

CERFAPS

Centre européen de recherches
en droit des familles, des assurances,
des personnes et de la santé

université
de **BORDEAUX**

R É G I O N
**AQUITAINE
LIMOUSIN
POITOU-CHARENTES**

Personnes vulnérables & santé

RAPPORT

COMPTRASEC

Centre de droit comparé du travail
et de la sécurité sociale
UMR CNRS 5114

université
de **BORDEAUX** 

IDL

Institut Léon Duguit

université
de **BORDEAUX**

UCL

Université
catholique
de Louvain

CeFAP

ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine


C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

C.H.U.
Centre Hospitalier Universitaire
de **Bordeaux**

Gbna
Polycliniques

**GROUPE
LEH**
SAVOIR C'EST POUVOIR

CERFAPS

Centre européen de recherches
en droit des familles, des assurances,
des personnes et de la santé

université
de **BORDEAUX**

R É G I O N
**AQUITAINE
LIMOUSIN
POITOU-CHARENTES**

Personnes vulnérables & santé

RAPPORT

COMPTRASEC

Centre de droit comparé du travail
et de la sécurité sociale
UMR CNRS 5114

université
de **BORDEAUX**



IDL

Institut Léon Duguit

université
de **BORDEAUX**

UCL

Université
catholique
de Louvain

CeFAP

ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine



C · H · U
Centre Hospitalier Universitaire
de **Bordeaux**

Gbna
Polycliniques



INTRODUCTION

Le projet *Personnes vulnérables et santé* fut déposé en 2012 dans le cadre du volet « Recherche » de l'appel à projet du conseil régional d'Aquitaine, au titre de la thématique prioritaire régionale « Bien-être et politique de santé ». Ce projet a été demandé par le Centre européen d'études et de recherches en droit de la famille et des personnes (CERFAP¹), sous la responsabilité d'Adeline Gouttenoire, professeur à la faculté de droit et sciences politiques de l'université de Bordeaux et directrice du CERFAPS, et avec l'université Montesquieu-Bordeaux IV comme gestionnaire des crédits.

Outre une demande d'allocation de recherche pour la thèse *Mineur et secret*² dirigée par le professeur Adeline Gouttenoire pour un montant de 98000 euros, le projet de recherche reposait sur un taux d'intervention du conseil régional d'Aquitaine de 70%³, exclusivement en fonctionnement, sur une base éligible de 60000 euros. Le projet a été engagé au 19 janvier 2012 et exécutable sur une période de quarante-huit mois à compter de la Commission permanente du 9 juillet 2012, soit jusqu'au 9 juillet 2016.

Le projet proposait le concours à la fois de laboratoires universitaires, français (Centre de droit comparé du travail et de la Sécurité sociale et Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'Etat⁴) ou étranger (Centre de la personne, de la famille et de son patrimoine⁵), et de partenaires professionnels (Groupe polyclinique Bordeaux nord Aquitaine et Les études hospitalières) et institutionnels (Centre hospitalier universitaire de Bordeaux et Agence régionale de santé).

Le contexte et l'intérêt du projet doivent être rappelés (I). L'exécution de la convention *Personnes vulnérables et santé* a néanmoins été soumise, du fait de son insertion dans le temps, à quelques ajustements et évolutions (II).

I. CONTEXTE ET INTERET DU PROJET

Le projet *Personnes vulnérables et santé* fut déposé en 2012 dans le cadre du volet « Recherche » de l'appel à projet du conseil régional d'Aquitaine, au titre de la thématique prioritaire régionale « Bien-être et politique de santé » par le Centre européen d'études et de recherches en droit de la famille et des personnes (CERFAP⁶), sous la responsabilité d'Adeline Gouttenoire, professeur à la faculté de droit et sciences politiques de l'université de Bordeaux et directrice du CERFAPS, et avec l'université Montesquieu-Bordeaux IV comme gestionnaire des crédits.

¹ Equipe d'accueil n°4600.

² Cf. annexe 2.

³ Soit 42000 euros.

⁴ Comptrasec, unité mixte de recherche (UMR) du CNRS n° 5114 ; CERDARE, EA 505.

⁵ CEFaP, université catholique de Louvain, Belgique.

⁶ Equipe d'accueil n°4600 devenu CERFAPS depuis janvier 2016 (Equipe d'accueil)

Outre une demande d'allocation de recherche pour la thèse *Mineur et secret*⁷ dirigée par le professeur Adeline Gouttenoire pour un montant de 98000 euros, le projet de recherche reposait sur un taux d'intervention du conseil régional d'Aquitaine de 70%⁸, exclusivement en fonctionnement, sur une base éligible de 60000 euros. Le projet a été engagé au 19 janvier 2012 et exécutable sur une période de quarante-huit mois à compter de la Commission permanente du 9 juillet 2012, soit jusqu'au 9 juillet 2016.

II. MODIFICATIONS INSTITUTIONNELLES

La convention *Personnes vulnérables et santé* a été initialement signée entre la région Aquitaine et l'université Montesquieu-Bordeaux IV.

Au 1^{er} janvier 2016 et du fait de la réforme territoriale⁹, la première est devenue région Nouvelle-Aquitaine. La seconde a fusionné au 1^{er} janvier 2014 avec les universités Bordeaux I et Victor-Segalen pour donner naissance à l'université de Bordeaux¹⁰.

Le laboratoire supportant le projet¹¹, initialement dénommé Centre européen d'études et de recherches en droit de la famille et des personnes (CERFAP) est devenu, le 1^{er} janvier 2017, le Centre européen de recherche en droit des familles, des assurances, des personnes et de la santé (CERFAPS). Il reste néanmoins dirigé par le professeur Adeline Gouttenoire, porteuse du projet. Ce changement de dénomination est en lien étroit avec l'objet de la convention, dans la mesure où le droit des personnes influence et est tout à la fois influencé par le droit de la santé, tant dans sa dimension de droit public (prise charge des patients, accès aux soins), que dans sa dimension de droit privé, notamment quant à la protection des droits fondamentaux.

Par ailleurs, le principal centre de recherche partenaire, le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État (CERDARE) est devenu, le 1^{er} janvier 2017, l'Institut Léon-Duguit. M. Laurent Bloch, maître de conférences à la faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux, a été nommé au 1^{er} septembre 2016 professeur de droit privé et sciences criminelles à l'université de Pau et des pays de l'Adour.

Les résultats de la recherche liée à la convention *Personnes vulnérables et santé* sont présentés dans un rapport scientifique (*infra* p. 13 s.). L'aspect budgétaire et comptable est exposé dans le rapport financier, détaillé cependant dans une annexe spécifiquement visée par les autorités compétentes de l'université de Bordeaux (*infra* p. 93).

⁷ Cf. annexe 2.

⁸ Soit 42000 euros.

⁹ Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

¹⁰ Décret n°2013-805 du 3 septembre 2013 portant création de l'Université de Bordeaux.

¹¹ Equipe d'accueil n°4600.

RAPPORT SCIENTIFIQUE

La thématique de la recherche *Personnes vulnérables et santé* avait pour objet la question essentielle de la santé et de l'accès aux soins des personnes vulnérables.

La notion de vulnérabilité s'entend d'un état ou d'une situation auxquels est confrontée une personne et qui entraîne pour elle une fragilité particulière. Elle peut s'appliquer à plusieurs catégories de sujets de droit. Parmi ceux-ci figurent les personnes dont le consentement est altéré du fait de leur âge ou de leur état de santé et pour lesquelles une prise en charge particulière doit être mise en place, pour que soit réalisé l'ensemble des actes que ces personnes doivent effectuer. Il s'agit des mineurs et des personnes dont les facultés mentales sont altérées du fait de leur âge ou d'une maladie. Par ailleurs, la recherche a également porté sur les détenus qui sont considérées comme des personnes dont la situation particulière implique une certaine vulnérabilité.

La question de la santé de ces différentes personnes appelle une attention particulière en ce que d'une part les actes sur leur corps, indispensables pour nombre d'entre eux, sauf à les mettre en danger font l'objet d'un régime particulier pouvant impliquer l'intervention d'une tierce personne, et que d'autre part l'accès de certaines de ces personnes aux soins peut se heurter à des obstacles liés à leur situation spécifique.

Ainsi, le fait que la personne soit placée sous un régime d'incapacité juridique, du fait de son âge ou de l'altération de ses facultés mentales, implique qu'elle ne soit pas celle qui prend la décision médicale ; celle-ci relève d'un tiers, parent ou non. Le médecin est alors confronté à une situation spéciale puisque l'acte de soin ne repose plus sur la relation entre lui-même et son patient mais sur une relation triangulaire entre son patient, le représentant de celui-ci et lui-même. La participation de ces trois personnes à la décision médicale est d'autant plus complexe que les textes varient selon les actes médicaux en cause et selon les personnes vulnérables concernées.

Durant les dix dernières années, plusieurs dispositifs législatifs ont mis en place des régimes spécifiques tendant à assurer à la fois la protection de la personne (y compris parfois contre son gré) et la prise en compte de sa volonté (dans la mesure du possible). Outre la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades qui organise la prise en charge médicale des mineurs et des majeurs protégés, la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, a précisé et réformé le régime des soins psychiatriques imposés.

L'objectif de la recherche était, non seulement, de procéder à une analyse complète de ces différents dispositifs légaux ou réglementaires et de leur mise en œuvre par les juridictions et les praticiens, mais aussi, d'apprécier l'adéquation des textes et des pratiques.

La convention *Personnes vulnérables et santé* a été initialement signée entre la région Aquitaine et l'université Montesquieu-Bordeaux IV.

Au 1^{er} janvier 2016 et du fait de la réforme territoriale¹², la première est devenue région Nouvelle-Aquitaine. La seconde a fusionné au 1^{er} janvier 2014 avec les universités Bordeaux I et Victor-Segalen pour donner naissance à l'université de Bordeaux¹³.

Le laboratoire supportant le projet¹⁴, initialement dénommé Centre européen d'études et de recherches en droit de la famille et des personnes (CERFAP) est devenu, en 2016 le Centre

¹² Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

¹³ Décret n°2013-805 du 3 septembre 2013 portant création de l'Université de Bordeaux.

européen de recherche en droit des familles, des assurances, des personnes et de la santé (CERFAPS). Il reste néanmoins dirigé par le professeur Adeline Gouttenoire, porteuse du projet. Ce changement de dénomination est en lien étroit avec l'objet de la convention, dans la mesure où le droit des personnes influence et est tout à la fois influencé par le droit de la santé, tant dans sa dimension de droit public (prise en charge des patients, accès aux soins), que dans sa dimension de droit privé, notamment quant à la protection des droits fondamentaux.

Par ailleurs, le principal centre de recherche partenaire, le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État (CERDARE) est devenu, en 2016, l'Institut Léon-Duguit. M. Laurent Bloch, maître de conférences à la faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux, a été nommé au 1^{er} septembre 2016 professeur de droit privé et sciences criminelles à l'université de Pau et des pays de l'Adour.

Il faut noter par ailleurs que l'Institut des mineurs ainsi que l'Institut de la santé qui sont des instituts de l'université de Bordeaux fondés sur des conventions entre l'Université et des groupements professionnels (ordre des avocats au barreau de Bordeaux, école des avocats Aliénor, Centre de recherche, d'information et de consultation sur les droits de l'enfant, Les études hospitalières) ont été largement associés à la réalisation du projet de recherche.

Le projet de recherche s'est réalisé à la fois à travers une insertion de la problématique Personnes vulnérables dans de nombreuses activités du CERFAPS et de ses membres, et par ailleurs par trois recherches de fond, sur le terrain, concernant trois catégories de personnes vulnérables que sont les enfants, les personnes dont les facultés mentales sont altérées et les détenus.

L'exécution de la convention *Personnes vulnérables et santé* a permis de dégager un vaste appareil scientifique autour d'axes principaux : la participation du mineur ou du majeur protégé aux décisions qui les concernent, l'intervention du juge pour des actes médicaux spécifiques, l'accès aux soins des détenus et l'appréciation de l'incapacité d'une personne à consentir aux soins d'ordre psychiatrique ; ces problématiques relèvent tant du droit privé que du droit public, les droits fondamentaux des personnes innervant systématiquement le champ des réponses concevables.

Après une présentation synthétique des différentes actions et manifestations entièrement ou partiellement consacrées à la thématique *Personnes vulnérables et santé*, il sera procédé à une présentation des trois recherches réalisées autour des trois axes scientifiques majeurs, ainsi que des perspectives que la recherche a suscitées.

¹⁴ Equipe d'accueil n°4600.

CHAPITRE 1. - SYNTHÈSE DES TRAVAUX

Outre la thèse de doctorat issue de l'allocation de recherche dont le CERFAPS a bénéficié dans le cadre du volet « recherche » de l'appel à projets 2012¹⁵, la convention *Personnes vulnérables et santé* a été l'occasion de dix-neuf manifestations scientifiques (II), reposant sur trois enquêtes de terrain (I).

I. ENQUÊTES DE TERRAIN

Les enquêtes de terrain effectuées dans le cadre de la convention *Personnes vulnérables et santé* ont été menées dans divers établissements ressources de référence sur support salarial exclusivement constitué d'étudiants de niveau doctoral de l'université de Bordeaux et issus du CERFAPS ou du Comprasec, deux des centres de recherche impliqués dans l'exécution de la convention.

Les résultats des trois enquêtes de terrain menées par le CERFAPS dans le cadre de la recherche *Personnes vulnérables et santé* feront l'objet d'une présentation détaillée dans la seconde partie de ce rapport scientifique.

1. PARTICIPATION DU MINEUR A LA DECISION MEDICALE

La première enquête de terrain concernant la thématique *Personnes vulnérables et santé* a été menée à l'hôpital des enfants du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, et précisément au sein du service d'onco-hématologie au cours de l'année 2011. Même si elle a été menée, par deux membres enseignants chercheurs CERFAP, avant la réalisation du projet de recherche, il paraît opportun d'inclure les résultats de cette enquête qui a donné lieu à un colloque et une publication, dans le présent rapport. Cette enquête a en effet permis d'établir des liens avec les professionnels de l'hôpital pour enfants qui ont constitué la base d'une collaboration qui s'est poursuivie par la suite. Cette enquête est en outre fortement liée au sujet de thèse Mineur et secret qui est intégré dans le projet de recherche régional.

2. PROTECTION JUDICIAIRE DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS CONTRAINTS

a. CONTENU

La thématique des soins contraints sur les personnes dont les facultés mentales sont altérées a fait l'objet d'une recherche sur le terrain en 2013 portant sur les ordonnances rendues par quatre juges des libertés et de la détention dans le cadre des contrôles systématiques et facultatif au tribunal de grande instance de Bordeaux et comportant des entretiens avec des professionnels intervenants dans la procédure (cf. *infra*).

¹⁵ Cf. Annexe 2.

b. SUPPORT SALARIAL

* Mme Fatou Ngom

- intitulé du poste : assistant soutien à la recherche
- niveau de l'emploi : catégorie A
- branche d'activité professionnelle (BAP) : D
- emploi-type : assistant en production et analyse de données
- date de début de contrat : 1^{er} mai 2014 / date de fin de contrat : 30 mai 2014
- nombre d'heures : 70
- affectation :

composante : CERFAP

responsable du recrutement : Adeline Gouttenoire

responsable hiérarchique de l'agent : Adeline Gouttenoire

- description du poste : constitution d'un cache de saisie sous *Access* et *Excel*, pour la collation de données et l'élaboration de statistiques, sur la base de six cents décisions de justice

* Mme Camille Pellicer

- intitulé du poste : assistant soutien à la recherche
- niveau de l'emploi : catégorie A
- branche d'activité professionnelle (BAP) : D
- emploi-type : assistant en production et analyse de données
- période :

1/ date de début de contrat : 1^{er} avril 2013 / date de fin de contrat : 31 décembre 2013

2/ date de début de contrat : 1^{er} février 2014 / date de fin de contrat : 27 juillet 2014

- nombre d'heures : 60 par mois
- affectation :

composante : CERFAP

responsable du recrutement : Adeline Gouttenoire

responsable hiérarchique de l'agent : Adeline Gouttenoire

- description du poste : constitution d'une base de données et analyse statistique en milieu juridictionnel

3. L'ACCES AUX SOINS DES DETENUS

a. CONTENU

Dans le cadre de la convention de recherche *Personnes vulnérables et santé*, Lydie Besombes doctorante au CERFAPS a mené une étude de terrain concernant la santé en prison avec pour objectif de mesurer l'effectivité de l'accès aux soins des patients-détenus à travers une étude concrète de la prise en charge en soin somatique des patients-détenus en Aquitaine. Outre une recherche de la littérature et de la jurisprudence relative au sujet, la recherche a pris la forme d'une enquête de terrain minutieuse au sein de plusieurs centres pénitentiaires de la région (cf. *infra*).

b. SUPPORT SALARIAL

* Mme Lydie Besombes

- intitulé du poste : soutien à la recherche en droit de la protection des personnes vulnérables

- niveau de l'emploi : catégorie A

- branche d'activité professionnelle (BAP) : D

- emploi-type : assistant ingénieur

- période :

1/ date de début de contrat : 1^{er} mars 2015 / date de fin de contrat : 30 septembre 2015

2/ date de début de contrat : 1^{er} octobre 2015 / date de fin de contrat : 31 décembre 2015

3/ date de début de contrat : 1^{er} janvier 2016 / date de fin de contrat : 30 avril 2016

- nombre d'heures :

1/ 6 par semaine

2/ 12 par semaine

3/ 12 par semaine

- affectation :

composante : CERFAP

responsable du recrutement : Adeline Gouttenoire

responsable hiérarchique de l'agent : Adeline Gouttenoire

- description du poste : collecte et analyse de données statistiques en milieu carcéral (centres pénitentiaires et établissements hospitaliers spécialisés) ; recherches bibliographiques et jurisprudentielles

II. MANIFESTATIONS PUBLIQUES

Les manifestations publiques s'inscrivant dans la problématique de recherche Personnes vulnérables et santé relèvent de deux catégories. Pour certaines d'entre elles, le sujet est plus général que celui de la recherche mais il inclut une ou plusieurs interventions le concernant. En effet, le CERFAP s'est attaché à insérer le plus souvent possible la problématique de la santé des personnes vulnérables dans les différentes manifestations publiques qu'il a organisées. Par ailleurs, un certain nombre de colloques ou journées d'étude ont été organisées spécifiquement autour de la problématique de la recherche.

Synthétiquement¹⁶, les dix-neufs manifestations scientifiques liées à la convention *Personnes vulnérables et santé* ont mobilisé :

- 254 intervenants, dont¹⁷ 164 professionnels ou institutionnels, 100 enseignants-chercheurs, 6 professionnels ou enseignants-chercheurs étrangers, et 10 chercheurs en formation de niveau doctoral ;

- 5124 inscrits, dont 4405 professionnels.

¹⁶ Le CERFAPS étant parvenu à tisser des liens avec le monde professionnel, institutionnel et académique, une partie des intervenants et professionnels a pu assister de manière récurrente aux différentes manifestations proposées.

¹⁷ Les totaux catégoriels cumulés sont supérieurs au nombre global d'intervenants dans la mesure où certaines personnes appartiennent à différentes catégories.

1. MANIFESTATIONS INTEGRANT LA PROBLEMATIQUE PERSONNES VULNERABLES ET SANTE



vendredi 22 octobre 2010

12 intervenants, dont

1 professionnel (8,33%)

10 enseignants-chercheurs titulaires

1 chercheur doctorant

198 inscrits, dont

138 professionnels (69,70%)

Interventions sur la problématique de recherche :

Les mineurs étrangers

La protection des mineurs contre l'exploitation

vendredi 17 juin 2011

(2^e RMJS¹⁸)

14 intervenants, dont

10 professionnels et institutionnels
(71,43%)

4 enseignants-chercheurs titulaires

638 inscrits, dont

598 professionnels (93,73%)

Interventions sur la problématique de recherche :

Les signaux d'alerte de l'abus sexuel

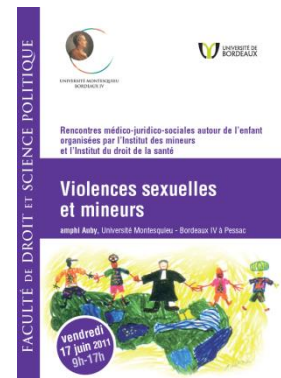
Les violences sexuelles dans le milieu scolaire

Les violences sexuelles dans le milieu sportif

L'impact psychologique des violences sexuelles sur le mineur et sa famille

Les violences sexuelles sur mineur : entre répression et protection

Les relations quotidiennes avec un mineur victime d'abus sexuels



¹⁸ Rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant.



vendredi 9 mars 2012
 20 intervenants, dont
 13 professionnels (65,00%)
 10 enseignants-chercheurs titulaires
 126 inscrits, dont
 70 professionnels (55,56%)
 Interventions sur la problématique de recherche :
La faute d'humanisme
Les infections nosocomiales
Faute technique et accidents médicaux non fautifs
Les produits de santé

vendredi 7 septembre 2012
 (3^e RMJS)
 19 intervenants, dont
 16 professionnels et institutionnels
 (84,21%)
 3 enseignants-chercheurs titulaires
 407 inscrits, dont
 395 professionnels (97,05%)
 Interventions sur la problématique de recherche :
L'autorité parentale et la santé de l'enfant
Les relations des parents avec l'infirmière scolaire
L'enfant hospitalisé
Les relations des parents avec le psychiatre de leur enfant
Les actes relatifs à la personne de l'enfant placé



mardi 16 avril 2013
 13 intervenants, dont
 2 professionnels (15,39%)
 10 enseignants-chercheurs titulaires
 (dont 2 étrangers)
 1 chercheur doctorant
 172 inscrits, dont
 43 professionnels (25,00%)
 Interventions sur la problématique de recherche :
Les fondations de la démocratie sanitaire
Le renforcement des droits individuels
L'affirmation des droits collectifs
L'usager des soins de santé et les droits du patient en droit belge
Les difficultés de mise en œuvre de la



démocratie sanitaire

La soft law et la démocratie sanitaire

Les contrats locaux de santé

vendredi 13 septembre 2013

(4^e RMJS)

12 intervenants, dont

10 professionnels ou institutionnels
(83,33%)

2 enseignants-chercheurs titulaires

970 inscrits, dont

946 professionnels (97,53%)

Interventions sur la problématique de
recherche :

*L'impact psychologique de la défaillance
parentale*

Les conséquences physiques



vendredi 9 octobre 2015

15 intervenants, dont

7 professionnels

6 enseignants-chercheurs titulaires

2 chercheurs doctorants

164 inscrits, dont

127 professionnels

Publications

Interventions sur la problématique de
recherche :

* La liberté sexuelle

*La protection de la liberté sexuelle :
l'exemple de la personne placée en
institution psychiatrique*

* Le droit à la sexualité

La sexualité en prison

La sexualité des personnes handicapées

La sexualité des personnes mineures



mercredi 8 juin 2016

2 intervenants, dont

1 institutionnel

2 enseignants-chercheurs

78 inscrits, dont

59 professionnels





mardi 22 novembre 2016
3 intervenants, dont
2 professionnels
2 enseignants-chercheurs
91 inscrits, dont
77 professionnels

2. MANIFESTATIONS SPECIFIQUEMENT RELATIVES A LA PROBLEMATIQUE PERSONNES VULNERABLES ET SANTE



vendredi 9 décembre 2011
21 intervenants, dont
17 professionnels (80,95%)
4 enseignants-chercheurs titulaires
249 inscrits, dont
114 professionnels (45,78%)
2 publications¹⁹

vendredi 9 novembre 2012
17 intervenants, dont
11 professionnels (64,71%)
7 enseignants-chercheurs titulaires
186 inscrits, dont
169 professionnels (90,86%)

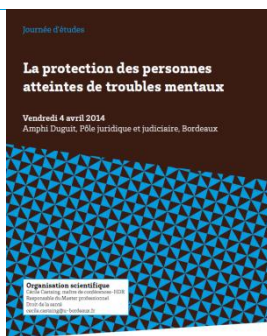


¹⁹ Geoffrey Barbier, *La pratique bordelaise de l'audition de l'enfant* : AJ fam. 2012, 498. - Claire Quennesson, *La participation du mineur aux décisions médicales qui le concernent : la pratique bordelaise* : Rev. Droit et santé n°50, chron. p. 667.



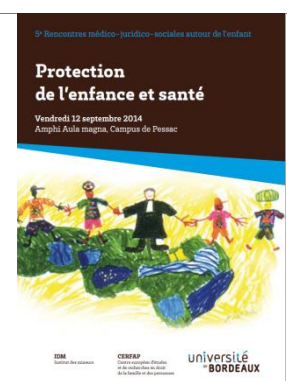
vendredi 21 mars 2013
14 intervenants, dont
7 professionnels ou institutionnels (50,00%)
7 enseignants-chercheurs titulaires
112 inscrits, dont
75 professionnels (66,96%)

vendredi 12 avril 2013
19 intervenants, dont
7 professionnels (36,84%)
10 enseignants-chercheurs titulaires
2 étudiants de niveau doctoral
92 inscrits, dont
21 professionnels (22,83%)



vendredi 4 avril 2014
22 intervenants, dont
11 professionnels ou institutionnels (dont 1 étranger) (50,00%)
10 enseignants-chercheurs titulaires (dont 2 étrangers)
1 chercheur doctorant
95 inscrits, dont
78 professionnels (82,11%)

vendredi 2 septembre 2014
(5^e RMJS)
14 intervenants, dont
10 professionnels ou institutionnels (71,43%)
4 enseignants-chercheurs titulaires
1 chercheur doctorant
813 inscrits, dont
794 professionnels (97,66%)





mercredi 3 décembre 2014
 9 intervenants, dont
 5 professionnels (55,56%)
 4 enseignants-chercheurs titulaires
 (dont 1 étranger)
 79 inscrits, dont
 73 professionnels (92,41%)

mardi 8 mars 2016
 2 intervenants, dont
 1 professionnel et institutionnel
 1 enseignant-chercheur
 218 inscrits, dont
 127 professionnels



vendredi 24 juin 2016
 15 intervenants, dont
 14 professionnels ou institutionnels
 1 enseignant-chercheur titulaire
 1 chercheur doctorant
 323 inscrits, dont
 313 professionnels

vendredi 16 septembre 2016
 13 intervenants, dont
 9 professionnels
 3 enseignants-chercheurs titulaires
 1 chercheur doctorant
 113 inscrits, dont
 88 professionnels
 publications



3. COLLOQUES SUBSEQUENTS

Sous la direction conjointe des professeurs Laurent Bloch²⁰ et Christophe Radé, le CERFAPS a conçu un colloque sur *Responsabilité et maternité* qui s'est tenu courant mai 2017. La vulnérabilité des patients constitue l'une des thématiques abordées, à savoir les accidents médicaux liés à l'accouchement, le diagnostic anténatal, l'interruption (volontaire ou non) de la grossesse, les effets tératogènes (provoqués par certaines substances qui, en cours de gestation, sont à l'origine de malformations de l'embryon lors de son développement *in utero*, ou qui peuvent avoir des conséquences trans-générationnelles²¹).

En outre, en partenariat avec le conseil départemental de la Gironde et le CERFAPS, l'Institut des mineurs a proposé, le 13 juin 2017, les huitièmes rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant, sur le thème *Les droits des tout-petits : de tous petits droits ?* Plusieurs interventions concernant la santé des nourrissons portent notamment sur la mort subite du nourrisson et le syndrome du bébé secoué.

III. RESSOURCES SCIENTIFIQUES ET PEDAGOGIQUES

La réalisation de la convention *Personnes vulnérables et santé* a donné lieu à de nombreux articles, contributions ou interventions. Ils correspondent aux actes de colloques (1) ou à des monographies (2), auxquels doivent être ajoutées des supports pédagogiques (3).

1. ACTES DE COLLOQUE

par ordre chronologique décroissant et alphabétique des auteurs :

* *Protection de l'enfance et santé* : AJ fam. 2015, dossier p. 253-277 (colloque organisé par l'Institut des mineurs) :

- Laurent Bloch, Protection de l'enfance et secret professionnel : *ibid.* p. 259-262
- Luc Briand, Protection de l'enfance et santé : exemples de décisions de cours d'appel : *ibid.* p. 271-273
- Laurent Gebler : Le juge des enfants et la santé du mineur : *ibid.* p. 267-270
- Adeline Gouttenoire, Présentation : *ibid.* p. 254
- Pascal Pillet, Enfance en danger : l'approche médicale : *ibid.* p. 254-258
- Claire Quennesson, Les décisions relatives à la santé de l'enfant : *ibid.* p. 275-277
- Pierrine Robin : La santé des enfants confiés à la protection de l'enfance : retour des études nationales : *ibid.* p. 273-275
- Hélène Thibault, Protection de l'enfance et obésité : *ibid.* p. 262-267

* La démocratie sanitaire, mythe ou réalité ?, dir. Cécile Castaing, Bordeaux, Les études hospitalières, 2014, 978 2 84874 535 0 :

* Catherine Gauthier, Marie Gautier et Adeline Gouttenoire (dir.), *Mineurs et droits européens*, Pédone, 2012, coll. Droits Européens, 140 p., ISBN 978-2-233-00649-3

²⁰ Professeur à l'université de Pau et des pays de l'Adour, membre du CERFAPS et directeur de la mention « Indemnisation des victimes d'accidents médicaux » du master 2 en droit de la santé proposé par l'université de Bordeaux.

²¹ Par exemple, diéthylstilbestrol (Distilbène®), acide valproïque ou acide 2-propylpentanoïque ainsi que ses sels, les valproates (Dépakine®)...

* Claire Quennesson, La participation du mineur aux décisions médicales qui le concernent : la pratique bordelaise : Rev. Droit et santé n°50, nov. 2012, chron. p. 667-681

2. MONOGRAPHIES

par ordre alphabétique des auteurs :

* Laurent Bloch, Quelle indemnisation pour les victimes de vaccinations ?, in Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément - Enseignement, hôpital, médecine, coord. Antoine Leca, Hélène Gaumont-Prat et Cécile Castaing, Bordeaux, LEH, 2014, coll. Mélanges, p. 51-64

* Laurent Bloch, L'exercice du droit au respect de son corps, in Traité des droits de la personnalité, LexisNexis, 2013, coll. Traités, p. 1193-1231

* Cécile Castaing, La nécessité médicale devant le juge administratif, in Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément - Enseignement, hôpital, médecine, coord. Antoine Leca, Hélène Gaumont-Prat et Cécile Castaing, Bordeaux, LEH, 2014, coll. Mélanges, p. 65-81

* Philippe Bonfils et Adeline Gouttenoire, *Droit des mineurs*, Dalloz, 2^e édition, coll. Précis droit privé, 1278 p. :

- Les décisions relatives au corps de l'enfant, n^{os} 697-710, p. 442-450

- Le droit du mineur d'obtenir des soins de manière autonome, n^{os} 1244-1251, p. 749-754

- *Protection [pénale] de la santé des mineurs*, n^{os} 1589-1652, p. 1056-1088

* Camille Pellicer, Le contrôle des décisions de soins psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention : la pratique bordelaise : Rev. Droit et santé n°66, juil. 2015, chron. p. 544-556

3. SUPPORTS PEDAGOGIQUES

par ordre chronologique décroissant :

* Lydie Besombes, *Personnes vulnérables et santé - Le droit de la santé en milieu carcéral*, Université de Bordeaux, Pessac, 7 décembre 2016 (1h30), au bénéfice des étudiants du master 2 Droit des personnes et des familles

* Camille Pellicer *Personnes vulnérables et santé – Les soins psychiatriques sans consentement*, Université de Bordeaux, Pessac, 7 décembre 2016 (1h30), au bénéfice des étudiants du master 2 Droit des personnes et des familles

* Claire Quennesson, Les aspects juridiques du consentement et du refus de soin, in Aspects juridiques du consentement et du refus de soins de l'adolescent et du jeune adulte atteint d'un cancer, CHU, Bordeaux, 2 décembre 2015 (2 heures), au bénéfice du personnel soignant du centre hospitalier universitaire de Bordeaux

* Adeline Gouttenoire et Claire Quennesson, *Mineur et secret*, Ecole des avocats Aliénor, Bordeaux, 28 mai 2015 (3 heures), au bénéfice des avocats au Barreau de Bordeaux spécialistes de droit des mineurs

* @learning *Le médecin et la protection de l'enfance*, sur le site internet de l'unité mixte de formation continue en santé de l'université de Bordeaux (cf. *infra*)

IV. PARTICIPATION DES ETUDIANTS

Le projet *Personnes vulnérables et santé* a été enrichi non seulement par l'apport de thèses de doctorat (1 et 2), mais aussi par la contribution des étudiants de niveau doctoral (3) ou de seconde année de master (4).

1. THESE MINEUR ET SECRET

(cf. *infra*)

Dans le cadre du projet de recherche *Personnes vulnérables et santé*, Claire Quennesson, doctorante au CERFAPS, a bénéficié d'une allocation de recherche doctorale relativement au sujet *Mineur et secret*, sous la direction du professeur Adeline Gouttenoire (cf. *infra*). La thèse est en cours de rédaction et devrait être soutenue à la fin de l'année 2017.

Compte tenu de la compétence développée grâce à ses recherches, Claire Quennesson a été sollicitée pour venir en appui de différentes actions menées par le CERFAPS sur cette thématique. Ainsi a-t-elle réalisé pour la journée *La protection des personnes atteintes de troubles mentaux*, du 4 avril 2014, un PowerPoint *Étude et pratique des ordonnances du juge des libertés et de la détention du TGI de Bordeaux* au soutien de l'intervention de Camille Pellicer. Cette même doctorante est intervenue dans le cadre des 5^e rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant du 12 septembre 2014 *Protection de l'enfance et santé*, sur le thème *Les prérogatives du mineur sur sa santé*.

2. THESES EN COURS

Les divers colloques proposés par le CERFAPS sur la thématique *Personnes vulnérables et santé* ainsi que les cours du diplôme universitaire de protection de l'enfance ont incité des étudiants, dont certains sont des professionnels en situation, à entreprendre une thèse liée à la problématique Personnes vulnérables et santé, particulièrement dans le domaine de la protection de l'enfance.

Coralie Delhumeau, diplômée du DU de protection de l'enfance ainsi que du master 2 de droit des mineurs de l'Université de Pau et des pays de l'Adour, a débuté en octobre 2015 une thèse sur *Le statut de l'enfant en protection de l'enfance*. Coralie Delhumeau est en outre en poste au conseil départemental de la Gironde dans le domaine de la protection de l'enfance.

Intervenante dans le cadre des rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant organisées chaque année par l'Institut des mineurs, Hélène Romano a entamé en novembre 2015 une thèse sur *Le signalement pour maltraitance des personnes vulnérables par les professionnels*, en lien avec son expérience professionnelle. Docteur en psychopathologie clinique, psychologue clinicienne et psychothérapeute spécialisée dans le psycho-traumatisme, Mme Hélène Romano a coordonné la cellule d'urgence médico-psychologique dans le département du Val-de-Marne et la consultation de psycho-traumatisme au centre hospitalier universitaire Henri-Mondor (Créteil), dans le service du professeur Marty ; depuis de nombreuses années, elle intervient en milieu scolaire suite à des événements traumatiques et plus particulièrement sur des formations sur les pratiques dangereuses.

Plus incidemment, le professeur Adeline Gouttenoire a souhaité que soit abordée la question de la vulnérabilité en matière de santé dans les travaux de Camille Martin portant sur *Les réponses du droit face au délaissement parental*, débutés en décembre 2012.

3. PARTICIPATION DES DOCTORANTS DU CERFAPS A LA RECHERCHE

Plus généralement, le CERFAPS a souhaité associer les étudiants de niveau doctoral²² aux recherches et activités liées au projet régional *Personnes vulnérables et santé* : ils représentent en effet 4% des intervenants de colloques et ont produit quatre articles scientifiques, notamment auprès d'un éditeur local²³ reconnu au niveau national comme spécialiste du droit médical, dont il faut noter l'implication dans la mise en œuvre du projet de recherche.

4. PARTICIPATION DES ETUDIANTS DU MASTER EN DROIT DE LA SANTE

Dans le but de faire participer les étudiants de Master 2 santé à la recherche, et compte tenu de l'impossibilité de réaliser une étude complète sur le sujet, le CERFAPS et l'Institut Léon Duguit ont apporté leur soutien logistique et financier aux étudiants du master 2 en droit de la santé pour un colloque sur le thème de la santé des étrangers, ceux-ci pouvant être considérés au regard de leur situation, particulièrement lorsqu'ils sont migrants, également comme des personnes vulnérables (matinée du colloque).

Migration, santé et droit – Quand la santé dépasse les frontières 24 mars 2016 -Pôle juridique et judiciaire

Matinée

LA DOUBLE VULNERABILITE DU MIGRANT MALADE EN FRANCE

9h00 Présentation et intervention introductive - Mathilde Lefebvre, présidente de l'association des étudiants en droit de la santé, Jean-Pierre Laborde, professeur, président honoraire de l'université de Bordeaux

9h30 Etat de santé des mineurs étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 - Olivier Montpierre, interne en santé publique

10h00 L'accès aux soins des mineurs étrangers - Adeline Gouttenoire, professeure à l'université de Bordeaux

10h30 La santé en rétention administrative - Estelle Sudre, médecin responsable de l'unité médicale du centre de rétention administrative de Bordeaux

11h10 Les droits fondamentaux des étrangers - La CIMADE, association de solidarité active avec les étrangers

11h40 La pratique française de reconduite à la frontière : compatibilité avec le droit européen - Marion Blondel, doctorante au CRDEI

12h00 Droit au séjour des étrangers et état de santé - Maître Wantou, avocate au barreau de Melun

12h30 Migrants : freins et leviers d'accès aux soins - Adrienne Reix, directrice de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), hôpital Saint-André, Alexandra Lechaudel, assistante sociale de la PASS Saint-André

²² Master 2 ou doctorants.

²³ Les études hospitalières : <http://www.leh.fr/> ; 255 cours du Maréchal-Gallieni à Bordeaux.

Après midi

A LA RECHERCHE DU SOIN HORS DES FRONTIERES :

L'IMMIGRATION MEDICALE HORS DE FRANCE

14h30 Propos introductifs - Jean-Pierre Duprat, professeur émérite de l'Université de Bordeaux

14h45 Les droits des français à l'étranger : sécurité sociale, assurances et responsabilité médicale - Jean-Pierre Laborde, professeur, président honoraire de l'Université de Bordeaux, Maryse Badel, maître de conférences à l'Université de Bordeaux

15h20 Le tourisme procréatif - Marie-Thérèse Pain-Masbrenier, docteur en droit, formatrice et consultante

15h50 La fin de vie en France : état des lieux et droit comparé franco-belge - Caroline Fontaine, Thomas Paronneau et Mathilde Lefebvre, étudiants du master 2 droit de la santé

16h30 Synthèse et discussion - Jean-Pierre Duprat, professeur émérite de l'Université de Bordeaux

5. ENSEIGNEMENTS EN SECONDE ANNEE DE MASTER DE DROIT DES FAMILLES ET DES PERSONNES

Les étudiants de seconde année du master de droit des personnes et des familles, créé à la rentrée 2016 au sein de la faculté de droit et sciences politiques de l'université de Bordeaux, sont sensibilisés à la problématique de la santé des personnes vulnérables à travers une méthode d'enseignement innovante. L'équipe pédagogique du Master a en effet voulu aborder de manière pragmatique certains thèmes à enjeu social. Des séances de pédagogie inversée et l'étude de cas cliniques abordent ainsi plus particulièrement la fin de vie, les violences dans le couple ou les violences sexuelles sur mineur, la prise en charge de l'enfant par un tiers, la capacité usuelle du mineur, les mineurs étrangers isolés ou la limitation des droits des parents maltraitants. Fort du constat que les jeunes diplômés sont souvent en décalage avec les attentes pratiques des milieux professionnels, l'ambition de cette didactique est d'amener les étudiants à découvrir, en amont et par eux-mêmes, le contenu des thématiques, afin de les concentrer en aval sur des exercices d'application concrète, généralement issus de cas.

La recherche *Personnes et vulnérables et santé* a en outre plus particulièrement fait l'objet d'une présentation spécifique :

* Lydie Besombes, *Personnes vulnérables et santé - Le droit de la santé en milieu carcéral*, Université de Bordeaux, Pessac, 7 décembre 2016 (1h30)

* Camille Pellicer *Personnes vulnérables et santé – Les soins psychiatriques sans consentement*, Université de Bordeaux, Pessac, 7 décembre 2016 (1h30)

V. INTERACTION AVEC L'ENVIRONNEMENT SOCIO-PROFESSIONNEL ET IMPLICATION DU CERFAPS DANS LA FORMATION PAR LA RECHERCHE

Les intervenants de terrain (issus des professionnels du droit ou du travail social, du milieu associatif, de représentants d'institutions publiques ou d'organes étatiques) constituent plus de 60% des contributeurs aux colloques organisés dans le cadre de la convention *Personnes*

vulnérables et santé ; les professionnels constituent également près de 90% des personnes inscrites à ces différentes manifestations.

Les différentes recherches sur le terrain ont été fondées sur une collaboration étroite avec les professionnels concernés par la thématique en cause :

- les professionnels de l'hôpital des enfants pour la recherche sur la participation du mineur aux décisions médicales qui le concernent ;
- les magistrats compétents et les professionnels des établissements psychiatriques de la région pour la recherche concernant les soins contraints sur les personnes dont les facultés mentales sont altérées ;
- les agents de l'administration pénitentiaire, ainsi que les professionnels médicaux de l'Unité hospitalière de sécurité inter-régionale (UHSI) de Bordeaux.

Les différentes recherches ont impliqué les professionnels notamment au niveau de la mise en place de l'étude de terrain et de sa réalisation mais également lors des colloques ou journées d'études qui ont été organisés pour présenter les résultats, permettant ainsi aux différents professionnels concernés par la thématique de bénéficier d'une formation par la recherche mais également de prendre activement à celle-ci.

Les retombées de cette collaboration entre les enseignants-chercheurs du CERFAPS en termes de formation par la recherche sont indéniables et réciproques. En effet les membres de l'Unité de recherche ont répondu à plusieurs demandes d'interventions concernant la problématique Personnes vulnérables et santé dans des formations ou journées d'études destinées aux professionnels et à l'inverse de nombreux professionnels ont accepté de participer à des colloques et des formations organisés par l'Université de Bordeaux sur ce sujet.

Ces partenariats et collaborations permettent d'aboutir au constat selon lequel la thématique Personnes vulnérables et santé est devenue un sujet transversal et pluridisciplinaire régional grâce aux différentes actions menées sur la question dans le cadre du projet régional, ce qui constituait l'un de ses objectifs principaux.

CHAPITRE 2. - AXES MAJEURS DE LA RECHERCHE

Les résultats des actions scientifiques menées dans le cadre de la convention régionale *Personnes vulnérables et santé* peuvent être présentés à travers trois axes majeurs que sont les mineurs et la santé, les soins contraints sur les personnes dont les facultés mentales sont altérées et la santé des détenus.

I. MINEUR ET SANTE

La problématique des mineurs étant un axe fort du CERFAPS, la question de la santé des enfants avaient déjà fait l'objet de travaux avant la réalisation du projet de recherche *Personnes vulnérables et santé*. Ainsi, les colloques *Mineurs et droits européens* (22 octobre 2010), *Violences sexuelles et mineurs* – dans le cadre des deuxièmes rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant – (17 juin 2011) et *La participation du mineur aux décisions le concernant* (9 décembre 2011) ont eu lieu avant le début d'exécution de la convention. Ce colloque avait pour objectif de présenter les résultats de deux enquêtes de terrain dont l'une concernait la participation du mineur aux décisions médicales qui le concernent. Le professeur Adeline Gouttenoire l'avait envisagée comme premier axe dans l'appel à projet 2012, la minorité de l'enfant ayant forcément une incidence sur les décisions médicales dont il est sujet. De même, les thèmes des deux précédents ont, pour leur part, largement inspiré la problématique à l'origine de la réponse à l'appel à projet. En effet, l'accès aux soins a été envisagé comme un des axes de réflexion sur l'élaboration d'un véritable droit européen des mineurs. De même, la prise en charge psychologique et psychiatrique du mineur a constitué un volet essentiel des deuxièmes rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant relatives aux violences sexuelles sur les mineurs.

Les difficultés soulevées tant par les travailleurs sociaux que par les professionnels, juridiques et médicaux lors de ces travaux, avaient montré la nécessité d'une réflexion transversale plus large, quant à l'accès aux soins et à la santé des personnes dont l'autonomie est impactée par les statuts (civil ou pénal) ou les déficiences (physiques ou psychiques).

Les actions menées par le CERFAPS sur la thématique mineur et santé se sont inscrites dans le domaine de la recherche comme dans celle de la formation initiale et continue. Les moyens accordés par le projet *Personnes et vulnérables et santé* ont réellement permis au CERFAPS de devenir une entité de référence sur la question comme en témoignent les nombreuses demandes d'interventions scientifiques et pédagogiques qui lui ont été adressées. Ces interventions constituent des manifestations tangibles de l'impact de la recherche.

1. PARTICIPATION DU MINEUR AUX DECISIONS LE CONCERNANT

La thématique de la participation du mineur aux décisions médicales qui le concernent a donné lieu à une enquête de terrain, une demie-journée d'étude, lesquels ont fait l'objet d'un article de Claire Quennesson (*La participation du mineur aux décisions qui le concernent : la pratique bordelaise*, Revue droit et santé 2012, n°50 p. 667).

En outre, les règles applicables aux décisions médicales relatives aux mineurs ont donné lieu à plusieurs interventions de membres du CERFAPS dans le cadre de la formation initiale et de

la formation continue. Enfin, plusieurs publications témoignent de l'investissement des membres du CERFAPS sur cette question.



La participation médicale du mineur aux décisions qui le concernent : la pratique bordelaise

Abstract : La loi du 4 mars 2002 a reconnu le droit pour le patient de participer aux décisions médicales le concernant. La réalisation d'une enquête en milieu hospitalier et d'un colloque ont illustré que l'application en pratique est souvent délicate, particulièrement en cas d'hospitalisation du mineur dans un service d'oncologie. Sans avoir attendu les textes, les soignants bordelais s'efforcent d'obtenir l'adhésion du patient mineur au diagnostic, aux soins et à la réalisation des actes médicaux qui le concernent. Certaines décisions impératives laissent toutefois peu de place à la volonté du mineur qui s'efface alors derrière le pouvoir de décision parentale ou médicale. Ce retrait du mineur ne doit cependant pas heurter compte tenu de l'importance des décisions qui doivent alors être prises dans son intérêt.

Mots-clés : autonomie, autorité parentale, mineur, décision, santé, adhésion

La participation médicale du mineur aux décisions qui le concernent: la pratique bordelaise ¹

S'il est constant d'assimiler la minorité d'un enfant à sa vulnérabilité, il n'en demeure pas moins que sa vulnérabilité n'est pas toujours associée à sa passivité dans la prise de décision. C'est dans cette perspective qu'une journée d'étude a été organisée à Bordeaux le 9 décembre 2011 sur le thème de la participation du mineur aux décisions médicales le concernant.

L'Institut des mineurs de Bordeaux est à l'origine de cette initiative qui a été précédée d'une enquête à l'hôpital des enfants du centre hospitalier universitaire de Bordeaux, et précisément au sein du service d'onco-hématologie. La spécificité de ce service réside dans la nature des traitements délivrés. En effet, le patient, atteint d'un cancer, subit un traitement lourd impliquant des actes invasifs qui vont générer des effets secondaires à court terme et des risques de troubles à long terme.

L'enquête s'est organisée sur la base d'entretiens semi-directifs relatifs à différents thèmes définis au préalable, tels que l'information du mineur, le consentement et les connaissances juridiques applicables en matière de santé, qui se sont articulés dans une grille de questions. Chaque membre de l'équipe soignante hospitalière, infirmière, auxiliaire de puériculture, pédiatre, aide soignante, éducatrice sportive, puéricultrice, psychologue clinicienne et praticien hospitalier, a été interrogé et écouté lors d'un entretien individuel. Le colloque du 9 décembre 2011 a constitué le cadre d'un débat à partir des résultats de l'enquête, élargi grâce à la participation de professionnels exerçant en dehors du cadre hospitalier (universitaires, gynécologue, responsable de centre de planification et d'éducation familiale, infirmière scolaire).

Les résultats de cette enquête et l'intervention des professionnels de santé au colloque ont permis une réflexion sur la place et la valeur accordée à la parole d'un mineur malade. Bien que cette problématique ne soit pas nouvelle, c'est la loi du 4 mars 2002 ² relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, qui a clairement reconsidéré le rôle et la place de la volonté du patient mineur en tant qu'acteur de sa santé, en favorisant sa participation, par le biais de son association aux soins et même, dans certains cas limités, de sa prise de décision. La gravité et l'enjeu de la décision médicale prise lors d'une hospitalisation et *a fortiori* dans le cadre d'un service d'onco-hématologie pédiatrique sont d'autant plus conséquents qu'elle est souvent essentielle à la survie du mineur.

Les débats se sont organisés autour de la chronologie de la prise en charge du patient mineur.

I. Le diagnostic et le choix du traitement

Le droit d'information du mineur – Les décisions médicales qui sont relatives à la santé d'un enfant relèvent de l'exercice de l'autorité parentale, conformément à l'article 371-1 du Code civil. Il pèse donc sur les père et mère l'obligation de protéger le corps de l'enfant en sauvegardant sa santé, par l'expression d'un consentement aux soins, traitements, opérations que son état rend nécessaire.

L'article L.1111-2 du Code de la santé publique prévoit que les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale, mais les patients même mineurs « ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité ». Ce critère de maturité est curieusement privilégié à celui du discernement, largement consacré en droit civil. Ainsi, la maturité du mineur, clé de voûte de son information et de sa



participation aux décisions médicales le concernant, est laissée à l'appréciation subjective de l'équipe soignante. En effet, l'ensemble des professionnels de santé s'accordent à dire que le comportement adopté avec un enfant de six ans n'est pas le même qu'avec un enfant de seize ans. Ils estiment que l'âge, la faculté de discernement et de compréhension sont autant de variables qui vont caractériser la maturité de l'enfant et influencer de ce fait les modalités de leur intervention auprès de ce dernier. L'article L.1111-4 du Code de la santé publique se montre plus précis en affirmant que le consentement du mineur doit être systématiquement recherché dès lors qu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

L'objet de l'information – Il ressort des textes et de l'enquête que l'obligation d'informer le patient mineur a moins pour objectif de recueillir le consentement du mineur que de le préparer au traitement à venir et de rechercher son adhésion à celui-ci. La distinction entre l'information et le consentement est très nette s'agissant du mineur, alors que pour le majeur l'information est le préalable au recueil d'un consentement libre et éclairé. Certains soignants reconnaissent ne pas demander formellement à l'enfant s'il est d'accord avec le choix du traitement et préfèrent en premier lieu s'adresser aux parents. Toutefois, tous affirment rechercher l'adhésion du mineur, en essayant de le persuader de la nécessité de l'acte. Concrètement, la finalité de l'information n'est pas de le convaincre mais de lui expliquer la façon dont le traitement va se dérouler car, *in fine*, les actes dits indispensables vont être réalisés. Mais l'équipe soignante explique que cette information n'est pas seulement formelle puisqu'il s'agit de faire comprendre la situation à l'enfant et de le mettre en position de poser des questions. En réalité, dans le cadre de pathologies lourdes telles que le cancer, il n'existe pas vraiment d'alternative thérapeutique une fois le diagnostic établi, ce qui explique sans doute pourquoi la question ne se pose pas en termes de consentement ³ mais plutôt en termes d'adhésion.

Certains soignants ont pu constater que l'enfant, et particulièrement l'adolescent, a tendance à recouper les informations qui lui sont données en sollicitant parfois même le personnel qui n'est pas identifié comme médical pour vérifier le discours des médecins. De même, ils affirment que l'information circule beaucoup entre les enfants malades.

L'information sur le diagnostic et le traitement proposé est délivrée à la fois aux parents, afin de leur permettre d'y consentir ou non, ainsi qu'au mineur, apte à exprimer sa volonté, afin de lui permettre de se préparer et de comprendre les soins consécutifs. Les parents et le mineur doivent être informés, mais les modalités et le contenu de l'information semblent être différents en fonction des destinataires.

Les modalités de l'information – Au sein du service d'onco-hématologie de l'hôpital des enfants de Bordeaux, un dispositif d'annonce a été mis en place depuis 2005. Destiné aux parents et aux enfants à partir de dix ans, il prévoit un temps d'annonce et un temps de soutien qui s'organisent sur la base de plusieurs entretiens avec le personnel infirmier, au cours desquels chacun s'exprime sur l'information qui a été délivrée. Ces entretiens interviennent 24 heures après l'annonce de la maladie par le médecin et permettent, par strates successives et par « recroisement », d'aller progressivement au cœur de l'information. Pour les soignants, il s'agit de mettre en place un espace de parole en laissant l'enfant reformuler avec son propre vocabulaire afin de vérifier sa bonne compréhension.

Un des intervenants pédiatres au service des urgences de l'hôpital des enfants de Bordeaux considère que pour informer de manière claire, loyale et appropriée un mineur, il faut tenir compte de la différence d'appréciation des choses selon son âge, sa maturité, son niveau social. Toutefois, il poursuit en expliquant que le ressenti et le discernement n'ont pas d'âge puisque l'enfant est capable de ressentir la peur de ses parents. Pour l'équipe médicale, il est également nécessaire que l'information soit adaptée tant à l'âge du mineur par le choix des mots qu'aux pathologies, notamment aux cas graves, et qu'elle soit en conséquence limitée dans son contenu. En effet, il apparaît que les soignants informent l'enfant de ce qui est strictement nécessaire à la compréhension de sa maladie ou du traitement. Pour eux, le contenu de l'information augmente à mesure que le mineur grandit, l'âge de douze ans est généralement évoqué comme le seuil à partir duquel ce dernier atteint un degré de compréhension quasi complet.

Les soignants expliquent aborder la maladie ou le traitement sous l'angle du changement dans la vie de l'enfant, pour qu'il comprenne que ses habitudes quotidiennes vont être modifiées, en raisonnant par exemple en jours ou en semaines sans école, sans dormir à la maison. Toutefois, il semble que cette information demeure théorique dans l'esprit du mineur tant qu'il n'a pas de vécu douloureux, puisqu'il se projette dans l'agréable et non dans la souffrance. Ce qui explique qu'en cas de rechute, l'information est différente, elle est plus précise car l'enfant connaît sa maladie.

Pour les soignants, il est important d'instaurer avec le mineur et ses parents une confiance mutuelle, qui implique de leur part de ne pas mentir, bien qu'il soit possible de ne pas mentionner certains éléments. Toutefois, informer le mineur atteint d'un cancer de la liste détaillée des risques et des effets secondaires susceptibles de se réaliser ne semble pas le meilleur moyen pour prendre en charge ce dernier, qui n'a pas toujours pleinement conscience de la nécessité du traitement sur sa santé. Ainsi, l'exigence de la recherche du consentement du mineur consacrée par les dispositions législatives contemporaines est en réalité un instrument à double tranchant, et ce précisément dans l'hypothèse de pathologies lourdes, puisqu'elles peuvent entraîner un



refus d'adhésion au traitement.

Pour l'équipe soignante, le sujet de la mort survient rarement spontanément, même si les jeunes enfants se questionnent sur leur avenir. Les soignants constatent que les adolescents surtout abordent la question de la mort en l'absence de leurs parents dans le but de les préserver. Il en va de même dans le cadre des soins palliatifs où l'enfant demeure dans l'espoir même s'il n'existe plus. Pour les parents, le raisonnement est identique, ils sont maintenus dans l'espoir pour gérer la situation, mais le vocabulaire évolue pour qu'ils comprennent eux-mêmes que l'espoir disparaît. Une fois cette compréhension acquise, le discours médical devient alors plus réaliste.

Les parents et l'information – Ce sont les parents qui en général sont d'abord informés du diagnostic en l'absence de leur enfant, afin d'atténuer les effets de l'annonce. Ensuite, l'enfant est à son tour informé par les soignants, mais le souhait des parents peut être de préserver leur enfant et d'être les médias de l'information. Cette volonté disparaît généralement lorsque les soignants gagnent la confiance des parents. Ce mécanisme est souvent critiqué par les soignants qui soutiennent que l'information devrait être délivrée par eux, car à défaut celle-ci risque de manquer de rigueur. Toutefois, chacun s'accorde à dire que les enfants en savent souvent plus que ne le croient les parents. Cependant, une fois que les parents ont constaté que le soignant utilise des termes appropriés pour s'adresser à leur enfant, ils sont généralement rassurés et le médecin devient alors le média naturel de l'information. Les entretiens ont, en outre, tous montré la difficulté de dissocier l'enfant de ses parents, ce qui paraît logique et non contesté par les soignants qui s'efforcent de respecter les prérogatives parentales.

Parents séparés – Les personnes interrogées constatent qu'il n'y a pas ou peu de conflits entre les parents séparés dans les premiers temps de la maladie, comme si une « union sacrée » se formait autour de l'enfant. Mais une fois que la maladie et le traitement s'installent, les soignants constatent que le quotidien rattrape les parents et que des conflits surgissent.

La recherche du consentement du mineur – Selon les soignants, le mineur doit avoir le sentiment que la décision médicale ne lui est pas imposée, sans toutefois que l'on exige formellement son consentement. Pour eux, cette question s'avère un peu délicate. En effet, certains soignants affirment demander formellement à l'enfant s'il est d'accord pour subir tel ou tel traitement alors que d'autres reconnaissent ne pas le demander expressément. À la question de savoir si cette dernière pratique est conforme aux exigences légales, la réponse n'est pas simple. Si nous prenons la loi à la lettre, qui exige que le consentement du mineur soit recherché, il semble que la réponse soit plutôt négative car le texte paraît exiger que le soignant demande formellement au mineur son accord. Toutefois, si nous considérons davantage l'esprit de la loi, dont l'objectif est de respecter la personne du mineur pour qu'il soit associé aux soins d'une manière ou d'une autre, il semble que la réponse soit positive. Il faut, en outre, s'interroger sur l'opportunité de rechercher formellement un consentement alors que la loi n'exige pas que soit respecté le refus de soin. En tout état de cause, la plupart des personnes interrogées affirment qu'en cas de refus du mineur, ils font tout pour le faire changer d'avis. Comme le remarque un des soignants dans le cadre de l'enquête, la recherche du consentement est davantage une exigence humaine que juridique.

En réalité, cette recherche du consentement concerne les mineurs suffisamment mûrs, c'est-à-dire à partir de dix et douze ans selon les soignants, mais il semble que la question fasse l'objet pour chaque enfant d'une discussion collégiale. La majorité des soignants expliquent que pour les pathologies les plus lourdes, telles que le cancer, la décision ne doit pas appartenir au mineur. Dans ces cas-là, il doit être préservé une « symbolique du persécuteur » en vertu de laquelle une personne inflige un traitement au mineur afin qu'il projette sa douleur et l'extériorise. En effet, laisser à ce dernier la responsabilité d'un traitement peut avoir des effets psychologiques dévastateurs. Plusieurs soignants ont insisté sur l'idée que même si le médecin ne laisse pas réellement le choix du traitement à l'enfant, il adopte à son égard une attitude respectueuse de sa parole. D'autant que laisser le mineur décider seul, c'est lui accorder une toute puissance susceptible de le mettre en danger.

La participation du mineur à une recherche – Certains praticiens insistent sur l'importance de la possibilité pour un mineur de participer à une recherche biomédicale pouvant aider la prise en charge d'autres enfants, puisqu'un essai thérapeutique représente un espoir d'améliorer les traitements pour l'avenir. L'association du mineur dans un protocole de recherche le rend acteur de sa maladie en lui donnant le sentiment d'être utile.

En vertu de l'article L.1122-2 du Code de la santé publique, le mineur objet d'une recherche possède un droit de veto qui empêche sa participation à un protocole de recherche, quand bien même ses parents y auraient consenti, ces derniers ne pouvant pas lui imposer. Sur la question de la recherche du consentement du mineur en cette matière, il apparaît que la pratique va au-delà des textes. En effet, après avoir été informés, les parents et le mineur, apte à exprimer sa volonté, signent un formulaire d'autorisation. Ainsi, en pratique, le mineur semble donner systématiquement son consentement par écrit alors que les textes ne l'exigent pas. Ce présent article prévoit seulement la possibilité pour ce dernier de refuser d'y participer sans exiger l'obtention de son consentement. Le consentement par écrit paraît donc aller au-delà des exigences légales.



La difficulté réside dans la distinction entre la recherche et le soin, qui sont très souvent confondus. En effet, 90 % des mineurs présents dans le service d'onco-hématologie de l'hôpital des enfants de Bordeaux sont inclus dans un protocole de recherche. Seule la validation du traitement permet de différencier le soin de la recherche. Si ce dernier a été validé, le mineur est dans une démarche de soin et c'est aux titulaires de l'autorité parentale de décider, par principe. *A contrario*, lorsque le traitement n'est pas validé, il s'agit d'une démarche de recherche dans le cadre de laquelle l'adolescent dispose alors d'un droit de veto, en vertu duquel sa volonté s'impose au consentement parental. Autrement dit, ce droit de veto lui permet d'empêcher que ses parents lui imposent sa participation à un protocole de recherche qu'il désapprouve.

Le refus de soins par les parents – En pratique, les soignants expliquent que la réaction de l'adolescent dépend beaucoup du consentement de ses parents. Certains entrent dans le jeu de leur enfant qui fait tout pour reculer la réalisation du soin ou qui refuse un traitement en raison de ses convictions religieuses. C'est le cas d'un enfant et de ses parents, témoins de Jéhovah ⁴, qui refusaient une transfusion sanguine alors qu'elle était indispensable à sa survie. Une longue discussion avec les médecins a permis de convaincre les parents de respecter l'avis de l'enfant qui avait finalement décidé d'accepter la transfusion.

Quand le refus absolu des parents met en danger la santé de leur enfant, l'article L.1111-5 du Code de la santé publique dispose que le médecin est autorisé à réaliser l'acte médical qui s'impose pour sauvegarder la santé de l'enfant, en se dispensant d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale. Le médecin qui réalise l'acte médical dans l'intérêt de l'enfant est alors juridiquement protégé. Toutefois, en pratique, cette situation est délicate à gérer pour les soignants qui souvent hésitent quant au comportement à adopter. En effet, le risque de délivrer des soins « en force » est de provoquer le départ des parents et de l'enfant de l'hôpital, où il est difficile de les faire revenir, provoquant alors l'arrêt des soins. Les personnes interrogées estiment que dans le cas des maladies longues, même s'il n'y a pas besoin en théorie d'une décision de l'autorité judiciaire pour administrer un traitement nécessaire à la sauvegarde de la santé de l'enfant, celle-ci apparaît nécessaire pour maintenir l'enfant à l'hôpital. D'autant que pour l'équipe soignante, le refus est plus délicat à gérer quand l'enfant et les parents sont dans la souffrance et la douleur, c'est pourquoi le médecin doit avoir conscience qu'il n'est pas dans un dialogue rationnel avec eux.

Le refus de soins par le mineur – Le plus souvent le mineur adhère à la décision médicale qui le concerne, mais à de rares exceptions les soignants doivent faire face à un refus. Le refus de soins est rarement initial, il émane généralement d'adolescents souvent confrontés à la répétition de soins invasifs et s'accroît avec la pénibilité du traitement. Les soignants indiquent que ce refus est généralement plus fréquent dans une période de rechute que dans la première phase de la maladie. L'équipe soignante explique être alors confrontée à un refus quotidien et permanent qui peut notamment concerner la date d'entrée ou de sortie de l'hôpital, l'heure du lever, le régime alimentaire, le prélèvement sanguin, les gestes techniques... Ainsi, il est possible pour un soignant de décaler l'heure d'arrivée du mineur dans le service pour obtenir son adhésion.

Le refus de soin peut également résulter du fait que le mineur ne veut pas supporter les effets secondaires dont il a été informé, parfois de manière assez précise. En effet, le traitement choisi peut notamment être susceptible d'altérer la fertilité du mineur. Dans cette hypothèse, la loi du 7 juillet 2011 ⁵ relative à la bioéthique, venant réviser la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner, a modifié l'article L.1241-11 du Code de la santé publique qui prévoit désormais qu'un enfant « peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité ». Un des pédiatres onco-hématologues de l'hôpital des enfants de Bordeaux précise que dans ce cas le consentement exprès du mineur et de ses parents doit être et est recueilli, il évoque un « consentement familial ».

II. La réalisation des actes médicaux

L'association du mineur à la réalisation de l'acte médical – Si le consentement du mineur n'est pas toujours recherché pour le choix du traitement, ce dernier est davantage associé à la réalisation de l'acte et aux choix des modalités selon lesquelles il est réalisé. La discussion du soignant avec le mineur sur la façon d'effectuer l'acte médical rend sa réalisation plus facile puisqu'il a été préalablement accepté tant dans sa nature que dans sa forme, le mineur étant plus apaisé et coopératif. La parole de ce dernier est donc prise en considération pour adapter le soin en fonction notamment de la douleur qu'il provoque, par le changement de dosages ou l'administration de médicaments anti-douleur. En effet, la représentation par les soignants de la douleur de l'enfant a évolué dans le temps, entraînant un changement des pratiques et des protocoles. Un soignant a même évoqué le respect, dans la mesure du possible, du souhait de l'enfant par rapport à la couleur du produit administré. Les soignants affirment vouloir autant que possible respecter les besoins de l'enfant pendant le soin, notamment en le distrayant avec de la musique, des jeux ou des émissions télévisées. Ils font en sorte de rassurer l'enfant qui finit alors par se laisser faire.

Tous les professionnels s'accordent à dire que le soin se réalise mieux lorsque l'avis est demandé au mineur, ce qui est en parfaite adéquation avec l'esprit de la loi dite Kouchner du 4 mars 2002. Ainsi, la question essentielle semble être celle du



ressenti de l'enfant par rapport aux soins, en tant que participant de sa santé.

Les actes invasifs en cours de traitement – La directive européenne du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux [6](#) a défini l'acte invasif comme un acte pour lequel un dispositif médical pénètre à l'intérieur du corps par un orifice naturel ou par effraction. Sont notamment considérées comme des actes invasifs: la pose d'une sonde gastrique, la ponction lombaire, la pose d'une voie centrale.

D'après les soignants, il semble que ces actes invasifs fassent davantage l'objet d'une recherche du consentement du mineur. Cette recherche est d'autant plus accentuée quand il existe une alternative dans la réalisation de l'acte. Le médecin doit expliquer à l'enfant ce qui lui paraît préférable sur le plan médical, mais il reste tout de même attentif et à l'écoute de sa parole. Lorsqu'un choix existe – c'est le cas pour la pose d'une sonde gastrique et d'une voie centrale –, les praticiens doivent donner à l'enfant l'impression qu'il choisit, alors qu'en réalité le choix du mineur est toujours orienté. Le prélèvement de moelle osseuse, quant à lui, ne fait l'objet d'aucun choix. Même si ce prélèvement est en quelque sorte imposé, il arrive aux soignants de demander l'avis du mineur pour que, *in fine*, il donne son accord. L'objectif des praticiens est ici de vérifier les informations délivrées permettant à l'enfant d'adhérer physiquement à la réalisation de l'acte. Il est donc essentiel de le persuader de sa nécessité sur sa santé.

Les myélogrammes, les ponctions lombaires sont des examens à la fois fréquents dans le cadre du traitement contre le cancer et douloureux, et suscitent, selon les praticiens, souvent un refus de l'enfant. Face à ce refus qui concerne davantage les grands enfants, les soignants utilisent tous les moyens à leur disposition pour les convaincre de la nécessité de l'acte, notamment par une intervention de la psychologue du service ou par un avis médical demandé auprès d'un autre médecin. La négociation est la clé de la persuasion, mais les soignants ont remarqué que parfois elle pouvait générer de l'angoisse. Elle peut durer des heures avant que chaque avis s'accorde et peut comporter le recours à une « carotte », telle que la pose de la sonde gastrique contre un retour à la maison, ou au chantage, « si dans dix jours tu n'as pas repris de poids, on reparlera de la sonde gastrique de manière plus autoritaire ». Alors que chez l'enfant, le refus de l'acte est lié à la gêne ou à la douleur, les soignants expliquent qu'il y a des refus de principe chez l'adolescent. En effet, comme dans tous les domaines, avec un adolescent, il y a des choses sur lesquelles l'équipe soignante doit savoir céder et d'autres sur lesquelles elle ne pourra pas céder. Ainsi, pour la sonde gastrique sur un adolescent, les soignants peuvent repousser sa pose ou la mettre pendant peu de temps; il en est de même pour la ponction lombaire.

Si l'enfant persiste dans son refus, le médecin doit trouver une solution pour faire l'acte en ayant recours à une alternative, comme l'anesthésie générale pour la réalisation d'une ponction lombaire ou comme l'utilisation d'un cathéter pour la pose d'une sonde gastrique. L'équipe soignante nous a fait part du cas d'un petit garçon âgé de neuf ans qui refusait totalement la sonde gastrique; son choix a été respecté et il a fini par reprendre de la nourriture. Confrontés à cette situation, les soignants ont pris le risque de respecter la volonté de l'enfant en n'imposant pas la sonde gastrique, même si certains étaient prêts à le faire. Pour ces soignants, le fait d'imposer l'acte médical n'est pas une solution, il est préférable selon eux de proposer une alternative, dans la mesure du possible.

Tant qu'il existe une alternative, les soignants considèrent qu'ils peuvent respecter l'avis de l'enfant jusqu'au moment où il est en danger. En conséquence, c'est le caractère indispensable de l'acte médical qui détermine l'attitude du médecin face au refus du mineur. Pour illustration, les personnes interrogées nous ont fait partager la situation d'un enfant qui refusait la réalisation d'un myélogramme même sous anesthésie générale alors qu'il était destiné à vérifier la réalité de sa rémission avant son retour à son domicile. Ici, les soignants ont respecté sa décision tout en expliquant que cela n'aurait pas été le cas si l'examen s'était avéré indispensable dans le cadre d'un diagnostic initial. En effet, l'avis du mineur ne peut pas être respecté jusqu'au bout, il faut le persuader en utilisant, en dernier recours, l'argument du risque mortel. Cela a notamment été le cas d'une adolescente de quatorze ans qui refusait une perfusion ailleurs que dans les veines alors que celles-ci étaient très abîmées. Les soignants ont, dans cette hypothèse, respecté son avis jusqu'à ce que ce ne soit plus possible. Ainsi, si l'acte est nécessaire, les soignants passent outre le refus de l'enfant. Les soignants ont évoqué le cas d'un adolescent qui refusait une greffe parce que celle-ci impliquait un prélèvement sur sa sœur, celui-ci refusait d'en parler, se montrait agressif mais en même temps se plaçait dans la négociation en demandant une moto contre la greffe... La psychologue ne l'a pas convaincu mais a surtout accompagné ses parents, qui à un moment ont imposé la greffe qui était indispensable à sa survie et lui ont acheté une moto. À partir de ce moment-là, l'adolescent n'a plus contesté l'acte, le positionnement parental lui a sans doute permis de mettre fin à un certain nombre d'angoisses.

L'équipe soignante explique qu'en réalité, au final, peu de mineurs refusent l'acte invasif. En effet, pour la sonde gastrique, au départ l'enfant refuse puis finit par accepter après les explications concernant la perte de poids. Parfois, les enfants sont tellement fatigués qu'ils se laissent faire et il est même rare, selon les soignants, qu'une fois que la sonde est posée, l'enfant l'enlève.



Le refus de greffe – La greffe instaure une étroite relation entre deux acteurs, un enfant malade et le plus souvent un frère ou une sœur potentiellement compatible sur qui un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse est réalisé. En cette matière, le refus du mineur donneur fait obstacle à sa réalisation conformément aux exigences légales de l'article L.1241-3 du Code de la santé publique. On constate également que le refus du mineur receveur entraîne dans la pratique la même conséquence. En effet, il est étonnamment appliqué en pratique un régime juridique commun au mineur donneur et au mineur receveur alors que les textes ne soumettent pas le prélèvement au consentement, ou au défaut de veto du mineur receveur.

Le refus du mineur donneur peut exprimer le fait qu'il ne souhaite pas être affecté d'une stérilité ou qu'un membre de sa famille risque sa vie pour lui. Dans cette hypothèse, les soignants proposent alors une alternative à la greffe consistant en une chimiothérapie dont les effets sont cependant beaucoup moins efficaces. À partir de quinze voire seize ans, les praticiens disent respecter l'avis du mineur tout en s'assurant qu'il a été informé des risques du défaut de la réalisation de l'acte. Les personnes interrogées ont notamment été confrontées à la situation d'un refus de greffe par un adolescent presque majeur qui est en réalité un refus de prélèvement sur sa sœur, ce qui constituait un gros risque pour le donneur compte tenu de son état médical. Un autre soignant a évoqué une situation presque identique à la précédente, sauf que le donneur était un petit frère myopathe, dont le receveur refusait qu'il mette sa santé en danger pour lui; là encore, les parents ont respecté la décision de l'adolescent de seize ans alors qu'il existait un risque vital pour lui à moyen terme.

Le comité d'experts – Conformément à l'article R.1231-1 du Code de la santé publique, lorsque le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal du donneur mineur a été recueilli par le président du tribunal de grande instance ou par le magistrat désigné à cette fin, le comité d'experts compétent est saisi par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est effectué. Le rôle dévolu au comité d'experts est d'autoriser le prélèvement en tenant compte de tous les éléments en présence. Dans le ressort territorial de Bordeaux, très peu de greffes chez les mineurs ont été refusées par cet organisme.

En vertu de l'article L.1231-3 du Code de la santé publique, le comité d'experts qui se prononce sur un prélèvement sur un mineur se compose d'un médecin non pédiatre, d'un médecin pédiatre et d'une personne n'appartenant pas aux professions médicales mais ayant compétence et expérience dans le domaine de la psychologie ou de la défense des droits de l'enfant. Il peut s'agir pour cette dernière d'une psychologue ou d'une assistante sociale.

Conformément à l'article R.1241-18 du Code de la santé publique, si le donneur mineur est capable de discernement, le comité d'experts procède à son audition afin de s'assurer qu'il a bien compris l'acte envisagé et qu'il est d'accord pour cette intervention, tout en ménageant sa sensibilité et en s'adaptant à son âge. Il ne reçoit l'enfant qu'une seule fois, seul ou accompagné de ses parents. Le comité d'experts va leur expliquer le geste médical en les avertissant des conséquences concrètes, comme la douleur qu'il provoque, ce qu'est la moelle osseuse et le but de ce prélèvement, qui est d'intensifier le traitement. Le comité d'experts va devoir s'adapter à la situation de la famille et expliquer l'impact du prélèvement dans la vie quotidienne du donneur. Parfois, dans les situations de fragilité familiale, les soignants experts sollicitent la mise en place d'un suivi post-prélèvement lorsqu'ils l'estiment nécessaire. Enfin, les experts vont également recevoir les explications écrites ou orales du praticien qui doit procéder au prélèvement ou du praticien responsable du service, du département ou de la structure de soins dans lequel le prélèvement doit être effectué. Pour l'un des intervenants, membre du comité d'experts de Bordeaux, cet organe a davantage été créé pour aider et accompagner la famille dans la démarche de la greffe que pour décider ou censurer.

La contrainte physique – Pour la majorité des soignants interrogés, la contrainte physique ne s'est jamais posée concrètement et doit être évitée autant que possible. Il semble, selon eux, qu'elle n'est pas envisageable sur un adolescent, particulièrement pour la pose d'une sonde gastrique. Lorsque la contrainte physique est l'unique recours pour la réalisation d'un soin chez un enfant, elle est très souvent mal vécue par les praticiens. En effet, un des intervenants psychiatres a expliqué que la contrainte, lorsque l'adolescent est perdu dans son agitation et qu'il n'est plus en capacité de discerner, est vécue comme un traumatisme pour l'ensemble de l'équipe soignante, laquelle suppose un accompagnement. Il qualifie cette pratique comme contre nature. Mais, en réalité, la réponse à la question de savoir s'il faut faire l'acte malgré un refus du mineur n'est pas tranchée par les personnes interrogées qui estiment qu'il n'y a pas sur ce point de vraie solution, ce qui se confirme dans la législation.

Le mineur en fin de vie – L'article L.1110-5 du Code de la santé publique dispose que « les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable ». En d'autres termes, l'acharnement thérapeutique est prohibé sur un majeur et sur un mineur, sans distinction. Lorsque ces actes apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris sur un mineur.



Parce que la sauvegarde de la dignité du mineur en fin de vie est l'objectif poursuivi, la parole de l'enfant est davantage prise en compte dans ce contexte, car ce qui est en jeu ici ne réside pas dans la réalisation d'un soin mais dans la possibilité de diminuer la douleur. Alors que dans le cadre des soins curatifs, les soignants évitent de donner au mineur la responsabilité de la décision, dans le cadre des soins palliatifs, une attention plus particulière lui est accordée en essayant de respecter ce qu'il souhaite vraiment. Ainsi, la volonté de l'enfant semble pouvoir primer ici sur celle des parents. Le médecin pédiatre, qui a un positionnement de défenseur de l'enfant, se doit dans les situations de fin de vie du mineur de privilégier sa volonté. En déclarant, « quand on est fou de douleur, on ne peut plus exercer sa fonction de parent », un des intervenants psychiatres a mis en exergue le renforcement du rôle du médecin dans cette hypothèse en raison de l'atteinte des fonctions parentales, consécutive au désarroi des parents face à la maladie de leur enfant.

Pour un des intervenants pédiatres, la position des parents peut poser problème lorsqu'ils refusent tout traitement de nature à soulager l'enfant. Elle poursuit en indiquant que le problème est encore plus délicat quand les parents sont séparés et qu'ils ne sont pas d'accord entre eux. Dans cette situation, elle considère que c'est au médecin de décider d'un arrêt de traitement, d'un traitement sédatif ou antalgique. Elle précise que le médecin ne décide jamais seul mais après avoir écouté l'enfant puis la famille et explique qu'il peut même déclencher une procédure collégiale consistant en une réunion avec le personnel soignant et un consultant de l'extérieur, dépourvu de tout lien hiérarchique avec l'hôpital où se trouve le mineur. L'enquête a également révélé que dans cette hypothèse certains médecins procèdent à l'administration de traitement anti-douleur malgré le refus des parents qui souhaitent que l'enfant reste conscient. Dans le cadre de l'enquête, un des médecins du service d'oncologie a évoqué le cas d'une petite fille en fin de vie qui souffrait énormément et pour laquelle ses parents refusaient que lui soit administrée de la morphine. Le service a saisi le procureur de la République pour que soit mise en place une mesure d'assistance éducative. Toutefois, le procureur a refusé d'accueillir cette demande en estimant que le danger qui conditionne la compétence du juge des enfants n'était pas caractérisé en l'espèce. Cette réaction paraît contestable, le danger psychologique engendré par la douleur pouvant fonder la compétence du juge des enfants (article 375 du Code civil); ce critère n'a cependant été introduit dans l'article 375 du Code civil que depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 mars 2007. Par ailleurs, on peut sans doute considérer qu'un traitement anti-douleur constitue un acte nécessaire à la sauvegarde de la santé psychologique d'un enfant qui souffre et que partant le médecin peut, dans une telle hypothèse, passer outre le refus des parents de consentir à l'acte en vertu de l'article L.1111-5 du Code civil.

III. Le médecin sollicité par le mineur seul

L'autonomie générale du mineur en matière de soins – Le mineur peut solliciter seul des actes médicaux dans le cadre de l'exercice de son droit au secret consacré par l'article L.1111-5 du Code de la santé publique, selon lequel « 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 à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans les 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 ». Cette disposition, au départ prévue pour favoriser l'accès du mineur aux actes médicaux liés à sa vie sexuelle, possède une portée générale et permet de renforcer l'accès aux soins des mineurs tout en étant conforme à son intérêt puisque ces actes doivent être nécessaires à la sauvegarde de sa santé. Il n'en demeure pas moins que cette disposition porte atteinte à l'autorité parentale puisqu'elle contourne les règles de droit commun en conférant un pouvoir de décision autonome au mineur, sans qu'une limite d'âge ne soit posée ⁷. Toutefois, ce texte est justifié par le risque de voir le mineur rester sans soins parce qu'il refuse d'informer ses parents de son état de santé, il poursuit donc un objectif de protection de la santé de l'enfant.

Concrètement, cette disposition permet à un mineur d'accéder à un traitement et à des soins sans en informer ses parents et sans le consentement de ces derniers. Toutefois, ce droit autonome reconnu au mineur se limite aux actes nécessaires à la sauvegarde de sa santé, excluant ainsi les actes médicaux non thérapeutiques. Face à un mineur qui invoque cette disposition dérogatoire, le médecin doit d'abord tenter de vaincre l'opposition du mineur à ce que ses parents soient informés de son état de santé. Si ce dernier maintient son opposition, l'article L.1111-5 du Code de la santé publique impose au mineur de se faire accompagner pour les soins médicaux par une personne majeure de son choix, sans que le rôle de cette dernière ait été réellement défini.

Aucune des personnes intervenantes n'a évoqué cette disposition, qui est en pratique rarement mise en œuvre, notamment parce qu'elle est peu connue des professionnels et des mineurs, d'autant qu'il existe des dispositions spécifiques s'agissant des actes les plus susceptibles d'être cachés par l'enfant à ses parents, à savoir la contraception et l'interruption volontaire de grossesse.

L'autonomie spécifique du mineur en matière d'actes liés à sa sexualité – Les actes médicaux liés à la sexualité du mineur concernent en réalité la jeune fille. Par dérogation au principe de l'autorité parentale, la mineure peut, dans deux hypothèses



visées par les articles L.5134-1 et L.2212-7 du Code de la santé publique, c'est-à-dire la contraception et dans une moindre mesure l'interruption volontaire de grossesse, consentir à un acte médical sans que ses parents en soient informés. Un des intervenants a indiqué que les parents étaient de ce fait hors jeu. La personne mineure est soustraite à l'autorité parentale dans ces deux domaines et devient capable d'exercer elle-même des droits sur son propre corps, en bénéficiant notamment d'un droit au secret envers ses parents. La suppression de l'exigence du consentement parental se justifie par la volonté des pouvoirs publics de faciliter l'accès à la contraception chez les mineures, ainsi que par le caractère éminemment personnel de l'interruption volontaire de grossesse.

L'article L.5134-1 du Code de la santé publique prévoit que le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. Les mineures bénéficient d'un accès libre et personnel à la contraception hormonale dite régulière puisqu'elles peuvent consulter un médecin et lui demander de leur prescrire une pilule contraceptive sans être accompagnées de leurs parents et sans que le médecin ne puisse exiger un consentement de ces derniers ni même les informer de la demande de la mineure. Il en résulte par ailleurs que les parents ne peuvent imposer à leur enfant la prise de contraceptifs, alors qu'ils peuvent en théorie lui imposer un traitement médical. Un des intervenants précise toutefois que la délivrance de la contraception peut être limitée en pratique en raison de l'existence de contre-indications ou de bilans médicaux qui, eux, requièrent le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale. Les centres de planification ou d'éducation familiale conservent, avec la loi du 4 juillet 2001², leur compétence pour prescrire et délivrer des contraceptifs notamment aux mineures.

La contraception d'urgence ou « pilule du lendemain » fait l'objet de dispositions spécifiques, destinées à éviter une interruption volontaire de grossesse. La loi du 13 décembre 2000³ relative à la contraception d'urgence a prévu que la délivrance de la contraception d'urgence s'effectue sans prescription médicale, de manière libre et gratuite dans les pharmacies ou par les infirmières scolaires. La délivrance de la contraception d'urgence est organisée par un décret du 9 janvier 2002⁴. Il prévoit que la minorité constituant une condition de la délivrance à titre gratuit des contraceptifs d'urgence doit être justifiée par une simple déclaration orale et que le pharmacien doit avoir un entretien avec la mineure. Contrairement au régime de la contraception régulière, la délivrance de la contraception d'urgence échappe au monopole du pharmacien puisque l'article L.5134-1 du Code de la santé publique prévoit que les infirmières scolaires peuvent, dans le cas où un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, délivrer à l'élève mineure une contraception d'urgence. La délivrance de la contraception d'urgence à une mineure pose toutefois des difficultés aux professionnels de santé. En effet, ils constatent que de plus en plus de mineures utilisent le Norlevo comme un moyen de contraception régulier alors que son utilisation doit demeurer exceptionnelle. En effet, le Norlevo est une contraception d'urgence qui doit intervenir dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive. Par ailleurs, les médecins insistent sur le fait que les échantillons médicaux en la matière se font de plus en plus rares en raison de la restriction légale de leur circulation, ce qui rend leur tâche encore plus délicate face à une personne mineure dans le besoin.

Dans le même sens, l'article L.2212-7 du Code de la santé publique dispose qu'une mineure peut bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse sans exiger le consentement des titulaires de l'autorité parentale. En effet, bien que l'alinéa 1 de cet article maintienne l'exigence d'un tel consentement, son alinéa 2 prévoit l'hypothèse, fréquente en pratique, dans laquelle est enjoint au médecin de convaincre la mineure, souhaitant garder le secret sur sa grossesse, de consulter ses représentants légaux. Quand la mineure maintient son refus, ou lorsque ses parents qui ont été consultés opposent un refus, l'alinéa 3 de ce même article permet au médecin de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse et les actes médicaux qui lui sont liés sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale, à condition que la mineure soit accompagnée d'une personne majeure de son choix.

Les actes annexes aux soins – La délivrance d'une pilule contraceptive et l'interruption volontaire de grossesse supposent la réalisation d'actes annexes. À cet égard, le dernier alinéa de l'article L.2212-7 du Code de la santé publique prévoit qu'une deuxième consultation médicale est obligatoirement proposée aux mineures afin de les informer sur la contraception. De plus, lorsque la prescription ou la délivrance d'une pilule contraceptive est effectuée par un centre de planification ou d'éducation familiale, la mineure bénéficie d'une prise en charge matérielle de la consultation gynécologique et de la contraception elle-même. Toutefois, celle-ci n'est pas prévue par le dispositif légal en dehors des centres de planification. Ainsi, il semble souhaitable que l'autonomie et le secret qui ont été accordés au mineur par l'article L.1111-5 du Code de la santé publique et par les dispositions autonomes relatives à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse, pour la réalisation d'un acte médical, soient étendus à tous les actes annexes qui s'y rattachent, tels qu'un remboursement d'une consultation, un bilan sanguin, un dépistage...

Le mineur reste en principe rattaché à ses père et mère jusqu'à l'âge de vingt ans en tant qu'ayant droit de la sécurité sociale. Ainsi, le décompte du remboursement de la consultation est généralement reçu au domicile de la personne mineure, alors même qu'elle désire ne pas avertir ses parents de sa démarche médicale, notamment d'une consultation en vue d'un dépistage de maladie sexuellement transmissible. Seule la qualité d'ayant droit autonome, visée à l'article L.161-14-1 du Code



de la sécurité sociale, qui peut être acquise à partir de seize ans, confère personnellement au mineur le remboursement de ses frais médicaux, annihilant le risque que ses parents soient informés de ses consultations médicales.

En outre, en vertu de l'article L.1111-5, alinéa 2, du Code de la santé publique, seul le consentement du mineur est requis pour tous les actes médicaux quand celui-ci, bénéficiant à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi du 27 juillet 1999 ¹¹ portant création d'une couverture maladie universelle, a rompu les liens avec sa famille.

Bien que le mineur possède un droit au secret médical à l'égard de ses parents lorsqu'il se situe dans le cadre des textes spécifiques lui accordant une autonomie en matière médicale, il peut être délicat, selon certains médecins, de le respecter. Un des intervenants a notamment mis en évidence la difficile compatibilité entre les textes spécifiques qui forment une bulle juridique dans un ensemble où le mineur est incapable puisque soumis à l'autorité parentale.

La consultation d'un pédiatre libéral par un mineur seul – Le pédiatre est le médecin choisi habituellement par les parents pour s'occuper de la santé de leur enfant. Dans le cadre d'un suivi habituel pédiatrique, un des intervenants explique que l'enfant ou l'adolescent ayant des préoccupations personnelles ne vient pas forcément en parler avec le médecin choisi par ses parents, ce qui s'explique par la relation triangulaire qui est par principe instaurée. Ainsi, le pédiatre ne semble pas être la personne la mieux placée pour être l'interlocuteur du mineur seul.

Le mineur souhaitant consulter un pédiatre libéral pour une demande directe, telle qu'une prise en charge pour une surcharge pondérale ou pour une petite taille, est souvent accompagné de ses parents. Dans ce contexte, soit l'enfant formule seul sa demande, soit – et c'est généralement le cas – il est aidé par ses parents. Ce même intervenant indique qu'en pratique une consultation initiée par le mineur seul demeure très exceptionnelle et présente, lorsqu'elle a lieu sans les parents, un caractère un peu particulier qui justifie qu'il soit fait appel à une assistante, notamment quand la demande du mineur paraît ambiguë.

Dans d'autres situations, la demande du mineur seul peut être indirecte. À cet égard, un des intervenants pédiatres a évoqué le cas d'une petite fille qui venait consulter pour des douleurs abdominales accompagnées de plaintes erratiques. Il lui est vite apparu l'absence de cause anatomique et a découvert avec l'aide de la psychologue de graves problèmes familiaux dans un contexte de violences conjugales. Ainsi, la mineure seule a sollicité l'aide du pédiatre libéral en passant par des motifs détournés.

La délivrance de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires – La délivrance de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires doit rester exceptionnelle selon les termes de la loi, en ce qu'elle est destinée à répondre aux cas d'urgence et de détresse caractérisée. L'infirmière scolaire doit s'assurer de l'accompagnement psychologique et du suivi médical de la mineure. Les conditions dans lesquelles une contraception d'urgence peut être administrée par les infirmières scolaires sont déterminées par un « Protocole national sur la contraception d'urgence » qui insiste sur le caractère subsidiaire de son intervention et sur son rôle d'information et de dialogue envers les mineures. En effet, elle est l'interlocutrice privilégiée d'une mineure en détresse, elle a donc un rôle pivot dans la protection de l'intérêt de l'enfant. Par ailleurs, elle a l'obligation de s'entretenir préalablement avec l'élève dans le but de déterminer le bien fondé de sa demande et si sa situation correspond aux critères d'urgence et de détresse posés par la loi, ainsi que de lui rappeler le caractère exceptionnel de cette contraception. Un des intervenants infirmiers nous a fait part de la situation d'une élève mineure qui lui avait demandé une contraception d'urgence pour elle alors que c'était l'une de ses camarades qui avait eu un rapport sexuel non protégé. Le « Protocole national sur la contraception d'urgence », annexé au décret du 27 mars 2001 ¹², exige que l'infirmière scolaire dispose d'un local permettant le respect de la confidentialité. Un des intervenants regrette cependant que l'implantation de l'infirmerie ne soit pas toujours située à l'abri des regards des autres élèves.

Lorsque la demande de la mineure porte sur la contraception, l'infirmière scolaire n'a aucune obligation d'informer les parents de son passage à l'infirmerie, même si elle doit proposer à celle-ci un entretien avec les titulaires de l'autorité parentale que la mineure est en droit de refuser. En revanche, ce droit au secret du mineur n'est pas applicable pour tous les autres actes, l'article L.1111-5 du Code de la santé publique n'étant applicable qu'aux actes effectués par un médecin. Les parents peuvent donc demander à l'infirmière scolaire des informations sur la santé de leur enfant et sur sa fréquentation de l'infirmerie.

Des difficultés particulières se posent à propos des mineures souhaitant subir une interruption volontaire de grossesse pendant le temps scolaire. Si l'infirmière scolaire est tenue sur cette question au secret médical, il n'en va pas de même du directeur de l'établissement scolaire qui doit avertir les titulaires de l'autorité parentale de l'absence de l'élève dans son établissement. En pratique, certains directeurs acceptent de ne pas avertir les parents de l'absence de l'élève dès lors qu'elle réintègre l'établissement après l'intervention, mais l'infirmière scolaire se voit contrainte de lever le secret sur celle-ci, ce qui ne paraît pas



satisfaisant.

¹ Le présent article est une synthèse du colloque organisé par le CERFAP et l'Institut des mineurs de l'université Montesquieu-Bordeaux IV, sous la présidence de Sophie Gromb, le 9 décembre 2011, portant sur « La participation du mineur aux décisions médicales » et pour lequel sont intervenus: Patrick Ayoun, Laurent Bloch, Emmanuelle Cauvin, Catherine David, Maylis Duport, Charlotte Joubert, Gwenaëlle Jouquart, Geneviève Levesque-Martin, Claudine Mathieu, Anne Notz Carrère, Yves Perel, Pascal Pillet, Olivier Puel et Cécile Verité.

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* du 5 mars 2002, p. 4118, texte n° 1.

³ Qui implique la possibilité de choisir et donc de refuser.

⁴ Ils sont environ un par an au service d'onco-hématologie pédiatrique de l'hôpital de Bordeaux.

⁵ Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, *JORF* n° 0157 du 8 juillet 2011, p. 11826, texte n° 1.

⁶ Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux, *JO L* 169 du 12 juillet 1993, p. 1.

⁷ Voir Dekeuwer-Defossez (F.), « L'autorité parentale à l'épreuve de la loi Kouchner », *Revue générale de droit médical*, 2004, n° 12, p. 99; Kimmer-Alcover (A.), « L'autorité parentale à l'épreuve de la santé des mineurs: chronique d'un déclin annoncé », *RDSS*, 2005, p. 265.

⁸ Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, *JORF* n° 156 du 7 juillet 2001, p. 10823, texte n° 1.

⁹ Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, *JORF* n° 289 du 14 décembre 2000, p. 19830, texte n° 3.

¹⁰ Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, *JORF* n° 8 du 10 janvier 2002, p. 590, texte n° 10.

¹¹ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, *JORF* n° 172 du 28 juillet 1999, p. 11229.

¹² Décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, *JORF* du 28 mars 2001.

Claire QUENNESSON

2. ACTES MEDICAUX SUR LE MINEUR

a. RECHERCHE

* Articles et développements dans des ouvrages

- *Droit des mineurs*, Dalloz, 2^e édition, coll. Précis droit privé, 1278 p. :
 - . Les décisions relatives au corps de l'enfant, n^{os} 697-710, p. 442-450
 - . Le droit du mineur d'obtenir des soins de manière autonome, n^{os} 1244-1251, p. 749-754
 - . Protection [pénale] de la santé des mineurs, n^{os} 1589-1652, p. 1056-1088

Les différentes actions menées à propos des actes médicaux sur le mineur ont permis un approfondissement des développements consacrés à ce thème dans le manuel de droit des

mineurs, co-écrit par les professeurs Adeline Gouttenoire et Philippe Bonfils (université Aix-Marseille) particulièrement en intégrant des éléments pratiques et de droit comparé issu des recherches menées par le CERFAPS.

- *La prescription de Prozac à une adolescente doit être autorisée par ses deux parents*, Adeline Gouttenoire (CE 4° s-s., 7 mai 2014, n°359076), Lexbase Hebdo édition privée n°573 du 5 juin 2014, N° LXB : N2502BU9

* **Thèse *Mineur et secret***, Claire Quennesson

La thèse *Mineur et secret* bénéficie d'un financement adossé par le projet régional Personnes vulnérables à hauteur de 98000€ sur trois années. A l'issue de cette période la doctorante a remis un rapport sur l'avancée de ses travaux. La question du secret est particulièrement importante en matière médicale même si la thèse ne concerne pas seulement ce domaine.

Résumé. -Le mineur est défini à l'article 388 du Code civil comme une personne de l'un ou l'autre sexe âgé de moins de dix-huit ans. Il est un enfant au sens de la Convention internationale des droits de l'enfant. En raison de son âge et de sa vulnérabilité, le mineur est caractérisé par son incapacité qui résulte de la combinaison des articles 389-3 et 1124 du Code civil. Par conséquent, il ne peut en principe décider ni du sort de sa personne ni de ses biens. Partant, les décisions concernant le mode de vie, la santé, la sécurité du mineur doivent être prises par les titulaires de l'autorité parentale afin de protéger ses intérêts en évitant qu'il n'accomplisse des actes susceptibles de lui nuire. Toutefois, s'il est constant d'assimiler la minorité d'un enfant à sa vulnérabilité, il n'en demeure pas moins que sa vulnérabilité n'est pas toujours associée à sa passivité dans la prise de décision le concernant.

Le secret peut être défini comme une pensée ou un fait qui ne doit ou ne peut être connu. Le secret résulte de la volonté d'une personne de soustraire une information à la connaissance d'autrui. Le secret est en générale une protection, ce qui en fait un droit, mais dans certaines hypothèses il peut également être une limite à l'exercice d'un droit, en empêchant une personne d'accéder à une information le concernant. En effet, le mineur peut bénéficier d'un droit au secret dans certaines matières qui affaiblit le pouvoir parental mais il peut aussi se heurter au droit au secret d'un tiers qui l'empêche d'exercer les droits qui lui sont reconnus comme le droit à la connaissance de ses origines.

Le sujet de thèse *Mineur et secret* suppose d'établir un lien entre ces deux notions et de préciser comment la minorité influe sur le droit au secret dont toute personne, y compris lorsqu'elle est mineure, est titulaire qu'il s'agisse de l'étendue du droit au secret plutôt plus réduite que pour les majeurs, que de l'exercice de ce droit qui, comme tout droit du mineur est différent et plus complexe. Dans la mesure où l'enfant est soumis à l'autorité parentale, il est opportun de s'interroger sur les droits respectifs des uns et des autres au secret et sur les droits des parents d'opposer au mineur un secret sur ses origines, ses pathologies ou la réalisation d'actes médicaux.

Les débats doctrinaux justifient l'intérêt d'étudier cette problématique qui se situe au carrefour du droit des personnes, du droit de la famille ou encore du droit pénal, du droit de santé et bien sûr du droit des mineurs, ce qui en fait un sujet transversal. Aussi, la mise en relation du secret et du mineur marque une volonté d'actualiser un concept juridique du secret, notion ancienne, ancrée dans notre législation, qui est généralement le fait des majeurs.

Garder un savoir caché suppose un certain degré de capacité. Or le statut particulier reconnu au mineur, sujet de droit vulnérable soumis à l'autorité parentale, crée un doute sur sa possibilité de se prévaloir d'un secret.

La consécration d'un droit au secret pour le mineur n'est pas si évidente et fait l'objet de controverses. Le législateur y répond de manière éparse sans en établir une théorie générale applicable aux mineurs. Selon les hypothèses en effet, le droit au secret du mineur passe d'une inexistence à un droit lui consacrant une réelle autonomie. En réalité le droit au secret du mineur est différent selon que ce dernier se situe dans une relation avec un tiers ou dans ses relations avec ses parents.

Dans ses relations avec les tiers, le mineur dispose d'un droit au secret identique à celui reconnu pour les majeurs qui s'entend d'un droit au respect de sa vie privée mais aussi d'un droit au secret professionnel. En revanche, l'exercice du droit au secret du mineur est très différent puisque ce dernier est par nature incapable. Or, la représentation du mineur pour l'exercice d'un droit dont l'aspect personnel est indéniable n'est pas sans susciter de nombreuses questions.

Par ailleurs, le secret est la contrepartie de l'autorisation de pénétrer la sphère d'intimité des familles dont disposent les professionnels qui y sont tenus. L'obligation du secret possède une dimension pénale puisque l'article 226-13 du Code pénal sanctionne celui qui révèle une information couverte par le secret professionnel. Cependant, lorsqu'il s'agit de mineur, des exceptions contenues dans l'article 226-14 du même code permet la gestion des situations complexes dans lesquelles le professionnel peut être confronté et la tentation qui peut être la sienne de révéler des informations afin de rendre possible une prise en charge sociale ou médicale d'un enfant. Il faudrait donc par principe se taire mais parfois révéler, notamment en partageant des informations afin de faciliter la protection de l'enfant. La combinaison des textes relatifs au secret professionnel et à la protection de l'enfance permet la conciliation entre l'obligation de garder le secret, l'obligation de lever le secret et la simple possibilité de le lever. Cette conciliation est nécessaire afin d'assurer un équilibre entre la relation de confiance et la collaboration avec les familles ainsi que la protection de l'enfant. Pour y parvenir, le législateur a permis d'aménager et même de lever le secret lorsque la situation du mineur le justifie. Le secret concernant le mineur, s'il est en principe protecteur doit cependant être écarté quand son maintien est dangereux parce qu'il constitue un obstacle à la révélation d'atteintes à l'intégrité physique et, ou psychique constatées sur le mineur.

Dans ses relations avec ses parents, le mineur reste en principe soumis aux décisions parentales sauf dans les domaines où la loi lui reconnaît des droits autonomes, excluant l'autorité parentale, qu'il peut exercer lui-même, le faisant alors passer de sujet de droit passif à sujet de droit actif. En raison de leur pouvoir général de direction et de contrôle, les parents du mineur ont accès à toutes les informations le concernant et le mineur ne peut dès lors invoquer le secret à leur encontre. Toutefois, le droit positif connaît des exceptions de plus en plus nombreuses en parallèle d'une meilleure reconnaissance de l'autonomie du mineur.

Ainsi, l'étendue de l'autorité parentale s'est affaiblie par la reconnaissance d'un droit au secret du mineur en matière médicale pour la réalisation d'actes touchant à son intimité et pour lesquels il lui paraît difficile voire impossible d'avertir ses parents. L'efficacité de l'autonomie exceptionnelle conférée au mineur suppose que soit gardé secret l'acte réalisé et que soit conféré un anonymat au mineur. Ce droit au secret du mineur est justifié par le risque que ce dernier n'effectue pas l'acte en question ou que celui-ci soit réalisé dans des circonstances qui le mettent en danger si le secret ne lui est pas garanti. Ainsi, dans une finalité de protection du mineur, le législateur lui confère une capacité exceptionnelle pour

des actes médicaux qui concernent sa sexualité, précisément en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse, voire même pour obtenir dans le secret tout soin qui serait nécessaire à la sauvegarde de sa santé. Le législateur prévoit des structures propices à l'instauration d'une relation de confiance dans le respect de la volonté de l'adolescent en garantissant son anonymat.

L'étendue du pouvoir parental se trouve également diminué en matière judiciaire et particulièrement en matière d'assistance éducative. Les relations du mineur avec son avocat dans ce cadre sont couverts par le secret comme d'ailleurs en matière d'audition en justice. En outre, le lieu de placement du mineur peut être tenu secret lorsque sa sécurité peut être en jeu. Tantôt le secret est un droit accordé au mineur, tantôt il est dans les hypothèses d'accouchement anonyme ou de procréation médicale assistée, un obstacle empêchant le mineur d'accéder à ses origines. Le droit au secret de la mère ou l'anonymat accordé au tiers donneur devient par conséquent une limite à l'exercice d'un droit reconnu au mineur, ce qui illustre l'ambivalence de la notion de secret en droit des mineurs.

Plan détaillé. -

PARTIE 1. LE SECRET DANS LES RELATIONS DU MINEUR AVEC LES TIERS

TITRE 1. LA PROTECTION DE L'INTERET DU MINEUR PAR LE SECRET IMPOSE AUX TIERS

Chapitre 1. L'obligation des tiers au secret

Section 1. Les personnes tenues au secret

§1. Les dépositaires d'un secret du fait de leur profession

A. Les dépositaires du secret professionnel

1. L'exercice d'une profession médicale

2. L'exercice d'une profession sociale

3. L'exercice d'une profession judiciaire

B. Les dépositaires d'un devoir de réserve

§2. Les dépositaires d'un secret du fait de leur fonction

A. L'exercice d'une mission d'aide sociale

B. L'exercice d'une mission médicale

Section 2. L'objet du secret

§1. Les fondements du secret du mineur à l'égard des tiers

A. Une consécration en droit international

B. Une application directe en droit interne

§2. La portée du secret du mineur à l'égard des tiers (= principe du droit au secret)

A. La protection de la vie privée du mineur

B. La protection des informations détenues par un professionnel

Chapitre 2. L'exercice spécifique du droit au secret

Section 1. Les parents omniprésents dans l'exercice du secret du mineur

§1. Le principe de l'exercice du droit au secret par les parents

A. Une incapacité du mineur

B. L'ambivalence du rôle des parents

§2. Les modalités de l'exercice du droit au secret par les parents

A. La représentation du mineur dans les actes de la vie courante

- 1. Le principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale
- 2. L'exception de l'exercice unilatérale de l'autorité parentale
- 3. L'exercice concurrent avec un tiers
- B. La représentation en justice du mineur
- Section 2. Le mineur quasi absent dans l'exercice du droit au secret
 - §1. Un exercice limité du droit au secret par le mineur
 - A. L'association du mineur aux décisions le concernant
 - 1. Une association conditionnée
 - 2. Une association tributaire des parents
 - B. L'accès des parents aux documents concernant le mineur
 - §2. Vers une plus grande participation du mineur
 - A. Quid du désaccord entre les parents et le mineur
 - B. L'intervention d'un tiers

TITRE 2. LA PROTECTION DE L'INTERET DU MINEUR PAR LA REVELATION DU SECRET

Chapitre 1. L'aménagement du secret

Section 1. La mise en œuvre du partage du secret

- §1. Le partage d'informations à caractère secret entre professionnels
 - A. Le partage d'informations entre professionnels concourant à la protection de l'enfance
 - B. Le partage d'informations entre professionnels de l'action sociale
 - C. Le partage d'informations entre professionnels de santé
- §2. Le partage d'informations à caractère secret avec des proches du mineur
 - A. Le droit de savoir des proches du mineur
 - B. Le droit de savoir de la personne de confiance

Section 2. Les conséquences du partage du secret

- §1. Les conséquences du partage d'informations sur la symbolique du secret
 - A. Un secret disparu
 - B. Un secret dilué
- §2. Les conséquences du partage d'informations sur les personnes
 - A. Une célérité dans la prise en charge
 - B. Un excès dans le partage sanctionné

Chapitre 2. La levée du secret

Section 1. La révélation sans nécessité de protection du mineur (/d'agir)

- §1. La levée possible du secret
 - A. La révélation possible par les fonctionnaires
 - B. La révélation possible par les personnes astreintes au secret professionnel - Hypothèses prévues à l'art. 226-14 CP relatives à la protection de l'enfance
- §2. La dénonciation non obligatoire
 - A. Un principe pour les personnes tenues au secret professionnel : Non-dénonciation d'un crime ou de mauvais traitements infligés à un mineur (art. 434-1/-3 Code pénal)
 - B. Une option de conscience salvatrice
 - 1. Une faculté morale
 - 2. Une impunité subséquente

Section 2. La révélation avec nécessité de protection du mineur (/d'agir)

- §1. L'obligation d'agir du fait de la situation de l'enfant
 - A. L'obligation d'agir en présence d'un péril imminent pour le mineur
 - B. L'obligation d'agir en présence d'une urgence médicale pour le mineur
- §2. L'obligation d'agir du fait de la mission du professionnel
 - A. L'obligation d'agir tirée d'une mission de justice. Information du magistrat dans le cadre d'une mesure judiciaire
 - B. L'obligation d'agir tirée d'une mission d'aide sociale à l'enfance
 - En présence d'une situation relevant d'une information préoccupante ou d'un signalement
 - Dénonciation de mauvais traitements par le personnel de la protection maternelle et infantile

PARTIE 2. LE SCERET DANS LES RELATIONS DU MINEUR AVEC SES PARENTS

TITRE 1. LE SECRET DU MINEUR A L'EGARD DE SES PARENTS

Chapitre 1. L'absence de secret à l'égard des parents dans l'intérêt du mineur

Section 1. La neutralisation du secret par les prérogatives des parents sur le mode de vie du mineur

- §1. La nécessité du contrôle parental sur le mineur
 - A. Le fondement du contrôle parental
 - B. Les modalités du contrôle parental
 - immixtion dans la vie privée du mineur
 - immixtion dans la correspondance du mineur
 - immixtion dans les fréquentations du mineur
- §2. La proportionnalité du contrôle parental sur le mineur
 - A. Un contrôle parental guidant la vie du mineur
 - B. Un contrôle parental abusif

Section 2. La neutralisation du secret par les prérogatives des parents sur la personne/corps du mineur

- §1. Un secret neutralisé par le pouvoir de décision des parents en matière médicale
 - A. L'expression d'un consentement parental à l'acte médical pratiqué sur le mineur
 - 1. Un double consentement parental facultatif en raison de la nature de l'acte
 - 2. Un consentement parental exclusif en raison de l'exercice unilatéral de l'autorité parentale
 - B. L'expression d'un refus parental à l'acte médical pratiqué sur le mineur
- §2. Un secret neutralisé par l'obligation d'information des parents en matière médicale
 - A. Les parents, créanciers principaux de l'obligation d'information
 - 1. Une obligation d'information des parents à la charge du médecin
 - 2. L'exercice du droit à l'information des parents par un accès au dossier médical du mineur
 - B. Le mineur, créancier secondaire de l'obligation d'information
 - 1. Une information médicale délivrée au mineur
 - a. Une information adaptée au mineur
 - b. Une information inachevée du mineur

2. Un consentement recherché du mineur à l'acte médical
 - a. La recherche d'une adhésion du mineur en droit français
 - b. La recherche d'un consentement à l'acte médical en droit comparé
3. Un veto du mineur obstacle à la réalisation de l'acte médical consenti par ses parents
 - a. Un droit de veto du mineur en matière de prélèvement
 - Un droit de veto en matière de prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse
 - Un droit de veto en matière de prélèvement de tissus ou cellules embryonnaires ou fœtales
 - Un droit de veto sur l'utilisation d'organes prélevés
 - b. Un droit de veto du mineur en matière de recherche biomédicale
 - Une recherche biomédicale sur mineur encouragée par les normes externes
 - Une recherche biomédicale sur mineur limitée en droit interne

Chapitre 2. Le droit exceptionnel du secret du mineur à l'égard de ses parents

Section 1. Un droit d'accès du mineur à des soins confidentiels

Sous-section 1. Un accès confidentiel du mineur à des actes médicaux liés à sa sexualité

§1. Les actes médicaux liés à la sexualité du mineur

A. Un anonymat relatif au lieu

1. L'anonymat de la maison des adolescents
2. L'anonymat du centre de planification et d'éducation familiale

B. Un anonymat relatif à l'acte médical

1. Un anonymat insuffisant en matière de contraception par préservatif
2. Un accès confidentiel à la contraception hormonale régulière
 - a. La prescription de contraceptif dans le secret des parents
 - b. La délivrance de contraceptifs, un anonymat à degré variable
3. Un accès libre et confidentiel à la contraception hormonale d'urgence

§2. Les actes médicaux liés à la fécondation

A. Un libre accès à l'interruption volontaire de grossesse par la mineure

1. La volonté de la mineure de cacher l'interruption volontaire de grossesse à ses parents
 - a. La confidentialité de l'interruption volontaire de grossesse sur une mineure par un contournement de l'autorité parentale
 - b. La confidentialité d'une interruption volontaire de grossesse sur une mineure par une gratuité des frais
2. Les actes périphériques à l'interruption volontaire de grossesse de la mineure
 - a. Le contexte des actes périphériques
 - b. La délicate réalisation des actes périphériques

B. L'accouchement secret d'une mineure

Sous-section 2. Un droit aux soins confidentiels du mineur

§1. Les soins confidentiels du mineur sans famille

§2. Les soins confidentiels nécessaires à la sauvegarde de la santé du mineur

- A. La volonté du mineur comme fondement à la confidentialité des soins
- B. Un accès confidentiel aux soins conditionné par l'intérêt

thérapeutique de l'acte

C. Le défaut inopportun de prise en charge financière des soins confidentiels

Section 2. Le droit au secret en matière judiciaire

§1. Un droit au secret en matière d'assistance éducative

A. L'admission d'un droit au secret du mineur en danger

- saisine juge/choix avocat

- consultation dossier

- audition du mineur

B. La mise en œuvre d'un droit au secret par l'anonymat du lieu d'accueil

§2. Un droit au secret en demi-teinte en matière pénale

A. L'admission d'un droit au secret du mineur auteur

B. L'exclusion d'un droit au secret du mineur victime

TITRE 2. LE SECRET DES PARENTS A L'EGARD DU MINEUR

Chapitre 1. Le droit du mineur à la connaissance de ses origines

Section 1. Les fondements du droit à l'accès aux origines

§1. L'émergence supranationale du droit à la connaissance des origines

A. En droit international

B. En droit européen

§2. L'application directe en droit interne du droit à la connaissance des origines

Section 2. Le principe du libre accès aux origines

§1. La sollicitation du document administratif

A. L'émergence d'un droit pour toute personne d'accéder aux informations le concernant

B. Le mineur, titulaire de ce droit de savoir

§2. La réponse de l'administration

A. La communication des informations

1. Les informations susceptibles d'être communiquées

2. Les informations protégées par le secret professionnel

B. Le refus de communication

1. La procédure administrative

2. L'intervention éventuelle du CNAOP

Chapitre 2. L'impossible accès par le mineur à la connaissance de ses origines

Section 1. Le droit au secret de la mère accouchant sous X

§1. Un secret obstacle

A. Un secret obstacle à l'établissement de la filiation

1. Etablissement du lien de filiation maternelle

2. Etablissement du lien de filiation paternelle

B. Un secret obstacle à la connaissance des origines de l'enfant

1. Incidence sur l'état civil

2. Incidence sur le dossier administratif

§2. Un secret réversible

A. Un accès aux origines favorisé par la création d'un CNAOP

1. Une centralisation des informations au CNAOP

2. Les recherches entreprises par le CNAOP

- B. Un accès aux origines incertain pour l'enfant
 - 1. Un maintien du secret
 - 2. Une réversibilité du secret en demi-teinte
 - a. Une réversibilité totale
 - b. Une réversibilité partielle
- Section 2. Le droit au secret du tiers donneur en cas d'assistance médicale à la procréation
 - §1. Un anonymat du don
 - A. Les modalités du don anonyme
 - 1. Un anonymat réciproque
 - 2. Un anonymat justifié
 - B. Les incidences du don anonyme
 - 1. Sur la filiation
 - a. L'absence de filiation avec le donneur
 - b. L'admission exceptionnelle des actions en contestation de filiation
 - 2. Sur la connaissance des origines
 - §2. Un anonymat du don quasi irréversible
 - A. Un anonyme connu
 - 1. Par le CECOS, gardien du secret
 - 2. La levée de l'anonymat en cas de nécessité thérapeutique
 - B. La compatibilité de l'anonymat avec le droit à l'accès aux origines
 - 1. Une compatibilité reconnue
 - 2. Une volonté d'atténuer le droit au secret

b. FORMATION

*** Formation initiale**

Adeline Gouttenoire, *Les décisions médicales relatives aux mineurs* (2 heures de cours), au bénéfice des étudiants en seconde année de master en droit de la santé

*** Formation professionnelle permanente et collaborations avec les professionnels de la santé**

- Claire Quennesson (doctorante au CERFAPS), *Les aspects juridiques du consentement et du refus de soin*, in *Aspects juridiques du consentement et du refus de soins de l'adolescent et du jeune adulte atteint d'un cancer*, CHU, Bordeaux, 2015 (2 heures) et 2016 (2 heures), au bénéfice du personnel soignant du centre hospitalier universitaire de Bordeaux

- Comité d'éthique :

. Adeline Gouttenoire et Pascal Pillet (pédiatre à l'hôpital des enfants), *L'autorité parentale et les actes médicaux sur le mineur* (18 janvier 2016)

. Adeline Gouttenoire dans un débat sur cas particulier concernant un « refus parental catégorique d'une limitation des thérapeutiques actives en réanimation pédiatrique ».

3. PROTECTION DE L'ENFANCE ET SANTE

La protection de l'enfance constitue une thématique très importante pour le CERFAPS, tant en termes de recherche que de formation, particulièrement de formation continue. Un diplôme universitaire de protection de l'enfance dirigé par le professeur Adeline Gouttenoire, par ailleurs présidente de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance de la Gironde

(rattaché au Conseil départemental), est géré par l'Institut des mineurs et le CERFAPS. Chaque année sont en outre organisées des rencontres médico-juridico sociales autour de l'enfant (RMJS) sur un thème transversal de la protection de l'enfance, rassemblant les différents professionnels concernés

Le thème de la santé a été inclus par plusieurs biais dans ces différentes activités et le financement du projet Personnes vulnérables et santé a permis de donner un nouvel essor à la question de la santé en matière de protection de l'enfance. Ces travaux ont conforté le réseau de professionnels de santé collaborant avec le CERFAPS et ont sans aucun doute amélioré la prise en compte de la question de la santé des enfants dans le cadre de la protection de l'enfance au niveau départemental et régional.

Dans le cadre du projet régional *Personnes vulnérables et santé*, les thèmes de la protection de l'enfance et de la santé ont été intégrés à plusieurs colloques relatifs à l'enfant. Plus spécifiquement, deux RMJS ont porté sur la thématique du projet de recherche : l'une intitulée *Protection de l'enfance et santé* (2014) et l'autre intitulée *La prise en charge de l'enfant en situation de handicap* (2016). Celle-ci a également été le fondement de l'élaboration d'un @learning intitulé *Le médecin et la protection de l'enfance*.

a. LES RENCONTRES MEDICO-JURIDICO-SOCIALES AUTOUR DE L'ENFANT

*** Protection de l'enfance et santé** (5^e édition, 2014)

Matinée

Présidence : **Adeline Gouttenoire**,
professeur à la faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux,
directrice de l'Institut des mineurs et du CERFAP, présidente de l'ODPE 33

La santé, critère du danger

9 h **Révélation du danger et secret professionnel**

Laurent Bloch, maître de conférences à la faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux, co-directeur du master 2 Droit de la santé

9 h 30 **Protection de l'enfance et maladie chronique**

Pascal Barat, professeur au collège Sciences de la santé de l'université de Bordeaux, pédiatre, Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux

9 h 50 **Protection de l'enfance et obésité**

Hélène Thibault, pédiatre, Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux, coordinatrice du Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie

10 h 10 **Pause**

10 h 45 **Protection de l'enfance et soins psychiatriques**

Adeline Tchamgoué, médecin responsable du Centre de crise pour adolescent de l'Hôpital Charles-Perrens,

Patrick Ayoun, médecin responsable de l'Unité de traitement ambulatoire adolescent du Pôle de pédopsychiatrie de l'Hôpital Charles Perrens

11 h 05 **Protection de l'enfance et handicap**

Eric Debruge, pédopsychiatre, jardins d'enfants spécialisés Les Clarines et Clair de Lune

11 h 45 **Le juge des enfants et la santé de l'enfant**

Laurent Gebler, président du Tribunal pour enfants de Bordeaux

12 h 25 **Déjeuner libre**

Après midi

Présidence : **Claude Cayzac**,
directrice de la Protection de l'enfance et de la famille, Conseil général de la
Gironde

La santé des enfants confiés

- 14 h **Etats des lieux à partir de recherches nationales**
Pierrine Robin, maître de conférences à l'Université de Créteil
- 14h30 **La décision relative à la santé de l'enfant placé**
Adeline Gouttenoire, professeur à la faculté de droit et science politique
de l'université de Bordeaux, directrice de l'Institut des mineurs et du
CERFAP, présidente de l'ODPE 33
- 14h50 **Les prérogatives du mineur sur sa santé**
Claire Quennesson, doctorante au CERFAP, département Sciences
humaines et sociales de l'université de Bordeaux
- 15h10 **Le protocole girondin de suivi de la santé des enfants en famille
d'accueil**
Karine Le Bourgeois-Dehail, pédiatre de PMI, direction de la Promotion
de la santé, Conseil général de la Gironde, référent Enfance vulnérable
- 15h40 **La coordination entre les services de santé et les institutions
médico-sociales : faciliter les parcours de soins des enfants**
Séverine Goumi, coordinatrice de l'action sociale, département des soins,
du service social et des relations avec les usagers, CHU de Bordeaux,
Agnès Polycarpe-Demay, cadre socio-éducatif, Centre maternel de
Gradignan
- 16 h **Débats**

Cette journée d'études a accueilli un public de 813 personnes, dont 794 professionnels (97,66%), parmi lesquels des travailleurs sociaux, des professionnels du médical et du paramédical et de l'Education nationale. Elle a suscité de nombreux débats et a permis de mettre en lumière la nécessité de mettre en place des mesures effectives et pérennes permettant un réel accès aux enfants de la protection de l'enfance mais également de mettre en exergue l'importance de la santé parmi les besoins fondamentaux de l'enfant. L'importance de sensibiliser tous les professionnels travaillant avec des enfants à cette question et de faire de la santé de l'enfant un critère pour déterminer s'il est confronté à une situation de danger à est apparue à tous comme devant être une priorité.

Cette journée d'études a donné lieu à une publication sous forme d'un dossier spécial dans la revue *AJfamille*, revue juridique particulièrement lue par des professionnels.

Contenu du dossier spécial *Protection de l'enfance et santé* : AJ fam. 2015, dossier p. 253-277

- Laurent Bloch, Protection de l'enfance et secret professionnel : *ibid.* p. 259-262
- Luc Briand, Protection de l'enfance et santé : exemples de décisions de cours d'appel : *ibid.* p. 271-273
- Laurent Gebler : Le juge des enfants et la santé du mineur : *ibid.* p. 267-270
- Adeline Gouttenoire, *Présentation* : *ibid.* p. 254
- Pascal Pillet, Enfance en danger : l'approche médicale : *ibid.* p. 254-258
- Claire Quennesson, Les décisions relatives à la santé de l'enfant : *ibid.* p. 275-277
- Pierrine Robin : La santé des enfants confiés à la protection de l'enfance : retour des études nationales : *ibid.* p. 273-275
- Hélène Thibault, Protection de l'enfance et obésité : *ibid.* p. 262-267

*** La prise en charge de l'enfant en situation de handicap (7^e édition, 2016)**

Cette journée d'études a accueilli 323 inscrits, dont 313 professionnels. Elle a permis à la fois de mener faire part de plusieurs rapports ou recherche sur la question de la prise en charge de l'enfant en situation de handicap mais également de faire état des difficultés pratiques liées à cette prise en charge.

Matinée

8h45 Ouverture

Emmanuelle Ajon, vice-présidente du conseil départemental de la Gironde chargée de la protection de l'enfance et de la promotion de la santé

La famille de l'enfant en situation de handicap

9h L'accompagnement d'une parentalité particulière ?

Stéphanie Loiseau, médecin de PMI, référent de la Cellule ressource handicap

9h30 Liens fraternels et handicap : de l'ombre à la lumière

Hélène Romano, docteur en psychopathologie-HDR, psychothérapeute, doctorante à la faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux

La prise en charge médicale

10h Réflexions sur l'approche médicale et les soins des enfants en situation de handicap

Cécile Bouteiller, rééducatrice fonctionnelle, pédiatre au CHU de Bordeaux

10h30 Pause-café

L'accès à l'école

10h45 De l'exclusion à l'inclusion scolaire : un défi à relever

Éric Dugas, professeur à l'université de Bordeaux, chargé de mission handicap

11h15 Les dispositifs d'inclusion de l'Éducation nationale

Daniel Gillard, inspecteur de l'Éducation nationale en charge de l'adaptation et de la scolarisation des élèves handicapés

11h45 La collaboration entre le médecin scolaire et l'enseignant référent autour de l'élève en situation de handicap

Caroline Genet, médecin de l'Éducation nationale
Cyril Canetti, enseignant référent auprès de la MDPH

12h15 La scolarisation des enfants en situation de handicap en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

Vincent Bouchacourt, directeur de l'ITEP L'hirondelle, Artigues-près-Bordeaux, membre de l'Association des ITEP et de leurs réseaux

12h45 Déjeuner libre



Après-midi

La protection de l'enfant en situation de handicap

- 14h30** **Le rôle de la Maison départementale des personnes handicapées**
Évelyne Delay, directrice de la MDPH de la Gironde
- 15h** ***Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles***
Rapport 2015 du Défenseur des droits
Nicolas Blanc, chargé de mission auprès de la Défenseuse des enfants
- 15h45** **La prise en charge des enfants en situation de handicap**
par le Centre départemental de l'enfance et la famille
Noémie Roda, psychologue
Hélène Caupène, auxiliaire de puériculture
Cindy Lefèvre, monitrice éducatrice
Pierre Cots, moniteur éducateur
- 16h30** **Conclusions**



b. FORMATION

* Le diplôme universitaire de protection de l'enfance (qui compte deux tiers de professionnels parmi ses étudiants), géré par le CERFAPS, comporte un volet sur la santé important, assuré par des pédiatres et des psychiatres (35 heures)

* Ecole de sages-femmes de Bordeaux : cours de deux heures sur la maltraitance des mineurs par Adeline Gouttenoire en 2016 et 2017

* Master 2 en droit de la santé de l'université de Bordeaux : 3 heures sur protection de l'enfance et santé assurées par le Professeur Adeline Gouttenoire

* Intervention d'Adeline Gouttenoire à la journée d'étude sur les mutilations génitales féminines organisée le 18 novembre 2015 par l'unité mixte de formation continue en santé : Aspect juridique - Législation en France, en Europe

* Interventions aux 17^e journées d'urgences pédiatriques du sud-ouest :

. Marie-Cécile Guérin (maître de conférences en droit privé à l'université de Bordeaux, membre de l'Institut des mineurs) : Münchhausen par procuration : quelle réponse juridique ? 20 min.

. Adeline Gouttenoire : Les mutilations sexuelles

c. @LEARNING LE MEDECIN ET LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Dans le cadre de la commission de formation de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE de la Gironde), présidé par le professeur Adeline Gouttenoire, un @learning *Le médecin acteur de la protection de l'enfance* a été réalisé et sera diffusé en accès libre par l'Université de Bordeaux.

Ce cours en ligne présente de manière exhaustive, en une trentaine de pages, les dispositions régissant la protection de l'enfance, ainsi que l'ensemble des règles, juridiques comme médicales et éthiques, que doivent suivre les professionnels de la santé confrontés à de potentielles situations d'enfant en danger ou en risque de l'être. Cette formation en ligne contient des cas pratiques (avec les corrections correspondantes) et des modèles de documents ; elle doit être complétée par des quiz et différents liens utiles.

Ce cours a pour finalité de porter à la connaissance des médecins et futurs médecins, les facteurs de risque de maltraitance, sa sémiologie et ses conséquences, la chaîne de la protection de l'enfance de l'information préoccupante à la procédure de signalement. Il vise en outre à impliquer les médecins dans la démarche préventive et le repérage de l'enfance en danger ; son objectif est également de favoriser les liens des professionnels de santé avec les acteurs de la protection de l'enfance.

Plan du @learning

Titre 1. Le suivi de la santé de l'enfant

Chapitre 1. Le carnet de santé

Chapitre 2. Les obligations légales relatives au suivi de santé

§1. La période prénatale

§2. Les visites médicales de l'enfant

Chapitre 3. Les professionnels de santé intervenant auprès de l'enfant

§1. Le pédiatre libéral

§2. Le médecin généraliste

§3. SOS Médecins

§4. Le médecin scolaire

§5. Le médecin de P.M.I.

§6. Le médecin hospitalier

§7. Les professionnels du para-médical

Titre 2. Le rôle du médecin dans la protection de l'enfance

Chapitre 1. Le médecin soutien de la famille dans la prise en charge de l'enfant

Chapitre 2. La mise en relation avec les services compétents

Chapitre 3. Le médecin donneur d'alerte face au danger ou au risque

Section 1. Les enjeux du repérage de la maltraitance par le médecin

§1. L'impact de la maltraitance

§2. L'intervention insuffisante des médecins

A. Les causes de l'intervention insuffisante des médecins

B. Les remèdes à l'intervention insuffisante des médecins

Section 2. Le repérage par le médecin des situations de risque ou de danger

§1. Définition générale des situations de risque ou de danger

§2. Les facteurs de vulnérabilité auxquels le médecin doit prêter attention

§3. Les signes cliniques du danger ou du risque

A. Les maltraitances

B. Les négligences et les troubles de la relation

Section 3. Les démarches du médecin face à une suspicion de maltraitance

§1. La consultation

A. L'examen clinique de l'enfant

B. Entretien avec l'entourage de l'enfant

C. Entretien avec l'enfant

D. Evaluation du degré d'urgence et des signes de gravité

§2. L'accompagnement du parent qui souhaite porter plainte

A. Le certificat médical initial

B. L'orientation vers le CAUVA

§3. La révélation de la situation aux autorités

A. Protection de l'enfance et secret professionnel

B. Importance pour le médecin de ne pas rester seul

C. Les différentes modalités d'alerte pour le professionnel

D. L'information préoccupante relative à un mineur en danger ou risquant de l'être

E. Le signalement

d. PARTICIPATION A DES GROUPES DE TRAVAIL NATIONAUX

Certains membres du CERFAPS et de ses partenaires professionnels ont été sollicités pour participer à plusieurs groupes de travail initiés par le ministère des familles de l'enfance et du droit des femmes, ce qui leur a permis d'exercer une certaine influence pour valoriser la problématique Protection de l'enfance et santé dans les rapports que ces groupes ont produit ou dans les textes à l'élaboration desquels ils ont participé. Cette action participe de manière particulièrement remarquable à la valorisation des travaux élaborés dans le cadre du projet régional.

Le groupe de travail ministériel sur *La protection de l'enfance et de l'adoption* a donné lieu à un rapport rendu à la ministre déléguée en charge de la famille, en février 2014, lequel a participé à l'élaboration de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Ce groupe de travail a été présidé par Adeline Gouttenoire, directrice du CERFAPS et comptait parmi ses membres le docteur Pascal Pillet, pédiatre à l'hôpital de Bordeaux, partenaire particulièrement actif de la recherche sur les thèmes relatifs aux enfants.

Le rapport *40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui* contient plusieurs recommandations relatives à la santé des enfants.

Ces recommandations ont fait l'objet d'une présentation par le biais d'un article de Pascal Pillet, à la revue Archives de Pédiatrie 2014, pages 1381 et suivantes :



Mise au point

Reçu le :
30 mai 2014
Accepté le :
18 août 2014
Disponible en ligne
2 octobre 2014



Propositions pour adapter la protection de l'enfance aux réalités d'aujourd'hui[☆]

Proposals to adapt the protection of children to the realities of today

P. Pillet^{a,*}, I. Corpart^b, C. Briand^c, F. Dubreuil^d, F. Eudier^e, S. Euillet^f, P.-E. Gruas^g, M.-C. Le Boursicot^h, A. Ouiⁱ, C. Sellenet^j, G. Séraphin^k, A. Gouttenoire^k,
Groupe de travail « Protection de l'enfance et adoption »

^a Département de pédiatrie, hôpital Pellegrin-enfants, CHU de Bordeaux,
place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

^b Université de Haute-Alsace, 18, rue des Frères-Lumière, 68093 Mulhouse cedex, France

^c Protection de l'enfance, DGCS ministère des Affaires sociales et de la Santé, 14, avenue

Duquesne, 75007 Paris, France

^d Collège « Droits de l'enfant » auprès du défenseur des droits, cour d'appel de Paris, 4,
boulevard du Palais, 75004 Paris, France

^e Université de Rouen, 3, avenue Pasteur, CS 46186, 76186 Rouen cedex 1, France

^f Université Paris Ouest Nanterre la Défense, 200, avenue République, 92001 Nanterre, France

^g Conseil général de la Gironde « enfance famille », esplanade Charles-de-Gaulle, 33074
Bordeaux cedex, France

^h Cour de cassation, 5, quai de l'Horloge, 75055 Paris cedex 01, France

ⁱ 63 bis, boulevard Bessières, 75017 Paris, France

^j Université de Nantes, chemin de la Censière-du-Tertre, BP 41214, 44312 Nantes cedex 3, France

^k Institut des mineurs, Observatoire départemental de la protection de l'enfance de la Gironde,
centre européen d'études et de recherches en droit de la famille et des personnes (CERFAP, EA
4600), faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux, avenue Léon-Duguit,
33608 Pessac cedex, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

The report titled "40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui" ("Forty proposals to adapt protection of children to the realities of today") was presented in February 2014 by the "Protection de l'enfance et adoption" working group to the Minister for Family Affairs within the framework of the preparation of the French family law. The medical field is an important link in the chain of child protection. Of the 40 proposals, particular attention was paid to the identification of children at risk and to improving the protection of newborns (shaken baby syndrome, unexpected infant death) and to adoption issues.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

Le rapport intitulé « 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui » a été remis début février 2014 par le groupe de travail, « Protection de l'enfance et adoption », à la ministre déléguée à la Famille, dans le cadre de la préparation de la « loi famille ». Le domaine médical est un « maillon » important de la protection de l'enfance. Parmi les 40 propositions, une attention particulière a été portée au repérage de l'enfance en danger, à l'amélioration de la protection des nouveau-nés (syndrome du bébé secoué, mort inattendu du nourrisson) et aux problématiques de l'adoption.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Après six ans de mise en œuvre de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, il est apparu que le dispositif était susceptible de bénéficier d'un certain nombre d'améliorations permettant de le rendre plus cohérent et plus

[☆] Rapport rendu au ministère des Affaires sociales et de la Santé et au ministère délégué chargé de la Famille en février 2014 : « 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui ».

* Auteur correspondant.

e-mail : pascal.pillet@chu-bordeaux.fr (P. Pillet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedp.2014.08.016> Archives de Pédiatrie 2014, 21, 1385-1389.
0929-693X/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

efficace notamment dans certains domaines. Ainsi, le rapport intitulé « 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui » a été remis début février 2014 par le groupe de travail, Protection de l'enfance et adoption, installé le 21 octobre 2013 par la ministre déléguée à la Famille, Madame Bertinotti, dans le cadre de la préparation de la « loi famille ». Ce rapport a été rendu public le vendredi 11 avril 2014. Différentes questions ont fait l'objet d'une réflexion collective des experts composant le groupe de travail, alimentée par de nombreux rapports et études relatifs à ces problématiques. Quarante propositions de réforme de la protection de l'enfance et de l'adoption, actuellement disponibles ont ainsi été élaborées autour de trois objectifs : optimiser le dispositif de protection de l'enfance, articuler les parcours et les statuts des enfants protégés, accompagner l'adoption et la recherche des origines personnelles. Plus spécifiquement, cet article souhaite porter à l'attention du milieu pédiatrique quelques propositions parmi les 40 soumises. Ce travail a en effet porté particulièrement sur le repérage médical des situations de l'enfance en danger, à l'amélioration de la protection des nouveau-nés (prévention du syndrome du bébé secoué, mort inattendu du nourrisson).

2. Faciliter le repérage des enfants en danger par le médecin

Le domaine médical est un maillon particulièrement important de la protection de l'enfance mais paradoxalement les chiffres relatifs aux informations préoccupantes et aux signalements témoignent de la faible proportion des médecins parmi les auteurs de ces derniers [1,2].

2.1. Proposition n° 6 du rapport : faciliter le repérage des enfants en danger au niveau des structures d'urgences

2.1.1. Pré-requis

Les services d'accueil des urgences (SAU) (pédiatriques ou générales) sont un lieu de passage privilégié et parfois l'unique lieu de soins des victimes de maltraitance. L'équipe des urgences a donc un rôle primordial dans le dispositif de la protection des mineurs. La sous-estimation ou la méconnaissance fréquente de ces situations expose bon nombre de mineurs à une prise en charge inadaptée et à un risque important de récurrence, voire de décès. Cette tâche est difficile car elle nécessite des connaissances spécifiques peu ou pas enseignées aux urgentistes (démarche diagnostique, aspects légaux de la maltraitance) et exige une étroite collaboration entre toutes les personnes ressources afin que puisse se mettre en place auprès du jeune patient un réel réseau de prise en charge. L'objectif n'est pas tant de diagnostiquer avec certitude les cas de maltraitance que de savoir évoquer cette hypothèse au travers d'un faisceau d'arguments afin d'activer le réseau d'évaluation multidisciplinaire existant.

2.1.2. Proposition

Le rapport propose notamment que l'instauration de l'outil informatique des SAU permette l'analyse systématique, pour un patient mineur donné, du nombre de passages et des motifs de venue aux SAU par les infirmières d'accueil et médecins urgentistes, et à terme la création d'un dossier médical partagé accessible par toutes les structures médicales et les personnels médicaux s'occupant d'enfants (SAU, pédiatres libéraux et hospitaliers, médecins généralistes, médecins des services de protection maternelle et infantile [PMI] et médecins scolaires, etc.). Lorsqu'un mineur est hospitalisé ou se présente au SAU, le service doit pouvoir être immédiatement informé des précédents éventuels. La disponibilité informatique immédiate des dossiers médicaux pourrait permettre une synthèse rapide du parcours de ces patients, de visualiser le nombre de consultations antérieures, de favoriser la mise en place d'une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire médico-psychosociale hospitalière ou de secteur et de signaler les situations les plus graves.

2.1.3. Synthèse de la proposition n° 6

La proposition n° 6 consiste à :

- proposer un outil informatique dédié à l'accueil des urgences permettant l'analyse systématique, pour un patient mineur donné, du nombre de passages et des motifs de venue aux SAU ;
- permettre la création d'un dossier médical partagé accessible par toutes les structures médicales et les personnels médicaux s'occupant d'enfants (SAU, pédiatres libéraux et hospitaliers, médecins généralistes, médecins de PMI et médecins scolaires, etc.) afin que lorsqu'un mineur est hospitalisé ou se présente aux SAU, le service puisse, au moment de sa prise en charge, être immédiatement informé des précédents éventuels. Inciter les assistant(e)s sociaux des SAU à organiser l'évaluation et le repérage de l'enfance en danger en concertation avec les soignants ;
- favoriser les liens et échanges entre ces différentes structures par des partages d'informations sous la responsabilité des services sociaux de ces entités ;
- préconiser la signature de protocoles entre le conseil général, les établissements de santé (SAU notamment) et l'ordre des médecins pour les informations préoccupantes ;
- développer la formation aux problématiques de protection de l'enfance à destination des professionnels des services d'urgence.

2.2. Proposition n° 7 du rapport : faciliter le repérage des enfants en danger au niveau du secteur libéral

2.2.1. Pré-requis

Le constat actuel est qu' alors qu'ils sont en première ligne les médecins exerçant en secteur libéral font peu de signalements ou d'informations préoccupantes [1,2]. Le conseil général a

développé des liens avec certaines structures pédiatriques hospitalières mais très peu avec le secteur libéral. L'isolement professionnel, la crainte de poursuites judiciaires, la méconnaissance des systèmes de la protection de l'enfance constituent entre autres des freins au signalement ou à l'information préoccupante [1].

2.2.2. Proposition

Le rapport propose la nomination d'un médecin référent de la cellule de recueil de l'information préoccupante ou de la PMI auprès des médecins libéraux. L'objectif est de permettre que puissent se développer des liens de travail et un dialogue régulier d'ordre médical entre les professionnels de la santé de l'enfance libéraux et les structures territorialisées du conseil général en matière d'enfance en danger, de sensibiliser les *médecins de famille* à l'intérêt de développer un partenariat avec les acteurs plus spécialisés de la protection des mineurs. Ces liens doivent être proposés et travaillés par le médecin référent (annuaire téléphonique et courriels, points réguliers pluriannuels sur les situations difficiles, réunions de sensibilisation et d'enseignement à l'enfance en danger, etc.). Dans le même temps, le groupe de travail prône un renforcement de la formation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle initiale puis continue, aux problématiques de l'enfance en danger conformément aux exigences légales et réglementaires.

2.2.3. Synthèse de la proposition n° 7

La proposition n° 7 consiste à :

- ajouter à l'article L 2112-1 du Code de la santé publique un alinéa 3 : « Il doit être désigné dans chaque service départemental de protection maternelle et infantile un médecin référent "protection de l'enfance" qui doit établir des liens avec l'ensemble des médecins généralistes et pédiatres du département ainsi qu'avec les médecins de santé scolaire » ;
- préconiser la signature de protocoles entre le conseil général, les établissements de santé et l'ordre des médecins pour les informations préoccupantes et rappeler le contexte réglementaire ;
- recommander un temps médical dans les cellules de recueil des informations préoccupantes pour répondre aux problématiques médicales de l'enfance en danger ;
- développer la formation initiale des médecins aux problématiques de l'enfance en danger dans le cadre de leur formation initiale et de leur formation continue conformément aux exigences légales et réglementaires.

3. Améliorer la protection des nouveau-nés

Le rapport propose de porter une attention particulière à l'égard des nouveau-nés.

3.1. Proposition n° 8 du rapport : prévention du syndrome du bébé secoué

3.1.1. Pré-requis

La prévalence du syndrome du bébé secoué varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an [3-7]. Si l'on rapporte ces résultats au chiffre des naissances en France, on peut estimer que 120 à 240 nourrissons pourraient être concernés chaque année par cette maltraitance. Mais il n'existe pas de données épidémiologiques françaises ; les chiffres publiés sous-estiment certainement la réalité. La méconnaissance du diagnostic fait courir un risque de répétition du secouement (de 2 à 30 fois, 10 fois en moyenne) dans 55 % des cas [8]. Les conséquences d'un secouement sur un très jeune enfant, le plus fréquemment un nourrisson, peuvent être d'une particulière gravité l'exposant à un risque de décès immédiat ou de handicaps. Les séquelles peuvent être de nature comportementale, intellectuelle, physique et sensorielle. La littérature médicale et les campagnes de prévention dans de nombreux pays étrangers ainsi que dans différents départements en France ayant montré leur efficacité dans la prévention de ce geste nous ont amené à proposer un volet préventif du syndrome du bébé secoué [9-11].

3.1.2. Proposition

Le rapport propose trois types de mesures. D'une part, des mesures de prévention à destination de l'ensemble de la population pourraient prendre la forme d'une campagne de prévention au niveau national. L'objectif serait d'améliorer l'information auprès des personnes susceptibles de garder un nourrisson, c'est-à-dire auprès de la quasi-totalité de la population. D'autre part, des mesures de prévention secondaire s'adresseraient à une population cible. Elles consisteraient en une information transmise aux jeunes parents dans les maternités permettant de toucher les « populations à risque théorique » très en amont de l'acte de secouement potentiel. Des plaquettes et affiches d'information devraient être disponibles dans toutes les maternités, centres de PMI, consultations de pédiatrie. Il conviendrait en outre de développer la prévention et la formation auprès des assistants maternels et des assistants familiaux. Enfin, des mesures de prévention tertiaire auraient pour objectif de limiter les conséquences du syndrome du bébé secoué et d'éviter les récurrences dans la population déjà atteinte par ce risque. Ces mesures consisteraient à améliorer les circuits du signalement auprès du parquet et favoriser les échanges professionnels entre le corps médical et les magistrats au travers de réseaux de protection infantile. Sur le plan médical, le dépistage, l'évaluation spécialisée, le diagnostic, la décision de signalement et le suivi des procédures de protection impliquent la mise en place d'un réseau prenant la forme d'un comité interdisciplinaire pour la protection infantile.

3.1.3. Synthèse de la proposition n° 8

La proposition n° 8 consiste à :

- lancer une campagne de prévention au niveau national et par l'insertion de plaquettes dans les carnets de santé pour prévenir le syndrome du bébé secoué ;
- compléter l'article L. 421-14, alinéa 2, du Code de l'action sociale et des familles : « Les assistants maternels doivent suivre une formation sur les causes, les effets et moyens de prévenir le syndrome du bébé secoué. » ;
- améliorer la formation des professionnels de santé, des agents de police, de gendarmerie et des magistrats relative au syndrome du bébé secoué.

3.2. Proposition n° 9 du rapport : créer une nouvelle procédure propre à la mort inattendue du nourrisson

3.2.1. Pré-requis

Selon les données rassemblées dans le rapport, la mortalité avant l'âge d'un an diminue en France mais reste préoccupante [12]. L'analyse des données de mortalité sur les causes médicales de décès, pour cet âge, révèle un pourcentage non négligeable de décès « de causes inconnues ou non déclarées » qui correspondent au codage de certificats de décès sans mention de cause, notamment par non-transmission de l'information à partir des instituts médico-légaux. De plus, le taux très élevé de décès dits accidentels, particulièrement celui des morts par accidents non liés à la circulation pose problème [13-18]. Le rapport cite les recherches menées par le docteur Tursz de l'unité 750 de l'Inserm auprès de services hospitaliers et de parquets qui confirme le sous-enregistrement des homicides dans les statistiques de mortalité, les insuffisances dans les investigations menées (notamment l'autopsie), la sur-représentation des mort inattendues du nourrisson dans les statistiques de mortalité par absence de pratique systématique de l'autopsie, celle-ci révélant très souvent qu'une pathologie est la cause du décès et l'insuffisante qualité de la certification des causes de décès [19-22]. Face à la mort inattendue d'un nourrisson, un protocole d'investigation scientifique ne préjugant pas de la cause du décès doit permettre de distinguer les différentes causes possibles. Chacune d'entre elles a des conséquences bien différentes pour les familles et les fratries présentes et futures. L'enjeu est double : répondre au désarroi de familles endeuillées, dans l'immédiat et lors de naissances ultérieures, et rendre justice à des enfants victimes de violence et protéger leurs frères et sœurs. L'objectif est qu'une autopsie complète soit effectuée systématiquement ainsi que les investigations, pratiquées par le centre de référence régional des morts inattendues de nourrisson, qui permettent de faire la distinction entre les décès liés à une mort subite inexpliquée, ceux secondaires à une pathologie identifiable ou à une cause accidentelle et ceux liés à une maltraitance.

3.2.2. Proposition

Le rapport propose de créer une nouvelle procédure propre à la mort inattendue du nourrisson en ajoutant une nouvelle case sur le certificat de décès « Mort inattendue du nourrisson » qui permettrait d'établir une filière spécifique à ces situations ne présageant pas de leur caractère médico-légal initial. Ce dispositif permettrait que les situations de mort inattendue du nourrisson puissent être prises en charge selon une procédure harmonisée entre les différents intervenants, efficace et homogène sur l'ensemble du territoire national. Toutes les situations doivent être évaluées et prises en charge secondairement au niveau médical et psychologique par le centre de référence régional. Le groupe de travail suggère également d'organiser une collaboration formalisée et étroite entre parquet, médecins légistes et médecins responsables des centres de référence des morts inattendues du nourrisson pour permettre que les explorations médicales et l'autopsie ne soient pas uniquement destinées à faire la différence entre une mort naturelle et une mort accidentelle ou criminelle mais qu'elle permette aussi de porter un diagnostic étiologique en cas de mort naturelle. Ces mesures devraient en outre s'accompagner d'une prise en charge médicale et psychologique systématique des familles endeuillées sur l'ensemble du territoire national par les centres de référence des morts inattendues du nourrisson selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Il faudrait enfin que des statistiques fiables de mortalité soient rendues disponibles, permettant de restituer les morts inattendues à leur véritable niveau parmi l'ensemble des causes de décès chez le nourrisson et d'en comprendre et suivre les différentes causes.

3.2.3. Synthèse de la proposition n° 9

La proposition n° 9 consiste à :

- créer une nouvelle procédure propre à la mort inattendue du nourrisson avec une nouvelle case « Mort inattendue du nourrisson » sur le certificat de décès ;
- organiser une collaboration formalisée et étroite entre parquet, médecins légistes et médecins responsables des centres de référence des morts inattendues du nourrisson pour que l'autopsie ne soit pas seulement destinée à faire la différence entre une mort naturelle et une mort accidentelle ou criminelle mais aussi pour qu'elle permette de porter un diagnostic étiologique en cas de mort naturelle ;
- mettre en place une prise en charge médicale et psychologique systématique des familles endeuillées sur l'ensemble du territoire national par les centres de référence des morts inattendues du nourrisson selon les recommandations de la HAS ;
- rendre disponibles des statistiques fiables de mortalité, permettant de restituer les morts inattendues à leur véritable niveau parmi l'ensemble des causes de décès chez le nourrisson, et plus généralement pour les enfants en bas âge, et d'en comprendre et suivre les différentes causes.

4. Conclusion

La réflexion du groupe de travail chargé par Madame la ministre déléguée à la Famille de faire des propositions relatives à la protection de l'enfance et à l'adoption ne vise pas à remettre globalement en cause des dispositifs qui ont fait l'objet de réformes récentes et qui ont, dans l'ensemble, fait leur preuve. Elle a pour objectif de les améliorer et de remédier aux dysfonctionnements relevés dans de nombreux rapports et études ou observés par les professionnels. Il s'agit d'adapter les dispositions existantes et de renforcer leur efficacité. Au travers de ces quatre propositions parmi les 40 soumises, il nous est apparu que les questions du repérage de l'enfance en danger au niveau des SAU et de la médecine libérale et de la protection des nouveau-nés (prévention du syndrome du bébé secoué, mort inattendue du nourrisson) devaient être soulevées et améliorées. Nous souhaitons ainsi par ce travail les soumettre tout particulièrement à l'attention du monde de la pédiatrie.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann* 2005;34:349-56.
- [2] Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance de la Gironde. Rapport Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance de la Gironde (ODPE). Rapport annuel. Bordeaux; 2011.
- [3] Haute Autorité de santé. Recommandation du syndrome du bébé secoué. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé; 2011. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>.
- [4] Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet* 2000;356:1571-2.
- [5] Christian CW, Block R, Committee on Child Abuse Neglect. et al. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009;123:1409-11.
- [6] Christophe C, Boutemy R, Christiaens F, et al. Apport pronostique de l'IRM cérébrale chez les nourrissons rescapés d'un malaise grave. *J Radiol* 2000;81:25-32.
- [7] Emerson MV, Pieramici DJ, Stoessel KM, et al. Incidence and rate of disappearance of retinal hemorrhage in newborns. *Ophthalmology* 2001;108:36-9.
- [8] Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, et al. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics* 2010;126:546-55.
- [9] Dias MS, Smith K, DeGuehery K, et al. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005;115:e470-7.
- [10] Altman RL, Canter J, Patrick PA, et al. Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma. *Pediatrics* 2011;128:e1164-72.
- [11] Parks SE, Annett JL, Hill HA, et al. Pediatric abusive head trauma: recommended definitions for public health surveillance and research. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2012.
- [12] Inserm. Causes médicales de décès. Résultats définitifs Paris. France. Publication annuelle. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>.
- [13] Haute Autorité de santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé; 2007 Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>.
- [14] Tursz A, Crost M, Gerboun-Rerolle P, et al. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Étude auprès des parquets. Rapport à la mission de recherche droit et justice... Cermes: Ministère de la Justice; 2005. <http://www.gjp-recherche-justice.fr/recherche/rapports-recherche.htm>.
- [15] Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D, et al. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009 - Synthèse. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>.
- [16] Levene S, Bacon CJ. Sudden unexpected death and covert homicide in infancy. *Arch Dis Child* 2004;89:443-7.
- [17] Crume TL, DiGiuseppe C, Byers T, et al. Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics* 2002;110:e18.
- [18] Brenner RA, Overpeck MD, Trumble AC, et al. Deaths attributable to injuries in infants. United States, 1983-1991. *Pediatrics* 1999;103:968-74.
- [19] Tursz A, Crost M, Gerboun-Rerolle P, et al. Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? *Bull Epidemiol Hebd* 2008;3-4:25-8 [Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/BEH>].
- [20] Tursz A, Cook JM. A population-based survey of neonaticides using judicial data. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96:F259-63.
- [21] Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Seuil; 2010.
- [22] Tursz A. Les infanticides en France : peut-on les repérer, les compter, les prévenir ? *Arch Pediatr* 2014;21:343-6.

La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a repris certaines de ces propositions notamment celle concernant l'instauration d'un médecin référent protection de l'enfance au sein du conseil départemental (art L221-3 du Code de l'action sociale et des familles).

En outre, le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 présenté par la ministre Laurence Rossignol en mars 2016 reprend plusieurs propositions du groupe de travail. Il en va ainsi de la mesure 2 visant à favoriser la systématisation des examens post-mortem en cas de mort inattendue des nourrissons qui s'appuie sur l'expérimentation mise en place par le centre hospitalier universitaire (CHU) et le tribunal de grande instance (TGI) de Bordeaux ainsi que la mesure 4 visant à *Identifier par une inspection conjointe les fonctionnements respectifs des différentes institutions concernées, lors de morts violentes d'enfants au sein de la famille*. Peuvent également être citées la mesure 6 en ce qu'elle organise une meilleure prévention du syndrome du bébé secoué, ainsi que la mesure 11 en ce qu'elle vise à désigner un médecin référent en protection de l'enfance dans chaque établissement hospitalier.

II. LES SOINS CONTRAINTS SUR LES PERSONNES DONT LES FACULTES MENTALES SONT ALTEREES

La thématique des soins contraints sur les personnes dont les facultés mentales sont altérées a donné lieu à des études de terrain auprès d'hôpitaux psychiatriques et du tribunal de grande instance de Bordeaux (1), ainsi qu'à des journées d'études (2).

1. ETUDES DE TERRAIN

La recherche a débuté en 2013 par une analyse complète des dispositifs légaux et réglementaires ainsi que des décisions rendues par les juridictions administratives et judiciaires en matière de soins psychiatriques sans consentement. Ce travail préliminaire a permis de synthétiser les différentes problématiques rencontrées lors du prononcé d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement afin de parvenir à l'élaboration de questionnaires destinés aux professionnels intervenants dans la procédure. Au total 16 entretiens ont été menés aussi bien auprès de professionnels du monde médical (1 psychiatre expert, 1 médecin de l'ARS, 3 infirmières, 2 cadres de santé, 2 psychologues), judiciaire (2 avocates, 2 JLD, 1 procureur) ou social (2 assistants de service social). Le compte rendu de ces enquêtes a permis d'apprécier l'adéquation entre les textes encadrant les soins psychiatriques sans consentement et la pratique. Enfin, une étude des ordonnances rendues par quatre juges des libertés et de la détention dans le cadre des contrôles systématiques et facultatif a été menée au tribunal de grande instance de Bordeaux. L'objectif de l'analyse des décisions judiciaires était de collecter des informations relatives aux modalités du contrôle judiciaire concernant les soins psychiatriques sans consentement. 576 ordonnances rendues de janvier à avril 2013 ont été étudiées afin de parvenir à l'élaboration de données relatives à la situation personnelle des patients, au déroulement de la procédure, ainsi qu'à la décision finale concernant leur maintien ou non en soins psychiatriques sans consentement.

Les résultats de cette recherche ont fait l'objet d'une présentation dans le cadre d'un colloque universitaire à Bordeaux et ont été synthétisés dans un article paru en 2015 à la revue Droit et

santé n°66 par Camille Pellicer, doctorante du CERFAPS, qui a mené la recherche et dont le sujet de thèse porte sur *L'acte médical contraint*.



LEH Édition

Revue droit & santé n° 66 > Chroniques
page 544 à 556

Le contrôle des décisions de soins psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention : la pratique bordelaise

Abstract : Abstract? Une étude relative à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement a été menée à Bordeaux afin de s'interroger sur la mise en œuvre des différents dispositifs légaux et réglementaires tant par les juridictions que par les praticiens de la région. L'analyse des ordonnances rendues par des juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux a permis de collecter des informations relatives aux modalités du contrôle judiciaire concernant les soins psychiatriques sans consentement.

Mots-clés : consentement, patient, psychiatrie, troubles mentaux, volonté, soins contraints

Le recueil du consentement du patient est une condition indispensable afin de pouvoir pratiquer un acte portant atteinte à son intégrité physique ¹. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a renforcé cette exigence conformément au principe d'inviolabilité ² du corps humain. Depuis, le législateur n'a eu de cesse de mettre en place des dispositifs spécifiques tendant à assurer la protection de la personne et le respect de sa volonté ³. Si le plus souvent une hospitalisation psychiatrique se fait à la demande du patient, il arrive que des soins psychiatriques lui soient imposés sans son consentement. Ainsi, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a réformé le régime des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ⁴.

Dans le cadre d'un projet soutenu par le conseil régional d'Aquitaine sur le thème « Personne vulnérable et santé », une étude a été menée à Bordeaux relative à la protection des personnes atteintes de troubles mentaux, notamment lorsque celles-ci sont admises en soins psychiatriques sans consentement. L'objectif de cette recherche est de réaliser « une analyse complète des différents dispositifs légaux ou réglementaires et de leur mise en œuvre tant par les juridictions que les praticiens de la région pour apprécier l'adéquation réciproque des textes et de la pratique » ⁵.

Le cadre légal des soins psychiatriques sans consentement. Dès 1838, un encadrement législatif a été mis en place pour les personnes subissant des troubles mentaux rendant impossible le consentement à des soins pourtant nécessaires. La loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838 a organisé les modalités de l'internement tout en imposant à chaque département la construction d'un asile ⁶. Cette loi permettait la privation de liberté des aliénés notamment en cas de trouble à l'ordre public. La préoccupation du législateur en matière de santé publique concernait alors davantage la protection de l'intérêt général que la défense des libertés individuelles ⁷.

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, dite « loi Évin », relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation est venue limiter les restrictions aux droits des personnes hospitalisées sans leur consentement. Elle affirmait que « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement » ⁸. L'hospitalisation libre est le principe et l'hospitalisation sans consentement l'exception ⁹. La loi du 27 juin 1990 distinguait deux modes de prises en charge sans consentement du patient : les soins à la demande d'un tiers et les soins intervenant sur décision du représentant de l'État. Cependant, le législateur de 1990 ne traitait que des soins psychiatriques contraints exécutés dans le cadre d'une hospitalisation sans envisager d'autres modes de prise en charge. Le patient hospitalisé sous contrainte avait la possibilité de saisir le président du tribunal de grande instance qui, statuant en la forme des référés, pouvait ordonner, s'il y avait lieu, la sortie immédiate ¹⁰, mais aucun contrôle judiciaire automatique n'était organisé.

À cet égard, le Conseil constitutionnel s'est prononcé à l'occasion de deux questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) ¹¹ rendues le 26 novembre 2010 ¹² et le 9 juin 2011 ¹³. Dans une décision du 26 novembre 2010 « *Melle Danielle S* », le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution les dispositions de l'article L. 337 du Code de la santé publique au motif qu'en prévoyant qu'une hospitalisation sans consentement (à la demande d'un tiers) pouvait être maintenue au-delà de 15 jours

sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, ce texte méconnaissait les exigences de l'article 66 de la Constitution. Dans la décision du 9 juin 2011, le Conseil constitutionnel saisi de deux questions prioritaires de constitutionnalité a déclaré contraire à la Constitution les articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du Code de la santé publique en ce qu'ils ne prévoyaient pas un contrôle judiciaire suffisant des hospitalisations d'office. Les effets de ces deux décisions étaient renvoyés au 1er août 2011 afin de permettre au législateur d'y remédier.

La réforme issue de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 a eu pour objectif d'opérer une mise en conformité de la loi avec les exigences constitutionnelles en instaurant la mise en place d'un contrôle systématique du juge dans le cadre d'une hospitalisation complète ¹⁴.

La loi du 5 juillet 2011 a ainsi instauré une diversification des formes de prise en charge des patients ¹⁵ faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement. Le patient peut faire l'objet d'une hospitalisation complète mais il peut par ailleurs faire l'objet d'un programme de soins pouvant organiser différentes formes de prise en charge (soins ambulatoires, soins à domicile, hospitalisation à domicile, séjours à temps partiel ou de courte durée à temps complet dans un établissement psychiatrique) ¹⁶. Cet élargissement du champ d'application de la loi aux patients ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation complète s'est traduit par une modification des textes en substituant à la notion « d'hospitalisation contrainte » celle de « soins sans consentement ».

Dans une décision du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel a invalidé deux dispositions relatives à la procédure de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement des personnes ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) ou hospitalisées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ¹⁷. Afin de laisser au législateur le soin de remédier à cette inconstitutionnalité, le Conseil constitutionnel avait alors décidé de reporter la date de l'abrogation au 1er octobre 2013. La loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 est ainsi venue opérer des précisions et des modifications concernant certaines dispositions de la loi de 2011 ¹⁸, en réduisant notamment le délai du contrôle automatique du juge des libertés de 15 à 12 jours.

Les modes d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Une personne peut être admise en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement de santé. Lorsque les troubles mentaux de la personne « rendent impossible son consentement » et si « son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante [...] soit d'une surveillance médicale régulière », des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou d'un programme de soins peuvent lui être imposés ¹⁹.

Le directeur de l'établissement de santé prononce la décision d'admission en soins psychiatriques soit lorsqu'il a été saisi à la demande d'un tiers ou soit lorsqu'en l'absence d'un tiers, il existe un péril imminent pour la santé de la personne.

Selon l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique, le tiers peut être un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci ²⁰.

La loi du 5 juillet 2011 a instauré une nouvelle forme d'admission « en soins psychiatriques en cas de péril imminent » afin de pallier l'absence de tiers ou lorsque les membres de l'entourage du patient refusent de prendre l'initiative de la demande d'admission en soins psychiatriques pourtant nécessaire. L'admission en cas de péril imminent permet au directeur de l'établissement de prononcer l'admission de la personne sans la demande d'un tiers. L'objectif est de permettre une prise en charge des personnes isolées sur le plan social ou familial. Cette disposition a été instaurée afin de remédier à des situations dans lesquelles l'identité du patient ne peut pas être connue et celles dans lesquelles il est impossible de contacter un proche ou un membre de la famille. Deux conditions supplémentaires sont exigées pour mettre en œuvre cette procédure ²¹. Il faut tout d'abord une absence de tiers: cette procédure présente un caractère exceptionnel et n'est applicable que lorsqu'il est impossible de trouver un tiers qui puisse faire la demande. Il faut enfin l'existence d'un péril imminent pour la santé de la personne. Le ministère de la Santé a précisé que la notion de péril imminent correspond à celle retenue par la Haute Autorité de santé en 2005 ²². Une immédiateté du danger pour la vie ou pour la santé du patient doit donc exister ²³.

La décision d'admission à l'origine des soins psychiatriques sans consentement peut également émaner du représentant de l'Etat. Deux conditions cumulatives doivent alors impérativement être remplies selon l'article L. 3213-1-I du Code de la santé publique. Tout d'abord, il est nécessaire de caractériser l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins. En effet, c'est la nécessité des soins en établissement spécialisé qui doit motiver l'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat et non une quelconque sanction privative de liberté. La loi pose comme deuxième condition le fait que ces troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Lorsqu'un patient souffre de troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public c'est l'autorité préfectorale qui peut prononcer une admission en soins contraints. Par ailleurs, des mesures provisoires pourront être prises par le maire et à Paris, par le commissaire de police.

Les contrôles exercés par le juge des libertés et de la détention. Parce que le patient subit une atteinte à sa liberté individuelle dans le cadre de ces soins contraints, la loi prévoit un contrôle de la décision imposant des soins par le juge des libertés et de la détention. La loi du 5 juillet 2011 a eu pour effet d'attribuer au juge judiciaire le contentieux en matière de soins psychiatriques sans consentement mettant ainsi un terme à une répartition des compétences entre les deux ordres de juridiction en fonction de la régularité de la mesure de soins et de son bien-fondé ²⁴. Le juge des libertés et de la détention bénéficie donc désormais d'une compétence exclusive afin de contrôler la mesure de soins contraints ²⁵.

Le juge des libertés et de la détention peut être saisi dans le cadre de deux saisines distinctes, soit aux fins d'examen d'un recours facultatif soit aux fins d'un contrôle de plein droit.

Selon l'article L. 3211-12 du Code de la santé publique, le juge des libertés et de la détention peut être saisi à tout moment aux fins d'ordonner la mainlevée d'une mesure contraignante tant en cas d'une hospitalisation complète que dans le cadre d'un programme de soins. Le contrôle du juge des libertés et de la détention est alors dit « facultatif » puisqu'il interviendra hors délai et sur saisine de la personne faisant l'objet des soins ou de toute autre personne visée expressément dans l'article susvisé. Le législateur prévoit la possibilité pour le juge des libertés et de la détention de se saisir d'office à tout moment pour exercer ce contrôle facultatif.

À ce contrôle facultatif, la loi du 5 juillet 2011 a ajouté un contrôle obligatoire pour toute mesure d'hospitalisation complète devant se poursuivre au-delà de 12 jours afin d'éviter ce que l'on pourrait appeler des « internements abusifs ». Contrairement à l'intervention du juge suite à l'exercice du recours prévu par l'article L. 3211-12, le contrôle de plein droit instauré par la réforme en conséquence des décisions du Conseil constitutionnel ²⁶ s'applique aux seules mesures d'hospitalisation complète puisqu'elles seules portent atteinte à la liberté individuelle du patient. Les mesures associant des soins ambulatoires avec une hospitalisation à temps partiel se trouvent donc exclues de son champ. Le contrôle de plein droit doit intervenir avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission en hospitalisation complète. Ce délai applicable depuis le 1er septembre 2014 est une innovation issue de la réforme du 27 septembre 2013. En effet à l'origine, le législateur de 2011, respectant la décision QPC du 26 novembre 2010 ²⁷ avait prévu un contrôle avant l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de l'admission du patient.

L'article L. 3211-12-1 prévoit que le juge des libertés et de la détention doit être saisi par le directeur de l'établissement (en cas de soins à la demande d'un tiers ou pour péril imminent) ou par le représentant de l'Etat dans le département (en cas de soins à la demande du représentant de l'Etat). Le délai de 12 jours commence à compter de l'admission prononcée soit par le directeur de l'établissement, soit par le représentant de l'Etat ²⁸. Le juge opère un contrôle sur la régularité de la mesure afin de vérifier qu'il n'existe pas dans la procédure une irrégularité qui porterait atteinte aux droits du patient. Le juge des libertés et de la détention va également effectuer un contrôle portant sur la nécessité de la mesure. Il s'interroge alors sur le bien-fondé de la mesure de soins contraints en recherchant si celle-ci présente un caractère adapté, nécessaire et proportionné.

Ce contrôle automatique existe aussi lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue pendant un délai de 6 mois ²⁹. À l'issue de ce délai, le juge des libertés sera de nouveau saisi par le directeur d'établissement ou par le préfet afin de se prononcer sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Présentation du projet de recherche. La recherche « personne vulnérable et santé » a pour objet la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 par les tribunaux. Des enquêtes ont été menées auprès des différents professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement (magistrats, avocats mais aussi médecins et personnels soignants) confrontés à l'application de cette réforme. Une étude des ordonnances rendues par quatre juges des libertés et de la détention de Bordeaux a été menée dans le cadre des contrôles systématiques et facultatifs. L'analyse des décisions judiciaires a permis de collecter des informations relatives aux modalités du contrôle judiciaire concernant les soins psychiatriques sans consentement. Ainsi, 576 ordonnances rendues de janvier à avril 2013 ont été étudiées afin de parvenir à l'élaboration de données relatives à la situation personnelle des patients, au déroulement de la procédure, ainsi qu'à la décision finale concernant leur maintien ou non en soins psychiatriques sans consentement ³⁰. Il est ressorti de cette analyse que le mode d'admission le plus fréquent est celui de l'admission à la demande d'un tiers puisqu'il représente environ 57 % des décisions, contre 39 % pour l'admission à la demande du représentant de l'État. L'admission en cas de péril imminent est beaucoup plus rare puisqu'elle concerne moins de 4 % des ordonnances.

Le contrôle de plein droit opéré par le juge des libertés et de la détention représente environ 96 % des cas de saisine, alors que le contrôle facultatif à la demande du patient ou d'un tiers agissant dans son intérêt représente seulement 4 % des ordonnances.

La présente étude vise, d'une part, à présenter les principales données collectées dans le cadre de cette recherche concernant le déroulement de la procédure juridictionnelle (I) et, d'autre part, à s'interroger sur le sens de la décision du juge des libertés et de la détention relative à la poursuite des soins psychiatriques sans consentement (II).

I – Le déroulement de la procédure juridictionnelle

Cette étude de la pratique bordelaise relative au contrôle judiciaire en matière de soins psychiatriques sans consentement a fait apparaître une particularité concernant la procédure juridictionnelle puisque celle-ci avait anticipé la réforme de 2013 concernant le lieu de l'audience (A). Il conviendra ensuite de s'intéresser au déroulement de l'audience (B).

A – Le lieu de l'audience

La particularité de la procédure juridictionnelle à Bordeaux a été d'être précurseur concernant le lieu de l'audience puisque celle-ci se déroulait déjà à l'hôpital bien avant la réforme du 27 septembre 2013. Initialement, la loi du 5 juillet 2011 prévoyait que le jugement avait lieu au siège du tribunal de grande instance. En cas d'impossibilité, la loi prévoyait deux autres alternatives: l'audience au sein de l'établissement dans une salle dédiée si le juge acceptait de se déplacer ou par visioconférence, le patient restant à l'hôpital et le juge au tribunal ³¹.

Or, de nombreux psychiatres ont relevé la complexité d'un transfert du patient au tribunal ³². Souvent le patient ne présente pas un état mental favorable et il est nécessaire de mobiliser du personnel soignant pour l'accompagner afin de prévenir tout risque. Il a donc été proposé, pour des raisons de sécurité, de faire déplacer les magistrats au sein des établissements psychiatriques. Cette proposition n'a pas été bien accueillie par tous les magistrats qui, pour des raisons de moyens et de temps, mais aussi pour des questions de respect des conditions des audiences, étaient opposés à l'idée de rendre la justice au sein de l'hôpital ³³. Ainsi à Paris, Versailles, Lille et Nantes par exemple, les magistrats ont indiqué qu'ils ne se déplaceraient pas au sein des hôpitaux ³⁴. En revanche à Bordeaux, à La Rochelle ou encore à Nîmes, les juges ont accepté de se déplacer à l'hôpital malgré les obstacles qu'ils ont pu rencontrer ³⁵. Des accords ont été conclus entre le tribunal de grande instance et l'établissement de santé afin d'organiser matériellement la salle d'audience. Au sein de ces établissements de santé, une salle a donc été spécialement aménagée pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public comme l'exige l'article L. 3211-12-2 I al. 3 du Code de la santé publique. Cet aménagement particulier permet de rappeler le rattachement de cette salle d'audience au ministère de la Justice. Une estrade au sein de la salle a été reproduite permettant de placer « le juge au dessus » des autres acteurs de la procédure. Selon un juge des libertés interrogé, il serait peut-être souhaitable de modifier la configuration de la salle en organisant plutôt « une table ronde » afin que le patient ne se sente pas dans une position « d'accusé ». Si en matière correctionnelle, une charge symbolique est nécessaire, en matière de soins contraints, il serait préférable qu'il n'y ait pas « une domination » à travers la mise en place d'une estrade. Il serait opportun de faire une distinction entre deux sortes de justice: la justice sanctionnatrice et la justice protectrice.

Finalement, la pratique bordelaise n'a fait qu'anticiper la loi du 27 septembre 2013 qui a tranché la question du lieu de l'audience en instaurant le principe de l'audience tenue à l'hôpital à compter du 1er septembre 2014 ⁴⁰.

B – Le déroulement de l'audience

L'audition du patient. Selon l'article L. 3211-12-2 al 2 du Code de la santé publique, lors de l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendu par le juge des libertés et de la détention. Ainsi, il est nécessaire que la personne soit mise en mesure d'être entendue avant que le juge statue ⁴¹. L'étude des décisions permet de constater que le patient est présent à l'audience dans 88 % des cas.

Le patient a la possibilité de refuser de comparaître devant le juge des libertés et de la détention ⁴². Cette hypothèse représente 18 % des cas d'absence d'audience. Des membres du personnel soignant ⁴³ ont expliqué qu'en pratique, les patients sont souvent effrayés à l'idée d'être confronté au juge des libertés et de la détention. Ils vivent souvent ce passage devant le juge comme une sanction et pensent avoir fait quelque chose de répréhensible. D'autres patients ont le sentiment que le juge va forcément se ranger du côté de l'avis médical inscrit dans leurs dossiers et pensent que cette procédure n'est pas très utile.

Par ailleurs, une autorité médicale peut estimer que l'état de santé du patient ne lui permet pas d'assister à l'audience. Cette hypothèse représente 82 % des cas d'absence d'audience. Un certificat médical établit alors une impossibilité pour le patient de se présenter à l'audience du fait de son état de santé.

L'assistance obligatoire de l'avocat lors de l'audience. La réforme du 27 septembre 2013 a rendu l'assistance de l'avocat lors de l'audience obligatoire ⁴⁴. La loi du 5 juillet 2011 imposait l'assistance obligatoire de l'avocat uniquement lorsque le patient ne pouvait comparaître à l'audience. Le législateur de 2013 a aussi pris soin de préciser les modalités de désignation de l'avocat : il peut être choisi, commis d'office mais aussi désigné au titre de l'aide juridictionnelle. Il s'agit là d'une mesure importante notamment pour les personnes jugées dans le cas du contrôle obligatoire qui n'ont pas sollicité le recours et ne sont pas nécessairement à même de pouvoir assurer les frais de représentation. En revanche, aucune disposition n'existe quant au délai dans lequel l'avocat doit être désigné ; or, le temps dont il dispose pour prendre connaissance du dossier, rencontrer le patient et se préparer à l'audience est essentiel pour rendre son assistance effective. De ce point de vue, des précisions réglementaires seraient bienvenues pour rendre efficace le caractère obligatoire de l'assistance. En pratique, l'avocat rencontre le patient quelques minutes avant l'audience afin de faire le point avec lui sur sa situation, les conditions de son hospitalisation et sur son souhait concernant la poursuite ou non de la mesure de soins sans consentement. Son rôle est de rapporter la parole du patient qui, du fait de sa pathologie, se trouve dans une situation de vulnérabilité. Ainsi, si le patient émet le souhait de ne pas poursuivre l'hospitalisation contrainte, l'avocat transmettra cette demande au juge. Il vérifie, en outre, la légalité de la procédure afin de soulever le cas échéant un vice.

Si un avis médical motivé relève une impossibilité pour le patient d'être auditionné en raison de son état de santé, la personne est alors représentée par un avocat selon l'article L. 3211-12-2 al 2 du Code de la santé publique. Le nouveau texte issu de la réforme du 27 septembre 2013 exige dans ce cas un avis médical « motivé » et non plus simplement « un avis médical ». Cette nouvelle exigence se révèle être une garantie du droit à la défense puisqu'elle permet de se prémunir contre des situations où des médecins dispenseraient trop aisément des patients d'être présents à l'audience et où leurs droits seraient alors examinés en leur absence. Pour pouvoir représenter le patient lorsque son état de santé ne lui permet pas d'être présent à l'audience, l'avocat se doit de rechercher la volonté du patient. Or une des avocates interrogée dans le cadre de la recherche explique ⁴⁵ que si dans les premiers temps elle se déplaçait à l'hôpital afin de rencontrer le patient qui était hors d'état de se présenter, il est de plus en plus difficile pour des raisons de moyens et de temps d'organiser ces rencontres. Dans cette hypothèse, l'avocat se trouve dans une situation délicate puisqu'il représente un patient qu'il n'a pourtant jamais rencontré. L'avocat n'a alors pas d'autres possibilités que de s'en remettre à la décision du tribunal. Le rôle de l'avocat dans cette situation est alors remis en cause notamment concernant la garantie d'une protection efficace des droits du patient hors d'état de se présenter à l'audience. Les patients placés en soins psychiatriques sans consentement se trouvent souvent dans une situation de vulnérabilité qui nécessite que des arbitrages soient réalisés entre nécessité de soigner et le respect des droits et libertés fondamentaux du patient ⁴⁶. Une intervention législative afin de rendre obligatoire ces rencontres entre le patient hors d'état de se présenter à l'audience et son avocat serait ainsi souhaitable afin de rendre effectif le rôle de l'avocat.

L'appréciation du juge des libertés et de la détention. Les juges des libertés et de la détention participant à la recherche indiquent avoir conscience qu'à l'audience le patient peut modifier son comportement afin d'influencer sur la décision. Pour prendre sa décision, le juge se livre à une appréciation du dernier avis médical présent dans le dossier afin de vérifier qu'il fasse bien le lien entre la pathologie du patient et son impossibilité de sortir de l'établissement de santé. Cependant, le juge des libertés et de la détention se trouve parfois confronté à un décalage entre la description de l'état du patient figurant dans le certificat et le comportement du patient qu'il va constater lors de son audition. Il arrive, par exemple, que l'état du patient à l'audience soit stable alors qu'il est décrit dans le dernier avis médical datant d'une semaine comme perturbé.

Selon un juge des libertés ⁴³, il faudrait peut-être envisager une vigilance plus importante des médecins lors de la rédaction de leurs certificats médicaux. Ils pourraient en effet utilement mentionner si l'état du patient est susceptible de s'améliorer entre le moment où est dressé le certificat médical et le jour de l'audience.

Selon l'article R. 3211-13 du Code de la santé publique, les parties (le patient, son avocat et l'autorité administrative) sont convoquées à l'audience par le greffier. L'article précise que « dans tous les cas, sont également avisés le ministère public et, s'ils ne sont pas parties, le directeur de l'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques ». Le juge des libertés entend les parties ainsi que le ministère public lorsqu'il est partie principale ⁴⁴. Les personnes avisées ont la possibilité de s'exprimer à l'audience si elles le souhaitent. Il découle de l'article R. 3211-15 du Code de la santé publique que les personnes convoquées ou avisées peuvent faire parvenir leurs observations par écrit. Dans cette hypothèse, il en est donné connaissance aux parties lors de l'audience. Il ne pèse donc sur ces personnes aucune obligation de présence lors de l'audience. Il ressort de l'étude qu'en pratique, le ministère public remet un avis écrit au juge des libertés mais ne siège pas à l'audience. Il lui est impossible d'assister à ces audiences par manque de moyens et de temps. Il va donc, après consultation du dossier, rendre un avis motivé préconisant soit le maintien en hospitalisation complète soit la mainlevée avec, si besoin, la mise en place d'un programme de soins. Cette étude fait apparaître que ni le directeur de l'établissement ni aucun représentant de l'établissement hospitalier dans lequel le patient est hospitalisé (médecin, cadre de santé ou autre) n'assistent à ces audiences. Seuls les infirmier(e)s qui accompagnent le patient sont présents, mais ils ne sont jamais consultés par le juge. Selon les membres du personnel soignant ⁴⁵, il serait logique selon eux qu'un psychiatre assiste à ces audiences afin que le juge des libertés puisse obtenir des précisions complémentaires sur l'état du patient si nécessaire. Il arrive en effet que le dernier certificat médical ait été dressé 5 ou 6 jours avant l'audience. Dans ce cas, la description de l'état du patient faite dans le certificat ne reflète pas l'état du patient à l'audience. La présence d'un médecin prenant en charge le patient pourrait alors se révéler utile pour éclairer le juge des libertés. Par ailleurs, le patient n'est que très rarement accompagné puisque la présence d'un tiers à l'audience (famille, ami, conjoint/concubin, tuteur/curateur) s'élève à 11 %, ce qui représente 65 ordonnances sur les 576.

L'étude ayant porté sur des ordonnances rendues en 2013, l'assistance d'un avocat n'était alors pas obligatoire. Il en est ressorti que l'avocat était présent dans environ 65 % des cas. Il était alors, la plupart du temps, commis d'office (94 % des cas). La réforme de 2013 rendant obligatoire la présence d'un avocat est donc une avancée afin de garantir les droits fondamentaux du patient en soins psychiatriques sans consentement.

II – La décision du juge des libertés et de la détention

À travers cette étude des ordonnances rendues par les juges des libertés et de la détention de Bordeaux, une analyse particulière a été consacrée à l'objet de la décision (A) ainsi qu'à sa motivation (B).

A – L'objet de la décision

Sur l'ensemble des décisions analysées, 3 % sont des mainlevées, 78 % prononcent un maintien de la mesure de soins sans consentement, enfin 19 % des décisions sont des ordonnances déclarant la procédure sans objet.

Le prononcé de la mainlevée. Les articles L. 3211-12 III (contrôle facultatif) et L. 3211-12-1 III (contrôle obligatoire) du Code de la santé publique disposent que « le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète ». En pratique, le prononcé d'une mainlevée par le juge des libertés et de la détention est très rare puisqu'il est ressorti de l'étude que seulement 3 % des ordonnances étaient des mainlevées. Parmi les motifs justifiant la

décision de mainlevée ⁴⁶, on retrouve en premier lieu : le fait que le patient adhère à la prise en charge thérapeutique (70,5 %); qu'il a conscience de la nécessité de soins libres (58,8 %); la non-persistance du trouble (11,7 %). L'étude portant sur des décisions rendues avant la réforme du 27 septembre 2013 rendant la présence d'un avocat obligatoire, un avocat était présent dans 60 % des cas de mainlevée.

Lorsqu'il ordonne une mainlevée, deux possibilités s'offrent alors au juge des libertés. Il peut, en premier lieu, prononcer une mainlevée immédiate. Il ressort de la recherche que 30 % des mainlevées sont des mainlevées immédiates. Dans cette hypothèse, le patient ne fait plus l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète et son état ne nécessite pas la mise en place d'un programme de soins. Le patient ne fait alors plus l'objet de soins contraints.

Le juge des libertés peut, en deuxième lieu, prononcer une mainlevée différée dans le temps ⁴⁷. Les mainlevées différées dans le temps représentent 70 % des cas de mainlevée. Dans cette hypothèse, le juge constate au vu des éléments du dossier et par décision motivée que les conditions de l'hospitalisation complète ne sont plus réunies mais que des troubles mentaux existent et nécessitent une surveillance médicale régulière à laquelle la personne n'est pas apte à consentir. Les médecins auront alors un délai de 24 heures afin d'établir un programme de soins et à l'issue de ce délai, la mesure d'hospitalisation complète prendra fin ⁴⁸. La mainlevée différée dans le temps permet d'assurer une continuité des soins notamment lorsque l'état du patient ne justifiant plus une hospitalisation complète nécessite néanmoins la poursuite des soins sous forme ambulatoire. Comme le souligne Yves Broussole, « la décision prise sur ce point par le juge ne revient pas davantage à lui demander d'apprécier l'opportunité de la mise en place d'un programme de soin ambulatoire ou la forme que devrait revêtir celui-ci, ces points échappant nécessairement à ses compétences. La décision a pour unique objet de ménager à l'autorité administrative la possibilité, sous sa responsabilité, de mettre en œuvre le cas échéant, un tel programme avant que ne soit mise à exécution la levée de la mesure d'hospitalisation complète » ⁴⁹.

Le maintien de la mesure de soins contraints. Dans la majorité des cas, le maintien de la mesure de soins contraints est préconisé. En effet, 78 % des patients sont maintenus en hospitalisation sans leur consentement. Les principaux motifs justifiant de contraindre le patient à poursuivre les soins ⁵⁰ sont le plus souvent un état non stabilisé (42,7 %), un état délirant persistant (24,1 %), l'absence totale de conscience des troubles (22,5 %) ou encore la dangerosité du patient pour lui-même ou pour autrui (8,5 %). L'étude révèle qu'un avocat était présent dans 65 % des cas de maintien.

L'expertise. En cas de doute sur le caractère nécessaire, adapté et proportionné de la mesure de soins sans consentement, le juge des libertés peut ordonner à titre exceptionnel une expertise afin d'avoir l'avis complémentaire d'un expert psychiatre, sur l'état du patient. La circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi du 5 juillet 2011 ⁵¹, rappelle que « la loi confère à l'expertise judiciaire une fonction subsidiaire, ou la réserve à des hypothèses spécifiques où elle est considérée, *a priori*, comme nécessaire (catégories de patients présumés dangereux pour lesquels il est envisagé de lever la mesure contraignante) ». Le principe de subsidiarité de l'expertise trouve sa justification dans l'article 147 du Code de procédure civile selon lequel « le juge doit limiter le choix de la mesure à ce qui est suffisant pour la solution du litige, en s'attachant à retenir ce qui est le plus simple et le moins onéreux ». Ainsi, s'il l'estime nécessaire le juge des libertés et de la détention ordonne une expertise ⁵². Selon l'article R. 3211-14 du Code de la santé publique, l'expert désigné ne peut pas exercer dans l'établissement d'accueil du patient faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement. L'expert doit rendre son rapport dans un délai fixé par le juge des libertés et de la détention qui ne peut excéder 12 jours suivant sa désignation ⁵³.

Le recours à l'expertise médicale par le juge des libertés est en pratique exceptionnel. On note en effet que celle-ci n'est ordonnée que dans 5 % des cas. Les juges des libertés participant à la recherche indiquent que les expertises représentent un coût financier important qui rentre dans l'enveloppe globale des frais de justice. Il relève donc d'une logique d'économie et d'appel à la responsabilité du juge de l'ordonner seulement lorsque cela représente une réelle nécessité. Les juges des libertés se heurtent également au faible nombre d'experts. Lorsqu'une expertise est ordonnée, l'expert ne dispose que de quelques jours pour rendre son rapport. En outre, la question du délai incite certains experts à refuser la prise en charge d'une expertise par manque de temps. Si le rapport d'expertise n'est pas rendu dans les délais impartis, la loi impose au juge de statuer et il devra le faire sans le rapport d'expertise qu'il a pourtant ordonné.

Lorsqu'une expertise est rendue, cette dernière ne lie pas le juge qui pourra prendre une décision en contradiction avec l'avis de l'expert. En pratique, les juges des libertés nous ont indiqué suivre le plus souvent l'avis de l'expert, mais il arrive parfois que ce

ne soit pas le cas.

Ordonnances sans objet. Sur l'ensemble des décisions étudiées, 19 % sont des ordonnances déclarant la procédure sans objet. Dans 93 % des cas, l'ordonnance est déclarée sans objet car le patient ne fait plus l'objet d'une hospitalisation complète au moment où le juge se prononce. Il arrive, en effet, que le médecin lève la mesure d'hospitalisation complète alors même que le juge des libertés a déjà été saisi dans le cadre du contrôle automatique. Le juge des libertés et de la détention régulièrement saisi se doit de rendre une ordonnance sans objet. Selon un juge des libertés, si ces ordonnances ne représentent pas une contrainte trop lourde pour les juges, elles représentent néanmoins un travail de mise en forme important pour les greffes. Les autres motifs invoqués lorsqu'une ordonnance est déclarée sans objet sont plus rares et concernent les hypothèses de fugue du patient (moins de 4 %), un défaut de réintégration du fait de la nécessité d'un recours aux forces publiques (moins de 2 %) ou encore le décès du patient (moins de 1 %).

B – La motivation de la décision du juge des libertés et de la détention

Concernant la justification des décisions, 96 % des ordonnances reposent sur un motif de fond. Le juge des libertés et de la détention s'attache en effet à formuler des motivations personnalisées ce qui exclut l'utilisation de formules types. Il reprend les données médicales du patient décrites dans les certificats médicaux afin de caractériser l'opportunité de la mesure de soins contraints ⁵⁴.

Il arrive plus rarement que soit évoqué un motif de procédure puisque cette hypothèse représente moins de 1 % des cas ⁵⁵. La rareté des vices de procédure s'explique par un travail en amont du juge des libertés et de la détention lors de la préparation du dossier. En effet, le juge dispose du dossier avant l'audience et il peut alors anticiper et régulariser les dossiers incomplets. Cependant, si les délais de saisine n'ont pas été respectés, il est impossible pour le juge des libertés de procéder à une régularisation ⁵⁶. Les principaux vices de procédure évoqués sont une violation du principe du contradictoire, une absence de notification des droits au patient ou encore une irrégularité survenant dans la décision d'admission. Sur les 5 ordonnances où était en cause un vice de procédure, un avocat était présent lors de l'audience pour demander la mainlevée. Cependant, le juge ne l'a prononcée que dans seulement 2 ordonnances.

À l'issue des débats, le juge des libertés et de la détention rend sa décision. Elle est rendue publiquement, même lorsque les débats ont été tenus en chambre du conseil ⁵⁷. Le juge doit indiquer le délai d'appel et les modalités permettant d'exercer cette voie de recours. La décision est notifiée aux parties qui n'ont pas comparu en personne dans les meilleurs délais et les tiers sont avisés de la décision par tout moyen ⁵⁸. Dans les 10 jours suivant sa notification, l'ordonnance rendue par le juge des libertés et de la détention est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué ⁵⁹.

¹ Article 16-3 Code civil.

² Article 16-1 du Code civil.

³ Cécile Castaing, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement: quel droit pour quel juge? », *AJDA* 2013, p. 153.

⁴ Sur la loi du 5 juillet 2011 voir not. Yves Broussole, « Les principales dispositions de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », *Les Petites affiches*, 25 octobre 2011 n° 212, p. 5; Cécile Castaing, « Pouvoir administratif versus pouvoir médical? », *AJDA* 2011, p. 2055; Sophie Guigue, « L'organisation des audiences du juge des libertés et de la détention contrôlant les mesures de soins sans consentement », *Revue Droit et Santé* n° 56, p. 767.

⁵ Appel à projet 2012, Présentation du projet en vue d'expertise « Personnes vulnérables et santé », Région Aquitaine.

⁶ Bruno Py, « Le juge des libertés et de la détention et la psychiatrie », in *L'hospitalisation sans consentement* sous la direction de Xavier Cabannes et Michael Benillouche, CEPRISSA, collection « Colloques », p. 142.

⁷ Ibid.

⁸ Ancien article L. 326-3 issu de la loi du 27 juin 1990.

⁹ Ancien article L. 326-1 al 1 CSP issu de la loi du 27 juin 1990.

¹⁰ Ancien article L. 351 CSP issu de la loi du 27 juin 1990.

¹¹ Sur ce point, voir Bernard Poujade, « Les soins sans consentement au gré des questions prioritaires de constitutionnalité » in *L'hospitalisation sans consentement* sous la direction de Xavier Cabannes et Michael Benillouche, CEPRISSA, collection « Colloques », p. 67.

¹² Conseil constitutionnel, 26 novembre 2010, n° 2010-71 QPC, *Melle Danielle S.*

¹³ Conseil constitutionnel, 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC, M. Abdellatif B.; Voir. X. Bioy, « L'hospitalisation pour troubles psychiatriques devant le Conseil constitutionnel », *Revue française de droit constitutionnel*, n° 88, octobre 2011, p. 844-851; J. Hauser, « Hospitalisation sans consentement (suite et non fin) », *RTD civ.* 2001, n° 3, p. 514.

¹⁴ Article L. 3211-12-1 CSP.

¹⁵ Yves Broussole, « Les principales dispositions de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », *Les Petites affiches*, 25 octobre 2011, n° 212, p. 5.

¹⁶ Article L. 3211-2-1 CSP.

¹⁷ Conseil constitutionnel, 20 avril 2012, n° 2012-235 QPC.

¹⁸ Marion Primevert, « Les soins psychiatriques sans consentement: nouvelle réforme. – À propos de la loi du 27 septembre 2013 », *JCP G* 2013 n° 42, 1065.

¹⁹ Article L. 3212-1 CSP.

²⁰ V. sur ce point, François Vialla, « L'hospitalisation à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent », in *L'hospitalisation sans consentement*, sous la direction de Xavier Cabannes et Mikael Benillouche, CEPRISSA, collection « Colloques », p. 21. « Cette exigence de la justification de relations avec le malade a été ajoutée par la loi du 5 juillet 2011 qui a repris in extenso la définition du tiers retenue par le Conseil d'Etat » [dans son arrêt du 3 décembre 2003, *CHS de Caen*, req. n° 24-4867].

²¹ Article L. 3212-1 CSP.

²² Foire aux questions du ministère de la Santé:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Foire_aux_questions_-_reform_e_des_soins_psychiatriques_-_janvier_2013-2.pdf

²³ HAS, Recommandation sur les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, avril 2005 p. 20.

²⁴ V. sur ce point, Aude Farinetti, « L'unification du contentieux des soins psychiatriques sans consentement par la loi du 5 juillet 2011 », *RDSS* 2012, p. 111; Xavier Cabannes, « L'unification du contentieux des décisions d'hospitalisation d'office - Rapide retour sur un dualisme juridictionnel » in *L'hospitalisation sans consentement* sous la direction de Xavier Cabannes et Michael Benillouche, CEPRISSA, collection « Colloques », p. 129.

²⁵ V. sur ce point, Bruno Py, « Le juge des libertés et de la détention et la psychiatrie » in *L'hospitalisation sans consentement* sous la direction de Xavier Cabannes et Michael Benillouche, CEPRISSA, collection « Colloques », p. 141.

²⁶ Conseil constitutionnel, 26 novembre 2010, n° 2010-71 QPC, Melle Danielle S et Conseil constitutionnel, 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC, M. Abdellatif B.

²⁷ Conseil constitutionnel, 26 novembre 2010, n° 2010-71 QPC, *Melle Danielle S.*

²⁸ Article L. 3211-12-1 I 1°.

²⁹ Article L. 3211-12-1 I 3°.

³⁰ L'analyse a donc concerné 576 patients hospitalisés pour moitié dans l'établissement psychiatrique de Cadillac et pour moitié dans l'établissement psychiatrique de Charles Perrens. 65 % des patients sont des hommes, 35 % sont des femmes.

³¹ La loi de septembre 2013 supprime toute possibilité de visioconférence. C'est ici un apport tout à fait essentiel pour la protection des droits des patients. Les critiques relatives à l'atteinte aux droits de la défense dans le cadre d'un jugement par de tels moyens sont connues. Elles sont d'autant plus justifiées dans le cas d'un jugement portant sur les droits de personnes soignées sans leur consentement et donc, on le rappelle, particulièrement vulnérables. V. sur ce point, Sophie Guigue, « L'organisation des audiences du juge des libertés et de la détention contrôlant les mesures de soins sans consentement », *Revue Droit et Santé* n° 56.

³² Extrait d'un entretien réalisé auprès d'un psychiatre bordelais dans le cadre des enquêtes menées pour la recherche « Personne vulnérable et santé ».

³³ APM international, « Les soins psychiatriques sans consentement », www.apmnews.com

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ V. sur ce point, Sophie Guigue, « L'organisation des audiences du juge des libertés et de la détention contrôlant les mesures de soins sans consentement », *Revue Droit et Santé* n° 56; Valérie Dujardin et Éric Péchillon, « Le contrôle systématique des hospitalisations complètes des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement par le juge des libertés et de la détention », *Revue Droit et Santé* n° 62, p. 1612 à 1625.

³⁷ Yves Broussoles, *op. cit.*

³⁸ Yves Broussoles, *ibid.*

³⁹ Entretien avec des infirmiers et infirmières du centre hospitalier de Cadillac dans le cadre du projet « Vulnérabilité et santé » soutenu par le conseil régional d'Aquitaine.

⁴⁰ Article L. 3211-12-2 I al. 2.

⁴¹ Entretien réalisé auprès d'une avocate du barreau de Bordeaux dans le cadre des enquêtes menées pour le projet « Vulnérabilité et santé » soutenu par le conseil régional d'Aquitaine.

⁴² V. sur ce point, *Les grandes décisions du droit médical*, sous la direction de François Vialla, 2e édition, LGDJ, p. 255.

⁴³ Enquête réalisée auprès d'un juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux dans le cadre du projet « Vulnérabilité et santé » soutenu par le conseil régional d'Aquitaine.

⁴⁴ Article R. 3211-15 du Code de la santé publique.

⁴⁵ Entretiens réalisés auprès des infirmiers et infirmières du CH Cadillac.

⁴⁶ Les juges des libertés et de la détention cumulent généralement plusieurs motifs afin de justifier leur décision.

⁴⁷ Articles L. 3211-12 III et L. 3211-12-1 III Code de la santé publique.

⁴⁸ Articles L. 3211-12 III et L. 3211-12-1 III Code de la santé publique.

⁴⁹ Yves Broussole, *op. cit.*

⁵⁰ Les juges des libertés et de la détention cumulent généralement les différents motifs pour justifier leur décision.

⁵¹ Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques, BOMJL n° 2011-07 du 29 juillet 2011.

⁵² Article R. 3211-14 Code de la santé publique.

⁵³ Article R. 3211-14 Code de la santé publique.

⁵⁴ Entretiens réalisés auprès des juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux dans le cadre du projet de recherche « Vulnérabilité et santé » soutenu par le conseil régional d'Aquitaine.

⁵⁵ Seulement 5 ordonnances sur les 576 reposent sur des motifs de procédure.

⁵⁶ Entretiens réalisés auprès des juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux dans le cadre du projet de recherche « Personnes vulnérables et santé » soutenu par le conseil régional d'Aquitaine.

⁵⁷ Article L. 3211-12-2 du Code de la santé publique.

⁵⁸ Article R. 3211-16 du Code de la santé publique.

⁵⁹ Article R. 3211-18 du Code de la santé publique.

Camille PELLICER

2. JOURNEES D'ETUDES

a. LA PROTECTION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

La recherche auprès des hôpitaux psychiatriques et du tribunal de grande instance de Bordeaux a donné lieu à une journée d'études rassemblant les différents professionnels qu'elle a impliqués et qui a permis la diffusion de ses résultats. Les débats ont permis aux différents professionnels concernés, provenant de milieux différents, de se rencontrer et de discuter des points susceptibles de faire difficulté lors de la mise en œuvre des textes relatifs aux soins contraints sur les personnes dont les facultés mentales sont altérées. Le colloque a été organisé par deux des unités de recherche porteurs du projet *Personnes vulnérables et santé* : le CERFAPS et l'Institut Léon Duguit.

8 h 30 Accueil des participants	L'OBJET DE LA PROTECTION Président de séance : Michel Laforcade , directeur général de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine.	
8 h 45 Propos liminaire › Laurent Bloch, maître de conférences - HDR en droit privé, CERFAP, directeur de l'Institut de droit de la santé, université de Bordeaux › Cécile Castaing, maître de conférences-HDR en droit public, université de Bordeaux	9 h 40 Le droit d'accès aux soins psychiatriques › L'accessibilité territoriale par la sectorisation, Franc-Gilbert Banquey, président de la Chambre régionale des comptes d'Aquitaine et Poitou-Charentes › L'accessibilité sociale, Isabelle Poirot-Mazères, professeur, Université Toulouse 1-Capitole, co-directrice de l'Institut Maurice Hauriou	10 h 40 Les droits et les devoirs des centres hospitaliers spécialisés › Le point de vue d'un directeur de centres hospitaliers spécialisés, Jacques Laffore, directeur du Centre hospitalier de Cadillac › Le point de vue du juge administratif, David Katz, conseiller à la Cour administrative d'appel de Bordeaux
9 heures Qu'est-ce qu'une personne atteinte de troubles mentaux ? › L'identification médicale des symptômes des « troubles mentaux », Patrick Le Bihan, praticien hospitalier, psychiatre, Pôle Unité pour malades difficiles, Centre hospitalier de Cadillac › Une catégorie juridique ?, Didier Truchet, professeur, Université Paris II Panthéon-Assas	10 h 20 Pause	11 h 20 Discussion avec la salle
		12 heures Pause déjeuner

LES ACTEURS DE LA PROTECTION

Président de séance : **Guy Lefrand**, ancien Député de l'Eure, rapporteur du projet de loi.

13 h 30

La protection des libertés personnelles par le juge européen

› **Jean-François Brisson**, professeur, université de Bordeaux

13 h 50

L'irresponsabilité pénale de la personne atteinte de troubles mentaux

› **Camille de Jacobet de Nombel**, maître de conférences en droit privé, université de Bordeaux

› **Jean-Pierre Bouchard**, psychologue des hôpitaux, docteur en psychopathologie, docteur en droit, diplômé en criminologie appliquée à l'expertise mentale, Pôle Unité pour malades difficiles, Centre hospitalier de Cadillac

14 h 30

La protection de la liberté individuelle par le juge des libertés et de la détention

› **14 h 30**

Les exemples étrangers

- La Belgique, **Alexandra Tasiaux**, assistante, Centre vulnérabilités et sociétés, Université de Namur, avocate au Barreau de Namur
- L'Espagne, **Montserrat Pereña Vicente**, professeur, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

› **15 h 30**

Étude et pratique des ordonnances du juge des libertés et de la détention du TGI de Bordeaux, **Camille Pellicer**, doctorante, CERFAP, université de Bordeaux

› **15 h 50**

Table ronde, animée par **Adeline Gouttenoire**, professeur, directrice du CERFAP, université de Bordeaux

- **Hélène Mornet**, juge des libertés et de la détention, TGI de Bordeaux
- **Anne-Marie Laprie**, procureure de la République au TGI de Bordeaux
- **Nathalie Dos Anjos**, avocate au Barreau de Bordeaux
- **Paul Bonnan**, psychiatre des hôpitaux, chef de service honoraire, expert près la Cour d'appel de Bordeaux

16 h 50

Conclusion générale

› **Louis Dubouis**, professeur émérite, Aix-Marseille Université

b. LA PRISE EN COMPTE DE LA VOLONTE DU PATIENT VULNERABLE

L'organisation du colloque *La prise en compte de la volonté du patient vulnérable* par le CERFAPS et l'Institut Léon Duguit a constitué le lancement du projet *Personnes vulnérables et santé*.

Matinée

9h-12h

Le patient vulnérable placé sous un régime de protection

Sous la présidence de Jean-Marie Plazy, professeur à l'Université Montesquieu – Bordeaux IV.

9h Les majeurs protégés

Jean Hauser,

professeur émérite de l'Université Montesquieu - Bordeaux IV.

Hélène Mornet,

vice-présidente chargée, au sein du service des affaires familiales du TGI de Bordeaux, des tutelles mineurs.

Jacqueline Jean,

mandataire judiciaire à la protection des majeurs, présidente de l'Affect.

10h15 Pause

10h30 Les mineurs

Adeline Gouttenoire,

professeur à l'Université Montesquieu - Bordeaux IV, directrice du Cerfap et de l'IDM.

Cécile Vérité,

pédiatre onco-hématologue, Unité d'onco-hématologie pédiatrique de l'Hôpital des enfants de Bordeaux.

Hélène Mornet,

vice-présidente chargée, au sein du service des affaires familiales du TGI de Bordeaux, des tutelles mineurs



Après-midi

13h30-16h30

Les patients vulnérables sans prise en charge

Sous la présidence d'Igor Galpérine, secrétaire général du Comité de protection des personnes du sud-ouest, outre-mer III

13h30 Grand âge et fin de vie

Laurent Bloch,

maître de conférences à l'Université Montesquieu - Bordeaux IV, membre du Cerfap, co-directeur de l'Institut du droit de la santé (IDS).

Table ronde

en présence de

Benoît Burucoa,

responsable de l'Unité de soins palliatifs, groupe hospitalier Saint-André

Muriel Rainfray,

professeur, chef du pôle de gériatrie clinique, CHU Bordeaux

Julien Dubois,

directeur d'EHPAD,

Olivier Dahan,

onco-radiothérapeute, président du Comité de lutte contre la douleur, référent en soins palliatifs de la Clinique Bordeaux Nord.

14h50 Les troubles psychiatriques

Cécile Castaing,

maître de conférences à l'Université Montesquieu - Bordeaux IV, membre du Cerdare, responsable du master 2 droit de la santé.

Patrick Le Bihan,

praticien hospitalier, psychiatre, pôle Unité pour malades difficiles, CHS Cadillac.

15h30 Les détenus

Cécile Castaing,

maître de conférences à l'Université Montesquieu - Bordeaux IV, membre du Cerdare, responsable du master 2 droit de la santé.

Régis Bedry,

responsable du pôle Unité hospitalière sécurité inter régionale (UHSI).

III. SANTE DES DETENUS

1. RECHERCHE SUR LE TERRAIN

Dans le cadre de la convention de recherche *Personnes vulnérables et santé*, Lydie Besombes doctorante au CERFAPS a mené du 1^{er} mars 2015 au 16 septembre 2016, sous la direction d'Adeline Gouttenoire et de Sophie Gromb-Monnoyeur, une recherche sur la santé en prison.

Elle a eu pour objectif de mesurer l'effectivité de l'accès aux soins des patients-détenus à travers une étude concrète de la prise en charge en soin somatique des patients détenus en Aquitaine. Il s'agissait dès lors d'étudier la mise en œuvre des droits des patients-détenus (consentement à l'acte, choix du médecin, respect du secret médical, de la vie privée, droit à l'information, la liberté sexuelle, etc...) ainsi que la mise en œuvre de la suspension ou l'aménagement de peine pour raison médicale.

Outre une recherche de la littérature et de la jurisprudence relative au sujet, la recherche a pris la forme d'une enquête de terrain minutieuse au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan et de l'unité hospitalière de sécurité inter-régionale de Bordeaux. Concrètement, différents entretiens ont notamment été organisés avec des professionnels appartenant aux services pénitentiaires ou hospitaliers et des patients-détenus. À titre d'exemple, pour les deux lieux de privation de liberté, Lydie Besombes a établi un questionnaire et a pu échanger avec une trentaine de patients-détenus sélectionnés de manière aléatoire parmi les détenus incarcérés depuis plus de trois mois et bénéficiant d'une prescription médicale (quinze patients-détenus) ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation (quinze patients-détenus).

Ces travaux de recherche vont donner lieu, en sus des communications orales lors de la tenue de deux colloques (*Sexe et Droit* et *Prison et Santé*), à la rédaction d'un rapport détaillé, en cours d'élaboration, qui permettra une diffusion des très nombreux et riches apports de la recherche menée. Il sera en effet transmis à l'ensemble des acteurs médicaux, pénitentiaires concernées par la problématique.

2. COLLOQUE PRISON ET SANTE

Cette manifestation a été l'occasion de présenter les travaux issus d'une enquête de terrain dont la masse salariale²⁴ a été financée exclusivement sur les fonds de la convention régionale. Ces résultats ont été particulièrement contenus dans l'intervention de Lydie Besombes (cf. *supra*).

a. PROGRAMME

²⁴ Au bénéfice de Mme Lydie Besombes.

Matinée

Sous la présidence de

Philippe Danne, chef du département des politiques d'insertion, de probation et de prévention de la récidive, Direction interrégionale des services pénitentiaires Aquitaine, Poitou-Charentes, Limousin

9h Propos introductifs

Adeline Gouttenoire, professeur, faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux, directrice du CERFAPS

Sophie Gromb-Monnoyeur, professeur de médecine légale et droit médical, université de Bordeaux, chef du pôle médico-judiciaire, médecine légale et pénitentiaire, CERFAPS

Le parcours de soins en milieu carcéral

9h15 La médecine générale

Gildas Le Port, praticien hospitalier

9h45 Les soins psychiques

Yves Coignoux, psychiatre des hôpitaux à l'unité sanitaire (niveau 1) du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan

10h15 Pause

10h30 Les soins infirmiers

Dominique Deyris, cadre de santé à l'unité sanitaire (niveau 1) du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan

11h Les contraintes sécuritaires dans le parcours de soins

André Varignon, directeur du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, ancien directeur du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan

11h30 L'effectivité de la prise en charge médicale

Lydie Besombes, docteur en droit, département des sciences humaines et sociales de l'université de Bordeaux, CERFAPS

12h Déjeuner libre



Après-midi

Sous la présidence de

Laurent Bloch, maître de conférences, faculté de droit et science politique de l'université de Bordeaux, co-directeur du master 2 droit de la santé, CERFAPS

La fin de vie en milieu carcéral

14h La fin de vie et les soins palliatifs

Estelle Sudre, praticien hospitalier, unité hospitalière sécurisée interrégionale de Bordeaux

14h30 Les suspensions de détention provisoire et de peine pour raisons médicales

Pascal Faucher, vice-président chargé de l'application des peines, tribunal de grande instance de Bordeaux

Les droits du patient détenu

15h Le contrôle non juridictionnel des droits du patient détenu

Adeline Hazan, contrôleure générale des lieux de privation de liberté

15h30 Le secret médical et professionnel en milieu pénitentiaire

Régis Bédry, praticien hospitalier, responsable de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale de Bordeaux

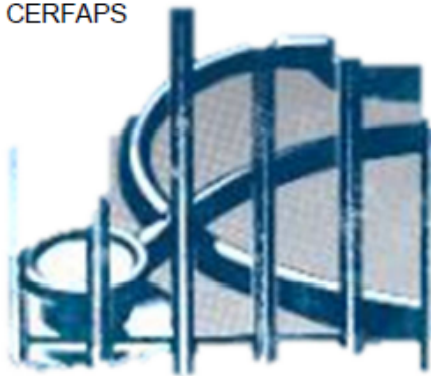
16h Le consentement aux soins

Sophie Gromb-Monnoyeur, professeur de médecine légale et droit médical, université de Bordeaux, chef du pôle médico-judiciaire, médecine légale et pénitentiaire, CERFAPS

16h30 L'effectivité des droits

Lydie Besombes, docteur en droit, département des sciences humaines et sociales de l'université de Bordeaux, CERFAPS

17h Clôture des débats



b. EFFECTIVITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EN MILIEU CARCERAL ET EFFECTIVITE DES DROITS DU PATIENT DETENU

Interventions de Lydie Besombes :

Ces propos s'inscrivent dans des travaux de recherches, débuté le 1^{er} mars 2015 et qui ont débouché sur des recherches doctrinales, jurisprudentielles ainsi que des enquêtes de terrain auprès de professionnels de santé, de l'administration pénitentiaire et de patients-détenus du centre pénitentiaire de Mont de Marsan, de celui de Bordeaux-Gradignan et de l'Unité hospitalière de sécurité inter-régionale (UHSI) de Bordeaux. Les résultats de ces travaux de recherches vont donner lieu à la rédaction d'un article et d'un rapport qui seront publiés dans les prochains mois.

De prime abord, la prison semble s'opposer à l'idée d'un accès aux soins identique à celui offert en milieu libre. En effet, le monde carcéral va à l'encontre d'un état de complet bien-être physique et psychique puisque le patient-détenu se trouve être la plupart du temps dans une situation de « mal être » social et mental causé par l'isolement. Toutefois, la prise en charge des patients-détenus est intégrée au droit commun de la santé²⁵, ce qui signifie qu'ils bénéficient en théorie de toutes les dispositions en faveur des droits fondamentaux des patients. Ceci amène donc à s'interroger sur l'effectivité de la prise en charge médicale (I) et des droits (II) des patients-détenus en milieu carcéral.

I – L'effectivité de la prise en charge médical des patients-détenus en milieu carcéral

Conformément à la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale²⁶, le patient-détenu bénéficie d'un droit à un accès à la santé en milieu carcéral. Cela englobe, *a priori*, tant l'accès aux professionnels de santé et aux soins spécialisés (A) que l'accès aux médicaments et aux matériels paramédicaux (B).

A - L'effectivité de l'accès aux professionnels de santé et aux soins spécialisés du patient-détenu en milieu carcéral

L'administration pénitentiaire tente de concilier les besoins de santé des patients-détenus avec les considérations sécuritaires qui sont inhérentes au monde carcéral. Dès lors, l'accès aux professionnels de santé (1) peut être indirect et l'accès aux soins spécialisés (2) restreints.

1 : L'accès aux professionnels de santé

Aux termes de l'article 57-8-1 du Code de procédure pénale, les professionnels de santé assurent les consultations à caractères médicaux nécessaires à la prise en charge du patient-détenu « à la suite de demandes formulées par la personne détenue ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue ».

Mais à l'exception de l'UHSI, le détenu, privé de sa liberté d'aller et venir, ne peut pas

²⁵ Article 46, loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009, page 20192.

²⁶ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n°15 du 19 janvier 1994, page 960.

entrer en contact directement avec un professionnel de santé. Afin d'obtenir un rendez-vous médical, le patient-détenu doit en principe faire une demande écrite²⁷ à l'unité sanitaire sous pli fermé. Les unités sanitaires de Mont de Marsan et Gradignan ont mis en place un système de « bon » à remplir par les patients-détenus et à déposer dans des boîtes aux lettres prévues à cet effet, « directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention et dont seuls les personnels soignants détiennent la clef »²⁸. Le courrier est ensuite ramassé par le personnel soignant qui le ramène à l'unité sanitaire pour qu'il soit traité et qu'un rendez-vous médical puisse être proposé au patient-détenu dans les meilleurs délais. Les patients-détenus sont avertis par un nouveau bon émanant de l'unité sanitaire ou par un appel de l'administration pénitentiaire. La forme écrite présente l'avantage de garantir en principe le secret médical qui entoure la raison de la consultation, mais elle peut avoir un effet pervers pour les patients-détenus illettrés, analphabètes ou pour les étrangers.

Si une telle situation se présente, le patient-détenu ne bénéficie pas d'un substitut à la pratique de l'écrit. Dès lors, soit cela va poser un problème de confidentialité des soins puisque les patients-détenus que j'ai rencontré m'ont indiqué qu'il s'adressait à un surveillant pénitentiaire ou à un co-détenu (certains contre rémunération) pour les aider à rédiger la demande de rendez-vous médical ; soit elle peut s'avérer dissuasive et certains m'ont précisé qu'il refusé de se faire soigner. Plus encore, la pratique de la forme écrite peut avoir pour effet de rallonger le délai de prise en charge médicale, puisqu'il s'espace un certain temps entre la rédaction du « bon » et la proposition de rendez-vous. Certains patients-détenus estiment que le délai moyen d'un rendez-vous est de 48 heures, quand d'autres le situe à 96 heures. Il est à noter que les patients-détenus de Bordeaux-Gradignan n'ont pas rendez-vous à un horaire fixe mais dans une plage horaire (un surveillant va les appeler durant cette plage horaire). Ce qui implique que les patients-détenus ne peuvent pas quitter leurs cellules pour aller travailler, se rendre au parloir ou en promenade car ils ne sont appelés qu'en cellule. S'ils décident malgré tout de la quitter, le rendez-vous sera annulé.

À côté de la gestion médicale normale, il convient de s'intéresser à la gestion de l'urgence médicale :

Si la l'urgence médicale intervient la journée, les patients-détenus m'ont indiqué s'adresser par voie orale au surveillant pénitentiaire de son étage, de la promenade... pour obtenir un rendez-vous médical en urgence. Le personnel surveillant va apprécier la demande et décider d'en référer ou non au surveillant de l'unité sanitaire. On voit bien que le personnel surveillant va jouer une mission centrale et décisive puisqu'il va déterminer si le patient-détenu bénéficiera ou non d'une consultation médicale alors même qu'il n'a aucune notion médicale.

Si l'urgence intervient le soir, la situation est plus critique car l'unité sanitaire est fermée, le personnel surveillant est moins nombreux, l'ensemble des cellules ne sont pas équipées d'un système d'appel. Les patients-détenus m'ont indiqué avoir recours au système de la « feuille blanche » pour indiquer au surveillant qui va faire sa ronde qu'il y a un problème de la cellule, aux cris des co-détenus pour avertir le surveillant effectuant la ronde ou celui dans le mirador ou utiliser un téléphone portable pour prévenir les secours. Mais, une fois un surveillant avertit, ce dernier ne dispose pas toujours des clés, il faut qu'il évalue la

²⁷ Ministère de la justice, Guide droits et devoirs de la personne détenue, janvier 2009, page 42.

²⁸ Guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, 30 octobre 2012, page 52.

situation, qu'il prévienne les secours, qu'il prévienne sa hiérarchie, que les secours passent les obstacles sécuritaires pour se rendre dans la cellule. Il peut donc s'espacer un long moment avant la prise en charge effective du patient-détenu. À titre d'exemple, le centre pénitentiaire de Gradignan a mis en place un trombinoscope de l'ensemble des pompiers de Bordeaux-Métropole afin de réduire le temps passé aux portiques de sécurités. Il y a également la mise en place d'une formation au premier secours à destination des patients-détenus sous la forme d'un atelier. Toutefois, le nombre de place est limité à trente.

De même, s'il peut être compliqué pour les acteurs de santé d'entrer dans l'établissement pénitentiaire, il peut être compliqué d'en sortir. En principe, l'administration pénitentiaire est tenue « d'accomplir toutes diligences pour que les décisions médicales impliquant le déplacement des détenus vers un établissement de santé soient exécutés, le cas échéant avec la célérité qu'elles requièrent »²⁹ pour organiser l'extraction médicale de personnes détenues. Mais, parfois certaines extractions médicales ont pu être annulées, faute d'escorte notamment l'été lorsque l'administration pénitentiaire est encore plus en sous-effectifs.

2 : L'accès aux soins spécialisés

Au sein du milieu carcéral, les patients détenus souffrent des mêmes difficultés que l'ensemble des usagers. Les unités sanitaires de Mont de Marsan et de Gradignan n'échappent pas à ce constat puisque le patient-détenu peut attendre plusieurs mois pour avoir une consultation avec un ophtalmologue ou un dermatologue. Le délai est plus court pour obtenir un rendez-vous avec un dentiste ou un kinésithérapeute.

Mais, le patient-détenu peut se voir restreindre le nombre hebdomadaire de consultation avec le spécialiste. Ainsi, par exemple, un patient-détenu ayant besoin d'une rééducation fonctionnelle avec un kinésithérapeute ne peut pas avoir plus d'une séance par semaine compte tenu du manque de personnel et de la demande croissante de la population carcérale. Or, en milieu libre, le patient aurait pu bénéficier de deux à trois séances par semaine pour mener à bien la rééducation fonctionnelle. Plus encore, les contraintes sécuritaires ou financières peuvent avoir une influence néfaste sur la rééducation optimale de leur état de santé puisque le matériel présent dans les établissements pénitentiaires est plus que sommaire.

Ce manque de soins de réduction dispensés en milieu carcéral n'est pas à l'abri de la censure de la Cour européenne des droits de l'homme. En effet, dans un arrêt en date du 19 février 2015, *Helhal c/ France*, la France a été condamnée pour un manque de soins apportés à un patient-détenu lourdement handicapé. Ainsi, « s'agissant de la qualité des soins, la Cour estime que les autorités nationales n'ont pas fait tout ce qu'on pouvait exiger d'elles pour offrir à M. Helhal la rééducation dont il avait besoin. En particulier, M. Helhal n'a pas pu bénéficier de séance de kinésithérapie de 2009 à 2012 et bénéficie seulement d'une courte séance hebdomadaire depuis 2012 »³⁰. Plus encore, « la Cour observe que si la responsabilité d'assurer la présence d'un kinésithérapeute au sein de cette prison relève d'une administration différente de l'administration pénitentiaire, cela ne peut justifier un tel délai d'inertie et n'exonère en tout état de cause pas l'État de ses obligations à l'égard du requérant »³¹.

Parmi les patients-détenus que j'ai pu rencontrer, la perception de l'accès aux soins n'a pas été la même. J'ai pu ainsi observer un sentiment de soins à deux vitesses :

²⁹ CAA Nancy, 3 décembre 2009, n° 08NCO1370.

³⁰ Communiqué de presse du greffier de la CEDH, 19 février 2015.

³¹ CEDH, 19 février 2015, *Helhal contre France*, requête n° 10401/12, § 58.

- Si le patient-détenu avait un niveau social favorisé, il estime que l'accès aux soins n'est pas semblable aux autres usagers du système de santé car il est par exemple plus lent.

- *A contrario*, si le patient-détenu avait un niveau social défavorisé, il considère que l'accès aux soins est meilleur. En effet, en milieu libre, il ne consultait pas de médecin ou ne se rendait pas chez le dentiste.

Après l'effectivité de l'accès aux professionnels de santé et aux soins spécialisés, il convient de s'intéresser à celle de l'accès aux médicaments et aux matériels paramédicaux en milieu carcéral.

B – L'effectivité de l'accès aux médicaments et aux matériels paramédicaux du patient-détenu en milieu carcéral

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 garantit un accès aux soins de même qualité à tous les usagers de la santé. Ainsi, les patients-détenus, au même titre que l'ensemble des patients, doivent pouvoir avoir accès à l'ensemble des médicaments (1) ou aux matériels paramédicaux (2).

1 – L'accès aux médicaments

Les médicaments sont prescrits par les médecins généralistes de l'Unité sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire, de l'UHSI ou lors des hospitalisations dans les hôpitaux de proximité. À ce titre, nous pouvons faire deux observations :

La continuité des médicaments peut être mise à mal entre le milieu libre et le milieu carcéral. En effet, le médecin peut décider de poser un nouveau diagnostic médical avant de prescrire un médicament, et ce même si la patient-détenu produit une ordonnance médicale mentionnant précisément ledit médicament. De même le patient-détenu pourra ne pas avoir accès à un médicament dit de confort ou avoir accès à un équivalent et non à celui qu'il avait l'habitude de prendre en milieu libre.

Le mode de distribution des médicaments est variable d'une unité sanitaire à une autre ou au sein de l'UHSI. Il apparaît qu'il fait l'objet d'un accord entre les différents acteurs de santé et l'administration pénitentiaire³². Par exemple, au sein de l'unité sanitaire de Mont de Marsan, chaque jour à un horaire de distribution est organisée la remise en main propre d'un pilulier au patient-détenu du bâtiment « respecto » et ce, en présence d'une infirmière et d'un surveillant. Et les patients-détenus viennent eux-mêmes récupérer leurs médicaments pour les 24 heures à venir. Même si la plupart des patients-détenus rencontrés regrettent ce manque de confidentialité, ils reconnaissent qu'ils n'ont pas accès visuellement au produit délivré puisqu'il est dans un emballage Kraft. Ce qui n'est pas le cas au sein de l'unité sanitaire de Gradignan. En effet, pour éviter tout rassemblement autour du chariot de médicament puisque les portes des cellules sont verrouillées, une infirmière se déplace avec un surveillant, conformément au guide méthodologique de 2012, dans les cellules pour distribuer la dose quotidienne des médicaments. Mais, les médicaments prescrits avec l'indication de la posologie sont visibles à travers le pilulier, ce qui dérange fortement certains patients-détenus. Plus encore, le mode de distribution peut également varier selon la nature du médicament. En effet, en ce qui concerne les médicaments de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés, la tendance est au contrôle de la prescription et de la prise du médicament dans la mesure où ces produits peuvent faire l'objet d'un trafic interne

³² Guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, 30 octobre 2012, page 108.

dans l'établissement pénitentiaire. Ainsi, par exemple, à l'unité sanitaire de Mont de Marsan, les patients-détenus dépendants se rendent chaque matin dans le bureau des infirmières de l'unité sanitaire pour prendre sous la surveillance du personnel soignant le traitement de substitution aux opiacés. Enfin, le mode de distribution du médicament peut être lié au tempérament du patient-détenu. Dès lors, si les professionnels de santé ont décelé chez le patient-détenu des tendances suicidaires, le médicament sera délivré sous la surveillance du personnel soignant.

Ainsi, les patients-détenus ne bénéficient pas du même accès aux médicaments qu'en milieu libre.

2 – L'accès au matériel paramédical

L'accès au matériel paramédical, qualifié de prothèse ou d'appareillage, n'est pas uniforme pour plusieurs raisons :

L'accès au matériel paramédical peut être restreint par des contraintes inhérentes au milieu carcéral. Aux termes de l'article D 273 du Code de procédure pénale, « sauf décision individuelle du chef d'établissement motivée par des raisons d'ordre et de sécurité, un détenu peut garder à sa disposition, selon les modalités prescrites par les médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, des médicaments, matériels et appareillages médicaux ».

Ainsi, en pratique à Gradignan et à Mont de Marsan, l'accès au matériel pouvant être prescrit par un médecin généraliste (béquilles, inhalateur, appareil contrôlant la glycémie) ne pose guère de difficultés selon les patients-détenus rencontrés puisqu'ils y ont la plupart du temps aisément accès (sauf pour l'appareil de l'apnée du sommeil). Par contre, la donne est sensiblement différente, selon eux, lorsque ledit appareillage doit faire l'objet d'une prescription par un spécialiste (appareil dentaire, lunettes...).

Il est à noter que l'administration pénitentiaire a déjà été condamnée par le juge administratif d'Orléans, dans une décision du 4 octobre 2007³³, pour avoir refusé à un patient-détenu l'accès dans sa cellule à un appareil de rééducation fonctionnelle, un « mini-bike », et ce malgré la prescription médicale émanant d'un médecin de l'unité sanitaire. Dans cette espèce, le juge administratif a estimé que le refus, n'étant pas motivé par des raisons d'ordre et de sécurité, il est entaché d'une erreur de droit.

L'accès au matériel paramédical peut être restreint par des contraintes de financement. En effet, les appareils apparaissant sur la liste agréée de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie sous réserve de l'absence de dépassement ou de sa figuration sur la liste type des établissements hospitaliers. Ainsi, par exemple, la couverture maladie universelle complémentaire ne prend en charge les dépassements non-couverts par l'assurance maladie que dans les limites fixées par arrêté selon le type d'appareillage. A titre d'exemple, le taux de remboursement est de 60% pour les prothèses auditives. Toutefois la CMUC ne prendra en charge les 40% restants qu'à hauteur de 500,29 € pour une prothèse ou de 1 000,58 € pour deux prothèses lorsqu'un appareillage stéréophonique a été prescrit³⁴.

L'accès au matériel paramédical peut être restreint par la difficulté de faire entrer au sein des établissements pénitentiaires des spécialistes chargés d'installer ou de régler les appareils nécessaires aux patients-détenus. À titre d'exemple, les patients-détenus se plaignent que l'opticien ne se déplace en détention pour ajuster les lunettes commandés.

³³ TA Orléans, 4 octobre 2007, n° 070001.

³⁴ Arrêté du 21 mai 2014 relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des prothèses auditives applicables aux bénéficiaires de la couverture complémentaire en matière de santé.

Après l'effectivité de la prise en charge médicale des patients-détenus, il convient de s'intéresser à celle de leurs droits.

II – L'effectivité des droits des patients-détenus en milieu carcéral

Le patient-détenu bénéficie en principe des mêmes droits que le patient en milieu libre en matière notamment de libre choix du praticien et de l'établissement de soins (A) que de dignité humaine et de droit à l'information (B).

A – L'effectivité du libre choix du praticien et de l'établissement de soins en milieu carcéral

Aux termes de l'article L 1110-8 alinéa 1 du Code de santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire ». Il est donc à voir si ces principes de libre choix du praticien (1) et de l'établissement de soins (2) sont respectés dans les établissements pénitentiaires.

1 – Le libre choix du praticien

Ce principe de libre choix du praticien a été affirmé à plusieurs reprises en dehors de l'article L 1110-8 alinéa 1 du Code de santé publique. Ainsi, aux termes de l'article L 162-2 du Code de la sécurité sociale, « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade » ou encore la liberté de prescription du médecin. Dans le même ordre d'idée, aux termes des articles 6 du Code de déontologie médicale et R 4127-6 du Code de santé publique « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit ».

À côté des dispositions législatives, réglementaires ou déontologiques, le Conseil d'État est venu l'ériger en principe général du droit dans sa décision du 18 février 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins³⁵. Toutefois, une incertitude demeure quant à la valeur constitutionnelle de ce principe puisque le Conseil constitutionnel a refusé de se prononcer sur ce point de droit dans deux décisions du 22 janvier 1990 et du 12 août 2004³⁶. Il est à noter toutefois que ce principe peut, aux termes de l'article L 1110-8 alinéa 2 du Code de santé publique, souffrir de tempéraments inhérents aux conditions de prise en charge dans l'établissement de soins et de ses capacités techniques. Dans le prolongement de cette disposition, l'article D 365 du Code de procédure pénale précise que, par principe, « hormis les cas où ils [les patients-détenus] se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire [...], les détenus ne peuvent être examinés ou soignés par un médecin de leur choix ». Cette absence, de principe, de libre choix du praticien est perçue de manière différente par les patients-détenus que j'ai pu rencontrer :

- Une première catégorie de patient-détenu fait abstraction de cette absence de libre choix dès lors qu'elle est soignée.
- Une deuxième catégorie de patient-détenu est fataliste et estime qu'elle est en

³⁵ Conseil d'Etat, Assemblée, 18 février 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins, n° 171851.

³⁶ Décisions n° 89-269 DC du 22 janvier 1990 sur la loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé et n° 2004-504 DC du 12 août 2004 sur la loi relative à l'assurance maladie.

détention, et elle n'a de ce fait plus aucun droit ou liberté à revendiquer.

- Une troisième catégorie de patient-détenu ne la comprend pas et est frustrée. Cela se traduit par une réticence à se rendre à l'unité sanitaire ou à accepter une extraction médicale car elle n'a pas ou peu confiance dans le diagnostic qui est posé. Cela est encore accentué par le fait qu'elle ne pourra pas obtenir de « second avis ». Afin d'atténuer cette frustration et à défaut d'avoir un réel choix, certains patients-détenus vont même jusqu'à demander à être suivi par un médecin spécifique de l'unité sanitaire ou à ne pas être suivi par tel ou tel médecin.

Cette interdiction de principe souffre pourtant d'une exception. L'article D 365 du Code de procédure pénale prévoit que le patient-détenu a la possibilité de demander à voir à ses frais un autre médecin extérieur, qui ne sera pas pour autant son médecin traitant puisque le médecin traitant est obligatoirement un médecin de l'unité sanitaire. Il doit en faire la demande à la direction inter-régionale pénitentiaire, seule compétente pour accéder ou refuser la requête du patient-détenu. Toutefois, aucun des patients-détenus rencontrés ne semblait connaître cette possibilité puisqu'ils m'ont tous fait état de l'absence de libre choix du médecin en détention. En outre, on peut penser que cette exception n'en n'est pas réellement une à plusieurs égards. Tout d'abord, l'aspect financier pourrait être un frein à cette demande d'autorisation. Ensuite, les contraintes sécuritaires pour pénétrer dans l'enceinte carcérale devraient également s'appliquer au professionnel de santé, ce qui pourrait rendre complexe l'obtention d'une autorisation d'accès physique. Enfin, on peut imaginer que certains praticiens libéraux soient récalcitrants à venir consulter en détention. Après, le choix du médecin, il convient de s'intéresser au choix de l'établissement de soins.

2 – Le libre choix de l'établissement de soins

La problématique du libre choix de l'établissement de soins est en quelque sorte calquée sur celle du médecin. Ainsi, sauf exception, les consultations dans l'enceinte carcérale le sont dans les unités sanitaires. Le patient-détenu n'a donc pas la possibilité de demander à être ausculté à l'extérieur.

Si la santé du patient-détenu nécessite une hospitalisation, deux cas de figures peuvent se présenter :

- Tout d'abord, si elle est de courte durée c'est-à-dire pour une durée inférieure à 48 heures, le patient détenu sera transféré dans l'hôpital de proximité signataire du protocole.
- Ensuite, si elle dépasse les 48 heures, il sera pris en charge par l'UHSI la plus proche.

Mais, dans les deux situations, le patient-détenu ne pourra pas choisir son établissement de soins tant pour des considérations sécuritaires qu'opérationnelles.

S'agissant de l'absence de libre choix de l'établissement de santé, les patients-détenus rencontrés opèrent une distinction entre les soins prodigués dans la prison ou à l'extérieur c'est-à-dire à l'hôpital de proximité ou à l'UHSI :

- S'agissant des soins à l'unité sanitaire, ils comprennent que puisque l'établissement carcéral est doté d'une structure médicale, ils doivent se faire soigner dans la mesure du possible par cette dernière.
- Mais, s'agissant des soins en à l'extérieur, la perception de cette absence de choix n'est pas vécue de la même manière par l'ensemble des patients-détenus rencontrés. Si l'on prend l'exemple d'un patient-détenu incarcéré au centre pénitentiaire de Gradignan qui n'est pas originaire de la région, il acceptera plus

facilement cette absence de choix car il n'a aucun *a priori* sur les professionnels de santé qui vont s'occuper de lui. Plus encore, il est parfaitement conscient que sa privation de liberté l'empêche de demander à être soigné dans l'hôpital de sa région. Au contraire, un patient-détenu qui est lui de la région, aurait voulu dans certains cas être suivi dans un autre établissement de soins que celui signataire du protocole.

Après le libre choix, il convient désormais de s'intéresser à l'effectivité du principe de dignité humaine et du droit à l'information des patients-détenus.

B – L'effectivité du principe de dignité humaine et du droit à l'information en milieu carcéral

Les contraintes sécuritaires qui sont l'objectif premier de l'administration pénitentiaire entrent souvent en confrontation avec les droits du détenu en tant que patient et notamment en matière de dignité humaine (1) et de droit à l'information (2).

1 – Le principe de dignité humaine

Aux termes de l'article 803 du Code de procédure pénale « nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite ». Ainsi, il ne doit être imposé aux patients-détenus qu'après un examen de la situation et du risque inhérent à l'individu. Une circulaire du 1 mars 1993 précise « qu'il appartient aux fonctionnaires ou aux militaires de l'escorte d'apprécier, compte tenu des circonstances de l'affaire, de l'âge et des renseignements recueillis sur la personne escortée, la réalité des risques qui justifient seuls, selon la volonté du législateur, le port des menottes ou des entraves ». Nonobstant des outils qui sont venus poser des exceptions au port des entraves et des menottes, comme pour les détenus âgés de plus de 70 ans ou les femmes enceintes³⁷, il reste la norme.

Les patients-détenus rencontrés ayant bénéficié d'une extraction médicale ont tous été soumis, à l'exception de ceux ayant plus de 70 ans, au moins au port de menottes. Cette pratique récurrente n'est pas restée sans effet sur les patients-détenus puisqu'elle a donné lieu à un sentiment d'humiliation généralisé. En effet, ce qui les dérange, ce n'est pas d'être menottés et/ou entravés durant le déplacement mais bel et bien de les conserver une fois arrivés à l'hôpital. C'est le regard des usagers libres de cet établissement de soins qui a pu faire naître ce sentiment de honte et d'humiliation. Dans certains cas, les patients-détenus ont suite à cette mauvaise expérience refusés les extractions médicales suivantes pour éviter une nouvelle atteinte dans leur intimité.

Cette généralisation des mesures de contentions lors des extractions médicales a donné lieu à plusieurs condamnations de la France pour traitement inhumain et dégradant du patient-détenu. À titre d'exemple, dans sa décision Duval contre France du 26 mai 2011³⁸, la CEDH estime que « les mesures de sécurité imposées au requérant lors des examens médicaux combinées avec la présence du personnel pénitentiaire s'analysent en un traitement dépassant le seuil de gravité toléré par l'article 3 de la Convention et constitue un traitement dégradant au sens de cette disposition » car elles « ont pu causer au requérant un sentiment d'arbitraire, d'infériorité et d'angoisse caractérisant un degré d'humiliation dépassant celui

³⁷ Pour les détenus de plus de 70 ans, ils ne doivent être soumis au port de menottes que dans le cas exceptionnel où leur dangerosité est avérée.

Les femmes enceintes ne doivent pas être menottées et entravées mais peuvent faire l'objet d'une seule de ces deux situations si la situation le requiert, pas d'entraves durant les accouchements et les examens gynécologiques.

³⁸ CEDH, 26 mai 2011, Duval contre France, n° 198688/08, § 52 et 53.

que comporte inévitablement les examens médicaux des détenus ». La CEDH ne censure pas le port de mesures de contentions en lui-même mais plutôt sa disproportion par rapport au profil criminel du patient-détenu.

Il reste maintenant à voir ce qu'il en est du droit à l'information.

2 – Le droit à l'information

Aux termes de l'article L 111-2 du Code de santé publique, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ».

La plupart des patients-détenus rencontrés ont le sentiment que ce principe est respecté lorsque la prise en charge se déroule exclusivement entre les murs de l'établissement pénitentiaires ou lorsqu'il est question d'une pathologie peu grave.

Au contraire, lorsqu'il est nécessaire de prévoir une extraction médicale, ils s'accordent pour dire qu'il y a une rétention d'informations de la part des professionnels de santé. Par exemple, ils arrivent à comprendre qu'ils ne puissent pas connaître la date et le lieu de l'extraction médicale pour des raisons sécuritaires, mais ils acceptent difficilement le fait de ne pas avoir accès au compte-rendu immédiatement après leur examen médical. Certains patients-détenus regrettent également de ne pas pouvoir informer comme ils le souhaiteraient leurs familles et leurs proches par la voie légale.

En conclusion, la prise en charge médicale voit ainsi opposer deux logiques antinomiques : celle de l'administration pénitentiaire qui est subordonnée à une obligation sécuritaire de résultat et celle de l'administration hospitalière tenue d'une obligation de moyen quant aux soins à prodiguer. La « sécurité » et la « santé » apparaissent ainsi en confrontation permanente alors que pour qu'une prise en charge médicale effective soit mise en place, celles-ci devraient être à niveau d'égalité. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts pour que les deux administrations travaillent conjointement et améliore ainsi les soins des patients-détenus. De même, les contraintes propres au milieu carcéral peuvent avoir une influence néfaste sur les droits du patient-détenu. Et par ricochet elles peuvent remettre en cause son droit à la santé.

CHAPITRE 3. - PERSPECTIVES DE RECHERCHES

Même si la convention *Personnes vulnérables et santé* s'est officiellement achevée le 6 juillet 2016, elle a montré l'intérêt de mener de nouvelles recherches de thèses de doctorat (I) et a suscité une demande de collaboration d'une université canadienne dans le cadre d'un partenariat international (II). Il est à souligner que l'ensemble de ces travaux porte plus spécifiquement sur les enfants.

I. THESES DE DOCTORAT

Le directeur adjoint de la direction de la protection de l'enfance et de la famille de la Gironde, M. David Brochard, s'inscrira en doctorat avec une thèse sur le thème *Protection de l'enfance et santé* à la rentrée universitaire 2017.

M. Thomas Jaux, diplômé du master 2 droit des mineurs de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, entamera à la rentrée universitaire 2017 une thèse sur *La prise en charge non pénale des enfants victimes de violences sexuelles*. La prise en charge dont il s'agit est pour partie centrée sur la question de la santé des enfants ayant subi un traumatisme du fait des violences dont ils ont été victimes.

II. PARTENARIAT INTERNATIONAL

L'Institut des mineurs et le CERFAPS se sont engagés en novembre 2016 dans un projet sur *L'accès à la justice des enfants et vulnérabilité*, porté par Mme Mona Paré, professeur à l'université canadienne d'Ottawa (Ontario), et bénéficiant du programme de subvention de développement de partenariat avec le conseil de recherche en sciences humaines du Canada. Ce projet se propose d'analyser les moyens et l'effectivité de la participation du mineur aux procédures le concernant.

Dans ce cadre, est prévu d'ici fin 2018 un colloque sur *La justice des mineurs au XXI^e siècle*, dans ses aspects civil et pénal, tenant notamment compte des dispositions contenues dans la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle du 18 novembre 2016 ; une douzaine de personnes, dont les partenaires de ce projet canadien au titre du droit comparé, devrait intervenir sur une journée dans les locaux de l'université de Bordeaux, sous la direction scientifique des professeurs Adeline Gouttenoire et Philippe Bonfils (coauteurs du précis de *Droit des mineurs* aux éditions Dalloz) et associant les centres de recherches adéquats des universités de Bordeaux (notamment l'IDM) et d'Aix-Marseille, en étroite collaboration avec les professionnels intéressés (magistrats, avocats, médiateurs, travailleurs sociaux). L'objectif est de parvenir à une publication d'un ouvrage collectif ou d'un dossier dans une revue spécialisée, et de proposer l'ouverture de cette manifestation aux professionnels au titre de la formation professionnelle permanente.

cf. Annexe 3

RAPPORT FINANCIER

Le rapport financier de la convention *Personnes vulnérables et santé* figure dans un document visé par les autorités compétentes de l'université de Bordeaux.

ANNEXES

1. CONVENTION AVEC LA REGION AQUITAINE (RECHERCHE)



Vice-Président :
Directeur Général des Services :
Directeur Général Adjoint :
Directeur :

Direction ou service chargé de l'exécution de la convention :
Développement Economique et Emploi – Direction de la Recherche, de l'Enseignement Supérieur et
du Transfert de technologie
Affaire suivie par : Marine FAUTRE

- Vu le Code Général des Collectivités Territoriales et notamment ses articles L 4221-1, L 4231-1, L 4231-3, L 4252-1, L 4252-2, L 4252-3,
- Vu l'arrêté de Monsieur le Président du Conseil régional d'Aquitaine, en date du 15 février 2012 donnant délégation de signature à Thibaut RICHEBOIS, Directeur de la Recherche, de l'Enseignement Supérieur et du Transfert de Technologie,
- Vu la délibération n°2012.1142 de la Commission permanente du Conseil régional d'Aquitaine du 9 juillet 2012 relative à l'appel à projets volet « Recherche »,

CONVENTION N°20121406008

ENTRE

La Région Aquitaine,
représentée par son Président Monsieur Alain ROUSSET,
Président du Conseil régional d'Aquitaine,
autorisé à signer la présente convention,

ET

L'Université Bordeaux 4 - Montesquieu,
Avenue Léon Duguit
33608 PESSAC CEDEX
représentée par Monsieur Yannick LUNG, Président,
ci-après dénommé le bénéficiaire.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

Afin de développer et de promouvoir la recherche en Aquitaine, la Région Aquitaine et l'Université Bordeaux 4 - Montesquieu décident d'unir leurs efforts.

La présente convention a pour objectif de définir la participation financière de la Région Aquitaine en faveur du bénéficiaire, concernant le soutien au projet suivant, retenu dans le cadre de l'appel à projets 2012 volet « Recherche » :

Projet : « Personnes vulnérables et santé »

Porteur du projet : GOUTTENOIRE Adeline

Laboratoire : CERFAP - Centre européen d'étude et de recherche sur le droit de la famille et de la personne

L'établissement financier a pour obligation de consacrer les sommes allouées au projet retenu par la Région.

ARTICLE 2 : RETOMBÉES SOCIO-ECONOMIQUES DU PROJET

Le projet de recherche a pour objectif une amélioration de la prise en charge médicale des personnes dont le consentement est altéré dans les différents établissements hospitaliers et médico-sociaux de la région à travers une réflexion collective sur les processus de prise en charge qui pourrait revêtir diverses formes : journées d'études, formation continue des professionnels, mise en place de protocoles de recueil de consentement des personnes vulnérables, actions en faveur de l'éducation thérapeutique.

ARTICLE 3 : DUREE D'EXECUTION DU PROJET

Le projet visé dans l'article 1^{er} est engagé au plus tôt à compter du **19 janvier 2012** et doit être exécuté dans un délai de **48 mois** à compter de la Commission Permanente du 9 juillet 2012, soit jusqu'au **9 juillet 2016**. Le bénéficiaire s'engage à n'inclure dans l'assiette de la subvention que les dépenses effectuées pour la réalisation du projet pendant sa durée d'exécution.

Une prorogation du projet pourra être accordée par le Président du Conseil régional d'Aquitaine, par un avenant, en cas de nécessité justifiée par le bénéficiaire avant la date de fin de la convention. La nécessité de prolonger cette durée devra être liée à la complexité de mise en œuvre du projet ou à des circonstances particulières ne relevant pas du fait du bénéficiaire et à condition que le projet ne soit pas dénaturé.

En cas d'abandon du projet, le bénéficiaire s'engage à informer, immédiatement et par écrit, le service instructeur.

ARTICLE 4 : MONTANT DE L'AIDE

Le montant de l'aide financière régionale pour la mise en œuvre de ce projet est fixé à :

- **42 000 € en fonctionnement** sur une assiette éligible de 60 000 € TTC ;

Si le plan de financement initial du projet venait à être modifié, le bénéficiaire s'engage à en informer le Conseil régional qui pourra procéder à une réduction de l'aide régionale afin de respecter le taux maximum d'aide publique autorisé.

ARTICLE 5 : MODALITES DE VERSEMENT

Un **versement de 50 %** interviendra à la signature de la présente convention, sur présentation d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

Le paiement du **solde** sera effectué, à la demande du bénéficiaire, sur présentation :

- o d'un état récapitulatif, comme présenté en Annexe 1, détaillé par poste de l'ensemble des factures acquittées, daté, signé et certifié exact par l'agent comptable, ou le Commissaire aux comptes, ou l'expert comptable, adressé en double exemplaire ;
- o d'un RIB de moins de 3 mois ;
- o d'un bilan du projet, comme présenté en Annexe 2, présentant les objectifs atteints au regard des objectifs initiaux.

Au vu des éléments transmis, le paiement du solde sera effectué.

La demande du paiement de solde et les pièces précitées doivent être déposées dans les douze mois maximum à compter de la fin du projet prévue à l'article 3 de la convention, soit avant le 9 juillet 2017.

Toute modification des coordonnées bancaires de l'établissement visé à l'article premier devra être signalée à la Région.

ARTICLE 6 : SUIVI ET CONTROLE

Un dispositif d'évaluation du Conseil régional d'Aquitaine a été mis en place, dont l'objectif est d'apprécier l'impact des projets par rapport aux grandes priorités régionales de la politique de soutien à la recherche. Des évaluations seront menées sur certains projets. Le choix de ces projets, la méthodologie de l'évaluation et le mode de restitution des résultats liés à l'évaluation seront définis en concertation avec le Comité Consultatif Régional pour la Recherche et le Développement Technologique (CCRRDT).

Le bénéficiaire s'engage :

- à tenir une comptabilité sur laquelle figurent tous les éléments nécessaires à l'évaluation précise des dépenses et recettes visées à la présente convention, à savoir :
 - les dépenses effectuées conformément à l'assiette et l'objet de l'aide (factures externes ou documents analytiques internes),
 - les recettes encaissées dans le cadre des programmes soutenus.

Cette comptabilité ainsi que les éléments de comptabilité générale s'y rapportant seront tenus à la disposition de la Région ou d'un représentant accrédité par elle.

- à se soumettre à tout contrôle technique et financier effectué par les services de la Région ou par tout représentant accrédité par elle, ainsi qu'à donner toutes facilités pour l'exercice de ce contrôle, notamment en ce qui concerne les vérifications sur pièces et sur place.
- à répondre aux demandes d'informations à des fins statistiques ou d'analyse émanant des services de la Région (dans la limite de cinq ans après le terme du programme).

ARTICLE 7 : REVERSEMENT ET RESILIATION

- En cas de non-respect des clauses de la présente convention et en particulier, de la modification du plan de financement ou du programme du projet sans autorisation préalable, de l'utilisation des fonds non conforme à l'objet de la présente convention, de l'absence de publicité mentionnant le soutien

régional ou du refus de se soumettre aux contrôles régionaux, la Région Aquitaine décide de mettre fin à l'aide et exige le reversement partiel ou total des sommes versées pour les projets concernés.

- Si le coût total de l'opération s'avérait inférieur à l'estimation initiale, la subvention serait réduite au prorata du coût réel de la dite opération, et le paiement du solde réduit en conséquence ou un reversement partiel des sommes versées des projets concernés exigé.

- En cas d'abandon du projet, le bénéficiaire s'engage à en informer le service instructeur pour permettre la clôture de l'opération et la résiliation de la convention. Il s'engage à procéder au reversement des sommes indûment perçues dans les plus brefs délais, dès réception du titre de perception émis par le Payeur Régional.

ARTICLE 8 : CLAUSE DE PUBLICITE

Le bénéficiaire s'engage à mentionner le soutien apporté par la Région Aquitaine dans chacune des actions d'information et/ou chacun des documents réalisés dans le cadre du projet soutenu.

ARTICLE 9 : COMPTABLE ASSIGNATAIRE

Le comptable assignataire de la dépense est le Payeur Régional d'Aquitaine.

ARTICLE 10 : REGLEMENT DES LITIGES

Les parties conviennent que tout litige pouvant naître de l'exécution de la présente convention sera déféré, par la partie la plus diligente, auprès du Tribunal Administratif de Bordeaux.

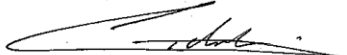
ARTICLE 11 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter de sa signature par les parties. Elle prendra fin le 9 juillet 2018.

24 OCT. 2012

Fait à Bordeaux, en deux exemplaires originaux, le

P/Le Président du Conseil régional d'Aquitaine
Et par délégation
Le Directeur de la Recherche, de
l'Enseignement Supérieur et du Transfert de
Technologie



Monsieur Thibaut RICHEBOIS

Le Président de l'Université Bordeaux 4 -
Montesquieu



Monsieur Yannick LUNG

2. CONVENTION AVEC LA REGION AQUITAINE (THESE)



Vice-Président

Directeur Général des Services :

Directeur Général Adjoint :

Directeur ou Chef de Service :

Direction ou service chargé de l'exécution de la convention :

Développement économique et Emploi – Direction de la Recherche, de l'Enseignement Supérieur et du Transfert de Technologie

Affaire suivie par : Marine FAUTRE

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales et notamment ses articles L 4221-1, L 4231-1, L 4231-3, L 4252-1, L 4252-2, L 4252-3.

Vu l'arrêté de Monsieur le Président du Conseil régional d'Aquitaine, en date du 15 février 2012 donnant délégation de signature à Monsieur Daniel BIROT, Directeur Général Adjoint en charge du Pôle Développement Economique et Emploi,

Vu la délibération n°2012.1142 de la Commission permanente du Conseil régional d'Aquitaine du 9 juillet 2012 relative à l'appel à projets volet « Recherche »,

20121406008 – THESE

ENTRE

La Région Aquitaine,
représentée par Monsieur Alain ROUSSET,
Président du Conseil régional d'Aquitaine,
autorisé à signer la présente convention,

ET

L'Université Bordeaux 4 - Montesquieu,
Avenue Léon Duguit
33608 PESSAC CEDEX
Représentée par Monsieur Yannick LUNG, Président,

ci-après dénommé le bénéficiaire.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

Afin de promouvoir la recherche en Aquitaine, la Région Aquitaine et l'Université Bordeaux 4 - Montesquieu décident d'unir leurs efforts.

Dossier n°20121406008 - Thèse

La présente convention a pour objectif de définir la participation financière de la Région Aquitaine en faveur du bénéficiaire, concernant l'allocation de recherche retenue dans le cadre de l'appel à projets 2012 volet « Recherche » :

Sujet : « Mineur et secret »

Responsable de la thèse : GOUTTENOIRE Adeline

ARTICLE 2 : MONTANT DE L'AIDE

Le montant de l'aide financière de la Région Aquitaine est fixé à 98 000 € pour 3 ans.

La subvention ainsi accordée ne pourra être réévaluée.

ARTICLE 3 : DUREE D'EXECUTION

L'allocation visée à l'article 1 est engagée à partir de la Commission Permanente du **9 juillet 2012** et doit être exécutée dans un délai maximum de 4 ans et 6 mois suivant cette date, soit **avant le 9 janvier 2017**.

Une prorogation de la thèse pourra être accordée par le Président du Conseil régional d'Aquitaine, par un avenant, en cas de nécessité justifiée par le bénéficiaire avant la date de fin de la convention. La nécessité de prolonger cette durée devra être liée à la complexité de mise en œuvre du projet ou à des circonstances particulières ne relevant pas du fait du bénéficiaire.

ARTICLE 4 : PARTICIPATION A LA PROMOTION DES METIERS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de sa politique de soutien aux actions de diffusion de la culture scientifique et technique auprès du grand public, et de promotion du métier de chercheur auprès des lycéens aquitains, la Région Aquitaine souhaite que tout doctorant bénéficiant d'une allocation de thèse régionale, s'engage durant la durée de sa thèse, à aller une fois à la rencontre des lycéens d'Aquitaine, afin de présenter son activité et son métier.

Les doctorants seront aidés en cela par les centres de diffusion de la culture scientifique technique et industrielle (CCSTI) du territoire aquitain.

Cap Sciences assurera la coordination territoriale et thématique de ces actions, en cohérence avec l'opération existante « Aquitaine en débats ».

Le doctorant sera contacté par Cap Sciences dans le courant de sa première année de thèse pour l'organisation de la rencontre avec les lycéens.

ARTICLE 5 : MODALITES DE VERSEMENT

Le paiement des sommes dues au titre de la présente convention sera effectué, à la demande du bénéficiaire, de la manière suivante :

- La demande de **premier versement de 50%** intervient sur présentation :
 - du contrat de travail du doctorant,
 - d'un relevé d'identité bancaire de l'établissement de moins de 3 mois.

Au vu des éléments transmis, un premier paiement équivalent à 50% de la subvention sera effectué.

- La demande de **solde** intervient à la fin de la thèse sur présentation :
 - d'un état récapitulatif des salaires bruts avec les charges patronales (hors primes, hors frais de remboursement transport...) de la totalité de la thèse détaillé par mois,

Dossier n°20121406008 - Thèse

- daté, signé et certifié exact par l'agent comptable, ou le Commissaire aux comptes, ou l'expert comptables, adressé en double exemplaire,
- o d'un bilan de la thèse comportant notamment :
 - les résultats scientifiques,
 - les communications et publications scientifiques réalisées,
 - le cas échéant, la valorisation socio-économique des travaux,
 - le cas échéant, les actions de promotion des métiers de la recherche programmées / réalisées par le doctorant au cours de sa thèse (telles que définies à l'Article 4).
 - o d'un relevé d'identité bancaire de l'établissement de moins de 3 mois.

Au vu des éléments transmis, le paiement du solde sera effectué.

La demande du paiement de solde et les pièces précitées doivent être déposées dans les six mois maximum à compter de la fin du projet prévue à l'article 3 de la convention, soit avant le 9 juillet 2017.

Toute modification des coordonnées bancaires de l'établissement visé à l'article premier devra être signalée à la Région.

ARTICLE 6 : SUIVI ET CONTROLE

Un dispositif d'évaluation du Conseil régional d'Aquitaine a été mis en place, dont l'objectif est d'apprécier l'impact des projets par rapport aux grandes priorités régionales de la politique de soutien à la recherche. Des évaluations seront menées sur certains projets auxquels sont rattachées les allocations de recherche. Le choix de ces projets, la méthodologie de l'évaluation et le mode de restitution des résultats liés à l'évaluation seront définis en concertation avec le Comité Consultatif Régional pour la Recherche et le Développement Technologique (CCRRDT).

Le bénéficiaire s'engage :

- à tenir une comptabilité sur laquelle figurent tous les éléments nécessaires à l'évaluation précise des dépenses et recettes visées à la présente convention, à savoir :
 - les dépenses effectuées conformément à l'assiette et l'objet de l'aide (factures externes ou documents analytiques internes),
 - les recettes encaissées dans le cadre des programmes soutenus.

Cette comptabilité ainsi que les éléments de comptabilité générale s'y rapportant seront tenus à la disposition de la Région ou d'un représentant accrédité par elle.

- à se soumettre à tout contrôle technique et financier effectué par les services de la Région ou par tout représentant accrédité par elle, ainsi qu'à donner toutes facilités pour l'exercice de ce contrôle, notamment en ce qui concerne les vérifications sur pièces et sur place.
- à répondre aux demandes d'informations à des fins statistiques ou d'analyse émanant des services de la Région (dans la limite de cinq ans après le terme du programme).

ARTICLE 7 : REVERSEMENT ET RESILIATION

- En cas de non respect des clauses de la présente convention et en particulier, de la modification du plan de financement, de l'utilisation des fonds non conformes à l'objet de la présente convention, de l'absence de publicité mentionnant le soutien régional ou du refus de se soumettre aux contrôles régionaux, la Région Aquitaine décide de mettre fin à l'aide et exige le reversement partiel ou total des sommes versées.

- Si le coût total de la thèse s'avérait inférieur à l'estimation initiale, la subvention serait réduite au prorata du coût réel de la thèse, et le paiement du solde réduit en conséquence ou un reversement partiel des sommes versées du projet exigé.

- Si la thèse était abandonnée, le bénéficiaire s'engage à en informer le service instructeur pour permettre la clôture de l'opération et la résiliation de la convention. La subvention serait réduite au prorata du temps passé, et le paiement du solde réduit en conséquence. Le cas échéant, le bénéficiaire s'engage à procéder au reversement des sommes indûment perçues dans les plus brefs délais, dès réception du titre de perception émis par le Payeur Régional.

ARTICLE 8 : CLAUSE DE PUBLICITE

Le bénéficiaire s'engage à mentionner le soutien apporté par la Région Aquitaine dans chacune des actions d'information et/ou chacun des documents réalisés dans le cadre de ce soutien.

ARTICLE 9 : COMPTABLE ASSIGNATAIRE

Le comptable assignataire de la dépense est le Payeur Régional d'Aquitaine.

ARTICLE 10 : REGLEMENT DES LITIGES

Les parties conviennent que tout litige pouvant naître de l'exécution de la présente convention sera déféré, par la partie la plus diligente, auprès du Tribunal Administratif de Bordeaux.

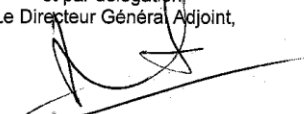
ARTICLE 11 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter de sa signature par les parties. Elle prendra fin à la date du **9 juillet 2018**.

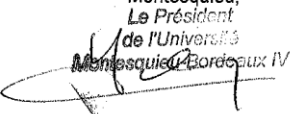
Fait à Bordeaux, en deux exemplaires originaux, le

26 OCT. 2012

P/Le Président du Conseil régional d'Aquitaine,
et par délégation,
Le Directeur Général Adjoint,


Monsieur Daniel BIROT

Le Président de l'Université Bordeaux 4 -
Montesquieu,
Le Président
de l'Université
Montesquieu Bordeaux IV


Monsieur Yannick LUNG

3. PARTENARIAT INTERNATIONAL

 Conseil de recherches en sciences humaines du Canada		Social Sciences and Humanities Research Council of Canada		Nom de famille, prénom Bodin, Marc																					
Renseignements sur l'organisme partenaire																									
Renseignements sur l'organisme																									
Nom complet de l'organisme Centre européen de recherches en droit des familles, des assurances, des personnes et de la santé				Type d'organisme Université																					
Secteur Étranger																									
Adresse Université de Bordeaux Département SHS 16 avenue Léon Duguit - CS 50057 F33608 PESSAC cedex			Pays FRANCE																						
Personne-ressource																									
Nom de famille Bodin																									
Prénom Marc				Initiale(s) ESE																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Indicatif du pays</th> <th>Indicatif régional</th> <th>Numéro</th> <th>Poste</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° de téléphone</td> <td>33</td> <td>5</td> <td>56845490</td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° de téléphone secondaire</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° de télécopieur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Indicatif du pays	Indicatif régional	Numéro	Poste	N° de téléphone	33	5	56845490		N° de téléphone secondaire					N° de télécopieur				
	Indicatif du pays	Indicatif régional	Numéro	Poste																					
N° de téléphone	33	5	56845490																						
N° de téléphone secondaire																									
N° de télécopieur																									
Courriel marc.bodin@u-bordeaux.fr																									
Adresse site web https://cerfaps.u-bordeaux.fr																									

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire seront conservés dans le fichier de renseignements personnels du programme concerné.

Information du partenaire

CERFAP

Centre européen d'études
et de recherches en droit
de la famille et des personnes

université
BORDEAUX

engagement

Programme de subventions de développement de partenariat
Conseil de recherche en sciences humaines du Canada
350, rue Albert
Ottawa (Ontario)
K1P 6G4

Canada

Objet : Accès à la justice des
enfants et vulnérabilité

N. réf. : CERFAP 16-252

V. réf. : 4FFA0D9EE5CEBE91

Affaire suivie par :
Marc Bodin

cerfap@u-bordeaux.fr

16 Avenue Léon-Duguit
CS 50057
F 33608 Pessac cedex
T 33 (0)5 56 84 54 90

Bordeaux, le 18 novembre 2016.

Je, soussignée Adeline Gouttenoire, professeure à la faculté de droit et sciences politiques de l'université de Bordeaux - collège Droit, science politique, économie et gestion -, directrice du Centre européen de recherches en droit des familles, des assurances, des personnes et de la santé (CERFAPS, EA 4600) - département des sciences humaines et sociales -, directrice de l'Institut des mineurs (IDM),

atteste

* avoir lu le projet et la demande initiés par Madame Mona Paré, professeure agrégée à la section de droit civil de la faculté de droit de l'université d'Ottawa (Canada),

* et souscrire sans réserve aux objectifs qui y sont développés, à savoir l'analyse des moyens et de l'effectivité de la participation du mineur aux procédures juridictionnelles le concernant ;

* que le projet de Madame le professeur Mona Paré portant sur l'*Accès à la justice des enfants et vulnérabilité* :

. prolonge :

- les travaux assurés sous l'égide de la convention n°20121406008 avec la région Aquitaine *Personnes vulnérables et santé*, durant la période 2013-2016 ;
- la recherche sur la parole de l'enfant menée, d'une part, sur l'audition de l'enfant dans les procédures relatives à l'autorité parentale et, d'autre part, sur la participation de l'enfant à la décision médicale qui le concerne ; chacune de ces thématiques ayant donné lieu à une recherche pluridisciplinaire menée par l'IDM et l'Institut du droit de la santé, auprès de la Chambre de la famille du Tribunal de grande instance de Bordeaux (125 auditions de juin 2009 à juin 2010) et du service d'oncologie et

Adresse postale
Université de Bordeaux
351 cours de la Libération
33405 Talence cedex
www.u-bordeaux.fr

d'hématologie de l'Hôpital des enfants de Bordeaux ; et ayant également donné lieu à la publication de deux articles, rédigés par des doctorants du CERFAPS (G. Barbier, *La pratique bordelaise de l'audition de l'enfant* : AJ fam. 2012. 498 ; Cl. Quennesson, *La participation du mineur aux décisions médicales qui le concernent : la pratique bordelaise* : Rev. Droit et sante n°50, chron. p. 667) ;

- le colloque *Mineurs et droits européens* qui a eu lieu le 4 octobre 2010 à l'Ecole nationale de la magistrature, manifestation transdisciplinaire puisqu'elle rassemblait non seulement des spécialistes de droit public et de droit privé, mais portait aussi sur les droits de l'Union européenne et du Conseil de l'Europe, les différentes interventions ayant eu pour objectif de déterminer si le mineur est un sujet de droit européen autonome et dans quelle mesure les droits européens contribuent à la protection des mineurs, à la lumière des dispositions internationales qui les concernent (particulièrement la Convention internationale des droits de l'enfant) (cf. *Mineurs et droits européens*, sous la direction de Catherine Gauthier, Marie Gautier, et Adeline Gouttenoire, Pédone 2012, coll. Droits européens, 140 p.) ;

- les travaux, pensés en collaboration avec le Ministère de la Justice et l'Ecole des avocats de Rhône-Alpes, sur *Liens familiaux et détention* coordonnés à l'Université catholique de Lyon par Marie Douris (membre du CERFAPS), la journée d'étude du 11 avril 2014 ayant constitué un point d'étape dans ce programme scientifique sur *Comment être parent en prison ? Un défi aux institutions*, autour d'une recherche de terrain menée depuis 2012 dans trois établissements pénitentiaires français (200 questionnaires et 5 focus group) sur les plans juridiques, psychologiques et pragmatiques ;

- les recherches de terrain menées en 2014 sous convention avec le Défenseur des droits (n°2014-28) sur *Les plans parentaux extrajudiciaires*, relativement aux accords de volonté entre parents séparés ayant pour objet la détermination des modalités d'exercice de l'autorité parentale, dans le cadre plus général de « conventionnalisation » du droit de la famille et de généralisation de la coparentalité et de la médiation familiale (Rapport, févr. 2016, 272 p., disponible sur le site de la Documentation française) ;

. s'inscrit parfaitement dans certains des axes de recherche du CERFAPS :

- particulièrement celui sur les mineurs et la protection de l'enfance, développé avec l'IDM, en partenariat étroit avec les avocats spécialisés membres du Centre de recherche, d'information et de consultation sur les droits de l'enfant (CRIC) du Barreau de Bordeaux, et l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance de la Gironde,

- mais aussi celui sur la thématique des territoires et de la territorialité, le CERFAPS ayant une forte politique de recherche européenne et internationale, en partenariat avec des universités françaises (Lyon, Pau, Strasbourg), européennes (Louvain, Belgique ; Madrid et Saint-Sébastien, Espagne ; Turin, Italie ; Lausanne, Suisse, pour le droit allemand) et du Maghreb (Oran, Algérie ; Rabat, Maroc ; Tunis, Tunisie), consistant à appréhender les techniques de réception réciproque de diverses institutions de droit de la famille et des personnes, en lien avec les autorités diplomatiques et les professionnels concernés (magistrats,

notaires et avocats), cet axe ayant déjà donné lieu à des colloques sur la *kafala* (2008) et sur *Filiation hors mariage, divorce et effets du divorce pour les enfants* (2015), et se poursuivant actuellement sur d'autres thèmes, chacun devant contribuer à la réalisation d'un dictionnaire de droit international de la famille ;

- . peut bénéficier, au titre du droit comparé, des recherches de niveau doctoral :
 - déjà soutenues devant l'université de Bordeaux : *Les droits de l'enfant à l'épreuve des droits parentaux – l'exemple du rattachement familial de l'enfant* (Christophe Gris) et *La protection des droits de l'enfant par la Cour européenne des droits de l'homme* (Orapim Prasang) ;
 - en cours, sous la responsabilité des enseignants du CERFAPS : *La place de l'enfant mineur au sein de sa famille en droit algérien* (Katia Aribi), *Les spécificités de la procédure de divorce* (Anne-Sophie Decoux), *Le statut de l'enfant en protection de l'enfance* (Coralie Delhumeau), *Filiation et intérêt supérieur de l'enfant* (Annabelle Lauret), *Les réponses du droit face au délaissement parental* (Camille Martin), *L'assistance éducative et la prévention de la délinquance* (Mehrnaz Moshref Behzad), *Mineur et secret* (Claire Quennesson) (dans le cadre de la convention avec la région Aquitaine précitée) ou *Le signalement pour maltraitance des personnes vulnérables par les professionnels* (Hélène Romano) ;

* vouloir développer, dans le cadre de ce projet et d'ici la fin 2017, un colloque sur *La justice des mineurs au XXI^e siècle*, dans ses aspects civil et pénal, tenant notamment compte des dispositions contenues dans la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle du 18 novembre 2016,

. visant à faire intervenir une douzaine de personnes, dont les partenaires du présent projet au titre du droit comparé, sur une journée dans les locaux de l'université de Bordeaux ;

. sous ma direction scientifique et celle du professeur Philippe Bonfils (avec qui a été coécrit le précis de *Droit des mineurs* aux éditions Dalloz) et associant les centres de recherches adéquats des universités de Bordeaux (notamment l'IDM) et d'Aix-Marseille, en étroite collaboration avec les professionnels intéressés (magistrats, avocats, médiateurs, travailleurs sociaux) ;

. l'objectif étant de :

- parvenir à une publication, soit d'un ouvrage collectif, soit d'un dossier dans une revue spécialisée ;
- proposer l'ouverture de cette manifestation aux professionnels au titre de la formation professionnelle permanente.

Bon pour valoir ce que de droit et pour des droits y afférents.

Adeline Gouttenoire



ANNEXE BUDGÉTAIRE**BUDGET PAR DÉPENSES**

<i>objet</i>	<i>quantité</i>	<i>dépenses</i> €		<i>dépenses</i> \$CAD ¹²	
		<i>unité</i>	<i>total</i>	<i>unité</i>	<i>total</i>
Accueil					
buffet ¹	20	30,00	600,00	43,05	861,00
pause-café ²	150	3,00	450,00	4,31	645,75
repas ³	12	20,00	240,00	28,70	344,40
salle ⁴	1	950,00	950,00	1363,25	1363,25
Déplacement					
transport ⁵	3	120,00	360,00	172,20	516,60
hébergement ⁶	12	80,00	960,00	114,80	1377,60
Communication					
envoi postal	50	0,70	35,00	1,01	50,23
petites fournitures ⁷	1	50,00	50,00	71,75	71,75
reprographie ⁸	10	0,08	0,80	0,12	1,15
Masse salariale ⁹					
administration ¹⁰	20	10,60	212,00	15,21	304,22
logistique ¹¹	8	10,60	84,80	15,21	121,69
			3942,60		5657,64

BUDGET PAR RÉPARTITION

<i>objet</i>	<i>quantité</i>	<i>dépenses</i> €		<i>dépenses</i> \$CAD ¹²	
		<i>unité</i>	<i>total</i>	<i>unité</i>	<i>total</i>
Nature					
Accueil					
salle ⁴	1	950,00	950,00	1363,25	1363,25
Masse salariale					
administration ¹⁰	20	10,60	212,00	15,21	304,22
logistique ¹¹	8	10,60	84,80	15,21	121,69
			1246,80		1789,16
Espèce					
Accueil					
buffet ¹	20	30,00	600,00	43,05	861,00
pause-café ²	150	3,00	450,00	4,31	645,75
repas ³	12	20,00	240,00	28,70	344,40
Déplacement					
transport ⁵	3	120,00	360,00	172,20	516,60
hébergement ⁶	12	80,00	960,00	114,80	1377,60
Communication					
envoi postal	50	0,70	35,00	1,01	50,23
petites fournitures ⁷	1	50,00	50,00	71,75	71,75
reprographie ⁸	10	0,08	0,80	0,12	1,15
			2695,80		3868,48
			3942,60		5657,64

1. Pause méridienne des intervenants et partenaires, le jour du colloque, dans le cadre du marché public de l'université de Bordeaux.
2. Pour les participants et intervenants le jour du colloque, dans le cadre du marché public de l'université de Bordeaux.
3. Dîners d'accueil et de départ des intervenants extérieurs, sur la base de 6 personnes par repas.
4. Journée de location de l'amphithéâtre Léon Duguit au Pôle juridique et judiciaire de l'université de Bordeaux.
5. Estimation pour le déplacement des enseignants-chercheurs français invités par le CERFAPS.
6. Deux nuitées pour six intervenants extérieurs.
7. Quote-part pour papeterie et consommables d'imprimantes.
8. Impression des affiches (format A3), par les services de mécanographie de l'université de Bordeaux.
9. Base de 162,5 heures par mois et de 1723,48 € brut chargé par mois, pour un statut d'ingénieur d'études (indice 370).
10. Temps de travail effectué en amont et en aval de la manifestation, au plan administratif et financier : réalisation des affiche et plaquette de programme, réservations, facturation.
11. Temps de travail exécuté le jour du colloque.
12. Sur les bases de 1€/1,435\$CAD ou 1\$CAD/0,697€.





Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada

Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Nom de famille, prénom

Bodin, Marc

Contributions de l'organisme partenaire

Le partenaire est un organisme prenant activement part à un partenariat et contribuant de façon significative au succès d'une entreprise de recherche.

	Confirmé	En espèces	Confirmé	En nature
		Montant		Montant
Frais de personnel				
Salaires, avantages sociaux et allocations aux étudiants				
1er cycle				
2e cycle				
3e cycle				
Salaires, avantages sociaux et allocations aux non-étudiants				
Études postdoctorales				
Autres	N	0	O	428
Frais de déplacement et de séjour				
Candidat/Membres de l'équipe				
Déplacements au Canada				
Déplacements à l'étranger				
Étudiants				
Déplacements au Canada				
Déplacements à l'étranger				
Autres dépenses				
Services professionnels et techniques	N	0	O	1,363
Fournitures	O	72	N	0
Équipement durable				
Matériel informatique				
Autre				
Autres dépenses (précisez)				
Accueil / colloque	O	1,851	N	0
Déplacement	O	1,894	N	0
Communication	O	51	N	0
Total		3,868		1,789
Total des contributions (espèces + nature)				5,657

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire seront conservés dans le fichier de renseignements personnels du programme concerné.

Information du partenaire

Page 2

PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI

Canada

4. ETAT RECAPITULATIF DES DEPENSES DE SALAIRE

NUMERO DE LA CONVENTION	20121406006- THESE		
NOM DE L'ETABLISSEMENT	UNIVERSITE DE BORDEAUX		
INTITULE DU PROJET	MINEUR ET SECRET		
NOM DU PORTEUR DE PROJET	Adeline GOUTTENOIRE		
PERIODE D'EXECUTION CONCERNEE	DU	01/10/2012	AU 30/09/2015

Libellé des dépenses	Nature de la dépenses	coût total employeur
oct-12	salaire Claire Quennesson	-
nov-12	salaire Claire Quennesson	5 758,20
déc-12	salaire Claire Quennesson	2 878,07
janv-13	salaire Claire Quennesson	2 881,13
févr-13	salaire Claire Quennesson	1 933,24
mars-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
avr-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
mai-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
juin-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
juil-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
août-13	salaire Claire Quennesson	2 397,64
sept-13	salaire Claire Quennesson	2 397,42
oct-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
nov-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
déc-13	salaire Claire Quennesson	2 397,66
janv-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
févr-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
mars-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
avr-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
mai-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
juin-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
juil-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
août-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
sept-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
oct-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
nov-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
déc-14	salaire Claire Quennesson	2 400,58
janv-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
févr-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
mars-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
avr-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
mai-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
juin-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
juil-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
août-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
sept-15	salaire Claire Quennesson	2 405,01
TOTAL		87 877,23

Fait à 12.02.2016
Certifié exact
Signature et cachet de l'agent comptable


Thibaut PESTANA
Agent Comptable



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
I. Contexte et intérêt du projet	9
II. Modifications institutionnelles	10
RAPPORT SCIENTIFIQUE	11
Chapitre 1. Synthèse des travaux	15
I. Enquêtes de terrain	15
1. Participation du mineur à la décision médicale	15
2. Protection judiciaire des personnes faisant l'objet de soins contraints	15
a. Contenu	15
b. Support salarial	16
3. L'accès aux soins des détenus	16
a. Contenu	16
b. Support salarial	17
II. Manifestations publiques	17
1. Manifestations intégrant la problématique <i>Personnes vulnérables et santé</i>	18
2. Manifestations spécifiquement relatives à la problématique <i>Personnes vulnérables et santé</i>	21
3. Colloques subséquents	24
III. Ressources scientifiques et pédagogiques	24
1. Actes de colloque	24
2. Monographies	25
3. Supports pédagogiques	25
IV. Participation des étudiants	26
1. Thèse <i>Mineur et secret</i>	26
2. Thèses en cours	26
3. Participation des doctorants du CERFAPS à la recherche	27
4. Participation des étudiants du master en droit de la santé	27
5. Enseignements en seconde année de master de droit des familles et des personnes	28
V. Interaction avec l'environnement socio-professionnel et implication du CERFAPS dans la formation par la recherche	28
Chapitre 2. Axes majeurs de la recherche	30
I. Mineur et santé	30
1. Participation du mineur aux décisions le concernant	30
2. Actes médicaux sur le mineur	40
a. Recherche	40

* Articles et développements dans des ouvrages	40
* Thèse <i>Mineur et secret</i> , Claire Quennesson	41
Résumé	41
Plan détaillé	43
b. Formation	48
* Formation initiale	48
* Formation professionnelle permanente et collaborations avec les professionnels de la santé	48
3. Protection de l'enfance et santé	48
a. Les rencontres médico-juridico-sociales autour de l'enfant	49
* Protection de l'enfance et santé (5 ^e édition, 2014)	49
* La prise en charge de l'enfant en situation de handicap (7 ^e édition, 2016)	52
b. Formation	55
c. @learning Le médecin et la protection de l'enfance	55
d. Participation à des groupes de travail nationaux	56
II. Les soins contraints sur les personnes dont les facultés mentales sont altérées	63
1. Etudes de terrain	63
2. Journées d'études	74
a. La protection des personnes atteintes de troubles mentaux	74
b. La prise en compte de la volonté du patient vulnérable	76
III. Santé des détenus	77
1. Recherche sur le terrain	77
2. Colloque <i>Prison et santé</i>	78
a. Programme	78
b. Effectivité de la prise en charge médicale en milieu carcéral et effectivité des droits du patient détenu	81
Chapitre 3. Perspectives de recherches	90
I. Thèses de doctorat	90
II. Partenariat international	90
RAPPORT FINANCIER	91
ANNEXES	93
1. Convention avec la région Aquitaine (recherche)	95
2. Convention avec la région Aquitaine (thèse)	99
3. Partenariat international	103
Table des matières	111