médecin sur ce droit au secret chez les mineurs

Les principes moraux du médecin pouvaient influencer celui-ci dans le respect ou non du secret médical.

S1E10 : « Mais on dérape quand même souvent, on est très tenté de déraper pour le bien, hein ? (...) Ces espèces transferts confusionnels et « confusionnants »... Ce qui n'est pas désagréable, être le médecin de la famille et voir les petits enfants naître, c'est gratifiant... enfin il faut savoir garder sa place. (...) C'est ça, pour le bien... Ou selon nos propres convictions et nos propres préjugés »

S1E14 : « « Je fume mais surtout vous ne dites rien à mes parents. » Evidemment on ne va rien dire à ses parents... Cocaïne... Enfin non pas cocaïne car c'est un peu plus lourd mais enfin cannabis occasionnel... »

3.1.3.1.4.2. La pression légale sur les médecins

Les médecins exprimaient des craintes face à la loi et les conséquences judiciaires qu'ils risquaient. Dans leurs récits, ils revenaient sur la situation juridique de la prise en charge.

S1E12 : « Mais bon au moins on n'est pas passé à côté, on a fait ce qu'il fallait et on est couvert. »

S1E9 : « On est soumis à la loi quoi ! »

S1E7 : « Il y a des consoeurs, dont une qui est restée très célèbre, une psychanalyste, qui a maladroitement dévoilé des choses qu'elle avait eues en confiance lors de ses consultations et qui s'est retrouvée en procès, qu'elle n'a pas gagné. »

3.1.3.2. Résultats : Les difficultés face auxquelles les médecins sont impuissants

On trouvait une méconnaissance de la loi chez les patients et les parents de patients et une incompréhension de leurs parts de ce droit. De plus, les conflits entre les patients et leurs parents, les difficultés spécifiques des mineurs et le problème du paiement des consultations contribuaient à la difficulté d'appliquer ce droit.

3.1.3.2.1. Une méconnaissance de la loi par les patients et les parents des patients

Selon les médecins interrogés, les patients et leurs parents ne connaissaient pas les textes de loi.

S1E8 : « Je pense que personne ne connaît bien ce droit-là. (...) Je pense que la conception globale du patient, c'est que les parents doivent être au courant de tout. Ce qui n'est pas le cas, on est bien d'accord ! »

S1E18 : « Notamment pour les prescriptions de pilule plusieurs fois, des jeunes filles ont été très surprises qu'on puisse leur prescrire la pilule sans l'autorisation de leurs parents (...) Les parents de la même manière avaient l'impression que cette prescription ne pouvait être faite qu'avec leur accord. »

S1E17 : « C'est que nous n'avons pas le droit de dire à leurs parents ce qu'ils nous disent. Et ça il y en a beaucoup qui ne le savent pas. Ils pensent que c'est juste parce qu'on les aime bien. »

3.1.3.2.2. L'incompréhension de ce droit au secret par les patients et par leurs parents

3.1.3.2.2.1. L'incompréhension des patients

Parfois les patients ne comprenaient pas que le médecin doive déroger au secret médical pour les protéger. Le risque était de rompre le suivi médical.

S1E2 : « Je n'ai plus jamais vu la jeune fille. Ce dont je me doutais un peu, puisque j'ai bien senti qu'elle n'était pas contente de la façon dont ça s'est passé. »

3.1.3.2.2.2. L'incompréhension des parents

Les parents semblaient parfois envahissants avec leurs enfants, ils ne leur laissaient pas d'espace de parole. Ils ne comprenaient pas que leurs enfants aient droit au secret médical et reprochaient au médecin son silence. Les parents pouvaient être fâchés, furieux d'une prise en charge respectant le secret. Ils allaient jusqu'à rompre le suivi médical de leur enfant.

S1E5 : « Je lui ai demandé depuis quand c'était : "Est-ce que tu as des soucis, tu te sens mal ? " Et sa mère me répond : "non, non, mais ça va très bien" »

S1E1 : « Oui il y a des parents qui refusent, qui refusent complètement qu'il y ait un entretien sans eux ». « Les parents s'en vont, voire insultent. »

S1E7 : « Il estime que c'est un fait privé... Que c'est un fait familial privé, que c'est son enfant. C'est de son enfant qu'il s'agit, il a sa vision des choses, nous avons la nôtre, et il nous renvoie à la nôtre chez nous, et veut garder la sienne chez lui. Quelques fois il n'a peut-être pas tort. »

3.1.3.2.3. Les conflits entre le patient et ses parents

La difficulté pouvait provenir d'un conflit entre le patient et ses parents. Il n'était pas évident pour le médecin de trouver sa place au sein de cette situation.

S1E1 : « Quand il y a vraiment conflit c'est compliqué. »

S1E10 : « Il y a souvent des situations un peu aigues, conflictuelles, des parents qui s'inquiètent pour leur enfant et qui nous l'envoie en disant : « il ne dort pas », ou « il fume trop », ou « il fait ceci ou cela... » »

3.1.3.2.4. Les difficultés spécifiques des enfants et des adolescents

Les mineurs avaient des spécificités qu'il fallait prendre en compte : souvent la sexualité et l'addiction étaient citées comme exemple.

S1E10 « Toutes ces choses de la vie quotidienne qui se traduisent par des maux divers et variés et qui ont une importance pour les jeunes parce que ce sont des signaux, là il peut nous arriver tout à fait de rompre un secret. En oubliant. »

S1E6 : « J'ai vu des jeunes qui fumaient du haschich par exemple, c'est typiquement le genre de chose qu'on ne dit pas à ses parents, et les parents ne sont pas vraiment en demande de savoir. A la limite ils préfèrent que ce soit moi qui gère la chose. »

3.1.3.2.5. Le paiement des consultations, l'applicabilité de la loi

Lorsque les médecins souhaitaient appliquer le secret médical, ils se trouvaient confrontés à plusieurs problèmes : comment facturer la consultation et les examens complémentaires ? Une personne de confiance majeure pouvait-elle accompagner le mineur ? Le risque était que malgré la volonté de respecter le secret, ils n'appréhendent pas le déroulement des démarches administratives. Les parents pouvaient ainsi recevoir la facturation des actes chez eux.

Certains médecins décidaient de ne pas faire payer les mineurs non-accompagnés en consultation, d'autres de les adresser dans des structures où les actes étaient gratuits. Cependant, ces solutions ne leur semblaient pas satisfaisantes.

S1E1 : « Si ce sont vraiment des enfants en détresse, tant pis. »

S1E2 : « Nous, on sait qu'on ne sera pas payé. (...) Les mineurs peuvent être confrontés ensuite à une situation très pénible. Il s'est fait piéger. (...) Alors que tout le monde était de bonne foi... Parce qu'on ne l'a pas anticipé et qu'il n'y a pas d'information... »

3.1.4. Résultats : Une absence de difficulté pour des médecins

Certains médecins ne trouvaient pas de difficultés à appliquer le secret médical chez les mineurs. Soit parce que c'était pour eux une évidence, soit parce qu'ils s'étaient penchés sur la question et avaient trouvé des solutions. La loi les protégeait dans leurs démarches.

3.1.4.1. Le secret médical pour les mineurs était une évidence en pratique pour certains médecins

Des médecins pensaient qu'à la fois pour les patients et pour les médecins, le secret allait de soi. Ils n'avaient pas de difficulté à l'appliquer.

S1E15 : « Non, je ne pense pas qu'ils s'en préoccupent, parce qu'ils considèrent que c'est acquis. »

S1E5 : « Bien-entendu, je respecte le secret parce que c'est l'éthique même de la déontologie médicale, c'est évident. (...) Chez l'enfant je ne vois pas dans quelles circonstances le secret médical pourrait intervenir. »

S1E12 : « Je ne sais pas quelle est la loi, mais je ne vois pas un enfant de 3 ans avoir un secret à l'encontre de ses parents. »

3.1.4.2. Les solutions apportées par les médecins

3.1.4.2.1. Le dialogue avec les parents

Prendre le temps d'expliquer aux parents le droit au secret médical pouvait désamorcer les conflits. Certains parents considéraient le médecin comme un tiers important dans l'éducation de leur enfant, lorsqu'ils se sentaient eux-mêmes dépassés.

S1E1 : « les parents ne comprennent pas très bien. Il faut leur expliquer. C'est plus un accord. »

S1E8 : « Je lui avais dit comme ça : « Je vous préviens, on se le dit à l'avance pour qu'il s'y prépare, je vous le dis aussi pour que vous ne soyez pas étonnée, mais il est probable que je vous fasse sortir et que je le voie un moment seul en consultation si il est d'accord bien sûr. » C'était une maman que je connaissais bien, donc c'est bien passé avec elle. »

S1E13 : « Je me réfère toujours à la loi du 04/03/02, je leur donne une copie même si il le faut. (...) Quand on explique l'intérêt de ce texte de loi et pourquoi il a été fait, globalement il y a très peu de souci. »

3.1.4.2.2. Le dialogue avec les patients

Des médecins abordaient le droit au secret médical avec leurs patients, ce qui leur permettait d'instaurer un rapport de confiance avec eux. Ils le faisaient soit de façon systématique avec chaque patient, soit à partir d'un âge précis, soit au cas par cas lorsqu'ils trouvaient que la particularité d'une situation le justifiait.

S1E9 : « Quand je reçois un élève je lui dis : « Tout ce que tu vas dire va rester ici. » »

S1E13 : « C'est vraiment important et je leur explique le texte de loi. Systématiquement. Lors de ma première consultation je leur explique qu'ils ont le droit au secret médical. »

S1E1 : « Systématiquement sur la vaccination de 11ans, Le DTP. »

3.1.4.3. Une loi protectrice

Les médecins se sentaient protégés par la loi, ils n'hésitaient pas à s'appuyer sur elle pour justifier leur démarche. Elle facilitait leur décision et la prise en charge de leurs patients.

S1E3 : « Mais il y des lois pour ça, elles vont au planning familial, c'est anonyme... »

S1E4 : « la loi permettait qu'on se soit occupé d'elle »

S1E5 : «Là je crois savoir que la loi m'autorise à prescrire une contraception sans l'avis des parents. Donc ça je le fais sans arrière-pensées. »

3.1.5. Résultats : Les avis sur la fiche, phase pré test

Des médecins trouvaient que cette fiche pouvait être mal interprétée. Ou qu'il s'agissait d'un document inadapté. Pour d'autres, cette fiche pouvait au contraire être perçue comme un bon support ; elle était une source d'information pour les patients, mais aussi pour les médecins.

3.1.5.1. Les points négatifs

3.1.5.1.1. La fiche était restrictive, parlant uniquement de la sexualité

La plupart des médecins trouvaient la fiche restrictive, car elle débutait par une phrase qui prenait pour exemple les problèmes en lien avec la sexualité. Il paraissait important pour eux que cette fiche soit plus générale.

S1E7 : « Vous avez d'emblée les choses en lien avec la sexualité. »

S1E13 : « Ce n'est pas que la sexualité, il peut y avoir plein d'autres choses : la cigarette, les prises de risque... Il peut y avoir des maladies dont il ne veut pas parler, des troubles du comportement alimentaire par exemple dont il ne veut pas parler à ses parents... enfin il y a des idées suicidaires... »

S1E14 : « C'est une des problématiques. »

3.1.5.1.2. La fiche pouvait être mal interprétée

Cette fiche pouvait être incomprise par les parents, être dissuasive, faire peur.

S1E1 : « Je trouve que c'est axé... Je trouve ça un peu restrictif d'autant que... C'est un truc qui peut faire peur aux parents en fait. »

S1E6 : « Je trouve que c'est un petit peu agressif vis-à-vis d'un parent »

3.1.5.1.3. Cette fiche était inutile

Certains médecins avaient refusé de tester la fiche, ils n'en voyaient pas l'utilité. Le dialogue avec le patient pouvait se faire sans support, plus simplement.

S1E5 : « Je n'ai pas besoin de texte de loi pour leur expliquer que la base de la consultation en médecine générale c'est le respect de la vie privée, du secret professionnel s'il n'engage pas la sécurité des mineurs. »

3.1.5.2. Les points positifs

3.1.5.2.1. Cette fiche était un bon support

Des médecins trouvaient que cette fiche paraissait être un bon support d'information.

S1E11 : « Je pense que c'est un très, très bon moyen de pouvoir aborder le sujet et qu'on peut même le distribuer aux urgences, dans le service et en consultation. »

S1E18 : « Je suis sûre que, de leur remettre ça, de temps en temps ça pourrait leur permettre de débloquer une situation, mais je ne sais pas comment. »

3.1.5.2.2. Une source d'information pour les médecins

Lors de la présentation de la fiche, des médecins avaient découvert des informations qu'ils ignoraient sur le droit au secret médical chez les mineurs. Cette fiche destinée aux patients pouvait également se révéler utile pour les médecins.

S1E7 : « Quand on parle d'un traitement médical ou chirurgical, on est bien dans le cadre de l'IVG ? »

S1E4 : « C'est une bonne nouvelle ! »

S1E10 : « Le droit au secret pour des informations graves c'est comme pour l'IVG, c'est exactement la même chose que pour l'IVG ? Je ne savais pas que c'était élargi à d'autres situations, par exemple une opération. On ne le sait pas pour le reste. »

3.2. Deuxième série d'entretiens

3.2.1. Population : Tableau récapitulatif de la population interviewée série 2 (S2)

Nombre total de médecins recontactés série 2	17
Nombre de médecins généralistes	9
Nombre de pédiatres en ville	1
Nombre de pédiatres à l'hôpital	1
Nombre de médecins du planning familial	3
Nombre de médecins scolaires	2
Nombre total de médecins interviewés série 2	9
Sexe féminin	5
Sexe masculin	4
Nombre de médecins généralistes	4
Nombre de pédiatres en ville	1
Nombre de pédiatres à l'hôpital	0
Nombre de médecins du planning familial	3
Nombre de médecins scolaires	1
Nombre d'enregistrements de médecins série 2 perdus	0

Nombre total d'enregistrements analysés série 2	9
---	---

3.2.2. Caractéristiques des entretiens

3.2.2.1. Durée

Durée de chaque entretien : cf annexe 6

Durée moyenne d'enregistrement série 2 : 6'61

Durée totale d'enregistrement série 2 : 59'56

3.2.2.2. Lieux

Les entretiens étaient téléphoniques. Ils étaient réalisés soit à mon domicile, soit dans un cabinet de médecine générale. Les médecins interviewés l'étaient dans leur cabinet. Un seul avait été interviewé alors qu'il marchait dans la rue.

3.2.3. Résultats : Les avis sur la fiche post test

Des médecins considéraient qu'il s'agissait d'un bon support de discussion, d'autres que ce n'était pas adapté. Une question était importante lors de l'utilisation de la fiche : fallait-il la proposer aux jeunes patients en présence des parents ? Enfin, des modifications de la fiche étaient suggérées.

3.2.3.1. La fiche était un bon support et permettait un dialogue

Ce document était un bon support de discussion. Elle permettait d'ouvrir le dialogue avec les patients. De plus, la présence de cette fiche incitait le médecin à aborder le sujet plus fréquemment.

S2E1 : « Pour eux, visiblement, ce n'était pas du tout intuitif de penser que ce qu'ils diraient resterait entre nous. »

S2E7 : « Je pense que quand même, le fait d'avoir cette fiche ça me fait en parler plus souvent. Je sais que j'en parle, mais là ça a augmenté les choses. »

3.2.3.2. La fiche était un mauvais support

La fiche n'était pas un bon support parce qu'elle ne provoquait pas de discussion. Des médecins omettaient de l'utiliser en consultation.

S2E9 : « Les choses ont été expliquées simplement, je n'ai pas eu besoin de lui sortir le code de santé publique »

S2E6 : « Je ne l'ai pas donnée à des patients en mains propres. Pourtant elle est devant mes yeux, à un endroit où je la vois et non, je ne l'ai pas utilisée. »

3.2.3.3. La fiche devrait-elle être proposée devant les parents ou au mineur seul ?

Cette question se posait très souvent pour les médecins. Certains trouvaient qu'il était important que les parents soient présents, de manière à en discuter ensemble et pour que chacun soit informé. D'autres pensaient que la fiche était plus facile à donner lorsque le mineur venait seul, car cela pouvait être vécu de façon agressive pour les parents.

S2E8 : « J'explique souvent aux mineurs qu'ils peuvent venir seuls mais je fais attention parce que c'est un peu provoquant vis à vis des parents. Genre : « On va cacher des choses à tes parents ». »

S2E6 : « Ca fait un peu : « Je peux te recevoir sans tes parents, je te donne une fiche qui montre que j'ai le droit », tout ça devant les parents. »

3.2.3.4. Les modifications de la fiche proposées

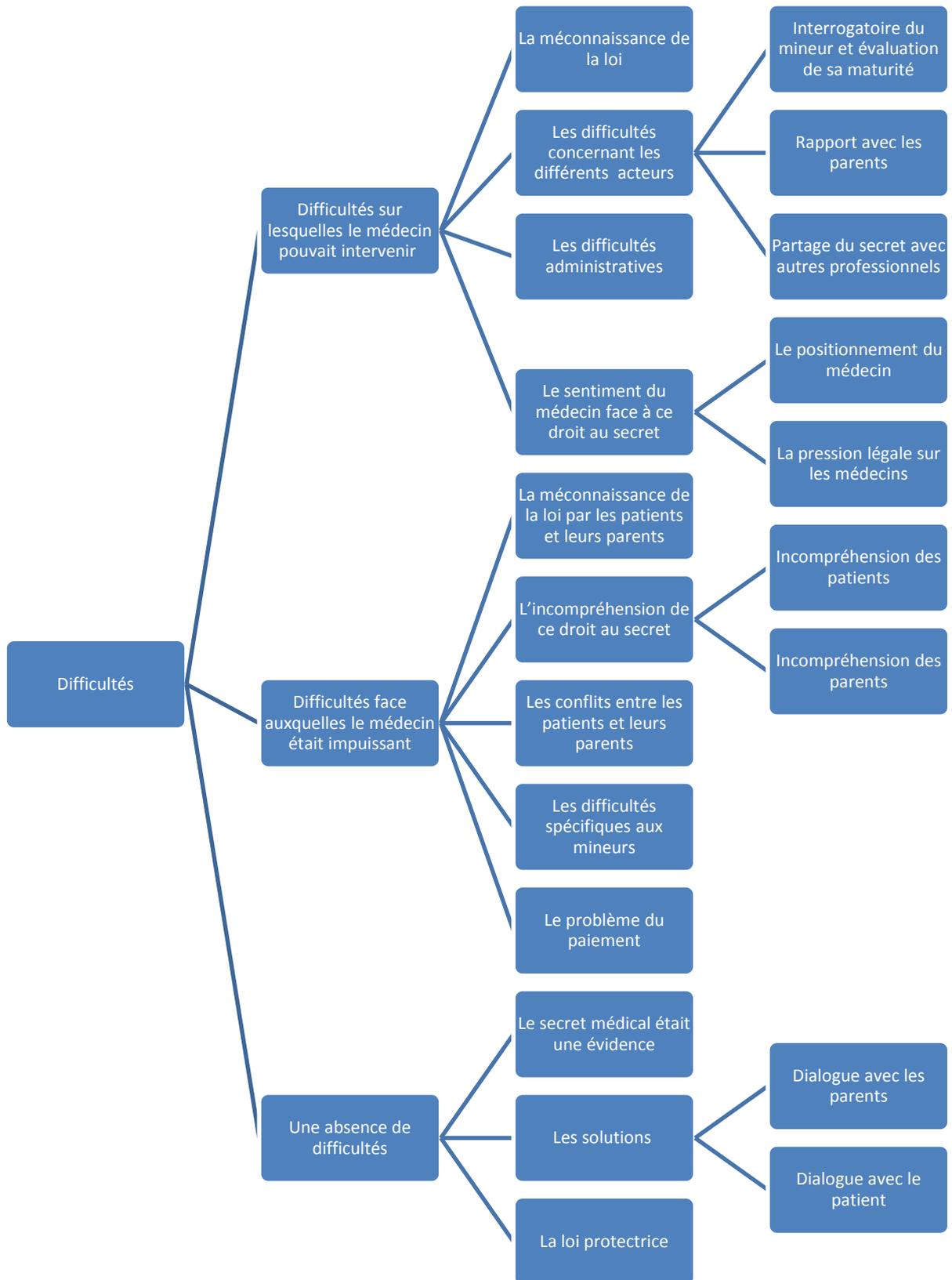
Des médecins ont proposé des modifications de forme, de format ou de lieu de distribution : une affiche, dans la salle d'attente... Plusieurs se sont interrogés sur leur rôle dans cette information. Ils semblaient mal à l'aise à l'idée de faire cela dans leur cabinet. Ils pensaient que l'information devait être dite dans un autre lieu, plus neutre, plus général.

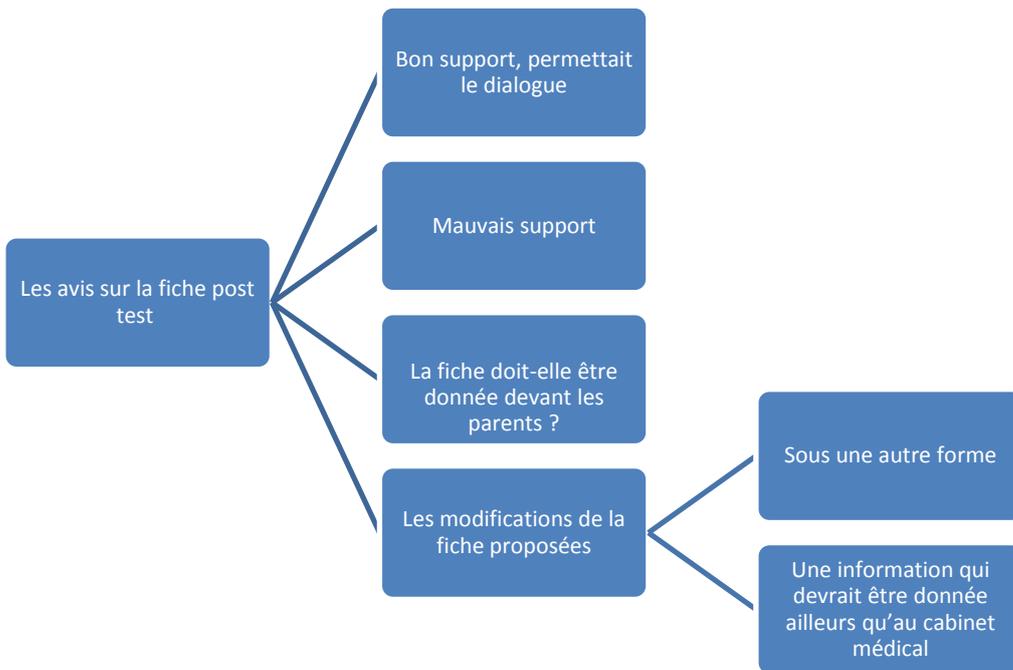
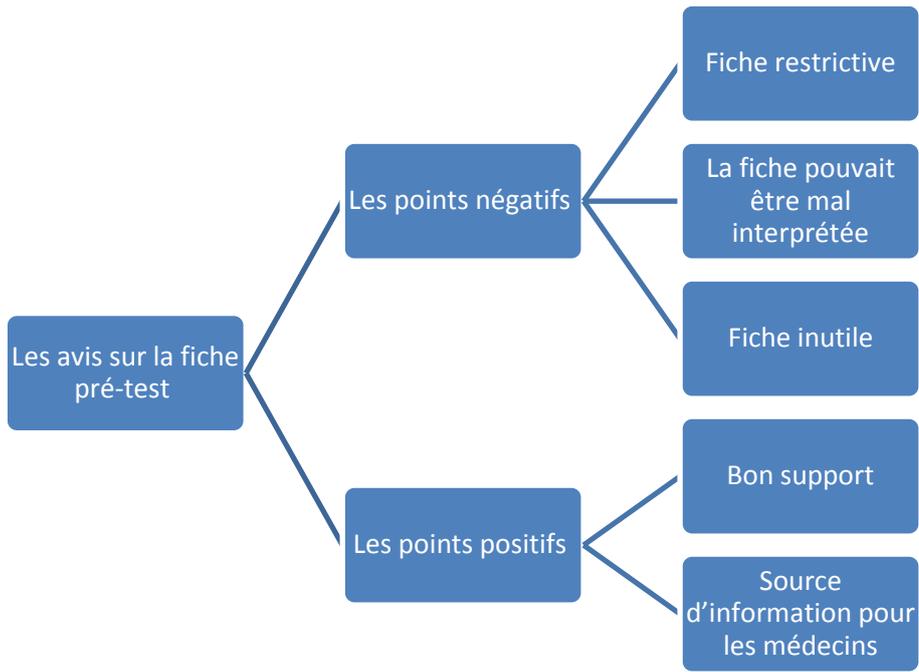
S2E6 : « Il faudrait presque trouver des endroits où l'on voit les ados tous seuls, des infirmeries de collège ou des trucs comme ça. Un lieu où l'on voit les jeunes justement dans un contexte où ils ne sont pas accompagnés par les parents, d'autre part en dehors de tout problème médical. »

S2E9 : « Dans une médecine générale de ville, chez des patients que je connais, dont je connais les parents, que je vois régulièrement, est-ce que c'est la bonne cible pour les informer qu'ils peuvent être vus sans les parents ? »

S2E8 : « Il faut que le jeune ait aussi l'information de son côté par ailleurs. »

3.3. Synthèse des résultats





4. Discussion

4.1. Le résultat principal

4.1.1. Les difficultés sur lesquelles les médecins pouvaient intervenir

4.1.1.1. Résultats attendus

Les médecins interrogés connaissaient mal la loi **(22)**. Ils en ont une vague idée mais faisaient de nombreuses erreurs en pratique. Ils ignorent l'étendue du champs d'application du secret médical chez le mineur, ce qui était déjà noté dans d'autres études **(23)**.

Le partage du secret avec d'autres professionnels est difficile. Le médecin est responsable de cette rupture du secret. Parfois les autres professionnels exerçaient une pression pour être informés de l'état de santé du patient sans que cela soit justifié. Se pose le problème du travail au sein d'une équipe où chaque acteur détient des informations différentes sur la personne prise en charge. Cette discordance d'informations est inhérente au maintien du secret.

4.1.1.2. Résultats inattendus

L'interrogatoire du patient mineur est difficile, le médecin ne sait pas comment s'adresser à lui pour avoir sa confiance. La loi laisse le médecin juger de la maturité du patient. Si le médecin a du mal à interroger le patient, comment peut-il le connaître et évaluer son degré de maturité ? L'âge semble être un repère insuffisant **(24)**.

La question de faire sortir ou non les parents est très présente. Cette relation triangulaire entre le médecin, la famille et le patient est fragile et représentait un enjeu crucial lors de la consultation. Les médecins ne savent pas comment aborder une consultation de patient mineur, ils ne sont pas à l'aise et rentrent parfois en conflit avec les parents. Il ressortait de cette étude que ce type de consultation est spécifique et non maîtrisé par les médecins.

La double position de médecin de famille et de médecin traitant du mineur peut être vécue comme un frein à la relation de confiance indispensable à une bonne prise en charge du patient. Le médecin est ressenti comme trop proche, faisant presque partie de la famille. Sa connaissance intime des autres membres du foyer laisse penser à son jeune patient qu'il ne sera pas en mesure de respecter la confidentialité de la consultation. Les médecins eux-mêmes trouvent qu'il est plus difficile pour eux de soigner à la fois les parents et leurs enfants sans faire de dérapages. Pourtant le médecin de famille semble être le médecin le plus proche du patient, le plus apte à le prendre en charge, connaissant le contexte social et psychologique. Il pourrait sembler plus facile pour lui d'évaluer la maturité du patient et sa capacité à prendre en charge sa santé. Mais cette situation est en réalité vécue comme délicate.

La rédaction des comptes rendus médicaux est complexe car ils sont lus par les parents et les patients mineurs. On ignore comment faire pour ne pas perdre des informations importantes pour le suivi du patient tout en respectant le secret médical.

Le médecin se trouve en difficulté face à ses propres préjugés pour garder le secret. Il est en général parent et projette ses concepts éducatifs sur les patients mineurs.

Ceci peut entraîner des jugements de valeur qui faussent l'objectivité de la prise en charge initiale.

La loi exige des médecins qu'ils favorisent le dialogue entre le patient et ses parents (25) (26). Le médecin se trouve donc « médiateur » au sein de la famille. A quel moment le médecin peut-il dire : « D'accord, nous allons faire cette prise en charge sous le secret car tu ne veux pas informer tes parents. » (27)? Quand est-il sûr que la décision du patient (jugé assez mature) a été réfléchi et que le dialogue avec ses parents (ou celui qui a l'autorité parentale) n'est pas possible (28)? Les médecins ont leur propre expérience de parent et risquent naturellement de projeter leurs idéaux dans cette prise en charge. La réflexion en amont sur ce sujet permet d'y être plus préparé et d'avoir une idée de la démarche à suivre. Cette situation reste difficile, le médecin étant tiraillé entre le souci de favoriser le dialogue avec les parents et le respect du secret médical.

4.1.2. Les difficultés face auxquelles les médecins étaient impuissants

4.1.2.1. Résultats attendus

La méconnaissance de la loi par les patients et leurs parents pouvait être attendue **(29)**. Les parents avaient du mal à accepter que leurs enfants aient ce droit, ceci générerait des conflits avec un risque de rupture du suivi des patients. Cependant, comme nous le montre des études récentes **(13)**, les parents peuvent comprendre l'importance du secret médical. Lorsqu'ils sont informés de ce droit, ils peuvent être en accord avec une prise en charge qui assure la confidentialité de leur enfant. L'ignorance de ce droit risque d'aboutir à un conflit avec le médecin, alors que sa connaissance pourrait améliorer le respect du secret.

Les difficultés spécifiques des mineurs évoquées lors des entretiens sont surtout liées aux problèmes de sexualité et à leurs conséquences (infection sexuellement transmissible, grossesse). Il est aussi question des conduites à risques et des troubles psychiatriques.

La facturation des actes est une problématique retrouvée chez les médecins exerçant au cabinet. Les médecins exerçant à l'hôpital ou au planning familial ont la possibilité de facturer la prise en charge du patient sans que les parents soient informés. Si le patient venait au cabinet avec la carte vitale de ses parents, ces derniers seraient remboursés, étant ainsi informés des actes réalisés. Si la carte n'était pas utilisée, soit le patient payait et n'était pas remboursé, soit il ne payait pas et c'est alors le médecin qui travaillait gratuitement. Cette question n'est toujours pas résolue **(17) (30)**.

4.1.2.2. Résultats inattendus

Les médecins se trouvent dans une situation délicate avec le patient et ses parents lorsqu'il y a un conflit entre eux. Le médecin est alors en porte-à-faux et doit prendre la responsabilité de la prise en charge dans le secret du mineur sachant que le dialogue avec le parent était rompu.

La loi permet au mineur d'être accompagné par une personne majeure de son choix s'il désire garder le secret vis-à-vis du représentant de l'autorité parentale. Cependant trouver une personne majeure de confiance ne semble pas à la portée de toute personne mineure. L'applicabilité de cette loi se trouve donc mise en question (cf. annexe 6).

4.2. Les faiblesses et forces du travail

4.2.1. Faiblesses de l'étude

4.2.1.1. L'échantillon de la population

La population exerçait pour la majorité dans le Nord de Paris (18^e, 19^e, 9^e, 10^e). Il y avait aussi des médecins exerçant à Paris 5^e, 13^e, 15^e, Asnières et Montmorency. Ces lieux de recherche étaient choisis pour des commodités d'organisation.

Cette étude a donc été réalisée auprès de médecins qui travaillaient dans des régions où le niveau socio-économique était faible.

Dans d'autres arrondissements de Paris et d'autres villes d'Ile de France les réponses pourraient être différentes, la question du paiement de la consultation se poserait probablement moins dans des quartiers plus aisés.

De plus, il s'agissait de zones où il y avait une densité de médecins importante, ce n'étaient pas des « déserts médicaux ». Les patients n'avaient pas de difficulté à trouver un médecin près de chez eux et pouvaient choisir leur médecin. Ils avaient aussi accès au planning familial. Ce n'est le cas dans toutes les régions de France et nous pourrions constater d'autres difficultés chez des médecins exerçant en zone rurale.

4.2.1.2. L'interviewer

La faible expérience de l'investigateur dans le domaine de la recherche qualitative et dans la façon de mener des entretiens semi-dirigés et libres représentait une faiblesse dans l'étude. Une amélioration a été notée au cours de l'investigation.

4.2.1.3. La fiche d'information conçue

La fiche d'information destinée aux mineurs a été conçue par l'interne, son contenu avait été décidé sans étude préalable. Il s'agissait d'un rappel de la loi et non d'un texte inventé de toute pièce. Il n'était donc pas orienté politiquement et ne pouvait pas être mal interprété dans ce sens. La validation de cette fiche par Dr Katell Mignotte, directrice de cette thèse, avait permis un deuxième regard sur ce texte.

Cette fiche contenait des erreurs de communication car elle n'avait pas été travaillée par des professionnels de ce domaine. Malgré cela cette fiche pouvait être utilisée car elle n'était pas seulement mise à disposition du patient mais elle devait avant tout servir de support de discussion avec le médecin.

Il était nécessaire que les mineurs soient en mesure de lire la fiche et de comprendre le vocabulaire employé. Elle ne s'adressait donc pas à tous les mineurs mais uniquement aux adolescents. L'étude portait, elle, sur les mineurs en général sans distinction d'âge. Il y avait donc un fort biais théorique dans cette étude sur la deuxième série des entretiens. L'âge n'était pas défini mais la fiche ne pouvait être utilisée par les médecins que dans un sous-groupe de la population de mineurs. Cependant, les difficultés des médecins étaient surtout rencontrées dans cette tranche de la population mineure. Ce biais ne semblait donc pas important en pratique.

La fiche était axée sur la sexualité. Ce point avait été soulevé par de nombreux médecins. Il semblait important pour la compréhension du mineur de ce droit au secret de donner un exemple d'application de la loi. Il était maladroit de le donner dès les premières lignes sur la fiche car cela fermait le panel de sujets sur lesquels s'appliquait la loi. La sexualité restait cependant le domaine le plus discuté dans ce droit au secret médical, bien que n'étant pas le seul. Il était donc légitime qu'il soit cité(31).

4.2.2. Forces de l'étude

4.2.2.1. L'originalité du sujet

Le sujet était original, peu d'études étudiaient les difficultés ressenties par les médecins à appliquer le droit au secret médical chez les mineurs. Il était important d'inclure toutes les spécialités de médecine travaillant avec des mineurs, afin d'établir un large éventail des difficultés rencontrées. Les médecins scolaires, les médecins des plannings familiaux et les pédiatres travaillant spécifiquement avec les adolescents étaient plus sensibilisés au sujet et apportaient une expérience complémentaire à celle de l'exercice en cabinet, notamment celle du secret partagé avec d'autres professionnels.

4.2.2.2. La méthode qualitative

La méthode qualitative était un point fort de cette étude pour répondre à une question sur le vécu et sur le ressenti des médecins.

Cette méthode permettait d'explorer les expériences personnelles des médecins lors des consultations, et de les amener à en décrire les difficultés. Elle permettait d'appréhender et de rendre compte d'un système de valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture.

Le sujet délicat excluait donc le choix des discussions en groupe (focus group). L'opinion d'une personne pouvant être influencée par le groupe, ou par une autre personne qui s'exprime avec plus de facilité en groupe. Les participants bien informés diminueraient l'espace de parole de ceux qui le sont moins.

L'utilisation d'entretiens semi dirigés et d'entretiens libres, parmi les différentes méthodes d'analyse qualitative, est apparue comme la plus pertinente pour ce travail puisqu'elle permettait une confidentialité et laissait libre cours à l'interviewé quant à la durée et aux directions des échanges.

4.2.2.3. Les données

Le choix de la méthode qualitative par entretiens semi dirigés et libres a permis de faire émerger des concepts non envisagés au début du travail. L'ensemble du contenu des entretiens constituait une riche base de données qualitative.

L'analyse thématique des données a été réalisée par l'investigateur et la directrice de thèse, en double codage.

La validité interne de cette étude était forte avec une rigueur concernant la méthode, la description des résultats, l'analyse des données et une bonne cohérence des codages.

4.3. Les hypothèses

4.3.1. L'absence de difficultés pour certains médecins

Le groupe « Absence de difficultés » réunit des situations opposées

D'une part les médecins qui ne trouvaient pas de difficultés car ils ne s'interrogeaient pas à ce sujet et n'avaient pas une prise en charge adaptée. Ils l'ignoraient car ils ne se remettaient pas en question. Ils pouvaient affirmer que connaître la loi n'était pas important en pratique mais montrer par des exemples de situations qu'ils ne respectaient pas le secret. Occulter les questionnements leur permettait de se dégager de toute difficulté.

D'autre part des médecins qui étaient très sensibilisés par le sujet. Ils avaient, grâce à leur réflexion, trouvé des solutions aux situations problématiques. La réponse était alors une information systématique à chaque consultation sur le droit au secret. L'information était donnée au mineur et aux parents lorsqu'ils étaient présents, argumentée par la loi. Rappeler ce droit désamorçait les conflits, permettait de réaliser un contrat de confiance avec le patient.

4.3.2. La fiche d'information

La fiche d'information qui avait été conçue a fait surgir plusieurs résultats intéressants dans les phases pré-test et post-test.

La phase pré-test a permis d'observer tout d'abord l'inquiétude des médecins face à la réaction que pourrait susciter la fiche chez les parents des patients (et non chez les patients, à qui elle était adressée). La réticence des médecins devant cette fiche qui risquait d'être agressive pour les parents était surprenante. Les parents n'en n'étaient pas la cible. Il s'agissait d'un rappel de la loi, accessible à toute la population. Ce n'était pas un texte militant, il n'y avait pas de stigmatisation d'une partie de la population, ni d'attaque sous-entendue envers les parents. Si informer une population sur ses droits est ressentie comme agressive par une autre partie de la population, c'est bien que l'exercice de ce droit n'est pas acquis. Cette fiche semblait soulever ce problème, qui n'apparaissait pas dans les anciennes études sur le sujet.

De plus, cette fiche a pu se révéler utile à l'information des médecins, ce qui n'était pas son objectif. Ce rappel de la loi après une discussion sur le sujet avec les médecins est un bon moyen de les informer.

La phase post-test a confirmé que cette fiche pouvait être un support de discussion efficace avec les mineurs, mais qu'il ne convenait pas à tous les médecins. La nécessité d'information est claire pour la majorité, mais les médecins ne désiraient pas tous assumer ce rôle d'informateur, ce qui est surprenant. Lorsqu'il s'agit de droit au secret médical, qui de mieux placé que le médecin pour aborder le sujet et instaurer un climat de confiance avec le mineur ? Cette appréhension des médecins est très présente. Ressentent-ils une telle fragilité du lien avec les mineurs et (ou) leurs parents lors des consultations ? Trouvent-ils le sujet presque tabou, à reléguer dans d'autres lieux ?

4.4. Les changements observés par le travail et proposés

Informar les mineurs, leurs parents et les médecins du droit au secret médical des mineurs est indispensable. Les supports d'information sont variables, et doivent être envisagés par d'autres études pour répondre à ce besoin.

Les médecins pourraient être formés, lors de leur cursus universitaire, au droit des patients au secret médical. Cet apprentissage des médecins pourrait aussi se poursuivre lors de leur formation continue **(23)**. La particularité des consultations triangulaires, avec le mineur accompagné de ses parents, pourrait être aussi abordée à la faculté pour donner des clés sur la gestion de la consultation (Sous forme de mises en situation par exemple). L'évaluation de la maturité du patient mineur est difficile et demande de l'expérience, on ne peut pas seulement se fier à l'âge du patient. Le texte de loi laisse le médecin juge de cette maturité. Un médecin mieux formé serait probablement plus apte à le faire.

La fiche qui avait été conçue pourrait servir de trame mais devrait être retravaillée. Son utilisation dans un cabinet médical a semblé problématique pour de nombreux médecins. Le lien du médecin avec les parents et le mineur semble extrêmement fragile. Le rôle du médecin dans l'information du patient sur ses droits est une question qui mériterait d'être développée. De même qu'est réalisée une prévention pour les vaccinations au même âge, ou pour le dépistage de cancers et des risques cardiovasculaires chez les adultes, l'information au droit à la confidentialité est une nécessité de santé publique, puisqu'elle permettait une meilleure prise en charge des patients. Elle pourrait apparaître dans les carnets de santé à côté des autres pages de prévention. Elle serait abordée systématiquement au cours de la prise en charge d'un mineur en même temps que le poids, la taille et le vaccin. Banaliser cette information permettrait qu'elle soit prise avec plus de recul par l'ensemble de la population.

Informar... mais encore faut-il pouvoir assurer ensuite la prise en charge ! La question des remboursements des soins reste problématique. Il existe un Pass Contraception pour les jeunes lycéens en Ile de France. Cette mesure est bien insuffisante. Les mineurs devraient avoir un accès gratuit aux soins, avec une carte vitale personnelle, pour que le secret soit assuré. Un deuxième frein à l'application de ce texte de loi est l'évaluation de la maturité du mineur.

5. Conclusion

Le secret médical était un des fondements de la médecine. Respecter le secret médical chez les mineurs était indispensable à leur bonne prise en charge **(13)**. Mais en pratique il était difficile à appliquer par les médecins **(12)**.

Cette étude avait pour objectif de mettre en évidence ces difficultés ressenties par les médecins par des entretiens semi dirigés. Une fiche d'information sur le droit au secret médical chez les mineurs était ensuite proposée aux médecins comme support de discussion avec les mineurs. Des entretiens semi dirigés testaient la réaction des médecins face à la fiche et des entretiens libres plusieurs mois après testaient l'acceptabilité des médecins de cette fiche en consultation.

Les résultats mettent en évidence les difficultés du médecin sur lesquelles il peut agir et les difficultés face auxquelles il est impuissant. On peut ainsi proposer différentes solutions pour aider le médecin dans sa consultation. Une meilleure formation des médecins à cette loi et aux consultations des patients mineurs pourrait être envisagée.

La question du remboursement des soins pour les mineurs reste un frein à l'application de la loi. Trouver une personne de confiance pour un patient mineur se révèle être un obstacle sérieux.

Une information des patients et de leurs parents est aussi nécessaire. La fiche a été proposée pour informer les patients. Les médecins étaient plus inquiets de la réaction des parents que des enfants et certains médecins ne trouvaient pas cette fiche appropriée. Un autre support pourrait être proposé pour être utilisé ailleurs que dans un cabinet car des médecins ne trouvaient pas cela approprié. Cependant au-delà des outils mis à leur disposition, il semble bien que les réactions recueillies soulèvent une question plus fondamentale. Ce sont les médecins qui sont les garants du secret médical et qui doivent le garantir aux mineurs. Pourquoi ce sujet semble-t-il presque tabou pour certains médecins ?

Bibliographie :

1. Herve C, Moutel G. Le corpus hippocratique, la notion de secret, l'histoire et le sens du secret médical et les secrets professionnels [Internet]. 2003 [cité 9 avr 2013]. Disponible sur: <http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/?q=node/1314>
2. Article 378. Code Pénal.
3. Article 226-13. Code Pénal.
4. Article L5134-1. Code Santé Publique.
5. Article L2212-7. Code Santé Publique.
6. Article L2212-4. Code Santé Publique.
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Code Santé Publique mars 4, 2002.
8. Beltran G, Sokoloff V. Le mineur et sa santé : la consécration d'un véritable droit au secret médical - Formationsantédroit [Internet]. [cité 23 nov 2011]. Disponible sur: <http://www.formationsantedroit.org/article-le-mineur-et-sa-sante-la-consecration-d-un-veritable-droit-au-secret-medical-57444121.html>
9. Article 434-3. Code Pénal.
10. Article L226-2-1. Code Action Soc. Fam.
11. Article L226-2-2. Code Action Soc. Fam.
12. Conseil de l'Ordre national des médecins. Le secret médical entre droit des patients et obligations déontologiques [Internet]. 2012 [cité 26 févr 2013]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/specialmedecin_secretmedical_web.pdf
13. Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. *Curr. Opin. Pediatr.* août 2009;21(4):450-456.
14. Bird S. Adolescents and confidentiality. *Aust. Fam. Physician.* août 2007;36(8):655-656.
15. Tillett J. Adolescents and informed consent: ethical and legal issues. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* juin 2005;19(2):112-121.
16. Nisand I, Toulemond L, Fontanel M. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures [Internet]. 2007 [cité 26 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000104/index.shtml>
17. SFDRMG. Pratiques sexuelles et usages contraceptifs à l'adolescence. *Bibliomed.* 12 janv 2012;(650).
18. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* août 2007;98(2):182-187.
19. Peyrebrune C, Genot-Pok I. le secret médical pour le mineur. 2009.
20. Roche Dominguez C. 18102011_secret_medical_chez_les_mineurs-MN.doc [Internet]. 2010 [cité 11 avr 2013]. Disponible sur: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:aY5AsPvgzMQJ:www.bichat-larib.com/portfolios/7784_7745_18102011_secret_medical_chez_les_mineurs-MN.doc+&hl=fr&gl=fr&pid=bl&srcid=ADGEEShM8r6Q3vz2sz9qr4onLxp1_U5KYIrez8TWJJgQBDZXbnjl2MAxQYuvnrBZBcMZCU0vtnrQMqmtTDYXdi7pgD974G0HaGNo3015MynHe9GqfQBgWDO2DUkMJJYQAEz8PG-l6t1z&sig=AHIEtbQsPGdhCen7hYB0qyM5wZ98dnZRsw
21. Committee on Pediatric Emergency Medicine and Committee on Bioethics. Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics.* août 2011;128(2):427-433.

22. Deneyer M, Devroey D, De Groot E, Buyl R, Clybouw C, Vandenplas Y. Informative privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010. *Eur. J. Pediatr.* sept 2011;170(9):1159-1163.
23. Maes E. secret professionnel appliqué à la pédiatrie [Internet]. [Rennes]; 2004. Disponible sur: <http://oned.gouv.fr/recherches/Maes.pdf>
24. Britto MT, Tivorsak TL, Slap GB. Adolescents' needs for health care privacy. *Pediatrics.* déc 2010;126(6):1469-1476.
25. Summers D, Alpert I, Rousseau-Pierre T, Minguez M, Manigault S, Edwards S, et al. An exploration of the ethical, legal and developmental issues in the care of an adolescent patient. *Mt. Sinai J. Med. New York.* mai 2006;73(3):592-595.
26. Maumaha Nouné R, Monzée J. Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé [Internet]. 2009 [cité 23 nov 2011]. Disponible sur: <http://ethiquepublique.revues.org/122>
27. Helitzer DL, Sussman AL, de Hernandez BU, Kong AS. The « ins » and « outs » of provider-parent communication: perspectives from adolescent primary care providers on challenges to forging alliances to reduce adolescent risk. *J. Adolesc. Heal. Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* avr 2011;48(4):404-409.
28. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Fam. Pract.* 2010;27(5):556-62.
29. Lyren A, Kodish E, Lazebnik R, O'Riordan MA. Understanding confidentiality: perspectives of African American adolescents and their parents. *J. Adolesc. Heal. Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* août 2006;39(2):261-265.
30. Henninger S, Michaud PA, Akre C. Capacité de discernement des adolescents mineurs : étude qualitative sur les représentations en Suisse romande. 16 juin 2010 [cité 23 nov 2011]; http://rms.medhyg.ch/resume.php?ID_ARTICLE=RMS_253_1253
31. Jenkins P. Having confidence in therapeutic work with young people: constraints and challenges to confidentiality. *Br. J. Guid. Couns.* août 2010;38:263-274.

INFORMATIONS SUR LES DROITS DES MINEURS



Les problèmes de santé lorsqu'ils sont en lien avec la sexualité sont parfois délicats à aborder avec la famille...

On est souvent étonné de voir qu'en réalité si l'on aborde le sujet, les choses peuvent être comprises et acceptées par l'entourage. Ceci permet d'avoir ensuite un soutien et un accompagnement par ses proches dans les situations difficiles.

Dans tous les cas, en tant que mineur vous avez droit au secret médical, vous pouvez parler librement à votre médecin sans que ça ne soit dévoilé à votre famille si vous le désirez.



**Posez toutes vos questions
au médecin qui vous soigne.**

Vous pouvez aussi vous adresser au **planning familial** le plus proche de chez vous pour toute question au sujet de la sexualité, de la contraception et de l'interruption médicale de grossesse. Un médecin ou un psychologue pourra vous répondre.

Code de santé publique :

Article L1111-5
Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.



En résumé :

**Le patient mineur a droit de refuser
que l'on donne des informations à sa famille.**

**Si il doit subir un traitement ou une intervention chirurgicale
il doit se faire accompagner d'une personne majeure
de son choix.**



Annexe 2 :
Guide d'entretien semi dirigé :

Bonjour. Je suis interne en médecine générale à Paris 7 et je vais vous interviewer dans le cadre de ma thèse. Elle porte sur le respect du secret médical chez les mineurs et les difficultés à l'appliquer en pratique. J'ai choisi ce sujet car je me suis rendu compte lors de mes stages qu'il n'était pas évident de respecter ce droit.

Tout d'abord : Pensez-vous que ce droit au secret médical chez les mineurs est bien connu des médecins, des patients, et des parents des patients ?

Avez-vous déjà rencontré des difficultés à appliquer ce droit ? Avez-vous des exemples ? Lors d'une consultation de ce type comment facturez-vous la consultation ? Prescrivez-vous des traitements et des examens complémentaires ?

Avez-vous trouvé des solutions devant ces situations problématiques ? Si oui, lesquelles ?

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Avez-vous des enfants ?

J'ai réalisé une fiche d'information sur le droit au secret médical destinée aux mineurs. C'est une proposition de support de discussion, lors de la consultation, que le médecin remettrait au patient. Que pensez-vous de la fiche ?

Acceptez-vous tester cette fiche ?

Annexe 3 : Guide d'entretien libre

Bonjour,

Je vous ai interviewé il y a quelques mois dans le cadre de ma thèse sur le respecter du secret médical chez les mineurs. A la suite de cet entretien je vous avais laissé une fiche d'information à distribuer aux patients mineurs. Depuis que s'est-il passé ?

Annexe 4 : Durée de chaque entretien (S1En°) :

S1E1: 17'55

S1E2: 34'47

S1E3: 5'6

S1E4: 16'17

S1E5: 21'72

S1E6: 15'03

S1E7: 35'49

S1E8: 16'33

S1E9: 24'5

S1E10: 25'36

S1E11: 11'36

S1E12: 15'55

S1E13: 12'25

S1E14: 10'44

S1E15: 7'32

S1E16: 2'20

S1E17: 6'42

S1E18: 8'00

S1E19: 6'47

Annexe 5 : Durée de chaque entretien de la série 2 (S2En°):

S2E1: 3'02

S2E2: 15'00

S2E3: 2'55

S2E4: 6'44

S2E5: 6'15

S2E6: 6'37

S2E7: 6'14

S2E8: 8'45

S2E9: 5'44

Annexe 6 : Réponse du Conseil de l'Ordre sur les consultations de mineurs :

Début du message transféré : Expéditeur: <seine-st-denis@93.medecin.fr>
Date: 8 décembre 2011 17:19:30 HNEC

Objet: RE: Demande d'information à propos de la législation
Mon Cher Confrère,

Je réponds à votre courriel du 30 novembre 2011 :

Il est nécessaire que le mineur soit accompagné en consultation médicale par un responsable de l'autorité parentale, ce n'est malheureusement pas toujours le cas.

En cas de pathologie que le mineur refuse de faire connaître au détenteur de l'autorité parentale (parents...), le médecin a le devoir d'insister auprès du mineur pour que celui-ci informe ses parents.

En cas du maintien de la persistance du refus, l'information doit être donnée au mineur qui devra être accompagné d'un majeur de son choix.

Ces éléments doivent être précisés dans son dossier médical.

Veillez croire, Mon Cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Edgard FELLOUS

Président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine-Saint-Denis

Journal du DROIT des JEUNES

la revue d'action juridique et sociale

Traite
des mineurs
roumains
migrants
O. Peyroux

Mission en
France : Najat
Maalla M'jid,
rapporteuse
ONU

&
aussi

JURISPRUDENCE
Le point sur
la garde à vue

L'égalité
d'accès aux
services
périscolaires,
à la cantine

DROIT À LA SANTÉ DES JEUNES : PRÉVENIR ET FAVORISER L'ACCÈS ET LE CONSENTEMENT AUX SOINS

ANNE-FRANÇOISE DEQUIRÉ, GENEVIÈVE NOËL,
CÉCILE ROCHE DOMINGUEZ, EDWIGE RUDE-ANTOINE,
CLÉMENCE SCHWEYER, VALÉRIE WOLFF



Numéro 313 - mars 2012
9 € - Directeur de publication : Jean-Luc Rongé

Mensuel. Ne paraît pas en juillet ni en août.
Imprimeur : Imprimerie Chauveheid, zoning de Clefosse, rue Saint Laurent 1-3, B-4970 Stavelot.
Ce numéro comporte trois encarts non foliés jetés entre les pages 32 et 33.

La garantie du respect du secret médical augmente le recours des adolescents aux soins primaires

Le secret médical chez les patients mineurs

par Cécile Roche Dominguez*

Les personnes mineures ont le droit au secret médical ; cependant il est difficile de le respecter. C'est sur cette difficulté des médecins à appliquer le droit au secret médical chez les mineurs que porte mon travail de thèse de médecine, qui fait l'objet du présent article ⁽¹⁾.

Le Code de la santé publique reconnaît aux patients mineurs, dans son article L. 1111-5, le droit au secret médical, par dérogation à l'obligation de recueillir le consentement des titulaires de l'autorité parentale ⁽²⁾.

Ce droit est fondamental, d'autant plus que des études ont mis en évidence que la garantie du respect du secret médical clairement formulée par le médecin augmente le recours des adolescents aux soins primaires ⁽³⁾.

En tant qu'internes en médecine, nous sommes confrontés à la difficulté d'appliquer ce droit.

Les questions que le professionnel de santé se pose

En discutant avec des pédiatres hospitaliers, l'on s'aperçoit que la prise en charge de ces patients par les praticiens n'est pas forcément appropriée et que le secret médical n'est pas toujours respecté, soit par manque de moyens, soit par ignorance.

Par exemple: une jeune fille mineure vient consulter aux urgences accompagnée par ses parents. Le médecin la voit seule. Elle lui explique qu'elle a eu un rapport sexuel non protégé, et demande qu'il garde le secret vis-à-vis de sa famille. Seulement, des examens sont nécessaires (dépistage de maladies sexuellement transmissibles, recherche de grossesse). Les parents, inquiets, posent des questions.

Comment les rassurer tout en respectant le secret médical ? Jusqu'où peut-on garder le secret sans mettre en danger le (la) mineur(e) ? Comment juger

de sa maturité en si peu de temps de consultation ? Peut-il (elle) accéder aux soins sans que la facturation des actes ne parvienne à ses parents ?

Ce n'est pas dans l'urgence que l'on peut trouver les réponses à ces questions, qui méritent que l'on s'y attarde.

La méthode de recueil de données auprès des professionnels

Lors de cette étude, une première série d'entretiens chez des médecins généralistes, pédiatres, scolaires et du planning familial a été réalisée. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés, ce qui permettait de collecter un éventail très large d'informations.

Voici quelques exemples de situations recueillies.

Le secret médical limité à l'entretien

Le secret médical semble être, pour certains médecins, un principe qui s'applique pour les personnes mineures uniquement lors de l'entretien.

Mais dès qu'il s'agit d'examens ou de traitements, ce n'est plus évident. Certains pensent que la confidentialité se limite aux cas de contraception ou d'IVG ⁽⁴⁾.

Le secret médical interprété en fonction de principes moraux personnels

Il arrive aussi que le médecin décide d'appliquer, en fonction de ses propres principes moraux, le droit ou non à la confidentialité. Ainsi, un médecin explique qu'un adolescent qui se présente pour une assuétude au tabac sera couvert par le secret médical, mais que s'il s'agit de drogue dite «dure», il n'y aura plus de secret...

Une méconnaissance de la loi

Presque la totalité des médecins interviewés déclarent ne pas connaître les textes de lois. Ils expliquent ne pas avoir été formés à ce sujet pendant leurs études et avoir dû gérer les situations au fur et à mesure.

L'opposition des parents

Au cabinet médical, il est parfois difficile d'examiner l'enfant seul. Des parents refusent de quitter la salle de consultation. Ignorent-ils que leur enfant a le droit au secret médical ? Ceci peut

* Interne en deuxième année de médecine générale à Paris 7, N.B. : les encadrés sont de la rédaction.

(1) Thèse de médecine générale menée sous la direction du Dr Katell Miosotte, chargée d'enseignement et de recherche à Paris 7 et en thèse d'Éthique médicale à l'Université Paris 5.

(2) Ces dispositions sont reproduites ci-après (voir encadré).

(3) Voir E.D. BERLAN et T. BRAVENDER, «Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient», *Curr. Opin. Pediatr.* août 2009;21(4):450-6.

(4) Voir encadré en fin de l'article.

entraîner un conflit avec le médecin difficile à gérer. Ces différends peuvent aller jusqu'aux insultes, voire aux menaces. Par la suite, des parents cessent d'amener leur enfant en consultation, rompant ainsi le suivi médical.

Le rappel à la loi pour prévenir les conflits

Pour éviter ces situations, certains médecins débute systématiquement la consultation du mineur avec ses parents par un rappel de la loi. Cela permet de poser les choses. Les médecins s'appuient parfois sur les textes de loi lorsque les parents leur reprochent leur attitude.

Les parents coopératifs, mais demandeurs d'information

Certains parents sont, au contraire, heureux que leur enfant ait un interlocuteur « neutre » et n'ont aucun mal à laisser l'enfant seul avec le médecin.

Cependant, ils sont parfois en attente de certaines informations et sondent le médecin à propos de l'entretien. Le médecin doit rester prudent, il est facile de laisser échapper par mégarde des détails confidentiels.

Le cas délicat du médecin de famille

Il semble délicat pour un médecin qui prend en charge toute la famille de ne pas divulguer d'information. Parfois les praticiens préfèrent, s'ils en ont la possibilité, ne pas prendre en charge à la fois les parents et les enfants. Séparer les membres de la famille entre plusieurs médecins diminue le risque.

Le secret médical, condition du lien de confiance et de la continuité des soins

Dans certaines situations le secret médical doit être rompu à l'égard du patient mineur, à des fins de protection. Cependant, cette rupture du secret ne doit intervenir que dans certaines conditions de danger, afin de ne pas aboutir à une rupture de prise en charge (voir encadré).

Le secret professionnel, notamment médical, protégé par la loi

Le principe : le secret

Article L1110-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

(...) Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (...).

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

Article 226-13 du Code pénal :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »

Article L.226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles : « Sans préjudice des dispositions du II de l'article L.226-4, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L.226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du Code civil.

Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L.226-2-2 du présent code. Cette transmission a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées. »

N.B. : Si le danger est défini à l'article 375 du Code civil, l'information préoccupante ne l'est pas.

Article 226-14 du Code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Par souci de respecter le secret, on empêche un suivi médical rigoureux

Un médecin raconte avoir eu des doutes sur une maltraitance et avoir perdu de vue son patient. Ce jeune homme de 17 ans était venu seul en consultation. Lors de l'examen le médecin avait découvert des traces de brûlures de cigarette. Après avoir interrogé le patient sur l'origine de ces lésions, il s'était vu répondre: «ce n'est rien, c'est un jeu avec ma petite amie». Le médecin, qui s'interrogeait sur la véracité de ces propos, voulut lui expliquer que ce «jeu» n'était pas tout à fait normal.

Il lui expliqua qu'il avait le devoir d'en parler avec ses parents.

Face au refus du patient, il insista en le mettant face au choix suivant : soit il en parlait à sa mère, soit c'est lui qui le ferait.

Le patient finit par en parler à sa mère qui appela le médecin. La mère était en réalité très gênée d'avoir eu cette discussion avec son fils et expliqua au médecin qu'elle aurait préféré de ne pas être mise au courant. Elle n'était pas inquiète de la situation.

Le jeune homme n'est plus revenu consulter. En menaçant de rompre le secret, le médecin avait rompu le lien de confiance avec le patient.

Les comptes-rendus d'hospitalisation: secret versus suivi médical ?

À l'hôpital, les comptes-rendus d'hospitalisation des personnes mineures sont adressées à leurs parents ou au représentant légal.

Quelles informations peut-on communiquer aux parents ? Que faire de celles qui relèvent du secret ?

Une solution est d'écrire le minimum d'information. Par la suite, le risque est de perdre une grande partie des détails utiles pour la prise en charge du patient. Les comptes-rendus ne font que trois lignes, et le reste est effacé.

On se retrouve devant un paradoxe: par souci de respecter le secret, on empêche un suivi médical rigoureux. Quel est le plus important pour une bonne prise en charge ?

Le secret médical dans les établissements scolaires

Dans les établissements scolaires, l'administration peut être un frein au secret médical.

Il est fréquent qu'une jeune élève s'adresse au médecin scolaire pour une découverte de grossesse non désirée. Un médecin explique que lorsqu'une élève a une autorisation de sortie signée par l'infirmière, tout le monde sait alors par déduction qu'il s'agit d'une IVG. Le droit au secret se trouve bafoué.

Lorsqu'il arrive un drame, comme le décès brutal d'un élève dans un établissement scolaire, sont mis en place des groupes de parole. Le but est de prévenir le choc post-traumatique chez les élèves. Dans cette situation, le médecin scolaire et l'infirmière doivent réussir à rassurer les élèves sans donner d'informations sur les circonstances du drame, qui sont pourtant confidentielles.

Le partage du secret entre institutions

Un exemple me paraît très bien illustrer les difficultés du secret partagé dans les institutions, j'ai déjà eu l'occasion de le mentionner dans un précédent article, «Les mineurs ont le droit au secret médical»⁽⁵⁾.

Un médecin s'est souvenu du cas d'un jeune mineur placé dans un foyer. Ce dernier avait l'hépatite B et souhaitait que cela reste secret. Il acceptait uniquement que le médecin et l'infirmière soient au courant pour la prise du traitement.

Mais le médecin a pensé que le directeur de l'établissement devait être mis au courant, et celui-ci en a parlé à toute l'équipe d'éducateurs. Le jeune homme pensait que le secret était gardé jusqu'au jour où, à la suite d'un accident, tout le monde a pris peur. Il a alors compris que ce n'était pas le cas. Il a fugué et a rompu son traitement. Quand est-il nécessaire de partager le secret ? Avec qui ?

Le partage d'informations à caractère secret prévu dans le cadre de la protection de l'enfance, mais encadré par la loi

Article L.226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles :

«Par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant.»

(5) Les mineurs ont le droit au secret médical, à paraître dans le numéro 57 du journal Pratiques, les cahiers de la médecine utopique.

Le problème du remboursement des soins

Un autre point majeur est la nécessité de simplifier le remboursement des soins pour les mineurs pour leur permettre un meilleur accès au secret médical.

Le remboursement des soins est une difficulté à laquelle nous sommes très souvent confrontés, personne n'ayant encore trouvé de solution convenable.

Lorsqu'un mineur va consulter dans un cabinet médical, comment peut-il régler la consultation ? Il n'a pas sa propre carte Vitale, il doit donc soit utiliser celle de ses parents - auquel cas ils reçoivent la facturation des soins -, soit payer sans être remboursés (un mineur en a rarement les moyens).

Certains médecins adressent les patients mineurs à l'hôpital ou au planning familial, où ils ne paieront pas. D'autres, encore, ne facturent pas la consultation.

Le climat actuel étant plutôt à la dénonciation des abus, la question du remboursement des soins ne semble pas à l'ordre du jour.

Une fiche pour pallier l'absence d'information en direction des mineurs

Une des principales difficultés est le manque d'information des mineurs sur le droit au secret médical.

Nous avons réalisé une **fiche d'information sur le secret médical**, que nous sommes en train de tester dans le cadre de notre travail de thèse.

Ce document d'information présente l'extrait de la loi du Code de la santé publique (article L.1111-5). Il est destiné à informer le mineur de ses droits, à aider le médecin à aborder le sujet avec des bases claires (pallier le manque de connaissance de la loi, et l'aider à aborder de manière structurée un sujet délicat) et à inviter le mineur à partager la responsabilité de sa santé avec un adulte de son choix, afin de pouvoir trouver un

Extrait de «Le secret professionnel en travail social et médico-social », J.-P. ROSENZVEIG, P. VERDIER ; Édité. Jeunesse et droit, avril 2011, p. 55).

41. Je suis médecin, psychologue ou travailleur social, dois-je informer les parents que leur enfant est venu me voir ?

Non, au risque de surprendre nombre de parents voire de professionnels, tant qu'il n'y a pas de thérapeutique engagée ou d'intervention pratiquée, la consultation est un acte de la vie ordinaire qu'un mineur peut faire sans autorisation ni information de ses parents.

Il est même des actes que la loi autorise le mineur à faire pratiquer sans la moindre autorisation parentale.

Par exemple, nul n'ignore que dans ce pays, depuis 1974, l'accès à la contraception est libre, gratuit et anonyme, y compris pour les mineurs. L'enfant jouit du droit au respect de sa vie privée; il n'est pas propriété de ses parents même si ceux-ci ont une mission essentielle de protection.

Si un enfant mineur d'âge peut consulter librement, on peut s'interroger à l'occasion d'une telle attitude sur la communication parent-enfant. L'enfant dispose de droits bien sûr (comme le droit à la santé), mais également de la capacité d'exercer lui-même ses droits. Cette capacité est relative bien sûr, mais elle est réelle⁽⁶⁾.

Ainsi, le thérapeute n'a pas à informer ses parents de la visite d'une personne mineure. En revanche, il devrait prendre les dispositions adaptées si celui-ci refusait les suites médicales ou autres qu'impose son état de santé. Il faudrait alors mobiliser les titulaires de l'autorité parentale. De même, il aurait besoin de l'accord des représentants légaux pour toute intervention chirurgicale, mais c'est une autre question.

La loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade va même plus loin dans ce sens quand elle autorise l'enfant — doué du discernement) interdire à ses parents d'accéder à son dossier médical. On sait qu'il peut aussi refuser que ses parents soient informés de son état de santé. Le médecin peut tenter de le convaincre mais doit respecter cette position dès lors qu'il n'y a pas enjeu vital. L'enfant est une personne nous a-t-on appris ; il fallait bien en tirer les conséquences) chaque personne est maîtresse de sa santé sauf ... à ne pas la compromettre.

appui et un conseil bienveillant dans des épreuves parfois difficiles à traverser.

Cette fiche est donc destinée aux mineurs et a été proposée aux médecins interviewés comme support pédagogique à utiliser en consultation.

Une deuxième série d'entretiens libres sera organisée 4 à 5 mois plus tard, pour savoir si la fiche a amélioré l'application de ce droit.

Des questions en suspens

Est-ce un support intéressant pour garantir le respect du secret médical chez les patients mineurs ? Faudrait-il d'autres types de support (affiche, information orale...) ? Informer plutôt les parents ?

Les médecins ? En consultation ? Dans les écoles ?

Bibliographie

C. PEYREBRUNE, I. GENOT-POK, «Medical confidentiality for minors», *La Revue du Praticien*, déc. 2009 20; 59(10):1345-9.

E.D. BERLAN, T. BRAVENDER, «Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient», *Current opinion in pediatrics*, août 2009, 21(4):450-6.

Le mineur et sa santé: la consécration d'un véritable droit au secret médical- Formation Santé Droit: <http://formationsantedroit.over-blog.com/article-le-mineur-et-sa-sante-la-consecration-d-un-veritable-droit-au-secret-medical-57444121.html> (consulté le 18 novembre 2011).

(6) Voir J.P. ROSENZVEIG, Le dispositif français de protection de l'enfance, Chapitre 5 Les droits de l'enfant. Éditions Jeunesse et droit, 2005 NDDBP

Contraception

Art. L.5134-1 Code de la santé publique

I. 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.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

II. Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et 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.

Interruption volontaire de grossesse

Article L.2212-4 du Code de la santé publique

Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel

une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

Article L.2212-7 du Code de la santé publique

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.

Non au sabotage ! L'accès aux soins en danger

DOSSIER

Secret médical pour les mineurs

Le secret médical est difficile à appliquer chez les mineurs... Pourtant cela leur permet un meilleur accès aux soins !

Cécile Roche Dominguez,
interne en
médecine générale 2^e année
à Paris 7

Une jeune fille vient consulter aux urgences avec son père pour des douleurs pelviennes. Lorsque je la vois seule, elle me confie qu'elle a eu un rapport sexuel à risque, mais elle souhaite que je garde le secret...

Les personnes mineures ont le droit au secret médical d'après le Code de santé publique qui a été renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative aux Droits des malades. Des études ont mis en évidence que la garantie du respect du secret médical clairement formulée par le médecin augmente le recours des adolescents aux soins primaires¹.

Avons-nous les moyens en tant que médecin de garantir ce droit au secret ?

De cette réflexion est née ma thèse de médecine², autour de l'interrogation sur l'application de ce droit par les médecins. Une première série d'entretiens a été réalisée avec des médecins pédiatres, généralistes, du planning familial et scolaires.

Les parents n'acceptent pas toujours que leur enfant soit vu seul en consultation. Pensent-ils, comme ils sont responsables de leur enfant, qu'ils doivent tout contrôler ? Cela peut aller jusqu'aux insultes, aux menaces, au procès... Ainsi un médecin a dû expliquer à une mère que la loi permettait à sa fille d'avoir une IVG sans son accord, sans lui dire qu'elle avait fait une IVG. Si les parents se braquent, le risque est que leurs enfants ne viennent plus consulter, qu'on les perde de vue...

Le médecin généraliste est souvent aussi le médecin des parents. Il peut se laisser aller à donner des informations aux parents qui viennent consulter et dire : « D'ailleurs j'ai vu votre fils hier... ».

Dans les institutions se pose le problème du secret partagé. Un médecin s'est souvenu d'un jeune mineur placé dans un foyer qui avait l'hépatite B. Il acceptait uniquement que le médecin et l'infirmière soient au courant pour la prise du traitement. Mais le directeur et les éducateurs ont été mis au courant. Le jeune homme pensait que le secret était gardé jusqu'au jour où suite à un accident, il a compris que ce n'était pas le cas. Il a fugué et a rompu son traitement.

Les enfants chez qui l'on suspecte une maltraitance

ne souhaitent pas toujours que le médecin rompe le secret. La seule solution est alors parfois le signalement, et le placement en urgence.

Comment informer les mineurs de leurs droits ?

Une fiche d'information sur le secret médical a été réalisée et est testée au cours de ce travail³. Elle présente l'extrait de la loi du Code de santé publique (Article L1111-5) et est destinée aux mineurs. Est-ce un support intéressant pour garantir le respect du secret médical chez les patients mineurs ?

Il reste le problème du remboursement des soins. Comment faire pour donner aux mineurs l'accès à des examens complémentaires et des traitements sans que les parents ne reçoivent le détail des remboursements par la CPAM ? Faudrait-il un « pass mineur » pour consulter gratuitement ? Le médecin pourrait être payé directement par la Sécurité sociale ou la région. Ceci permettrait un accès aux soins libre pour les mineurs.

Une chose est sûre : même si nous sommes parfois confrontés à de réelles difficultés, garantir aux mineurs le respect de leurs droits est aussi prioritaire que leur apporter des soins consciencieux. ■

1. Peyrebrune C, Génot-Pok I. Medical confidentiality for minors. *Rev Prat*. 2009 déc 20;59(10):1345-9.
2. Thèse de médecine générale menée sous la direction du Dr Katell Mignotte, chargée d'enseignement et de recherche à Paris 7 et en thèse d'Éthique Médicale à l'Université Paris 5.
3. Une deuxième série d'entretiens libres quatre à cinq mois plus tard sera organisée pour savoir si la fiche a amélioré l'application de ce droit.

Bibliographie

- Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. *Curr Opin Pediatr*. 2009 août;21(4):450-6.
- Le mineur et sa santé : la consécration d'un véritable droit au secret médical- Formationsantdroit. Internet [cité 2011 nov 18] : <http://formationsantdroit.over-blog.com/article-le-mineur-et-sa-sante-la-consecration-d-un-veritable-droit-au-secret-medical-57444121.html>

Annexe 9 : Poster :

Respect du secret médical chez les mineurs : obstacles au respect de la loi en médecine ambulatoire

Roche C¹, Mignotte K^{1,2}

(1) Univ Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Département de Médecine Générale, F-75018 Paris, France
(2) Univ Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale, F-75006 Paris, France.



INTRODUCTION

Contexte national
La France comptait 13,6 millions de mineurs, soit 22% de la population. Le code de la Santé Publique prévoyait leur droit au secret médical, renforcé depuis la Loi du 04 mars 2002 Relative aux Droits des Malades (Article L1111-5). Le respect du secret médical chez les mineurs augmentait le recours aux soins primaires des adolescents (1). Il semblait difficile pour un médecin de favoriser l'application de ce droit, à ???

Objectifs et questions de recherche
Mise en évidence des difficultés des médecins à faire appliquer ce droit au secret médical chez les mineurs.
Création d'une fiche d'information destinée à les aider. Cette fiche d'information est-elle utile?

METHODE

PHASE 1 : Entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données auprès d'un échantillon raisonné diversifié de médecins (pédiatres, généralistes, scolaires, planning familial) concernant les difficultés rencontrées, analyse thématique, double codage – phase achevée.
PHASE 2 : conception d'un document informatif destiné aux médecins et aux mineurs, remise de cette fiche, entretien libre auprès des médecins pour tester l'utilité du document – phase en cours de réalisation.

RESULTATS

A
« Je pense que personne ne connaît pas bien ce droit-là. Ni les médecins, ni les parents, ni les patients »
Médecin : « on nous l'apprend pas en fait c'est une notion qu'on a mais on nous dit pas grand-chose dessus et chez les enfants encore moins »
Parent : « Le parent estime que c'est un fait familial privé » « C'est mon enfant... j'ai tous les droits. »
Mineur : « l'air un peu surpris : « Ha bon je peux vraiment dire ce que je veux quoi ! C'est sûr que vous ne répétez pas derrière ? »
Ne s'imaginent pas autonomes sur leur santé
« je pense que la conception globale du patient, c'est que les parents du courant de tout »
La personne majeure de confiance :
« ça c'est une nouveauté pour moi, c'est très ennuyeux. »
« Même un traitement médical il doit forcément y avoir un adulte ? »

Article L1111-5
Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005
Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.



B
Spécificités de l'enfant :
difficulté d'interroger le patient mineur : pas d'autonomie sur la gestion de sa santé, ne connaît pas ses antécédents, anxiété liée à l'absence du parent
« il faudrait qu'il y ait deux temps à chaque fois, un temps avec le parent et un temps avec l'enfant »
liées aux représentations de l'enfant :
« toutes ces choses de la vie quotidienne qui se traduisent par des maux divers et variés d'importance pour les jeunes parce que ce sont des signaux, là il peut nous de rompre un secret. En oubliant. »
« ... toxicomanies, psychiatrie ... s'appuyer sur les parents, c'est nécessaire ! »

C
Compte rendu de consultation, courrier d'adressage au spécialiste :
envoyer des compte-rendu quasiment vides », « les autres professionnels aussi le cachent ont tendance à oublier »
Paiement de la consultation :
Avis de remboursement envoyé par courrier aux parents
« les parents vont recevoir la facture... les mineurs peuvent être confrontés en situation très pénible après. Il s'est fait piégé quoi. » « certains actes sur le relevé de sécu ... c'est facile à décrypter »
Gratuité de l'acte : « est ce que pour les jeunes aussi ce serait important de ne pas se sentir redevable parce qu'il n'a pas payé » « quand on a vraiment envie de favoriser le secret on ne fait pas payer la consultation. » « Ce qui est un facteur un peu limitant pour l'accueil des gens, parce que on est payé à l'acte. »

D
Parent :
« relationnelle : le médecin est trop identifié au parent »
« famille : C'est le médecin de ma mère, si je lui parle de trucs, il risque de dire à ma mère. »
« ... nécessité ... »
« on va avoir tendance à parler spontanément avec les parents qu'on connaît bien, de choses dont peut-être on n'aurait pas forcément dû parler. Parce qu'on connaît trop bien les proches »
Parent-enfant : conflit
Le parent envahissant « Est-ce que tu as des soucis, tu te sens mal? " Et sa mère me répond : "non non mais ça va très bien" »
Le dialogue parent-enfant est meilleur que la protection du secret « Plus il y a de lien entre la jeune fille et ses parents, mieux la situation se déroulera »

Perception de la fiche d'information (résultats en cours): « Fait peur aux parents », « Clarté », « Dissuasive », « Bon support »

DISCUSSION

Le secret médical chez les mineurs est difficile à mettre en œuvre pour des raisons de connaissance de la loi. Le conseil National de l'Ordre des Médecins y a consacré son dernier numéro (ref). Des questions d'organisation des soins, d'ordre relationnel persistent. La question se pose d'autant plus dans des conditions de vulnérabilité particulière, où le respect du secret médical peut être au détriment du mineur.

Partager avec le mineur la décision médicale qui le concerne est une obligation éthique et le garant d'une bonne observance du traitement et de la régularité du suivi. Ce processus doit évoluer en permanence selon la situation, selon le degré de discernement de l'adolescent et sa vulnérabilité par rapport à son entourage. L'enfant ou l'adolescent sont à des stades divers de la recherche de leur autonomie, entre enfance et âge adulte. La place des parents est déterminante, et le rôle du médecin semble avant tout d'encourager ce processus éducatif, et de protéger le mineur lorsqu'il fait défaut.

REFERENCES :

Annexe 10 : Résumé accepté par le congrès de Nice 2013 pour une communication orale :

Date de création : 06/01/2013 21:53
Soumettant : Docteur Katell Mignotte,

Titre : Le respect du secret médical chez les mineurs
Type de présentation : Communication orale
Sujet principal :
Mots clés :

Message clé : Médecins, patients et parents méconnaissaient la loi. D'autres obstacles d'ordre administratifs, relationnels ont été relevés.
Contenu : Objectif
Le code de la Santé Publique prévoyait le droit au secret médical pour les mineurs (Article L1111-5).
Le respect de ce droit augmentait le recours aux soins primaires des adolescents. Il semblait difficile à appliquer pour un médecin.
L'objectif principal était de comprendre la nature de ces difficultés chez les médecins. L'objectif secondaire était de tester l'utilité d'une fiche d'information destinée aux mineurs.

Méthode

PHASE 1 : Entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données, échantillon raisonné diversifié de médecins (pédiatres, généralistes, scolaires, planning familial), analyse thématique, double codage.
PHASE 2 : Conception d'un document informatif destiné aux mineurs, remis par le médecin aux patients. Entretien libre 8 à 9 mois plus tard auprès des médecins.

Résultats

Les médecins ne connaissaient pas la loi, et selon eux, parents et patients non plus. L'organisation des soins était un frein : le remboursement de la consultation apparaissant sur le relevé destiné aux parents, la tenue du dossier médical, les courriers aux correspondants. Des spécificités propres aux mineurs rendaient difficile l'application de la loi, comme le manque de maturité sur leur santé. Des situations particulières comme la toxicomanie ou les maladies sexuellement transmissibles requéraient la participation des parents pour le bien du mineur. Des questions relationnelles ont été soulevées. La juste distance était délicate à trouver pour le praticien.

La fiche d'information faisait peur aux parents, était utile pour les médecins.

Conclusion

Des questions de connaissance de la loi, d'organisation des soins et d'ordre relationnel persistaient. Le respect du secret médical peut être au détriment du mineur vulnérable. Le partage de la décision est une obligation éthique, garant de l'observance du traitement et de la régularité du suivi. Ce processus doit évoluer selon le degré de discernement du patient. L'encouragement du processus éducatif et la protection du mineur sont les rôles du médecin.

PERMIS D'IMPRIMER

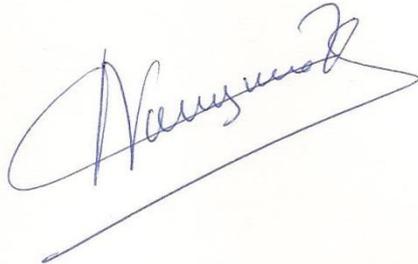
VU :

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot
Le Professeur Michel Nougaret

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date 17/07/2013



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Résumé et Mots clés :

Introduction :

Le Code de la Santé Publique prévoyait le droit au secret médical chez les mineurs. Il semblait difficile à appliquer pour un médecin.

L'objectif principal était de comprendre la nature de ces difficultés. L'objectif secondaire était de tester l'utilité d'une fiche d'information destinée aux mineurs.

Matériel et Méthode :

Des entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données auprès d'un échantillon raisonné diversifié de médecins concernant les difficultés rencontrées ont été réalisés.

Un document informatif destiné aux mineurs comme support de discussion a été conçu. Il a été présenté lors de l'entretien. Il était ensuite remis aux médecins interviewés, puis un entretien libre 8 mois plus tard était réalisé pour tester l'utilité du document.

Résultats :

Les médecins ne connaissaient pas la loi et avaient du mal à mener la consultation d'un patient mineur. Leurs propres préjugés prenaient le pas sur le respect de la confidentialité. Les patients et leurs parents ignoraient aussi les textes de loi. Les mineurs étaient en conflits avec leurs parents. Le problème du remboursement des soins remettait en question l'applicabilité de cette loi.

La fiche d'information était un bon support d'information. Des médecins craignaient qu'elle n'effraie les parents, et s'interrogeaient sur la possibilité d'un autre lieu d'information.

Discussion :

Des questions de connaissance de la loi, d'ordre relationnel, et d'organisation des soins persistaient. Le respect du secret médical peut se faire au détriment du mineur, cependant il est nécessaire à une bonne prise en charge. L'encouragement de l'information et la protection du mineur font partie du rôle des médecins.

Mots clés : secret médical, mineurs, éthique médicale, droit, information des patients, support de discussion, rôle du médecin, enseignement médical.