



HAL
open science

Le consentement chez les mineurs en psychiatrie : réflexion éthique à l'aide d'une revue de la littérature

Marie-Caroline Vitoux

► To cite this version:

Marie-Caroline Vitoux. Le consentement chez les mineurs en psychiatrie : réflexion éthique à l'aide d'une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03222966

HAL Id: dumas-03222966

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03222966>

Submitted on 10 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 22 Avril 2021

Par **Marie-Caroline Vitoux**
Née le 21/02/1991 à Paris (8^e)

**Le consentement chez les mineurs en psychiatrie :
réflexion éthique à l'aide d'une revue de la
littérature.**

Directeur de thèse
Madame le Docteur Adeline KOMPE-TCHAMGOUE

Membres du jury
Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président
Monsieur le Professeur Cédric GALÉRA, juge
Madame le Professeur Méлина FATSEAS, juge
Monsieur le Docteur François GOSSE, juge
Madame le Docteur Adeline KOMPE-TCHAMGOUE, invité

Rapporteur de thèse
Madame le Professeur Carmen SCHRÖDER

Remerciements

Aux membres du jury :

Professeur Bouvard, merci de me faire l'honneur de présider le jury de thèse. Merci également pour votre accueil chaleureux et bienveillant au sein du pôle de pédopsychiatrie à Charles Perrens. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Professeur Galéra, merci d'avoir accepté sans hésitation de juger mon travail. Bien que nous n'ayons jamais directement travaillé ensemble, j'ai trouvé nos échanges lors des cours du jeudi matin toujours très enrichissants. J'ai également beaucoup apprécié vos enseignements magistraux. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Professeur Fatséas, merci de me faire l'honneur de juger ce travail de thèse. Je vous prie de croire en ma profonde gratitude et mon profond respect.

Docteur Gosse, merci d'accepter de juger ce travail de thèse. Ça a été un réel plaisir de découvrir la pédopsychiatrie dans votre service lors de mon semestre passé à Libourne. J'ai également beaucoup apprécié les moments passés lors des groupes de lecture, ils ont été particulièrement enrichissants. Votre humanité et votre manière de travailler resteront pour moi une source de d'inspiration.

Docteur Tchamgoué, merci d'avoir accepté de diriger mon travail. Vous avez toujours été patiente, à l'écoute et de bon conseil. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et de ma sincère gratitude.

Professeur Schröder, merci de me faire l'honneur d'être ma rapportrice. Merci également pour votre accueil à Strasbourg lors de mon dernier semestre d'interne. C'est également avec grand plaisir que j'intégrerai votre équipe en tant qu'assistante en Mai prochain. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A tous ceux qui m'ont guidée et accompagnée au cours de mon cursus d'interne :

L'équipe de l'UCS de Cadillac, notamment Dr Donon (merci pour cette initiation à l'addictologie), Dr Fournier, Dr Moretton, Dr Theillay-Le Gall... Ce fut une belle introduction à la psychiatrie adulte en secteur fermé, je n'aurai pas pu imaginer de meilleur premier semestre d'internat.

L'équipe de l'unité Charcot à Cadillac : Dr Mériglier, Dr Barlatier et Dr Rolland, ainsi que mon co-interne Yann, ce fut un semestre très riche en émotions ! L'activité de liaison a été particulièrement intéressante.

L'équipe du SIRA à la Candélie : ce semestre près de chez moi a été particulièrement agréable, merci à Dr Macorig et à Dr Gabbani de m'avoir accueillie si chaleureusement.

À l'équipe de pédopsychiatrie de Libourne : Dr Gosse, Dr Robino (merci pour les crevettes de Saint Palais !), Dr Biolsi, Dr Hernandez, Dr Legrand, mes co-internes Héloïse et Claire-Lise. Je garderai toujours de bons souvenirs des moments partagés avec vous (notamment avec laine et aiguilles, n'est-ce pas Héloïse et Françoise ?). C'était une chouette introduction à la pédopsychiatrie qui a confirmé mon choix de spécialisation. C'était également un plaisir de continuer à vous voir lors des groupes de lecture, je suis désolée de ne plus pouvoir y participer.

J'ai bien sûr une pensée particulière pour Olivia Henri qui nous a quittés bien trop tôt.

À L'équipe de Carreire 2, Dr Le Besq et Dr Jestin, Manon ma co-interne, c'était un plaisir de travailler avec vous, la bonne humeur toujours au rendez-vous !

À Dr Tchamgoué et toute l'équipe de l'USAA, c'était un vrai plaisir de travailler avec vous et d'apprendre à vos côtés.

À Dr Ayoun, merci pour votre bienveillance et le savoir que vous m'avez transmis lors de nos heures passées en pédopsychiatrie de liaison. J'ai beaucoup appris au cours de nos conversations. Merci aussi à l'équipe de l'hôpital de jour adolescent de

l'UTAA, vous m'avez permis de découvrir une autre facette de la prise en charge en pédopsychiatrie.

À l'équipe du CRA de Charles Perrens, notamment Dr Amestoy et Dr Lévy : mon passage parmi vous fut bref mais enrichissant, j'aurai aimé pouvoir passer plus de temps à vos côtés pour apprendre davantage.

Merci également à toute l'équipe de pédopsychiatrie de Strasbourg pour votre accueil et votre bienveillance lors de mon dernier semestre. Dr Meriot, le travail en liaison était important mais passionnant. Dr Gras-Vincendon, vous avez toujours été disponible pour répondre à mes questions. Dr Rolling, j'aurai aimé pouvoir passer plus de temps à échanger autour de mes patients, j'ai toujours beaucoup appris. C'est avec plaisir que je continuerai de travailler à vos côtés en tant qu'assistante à partir du mois de Mai.

Enfin, aux équipes soignantes, des services dans lesquels j'ai exercés, mais également les équipes de nuit que j'ai pu côtoyer en garde : merci pour votre travail et pour les échanges que nous avons pu avoir. Sans vous, notre travail de médecin aurait peu de sens et serait bien plus compliqué.

À mes amis,

Celle de toujours, Sophie, thanks for being there through the years, I'm so glad I met you in Bangkok when we were thirteen. I truly value our friendship and am so glad we get to be by each other's sides for big milestones. I'm really looking forward to April 2022, it's going to be unforgettable.

Sacha, it hasn't always been easy, but "I'll be there for you, cause you're there for me too".

Héloïse, merci pour ton soutien indéfectible depuis notre rencontre à Ste Cath en 2007. Merci aussi pour ces fous rires et les moments complices, tu m'as permis de garder un pied hors de la médecine ce qui me fait le plus grand bien.

Laura, ma voisine du CROUS, merci pour tout. T'imagines, ça fait déjà plus de 10 ans qu'on se connaît !

Jules, mon Loulou, merci pour ces fous rires, je n'oublierai jamais notre stage à l'U18. Tu as été une de mes plus belles rencontres au cours de l'externat, je suis heureuse de d'avoir croisé ta route. Après tout, je te dois (presque) mon mari. ;)

À la bande de pharma, Nico et Solène, Thibault et Marine, Cécile, Flo (le carabin qui sauve l'honneur du groupe), Sacha et Charlotte... Merci pour tous ces moments passés ensemble, autour d'une raclette à Saint-André, d'une bière au Saint Aubin ou encore d'une poutine à la maison. On se retrouve tous à la sortie du covid !

Emeric, Dimitri, Dren, vous m'avez adoptée dans votre groupe des copains du lycée. J'ai découvert grâce à vous le monde des jeux de société et l'alcool de fourmi. À quand un prochain nouvel an dans le jacuzzi ?

Clélia, Pierrick, on s'est rencontrés trop tard et on n'aura pas assez profité du temps passé ensemble. A bientôt autour d'un repas et d'un bon jeu de société (On retente un Spirit Island via Skype ?).

Mathilde, ma co-interne (sans l'avoir jamais vraiment été), thanks for being you, for being there no matter what. See you soon for a plate of kimchi boekkum bap, don't forget to bring fruit salad for dessert! Ce semestre à Agen a été particulièrement

agréable du fait de ta présence. Vivement que tu puisses passer nous voir dans le nooord.

À ma famille,

Mes parents, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, je n'y serai pas arrivée sans votre soutien, depuis cette foutue P1 et à travers toutes ces longues années. Vous m'avez soutenue malgré mes doutes et avez toujours été à mes côtés.

Petit, Minus, Microbe, vous êtes les meilleurs frères du monde ! On ne se parle pas forcément souvent, mais je sais que vous êtes là quoi qu'il arrive. Je ne vous le dis pas assez, mais je suis fière d'être votre grande sœur.

Merci à mes grand-parents pour leurs encouragements en tout temps. Omi, Opa, es tut mir wirklich Leid dass Ihr das Ende meines Studiums nicht miterlebt. Ich finde es besonders schade dass Ihr Adrien und Victor nicht kennengelernt habt.

À ma belle-famille, merci pour votre soutien ces dernières années, c'est un plaisir d'avoir intégré la famille Chastel.

Enfin, Adrien, merci pour tout. Tu as toujours été là, malgré mes défauts (promis, un jour je terminerai mes phrases). Je ne sais pas si je serai la personne que je suis aujourd'hui si je ne t'avais pas rencontré. Ça fait six ans et demi qu'on sort ensemble depuis deux semaines, et j'ai hâte de voir les quarante prochaines années à tes côtés. On va enfin pouvoir profiter de notre temps libre, voir grandir Victor, jouer aux jeux de société ou encore découvrir l'Alsace.

Un dernier merci à Merlin et Tysabri, vous êtes là, quoi qu'il arrive.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	8
ABREVIATIONS	9
I. INTRODUCTION	10
II. METHODE	13
III. ASPECT HISTORIQUE	14
IV. DEFINITIONS ET ASPECT MEDICO-LEGAL	16
A. DEFINITIONS	16
B. CADRE LEGAL	16
1. <i>Textes internationaux</i>	16
2. <i>En France</i>	17
3. <i>En Belgique</i>	24
4. <i>Au Royaume Uni</i>	25
5. <i>Aux États-Unis d'Amérique</i>	26
6. <i>Au Canada</i>	27
V. ÉLÉMENTS AYANT UNE INFLUENCE SUR LE PROCESSUS DECISIONNEL D'UN MINEUR	29
A. QUELS ELEMENTS ENTRENT EN JEU DANS LE CONSENTEMENT ?	29
1. <i>L' expression d'un choix</i>	29
2. <i>La compréhension</i>	30
3. <i>Le raisonnement</i>	30
4. <i>L'appréciation</i>	30
B. IMPACT DU DEVELOPPEMENT	31
1. <i>Développement cognitif</i>	31
2. <i>Développement moral</i>	33
3. <i>Aspect neurobiologique</i>	35
4. <i>Influences systémiques</i>	36
VI. EXEMPLES D'OUTILS PERMETTANT D'ÉVALUER LA CAPACITÉ A CONSENTIR	38
A. ÉVALUATION DU CONSENTEMENT : MACARTHUR COMPETENCE ASSESSMENT TOOL (MACCAT)	38
B. ÉVALUATION DE L'INTELLIGENCE : LES ECHELLES DE WECHSLER	39
C. AUTRES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	40
VII. INFLUENCE DU TROUBLE PSYCHIATRIQUE SUR LA CAPACITÉ DECISIONNELLE	42
VIII. DISCUSSION	46
IX. CONCLUSION	51
X. BIBLIOGRAPHIE	52

Abréviations

ASE: Aide sociale à l'enfance

ASPDRE: Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état

CC: Code civil

CCB: Consent and Capacity Board

CGLPL: Contrôleure générale des lieux de privation de liberté

CP: Code pénal

CPDT : capacité à prendre des décisions relatives au traitement

CSP: Code de santé publique

CQ : competency questionnaire

DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders

ECT : électroconvulsivothérapie

JLD: Juge des Libertés et des Détentions

MacCAT: MacArthur Competence Assessment Tool

MacCAT-CA: MacArthur Competence Assessment Tool – Criminal Adjudication

MacCAT-CR: MacArthur Competence Assessment Tool – Clinical Research

MacCAT-T: MacArthur Competence Assessment Tool - Treatment

OPP: Ordonnance de placement provisoire

PMI: Protection Maternelle et Infantile

QI: quotient intellectuel

TDA/H: Trouble de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité

WAIS: Wechsler adult intelligence scale

WISC: Wechsler intelligence scale for children

WNV: Wechsler non verbal

WPPSI: Wechsler preschool and primary scale of intelligence

I. Introduction

La question du consentement au soin ou à la recherche clinique chez les mineurs, notamment en psychiatrie, n'est pas nouvelle.(1–9) Toutefois il n'existe pas à ce jour d'outil validé d'évaluation du consentement chez les mineurs.(10)

Environ 10 à 15 % des enfants et adolescents de la population mondiale souffrent d'une maladie mentale impactant leur fonctionnement(11), mais seule une minorité a accès aux soins de santé mentale. Il semble donc nécessaire de s'intéresser aux obstacles à l'accès aux soins. Une des barrières potentielles à l'accès aux soins en santé mentale, est que les enfants et les adolescents doivent avoir le consentement supplémentaire d'un adulte (le plus souvent leurs parents) pour être acceptés par la plupart des services de santé mentale, à moins qu'ils ne soient jugés «compétents» à consentir par eux même. La législation sur la santé mentale à travers le monde est marquée par des orientations mal définies ou absentes avec peu d'exemples de législation complète, en particulier en ce qui concerne les besoins des enfants et des adolescents. Paradoxalement, bien que dans la plupart des pays du monde, un patient de moins de 18 ans nécessite l'accord de ses parents pour obtenir des soins, ces mêmes enfants et adolescents peuvent être reconnus comme responsables de leurs crimes, parfois au même titre qu'un adulte.(12)

En France, chez l'adulte, les soins psychiatriques sont séparés sur le plan médico-légal en soins avec ou sans consentement (soins dits respectivement « libres » ou « sous contrainte »). Ces prises en charges sont encadrées sur le plan légal avec des lois garantissant la protection des droits des patients malgré une certaine privation de liberté en cas de soins sous contrainte. Par exemple, un patient doit systématiquement être informé de son mode d'hospitalisation et plusieurs médecins différents sont impliqués dans la rédaction de certificats médicaux attestant de l'incapacité du patient à consentir et la nécessité de prodiguer des soins, compte tenu de son état de santé psychiatrique. Le patient en question, en cas d'admission en soins psychiatriques sous contrainte rencontrera au plus tard 12 jours après son admission, si son état de santé le permet, le Juge des Libertés et des Détentions qui s'assure que l'hospitalisation sous contrainte a effectivement été mise en place en respectant les droits du patient (notamment son droit à l'information). Un patient mineur est de facto admis sans son consentement car sur autorisation parentale,

cependant rien n'existe pour assurer la protection de ses droits lors de cette privation de liberté. Cela n'est pas seulement vrai en France, la question a également été soulevé au Royaume Uni par exemple.(13)

Avec l'évolution de la médecine traditionnellement paternaliste vers une pratique incluant le patient de façon plus active dans le processus décisionnel, notamment suite à l'apparition de la notion de consentement éclairé, il est pertinent de s'intéresser à la question du consentement chez les patients mineurs. En effet, ces derniers relèvent à ce jour en France de l'autorité parentale jusqu'à leur majorité. Ceci implique que le consentement du mineur n'est pas requis pour autoriser sa prise en charge médicale, chirurgicale ou psychiatrique. De même, le consentement du mineur à lui seul ne suffit pas pour autoriser sa prise en charge (sauf dans le cadre de rares exceptions tel que le cas d'un mineur émancipé par exemple).

Une des particularités de la problématique éthique en psychiatrie infanto-juvénile est en lien avec la nature même de l'enfant en tant qu'être en développement. C'est également en lien avec le fait que l'enfant est un être dépendant des adultes que ce soit ses parents ou les professionnels de santé.(1)

Un enfant ou un adolescent viennent rarement par eux même solliciter des soins en santé mentale. Ils sont souvent amenés par leurs responsables légaux, qui parfois sont eux-mêmes orientés par leur médecin traitant, le service de protection maternelle et infantile (PMI) ou encore le milieu scolaire. Souvent, cette orientation découle d'un comportement considéré comme « problème » par un adulte, et qui souhaite que le psychiatre puisse aider le patient à modifier ce comportement, indépendamment de l'avis de l'enfant qui est pourtant le premier concerné.(14)

Une des raisons pour laquelle la question a été abordée plus récemment est le fait qu'un nombre croissant d'enfants sont traités par psychostimulants aux États-Unis d'Amérique. Ceci a soulevé la question de la recherche en pédopsychiatrie et donc de la capacité des enfants à consentir à une telle recherche.(15)

Par ailleurs, la question du consentement a récemment fait partie de l'actualité psychiatrique française avec une modification de l'article L3222-5-1 du Code de la santé publique stipulant dorénavant que « L'isolement et la contention sont des

pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre ».

Plus récemment encore, en France, se pose la question de l'admission des patients mineurs dans des services de psychiatrie adulte. En effet, le dernier rapport de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) concernant les droits fondamentaux des mineurs enfermés, fait état d'une situation préoccupante : « Il est complexe d'évaluer la part des mineurs hospitalisés sans consentement, d'une part car le champ de la pédopsychiatrie ne repose pas sur la définition juridique du mineur (la pédopsychiatrie prend en charge les patients de moins de 16 ans, les plus âgés relèvent de la psychiatrie des adultes), d'autre part car l'immense majorité des mineurs est considérée comme hospitalisée en soins libres lorsque les titulaires de l'autorité parentale sont à l'initiative de l'hospitalisation. En 2016, environ 15 000 jeunes âgés de moins de 16 ans ont été concernés par une hospitalisation complète dont près de 400 dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement stricto sensu. L'évolution observée depuis 2014 montre une augmentation régulière du nombre de mineurs de moins de seize ans admis en hospitalisation psychiatrique (à raison de 2 000 mineurs par an). »(16)

Un patient pris en charge en pédopsychiatrie peut être considéré comme doublement vulnérable quand il s'agit de sa capacité à consentir. En effet, il s'agit d'un être en plein développement, dont les capacités décisionnelles sont en cours de maturation, et qui est de plus soumis à l'influence des adultes qui l'accompagnent.(17) D'autre part, il est nécessaire de prendre en compte l'impact du trouble psychiatrique qui peut également impacter la capacité décisionnelle de façon négative.

Certes, il est important de s'assurer de la protection d'un mineur, mais qu'en est-il de la préservation de son autonomie ?

II. Méthode

Cette revue de la littérature a débuté par une recherche sur PubMed en Août 2020 avec les mots clés "child*" or "adoles*" or "underage" or "minor" and "psychiatry" and "consent" sans limite d'ancienneté. Les articles de langue anglaise, française et allemande pouvaient être retenus. Cette première recherche a abouti à 2016 résultats. Après lecture des titres, 189 articles ont été retenus pour une lecture des abstracts. La lecture des abstracts a permis de sélectionner 87 articles à lire dont finalement 64 ont été retenus pour la rédaction de cette thèse.

Les articles en lien avec le consentement chez l'adulte hors du champ de la psychiatrie ont été exclus.

Enfin, la bibliographie des articles retenus a également contribué à étoffer la bibliographie de cette thèse pour aboutir à un total de 111 articles. (Figure 1)

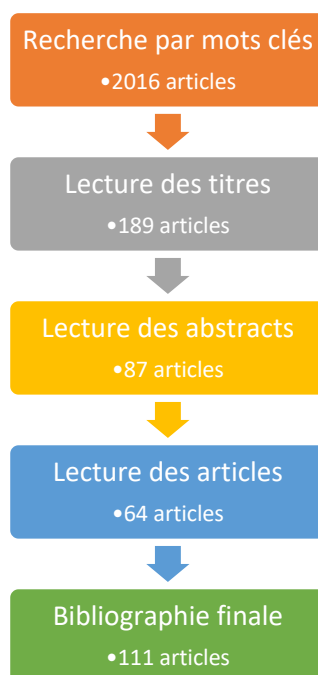


Figure 1 : méthode employée pour la revue de la littérature

III. Aspect historique

Lorsque les nations étaient gouvernées par des chefs féodaux, des rois ou des dictateurs, il y avait peu de raisons de se préoccuper de la compétence individuelle. Les décisions étaient prises pour l'individu ordinaire, laissant peu de responsabilités au-delà de celle d'obéir. Les gens avaient peu de droits. Cela était particulièrement vrai des enfants et des femmes. Jusqu'au 19^{ème} siècle, dans le monde anglo-saxon, les enfants et les femmes étaient sous la responsabilité de leur père/mari. Les enfants, bien qu'ils soient considérés comme des adultes en matière de responsabilité pénale, ne se voient pas accorder les droits qui auraient dû accompagner un tel statut. Le statut d'adulte était généralement accordé avec la réalisation de la maturation pubertaire.

Pour les jeunes hommes juifs, l'âge adulte a été atteint à leur Bar Mitzvah, à 13 ou 14 ans. De même, les chrétiens recevaient la confirmation ou «rejoignaient» l'église au même âge, démontrant leur maturité et leur majorité religieuse. L'église chrétienne primitive a tenu les enfants de moins de 7 ans non responsables des péchés mortels et vénaux. Dans la tradition catholique romaine, les enfants à l'âge de 7 ans commencent à recevoir la Communion, qui fournit l'absolution du péché. Cela n'était pas nécessaire avant l'âge de 7 ans car l'enfant n'était pas considéré comme capable de pécher. L'enfant n'avait pas de mens rea religieuse et morale. Au sein de l'église mormone, lorsque les garçons mormons atteignent l'âge de 12 ans, ils peuvent devenir membres de la prêtrise.(18)

L'âge de sept ans constitue un tournant dans les aspects logiques du développement cognitif. Au Moyen Âge, c'est à sept ans que l'Église catholique reconnaît le début de l'âge de la raison, et les enfants étaient envoyés à la cour comme page et aux guildes comme apprenti au même âge. De même, dans la Common Law anglaise (dérivant des coutumes et précédents judiciaires, contrairement à la Statutory Law), l'âge de sept ans est devenu le seuil à partir duquel apparaît l'intention criminelle.(1)

La puberté était le marqueur biologique qui coïncidait avec le passage de l'enfance à l'âge adulte dans la plupart des cultures du monde. Aux États-Unis d'Amérique, parallèlement au mouvement des droits des femmes de la fin des années

1800, une vision changeante des enfants et des adolescents est apparue. Un nouvel accent a été mis sur la croissance et le développement, y compris la maturation psychologique. Cette nouvelle vision de l'enfance est devenue apparente dans l'arène juridique des États-Unis d'Amérique lorsque le premier système de justice pour mineurs a été créé dans l'Illinois (1899), soulignant une différence de responsabilité face au système pénal. Le mineur devait attendre son 18^e ou son 21^e anniversaire (selon l'état de juridiction) pour se voir accorder à la fois ses droits et sa responsabilité. Cette situation a duré jusqu'aux bouleversements sociaux des années 60 et 70. L'âge du vote a chuté de 21 à 18 ans, de sorte que ceux qui étaient éligibles au repêchage militaire pouvaient participer à l'élection directe du Congrès, qui voterait sur la guerre. Une nouvelle prise de conscience des droits inhérents des enfants a également émergé avec le mouvement visant à prévenir la maltraitance des enfants par une discipline parentale excessive. Avant 1962, la définition de la maltraitance des enfants était que l'enfant devait mourir des suites de la maltraitance alléguée. Depuis 1962, la norme est de plus en plus flexible et réaliste, protégeant l'enfant contre d'éventuels préjudices durables. Le droit à la croissance et au développement a été proposé et sauvegardé. Le droit à l'autodétermination par opposition aux souhaits de l'État ou des parents a été plus lent à venir.(18)

Il est plus facile pour la loi de traiter des jalons artificiels, tels que l'âge de 18 ou 21 ans, qu'avec le concept émergent de la compétence développementale, qui varie d'un âge à l'autre chez un enfant donné et varie d'un enfant à l'autre au sein d'un même âge.

IV. Définitions et aspect médico-légal

A. Définitions

Dans le dictionnaire français Larousse le consentement est défini comme l'«action de donner son accord à une action, à un projet ».(19)

La capacité (ou compétence) à consentir peut-être définie comme étant « la capacité à effectuer un jugement rationnel ou intelligent »(20), ce qui est étroitement lié au fonctionnement cognitif.

Au-delà de la compétence à prendre des décisions sur sa santé, se pose toutefois la question du droit du mineur à prendre de telles décisions.

B. Cadre légal

1. Textes internationaux

a) *Code de Nuremberg :*

Le consentement éclairé est un concept apparu en 1947 lors des procès de Nuremberg qui ont aboutis à la création du Code de Nuremberg(21). Il a été défini pour être appliqué dans le cadre des expérimentations impliquant des êtres humains (tels que les essais cliniques par exemple). Cette notion de consentement éclairé s'est ensuite étendue à la médecine de façon générale qui a évolué de sa position paternaliste à un mode incluant le patient et son avis au centre de la prise en charge.

b) *Convention Relative aux Droits de l'Enfant :*

La Convention Relative aux Droits de l'Enfant a été adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 et signée par la France le 26 janvier 1990. Le Parlement français, par la loi du 2 juillet 1990, en a autorisé la ratification qui est intervenue le 7 août 1990. Conformément à l'article 49 de la Convention, celle-ci est entrée en application en France le 6 septembre 1990.(22)

Cette convention comporte 54 articles et plusieurs d'entre eux s'appliquent à la question du consentement chez l'enfant.

L'article 1 définit un enfant comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. ».

D'après l'article 12, « L'enfant a le droit, dans toute question ou procédure le concernant, d'exprimer librement son opinion et de voir cette opinion prise en considération », et d'après l'article 13, « L'enfant a le droit d'exprimer ses vues, d'obtenir des informations et de faire connaître des idées et des informations, sans considération de frontières. »

c) La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé

Cette charte a été adoptée par le Parlement Européen le 13 Mai 1986 et une circulaire du secrétaire d'état à la santé de 1999 préconise son application.

Le quatrième point de cette charte stipule que « Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. »(23)

Bien que ce texte n'ait aucune valeur légale à proprement parler, il met en avant les droits de l'enfant.

2. En France

a) Le consentement éclairé

Dans le Code de santé publique (CSP) français, le consentement éclairé est défini par l'article L1111-2 :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de

prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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

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

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

L'article L1111-4 du CSP précise « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

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

Ces deux notions de nature « libre et éclairée » du consentement sont consacrées dans la législation depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « Loi Kouchner ».

b) La minorité

L'âge de la majorité en France a été fixé à 18 ans par la loi du 5 juillet 1974.

Par opposition, la minorité est définie dans l'article 388 du Code civil (CC) : « Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis. »

Il existe des exceptions à cette loi, définies dans la circulaire n°DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé :

- L'émancipation par le mariage (loi du 17 Mai 2013) : « Le mariage ne peut pas être contracté avant dix-huit ans révolus. » (article 144 du CC). Cependant, le procureur de la République peut accorder des dispenses d'âge pour motif grave (article 145 du CC) et, dans ce cas, le mineur est émancipé de plein droit par le mariage (article 476 du CC). La gravité des motifs relève de l'appréciation du procureur de la République, il s'agit le plus souvent de la grossesse de la future épouse.
- La mère célibataire mineure est mineure pour elle-même mais exerce l'autorité parentale pour son enfant.
- Dans le cas des mineurs étrangers on applique la loi de la majorité française, leur âge de la majorité est donc de dix-huit ans.
- Le mineur émancipé sur demande des parents ou du conseil de famille : Le mineur peut être émancipé dès l'âge de seize ans révolus, sauf en cas d'aliénation mentale, sur demande du père et de la mère, de l'un d'eux ou du conseil de famille, le cas échéant, par décision du juge des tutelles (articles 477 et 478 du CC).

Il existe également d'autres seuils d'âge pouvant être évoqués :

- 18 ans : Majorité pénale. Le mineur qui n'a pas atteint l'âge de la majorité pénale est présumé irresponsable, mais, à partir d'un âge inférieur à celui de la majorité pénale, sa responsabilité pénale peut cependant être mise en jeu si certaines circonstances sont réunies. Il n'y a pas d'âge minimal fixé par la loi pour engager la responsabilité pénale d'un mineur. C'est-à-dire que, quel que soit son âge, un mineur peut être reconnu coupable d'une infraction.(24)
- 15 ans : Un majeur ayant un rapport sexuel avec un mineur de moins de quinze ans commet une « atteinte sexuelle » qui est un délit pouvant être puni de 7 ans d'emprisonnement (article 227-25 du code pénal (CP)). Une proposition de loi a été adoptée en première lecture par le Sénat le 21 janvier 2021, sous l'article 227-24-2, interdisant tout rapport sexuel, quel que soit sa nature, avec un enfant de moins de 13 ans. Elle a été transmise à l'Assemblée Nationale le

22 janvier 2021 et modifiée pour ensuite être transmise au Sénat en deuxième lecture le 16 mars 2021. Une discussion en séance publique est prévue le 25 mars 2021.(25)

- 16 ans : Il s'agit du seuil d'âge au-delà duquel un patient peut être pris en charge en secteur de psychiatrie générale (article L. 3221-1 du CSP).

c) L'autorité parentale

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs. L'article 371-1 du CC indique que « l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».

L'article 373-2 du CC précise que la séparation du couple parental n'a aucune incidence sur l'autorité parentale.

En cas de garde exclusive par un seul des parents, l'autre parent conserve son autorité parentale, à moins qu'il fasse l'objet d'une décision judiciaire prononçant le retrait de son autorité sur l'enfant. Seul le juge aux affaires familiales a la compétence de prononcer une telle décision.

Un parent ne peut pas renoncer à son autorité parentale ni la déléguer. La circulaire du 19 octobre 2009 indique que « les parents ne sont pas en droit de renoncer à l'exercice de l'autorité parentale (article 376 du CC). Toute délégation d'autorité parentale ne peut avoir lieu que par décision de justice avec ou sans l'accord des parents. Les parents ne peuvent donc pas donner autorisation à un directeur de colonie de vacances, à un proviseur de lycée ou à un éducateur de prendre toutes les décisions relatives à la santé de l'enfant. Une telle autorisation est illégale ».

En cas de jugement prononçant le retrait de l'autorité parentale, le parent qui ne dispose pas de l'autorité parentale bénéficie d'un droit à être informé. L'article 373-2-1 du CC énonce que « le parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité parentale conserve

le droit et le devoir de surveiller l'entretien et l'éducation de l'enfant. Il doit être informé des choix importants relatifs à la vie de ce dernier ».

d) Actes usuels et actes non usuels

Actes usuels

La circulaire du 19 octobre 2009 indique qu'« il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement). Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre à l'égard du tiers de bonne foi : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause ».

Actes non usuels

La circulaire du 19 octobre 2009 indique qu'« il s'agit d'actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels anesthésie, opération chirurgicale). Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale même en cas de séparation ».

Concernant la psychiatrie, un cas de jurisprudence permet d'apporter des précisions. En effet, l'arrêt du 28 février 2011 de la Cour d'appel de Lyon a conclu que quelques consultations avec une psychologue ne constituent pas une psychothérapie et relèvent donc d'actes usuels :

Cour d'appel de Lyon, 28 février 2011, n° de RG: 10/03604 2007/00476

« Attendu que le fait d'avoir eu 4 rencontres en 2009 et 4 en 2010 avec un psychologue ne constitue pas une psychothérapie, qui est un traitement de longue durée avec une grande régularité; qu'il s'agit de consultations permettant en quelques séances d'exprimer ses angoisses, d'être entendu et d'être réassuré sur ses capacités personnelles à surmonter une difficulté ; qu'il doit être considéré qu'il s'agit là d'un acte

usuel de prévention de la santé mentale, qu'un parent peut engager sans être soumis à l'accord de l'autre parent, cet acte restant ponctuel et d'une portée limitée ».

A contrario, L'arrêt du Conseil d'État rendu le 7 mai 2014 en matière disciplinaire médicale a conclu que l'introduction d'un traitement antidépresseur nécessitait l'accord des deux parents. Plus encore, il en découle que tout acte médical est un acte non usuel.(26)

On peut donc admettre que rencontrer un enfant en consultations quelques fois sans mettre en place une psychothérapie à proprement parler ni introduire de traitement psychotrope relève d'actes usuels et nécessite l'accord d'un seul parent. A contrario, un suivi psychothérapique et/ou l'introduction d'un traitement psychotrope nécessitera l'accord des deux parents.

e) En pratique en pédopsychiatrie

Dans tous les cas, l'hospitalisation d'un mineur se fera de préférence dans un service spécialisé dédié à la prise en charge de patients de moins de 18 ans. Cependant, un patient de plus de 16 ans peut être admis en service adulte (article L3221-1 du CSP).

La circulaire du 19 octobre 2009 rappelle que « les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. Ils ont cependant le droit de recevoir une information adaptée à leur âge et leur maturité et participer à la décision les concernant ».

Hors situation d'urgence :

Hors situation d'urgence, il convient d'obtenir l'accord des deux parents pour toute prise en charge.

Dans le cas d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) « l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance » (article L1112-34 du CSP).

En situation d'urgence :

En situation d'urgence, le bien-être et la sécurité du patient sont au premier plan, il convient donc d'hospitaliser le patient et d'introduire, si nécessaire, un traitement symptomatique tout en essayant d'obtenir au plus vite l'accord du ou des titulaires de l'autorité parentale.

La circulaire du 19 octobre 2009 précise ce qui est autorisé en cas de nécessité d'intervention chirurgicale en urgence et on peut extrapoler ces indications à toute urgence médicale ou psychiatrique : il faut consigner l'urgence par écrit dans le dossier médical, le directeur de l'établissement (ou l'administrateur de garde) est informé par le médecin de la nécessité de pratiquer l'intervention; le procureur de la République doit en être informé ; le directeur de l'établissement (ou l'administrateur de garde) contre-signé le document dans les meilleurs délais, et précise sur ce même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale.

En cas de refus des titulaires de l'autorité parentale et de danger imminent pour le patient mineur (agitation incoercible ou risque de passage à l'acte suicidaire par exemple), il est possible de passer outre ce refus en s'adressant au juge des enfants (ou le cas échéant le procureur de la République) pour obtenir une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP), permettant ainsi que le mineur soit confié à un établissement public de santé mentale. Ceci est encadré par les articles 375 et suivants du CC, relatifs à l'assistance éducative.

Aux termes de l'article 375-9 du CC, « la décision confiant le mineur sur le fondement du paragraphe 5 de l'article 375-3 (juge des enfants confiant l'enfant à un établissement de santé) à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil pour une durée d'un mois renouvelable ».

f) La question des soins sous contrainte à la demande du représentant de l'état (ASPDRE)

L'admissions en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état (ASPDRE) concerne les patients adultes, mais peut également s'appliquer à un patient mineur si son état de santé le justifie.

En effet, l'article L3211-10 du CSP précise que « hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre (ASPDRE), la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue »

L'ASPDRE est un mode d'hospitalisation sous contrainte, prononcé par arrêté du représentant de l'État d'un département, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil « des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. » (Article L3213-1 du CSP).

Un deuxième médecin, pouvant exercer dans l'établissement d'accueil établit un nouveau certificat confirmant, ou le cas échéant, infirmant la nécessité de maintenir ce mode d'hospitalisation dans les 24h suivant l'admission. Un troisième médecin rédige un troisième certificat à 72h.

Dans les 12 jours suivant son admission sous contrainte, le patient est amené à rencontrer le Juge des Libertés et des Détentions (JLD) qui contrôle la validité des mesures en place (article L3211-12-1 CSP).

3. En Belgique

En Belgique, l'âge de la majorité est fixé à 18 ans (article 488 du Code civil belge), sauf en cas d'émancipation qui peut être demandée à partir de l'âge de 15 ans révolus (article 477 du Code civil belge). Jusqu'à cet âge, l'enfant est sous la responsabilité conjointe de ses deux parents, détenteurs de l'autorité parentale (sauf

si un jugement en a décidé autrement), tel que défini dans l'article 374 du Code civil belge.

En termes de prise de décision concernant les soins, il a été précisé dans l'article 12 de la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient :

«§ 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts. »

Ceci implique qu'à partir du moment où un mineur a été considéré comme doué de discernement, son accord seul suffit pour une prise en charge médicale qui pourra alors se faire sans l'accord des parents ou à leur insu. L'évaluation de ce discernement incombe au médecin et n'est pas codifiée.

4. Au Royaume Uni

Le Royaume Uni (RU) est composé de quatre pays : l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord. Bien qu'il existe une législation commune au RU, chaque pays peut également avoir ses propres lois.

L'âge de la majorité est fixé à 18 ans dans l'ensemble du RU (Family Law Reform Act 1969) excepté en Écosse où il est de 16 ans (avec quelques restrictions tel que pas de droit de vote avant l'âge de 18 ans) (Age of Legal Capacity (Scotland) Act 1991).

Le Children Act de 1989 réforme sur plus d'une centaine d'articles les lois relatives à l'enfant, définissant entre autres l'autorité parentale.

Dans le Family Law Reform Act, il est stipulé que tout mineur ayant atteint l'âge de 16 ans révolus est en mesure de consentir à tout soin chirurgical, médical ou dentaire, au même titre qu'une personne majeure.

Les soins psychiatriques sous contrainte sont encadrés légalement par le Mental Health Act (MHA) de 1983, qui peut s'appliquer à tout patient remplissant les conditions médicales nécessaires à l'application de la loi. Il n'existe pas de restriction d'âge, mais il est rare qu'un enfant soit hospitalisé sous contrainte.

Le Mental Capacity Act (MCA) de 2005 s'applique aux patients jugés comme n'étant pas en capacité de consentir aux soins, sans que cela soit obligatoirement en lien avec un trouble psychiatrique. Toute décision prise pour le patient incapable doit répondre aux critères correspondant à l'intérêt premier du patient tels que définis par le paragraphe 4 de la première partie du MCA. Il y est notamment précisé que la décision ne doit pas être prise à la place du patient, uniquement à cause de son âge.

Le gouvernement du Royaume Uni a publié un guide pour l'application du MHA, notamment à la lumière du MCA.(27)

Concernant le consentement aux soins de patients mineurs, une distinction est faite entre les mineurs de moins de 16 ans (« children ») et ceux de 16-17 ans (« young people »).

Avant l'âge de 16 ans, la capacité à consentir aux soins va dépendre si on estime que l'enfant est en mesure de consentir tel que défini par la jurisprudence en 1985 dans le cas de *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* statuant sur la possibilité de prescrire une contraception à une patiente de moins de 16 ans, sans l'accord de ses parents.(28) Le résultat de cette décision judiciaire est qu'en Angleterre aujourd'hui, sauf dans des situations qui sont réglementées autrement par la loi, le droit légal de prendre une décision sur toute question particulière concernant l'enfant passe du parent à l'enfant lorsque l'enfant atteint une maturité suffisante pour être capable de se faire sa propre opinion sur la question nécessitant une décision. L'enfant estimé compétent est qualifié de « Gillick-competent ».

5. Aux États-Unis d'Amérique

Les États-Unis d'Amérique sont un pays fédéral comprenant 50 états qui ont chacun leur législation, notamment concernant la majorité. L'âge de la majorité est de 18 ans dans la plupart des états avec pour seules exceptions le Nebraska, l'Alabama et Puerto Rico où la majorité est fixée à 19 ans, et le Mississippi où il elle est fixée à 21 ans. Il existe dans certains états des dispositions permettant à un mineur d'être

émancipé et donc être considéré comme majeur avant l'âge légal. Un enfant est à la charge de ses parents jusqu'à sa majorité.(29)

En cas de divorce, le tribunal détermine quel parent, sinon les deux, a le droit et l'autorité de consentir à des soins psychiatriques pour un mineur. En conséquence, le praticien doit demander au parent divorcé s'il a la garde légale et le pouvoir d'ordonner des décisions médicales pour le mineur. De même le jugement peut préciser si l'un ou l'autre parent a le droit d'être informé d'une prise en charge médicale/psychiatrique.

Dans certains états, un mineur peut accéder à des soins médicaux à l'insu de ses parents (contraception ou soins psychiques en lien avec un trouble de l'usage d'alcool ou de substance).(30) Par exemple, dans l'état de l'Alabama, tout mineur âgé de 14 ans ou plus, ou qui a obtenu son diplôme d'études secondaires, ou qui est marié ou qui a été marié et est divorcé ou qui est enceinte, peut donner son consentement à tout soin médical, dentaire, ou de santé mentale légalement autorisé pour lui-même et le consentement de personne d'autre ne sera nécessaire. (Alabama Age of Majority law, (§22-8-4 (31))

6. Au Canada

L'âge de la majorité au Canada est de 18 ou 19 ans selon les provinces ou territoires.(32)

L'âge auquel un enfant est considéré comme étant capable de faire un choix relativement à sa santé varie d'une province/d'un territoire à l'autre. La loi canadienne ne définit pas d'âge en dessous duquel un enfant est considéré incapable de consentir ou refuser. Dans certains territoires le consentement est codifié par la loi, et dans certaines provinces un âge de consentement existe dans la législation.(33)

Au Québec par exemple, les règles concernant le consentement aux soins sont définies par les articles 11 à 25 du Code civil du Québec.

L'article 14 stipule notamment que « Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant

plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait. »

De plus, il est stipulé dans l'article 31 du Code civil du Québec que « Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et y reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie. Si la personne est âgée de moins de 14 ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir aux soins pour elle. »

En Ontario, au Canada, il existe le Ontario Consent and Capacity Board (CCB). Le CCB est un tribunal administratif établi en Ontario en 1992 pour tenir des audiences et statuer sur des questions telles que la capacité et le consentement. Une personne jugée incapable par un professionnel de la santé de prendre des décisions de traitement particulières a la possibilité de demander au CCB une réévaluation de cette constatation et son annulation.(34)

V. Éléments ayant une influence sur le processus décisionnel d'un mineur

A. Quels éléments entrent en jeu dans le consentement ?

La capacité à prendre une décision peut être définie selon quatre critères (Figure 2) :

- L'expression d'un choix
- la compréhension
- le raisonnement et
- l'appréciation.(35–42)

Afin d'être considéré compétent à prendre une décision les quatre critères de capacité devrait être rempli. Cependant la capacité à prendre décision n'est pas un phénomène on/off mais relatif à la décision spécifique et aux situations spécifiques. De plus, certaines maladies, somatiques ou psychiatriques peuvent affecter la compétence que ce soit de façon temporaire (par exemple lorsqu'un patient perd connaissance) ou de façon chronique (tel que par exemple dans le cas d'un retard mental sévère).

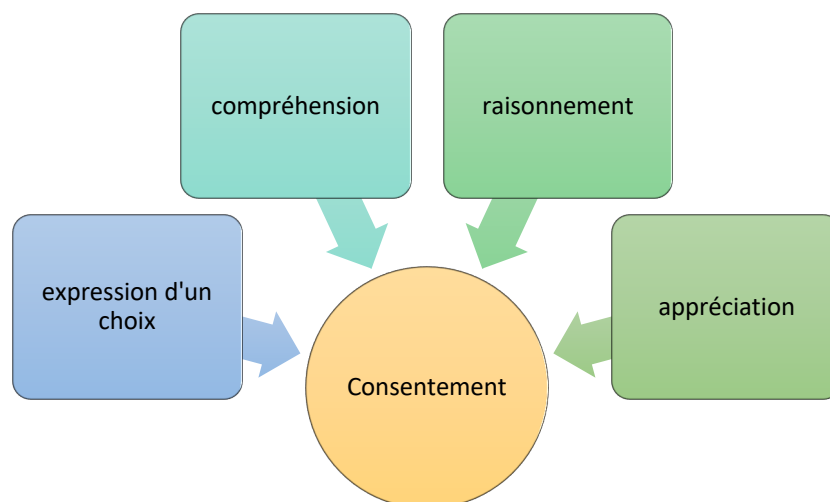


Figure 2 : Éléments entrant en jeu dans la capacité à prendre une décision.

1. L' expression d'un choix

L'expression d'un choix et le critère le moins rigoureux concernant la prise de décision. Celui-ci implique que quelqu'un peut communiquer une préférence de traitement ou de participation à la recherche ce qui est légalement restreint au langage

écrit ou oral. La compétence neurologique requise pour cette capacité et la capacité de communiquer que ce soit de façon verbale ou non verbale.(43,44)

2. La compréhension

La compréhension nécessite une combinaison de quatre capacités neurologiques.

Il faut une intelligence suffisante ainsi qu'une maîtrise du langage afin de traiter l'information. Il faut pouvoir orienter et diriger l'attention vers l'information. La compréhension des idées nécessite également des capacités de mémoire le rappel afin de traiter et intégrer l'information au-delà du moment à court terme.(43,44)

La fondation de ces compétences est mise en place la première année de vie. La maturité dans l'orientation de l'attention se développe autour des âges de 7 à 10 ans.(45,46) Durant l'enfance la capacité à retenir de l'information et la quantité d'information qui peut être retenue se développe. La mémoire augmente de façon spécifique entre les âges de 6 et 12 ans et ensuite augmente de façon modérée au cours de l'adolescence.(47,48) Les enfants de 10 à 12 ans semblent avoir des capacités de rappel comparables à celle des adultes.(49–51)

3. Le raisonnement

En plus de comprendre les informations factuelles il faudrait pouvoir raisonner au sujet des bénéfices des risques et des conséquences possibles d'un traitement ou des options de recherche clinique présentés.(43,44,52) Il faut donc pour cela les capacités de raisonnement logique et d'évaluation des bénéfices et des risques. Les enfants de 6 à 8 ans ont déjà démontré des capacités de raisonnement logique.(53) De l'âge de 8 à 11 ans les compétences de raisonnement des enfants s'améliorent de façon significative.(54) L'identification de risques se développe de façon importante entre les âges de 6 à 10 ans.(55) Les adultes sont plus performants dans l'identification des risques que les enfants et les adolescents mais pas dans l'identification des bénéfices.(56)

4. L'appréciation

L'élément le plus stricte impliqué dans la capacité à prendre une décision est l'appréciation. L'appréciation de la nature d'une situation implique que quelqu'un

comprendra non seulement les différentes options présentées mais aussi la pertinence de ces options pour sa situation personnelle. Pour cela il faut avoir des capacités de raisonnement abstrait ce qui implique notamment la présence de la théorie de l'esprit (être conscient du fait que quelqu'un d'autre puisse avoir son propre avis et son propre raisonnement).(43) Le raisonnement abstrait est notamment nécessaire pour comprendre les conséquences éventuelles d'une décision. De nombreuses compétences et zones du cerveau sont impliqués dans cette capacité. Entre les âges de 3 et 4 ans les enfants commencent déjà à reconnaître leurs propres croyances et désirs ce qui contribue au développement de normes et valeurs personnelles. Ils commencent également à comprendre comment ces derniers influencent leurs actions.(57,58) L'amélioration de l'efficacité de la mémoire de travail avec l'âge augmente davantage la capacité de raisonner autour d'objets abstraits hypothétiques, de situations ainsi que de normes et valeurs.(59)

Ces quatre critères peuvent être mesurés de façon standardisée à l'aide d'outils d'évaluation.

B. Impact du développement

L'enfant est un être en plein développement ce qui présente un défi particulier lorsque l'on se pose la question du consentement. Dans ce cas, il est particulièrement intéressant de se pencher sur sa capacité à prendre une décision et donc à consentir, ce qui dépendra notamment de son sens de responsabilité personnelle. Ce dernier va dépendre de deux points principaux : la maturation cognitive de l'enfant et le développement du raisonnement moral.(1)

Il est donc nécessaire au pédopsychiatre de définir le stade développemental d'un patient car son raisonnement autour de la prise de décision concernant un traitement et ainsi que sa représentation de la maladie dépendent de l'âge.(60)

1. Développement cognitif

La théorie cognitive du développement de l'enfant et de l'adolescent a particulièrement été développée par Jean Piaget et Bärbel Inhelder.(61)

En épistémologie développementale, la notion de stade est fondamentale et repose sur les cinq principes suivants :

- 1) Les stades se caractérisent par un ordre de succession des acquisitions invariant et non une simple chronologie. Les âges indiqués par Piaget et Inhelder s'appliquent à une population similaire à celle qu'ils ont étudiée et pourront différer au sein d'autres populations, cependant l'ordre d'acquisition restera le même.
- 2) Les stades ont un caractère intégratif : toute acquisition faite dans un stade fera partie intégrante du stade suivant.
- 3) Un stade est une structure d'ensemble et non une simple juxtaposition de différents éléments indépendants.
- 4) Un stade comporte à la fois un niveau de préparation au stade suivant et un niveau d'achèvement qui correspond au palier d'équilibre ainsi atteint.
- 5) Enfin, la préparation d'acquisitions supérieures pouvant reposer sur plus d'un stade et il existe également divers degrés de stabilité dans les achèvements. Il est donc nécessaire de distinguer dans une suite de stades les processus de formation/de genèse et les formes d'équilibre finales.

Selon cette théorie du développement cognitif, l'âge de sept ans est également l'âge d'apparition du raisonnement logique. Avant l'âge de sept ans, l'enfant est considéré comme étant au stade « préopératoire », avec le développement de la fonction symbolique à l'aide des processus d'imitation via le jeu notamment. Cependant, l'enfant est à ce stade incapable de se décentrer de son propre point de vue, les idées sont essentiellement intuitives et liées à la perception immédiate de l'enfant. Elles peuvent ainsi être fluctuantes au cours du temps.

Le raisonnement logique ou « période des opérations concrètes » apparaît vers l'âge de 7 à 11-12 ans. L'enfant devient à ce stade capable de décentration : il peut ainsi coordonner différents points de vue et en tirer des conséquences. Cependant il nécessite encore un support concret pour raisonner et ne peut pas encore raisonner à partir de seuls énoncés verbaux. L'enfant accède à la notion de réversibilité et met en place les premiers groupements opératoires. Sur le plan social, les échanges sociaux vont pouvoir s'enrichir du fait de prise de conscience de ses propres pensées et de celle des autres.

L'apparition de l'intelligence opératoire formelle marque pour Piaget et Inhelder l'entrée dans l'adolescence vers 12-13 ans. Le raisonnement logico-mathématique va

considérablement s'enrichir et se complexifier. L'adolescent va pouvoir raisonner à partir d'énoncés et d'hypothèses et non plus seulement sur des objets posés sur la table ou immédiatement représentés. Il pourra également émettre des hypothèses générales à partir d'évènements singuliers.

Alors que Piaget considère le développement cognitif comme foncièrement déterminé biologiquement, bien que facilité par des facteurs sociaux et environnementaux, les théoriciens cognitifs ultérieurs tel que Vigotsky par exemple, ont davantage considéré la pensée comme une activité culturellement déterminée, et donc avec beaucoup plus de souplesse et de variabilité dans son développement(1). En effet, contrairement à Piaget qui estimait qu'à un temps t, la capacité d'un enfant était x, pour Vigotsky, cette capacité peut être majorée à l'aide d'une « instruction compétente » pour atteindre le niveau x+1, définissant ainsi la « zone de développement proximal » et mettant en évidence l'impact que l'entourage peut avoir sur les capacités cognitives d'un enfant.(62)

Ainsi les habilités nécessaires à la prise de décision et les régions du cerveau se développent de façon asynchrone. La capacité à prendre une décision et donc une compétence qui se développe de façon progressive au fur et à mesure que l'enfant grandit (Figure 3).

	Age	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Adolescence	
(1) Language																			
(2) Intelligence																			
(2) Attention – Alerting																			
(2) Attention – Orienting																			
(2) Attention – Executive control																			
(2) Memory – Recall																			
(3) Reasoning																			
(3) Weighing risks & benefits																			
(4) Abstract thinking																			
(4) Mentalizing																			

Figure 3 : Développement de la capacité à prendre une décision. Chaque case représente 1 année de vie (d'après Grootens-Wiegers et al(36))

2. Développement moral

- Théories cognitives et développementales :

Au cours de sa maturation un enfant passera, d'après Piaget, par deux morales distinctes résultant de processus formateurs qui se succèdent, sans pour autant constituer des stades à proprement parler. Le moment de transition entre ces deux morales a lieu vers 7-8 ans. Le premier processus est la contrainte morale de l'adulte, aboutissant à l'hétéronomie et donc au réalisme moral. Dans le deuxième processus, l'enfant se rend compte qu'il peut participer à l'élaboration des règles et ainsi coopérer, pour aboutir à l'autonomie.(63)

- Théories psychanalytiques

Sigmund Freud a formulé la théorie selon laquelle le Surmoi se développait en résultat d'un Moi infantile faible. Ceci se passe après le stade phallique, en plein complexe œdipien vers 5-6 ans. La crainte de punition par ses parents de l'enfant frustré, ainsi que le besoin de protection et d'affection, obligent l'enfant à accepter les exigences parentales et de les internaliser. Plus le sentiment d'hostilité envers le parent est fort, plus le Surmoi (ou la conscience morale) sera fort.(64) Plus tard au cours du développement, le Surmoi adopte également les influences des personnes ayant pris la place des parents dans la vie de l'enfant tel que les tuteurs et éducateurs par exemple. Lorsqu'il s'agit de faire un choix, le Moi (la partie consciente de notre psychisme) va être tiraillée entre les exigences du Ça (qui demande la satisfaction pulsionnelle immédiate) celles du Surmoi (qui dicte la bonne conduite selon les codes moraux internalisés au cours du développement), ainsi que les exigences du monde extérieur, qui sont souvent contradictoires. D'après Freud, le Moi « sert trois maîtres sévères, il s'efforce de concilier leurs revendications et leurs exigences».(65) Cette théorie laisse peu d'autonomie à la personne qui fait un choix et dont le Surmoi est trop pesant.

- Théories d'apprentissage

Ces théories soulignent l'influence de l'environnement, notamment social et familial. Par exemple, une étude d'enfants d'un district newyorkais en 1950 a observé des mœurs significativement différentes, en lien avec différentes influences culturelles (1). Grindler a trouvé peu d'éléments en faveur de l'idée de Piaget, selon laquelle lorsque l'enfant avance vers un jugement moral mûr, son comportement changera également. Il a constaté que le processus de maturation qui sous-tend les

changements dans la compréhension des enfants des concepts moraux est relativement indépendant des processus par lesquels ils apprennent à appliquer les concepts de moralité à leur propre comportement : ce sont les pressions sociales de l'environnement immédiat qui se sont avérées primordiales. Ainsi, d'après Grinder, si la compréhension morale ne conduit pas automatiquement à un comportement moral, elle en est une condition préalable(66).

3. Aspect neurobiologique

Le développement neurobiologique commence in utero et continue au-delà de l'âge de la majorité civile de la plupart des pays du monde. La quantité de tissus cérébral semble atteindre son maximum vers l'âge de 4 ans pour ensuite subir des modifications et se stabiliser aux alentours de 24 ans. Ces processus de multiplication puis tri de neurones ne sont pas uniformes dans l'ensemble du cerveau mais varient d'une région à une autre.

Par exemple, dans le cortex préfrontal médian, une zone du cerveau impliquée dans les fonctions exécutives, attentionnelles et régulatrices, le pic survient à l'âge de 3 à 4 ans et un déclin significatif ne se produit pas avant le milieu ou la fin de l'adolescence. De même, la région limbique (notamment impliquée dans la mémorisation, le comportement et les émotions) continue à se développer bien au-delà de l'âge de 4 ans, tout au long de l'adolescence, lorsque la densité synaptique du cortex médial préfrontal atteint son pic. Le cortex médial préfrontal est impliqué dans les fonctions exécutives et attentionnelles.(67) (Figure 4)

Afin de pouvoir consentir à un traitement, la capacité de raisonner et de prendre une décision de façon indépendante sont indispensables. Bien que ces processus soient complexes et impliquent une grande partie du cerveau, la maturation du lobe frontal est essentielle car il intervient dans la régulation des émotions, le contrôle des impulsions, la capacité à juger des conséquences ainsi que la mise en œuvre des fonctions exécutives. La recherche suggère que ces fonctions exécutives émergent au cours des premières années de la vie et se renforcent considérablement avec le développement continu du lobe frontal tout au long de l'adolescence et jusqu'au début de la vingtaine.(68–70)

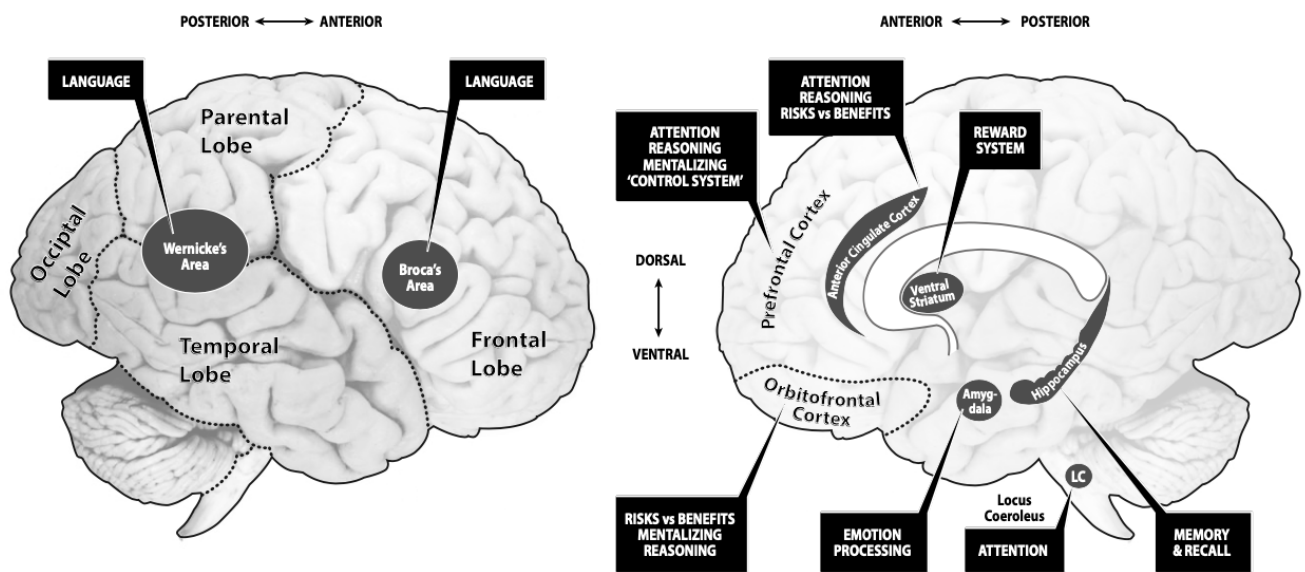


Figure 4 : Schématisation des différentes aires du cerveau et leur rôle (d'après Grootens-Wiegers *et al* (36))

4. Influences systémiques

Les enfants et adolescents sont, plus encore que les adultes, dépendants de leur entourage, plus particulièrement leurs soignants ou leurs parents. Une des raisons pour lesquelles les enfants peuvent être particulièrement sensibles à l'influence d'un parent ou d'un professionnel de la santé est leur besoin d'approbation ou la crainte de représailles venant de figures d'autorité.(71)

On peut donc postuler que la qualité de la relation entre le parent et l'enfant et le médecin et le patient a une grande influence sur la capacité de l'enfant à prendre des décisions éclairées(2), ce qui a été observé dans l'évaluation des facteurs influençant les décisions relatives à la recherche clinique prises par des patients mineurs.(72)

Tates décrit dans la relation médecin-parent-enfant, un mode de communication dominé par l'adulte, où la communication du médecin s'adresse essentiellement au parent. Ceci met en évidence la dépendance de l'enfant vis-à-vis des adultes concernant les informations qui seront à sa disposition en lien avec sa pathologie et sa prise en charge. Informations qui sont nécessaires pour lui permettre de prendre une décision.(73,74)

Un style parental autoritaire qui comprend la direction et l'établissement de limites est positivement corrélé avec le développement de la capacité de développement d'un adolescent à prendre des décisions autonomes.(75)

Quand on pense aux adolescents, il est indispensable également de prendre en compte l'influence des pairs. Une litanie d'expériences de laboratoire soigneusement contrôlées a mis en contraste les capacités des adolescents et des adultes à percevoir et à traiter les composants fondamentaux de l'information sur les risques, mais a constaté que les adolescents possèdent les connaissances, les valeurs et l'efficacité du traitement pour évaluer les décisions à risque avec autant de compétence que les adultes.(76) La recherche a suggéré qu'à l'adolescence, une période où les individus passent de plus en plus de temps avec leurs pairs, les stimuli liés aux pairs peuvent sensibiliser le système de récompense à répondre à la valeur de récompense d'un comportement à risque. Ainsi, lorsqu'il est entouré par ses pairs, un adolescent serait plus enclin à prendre des risques que s'il se trouvait seul. Au fur et à mesure que le système de contrôle cognitif mûrit au cours de l'adolescence, les adolescents grandissent dans leur capacité à coordonner l'affect et la cognition et s'autoréguler, même dans des situations riches en émotion. Ces capacités se traduisent par une croissance progressive de la capacité à résister à l'influence des pairs.(77)

VI. Exemples d'outils permettant d'évaluer la capacité à consentir

L'intérêt d'un outil d'évaluation standardisé est d'homogénéiser l'évaluation de la capacité à consentir et de minimiser la subjectivité de l'évaluateur. La nécessité d'un outil d'évaluation objectif est notamment mise en évidence par une étude comparant l'évaluation de la capacité à consentir de 83 patients adultes hospitalisés en psychiatrie, telle que faite par les médecins, les infirmier(e)s, les proches des patients et un outil standardisé. Il a été constaté que sans outil, les médecins, soignants et proches avaient des difficultés pour identifier les patients incapables et étaient rarement en accord les uns avec les autres.(78)

A. Évaluation du consentement : MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT)

Le MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT) est un outil d'évaluation de la capacité à consentir qui a été développé dans les années 90 par Thomas Grisso et Paul Applebaum(79). Il s'agit d'un questionnaire semi-structuré de 22 items, explorant quatre aspects de la capacité décisionnelle : la compréhension, l'appréciation, le raisonnement et l'expression d'un choix. Il existe sous trois formes différentes, prenant en compte le fait que la capacité décisionnelle est dépendante du contexte : le MacCAT-Clinical Research (ou MacCAT-CR, pour les essais cliniques (80)), le MacCAT-Treatment (ou MacCAT-T ; pour les décisions relatives au traitement (52)) et plus récemment le MacCAT-Criminal Adjudication (pour l'évaluation de la capacité à participer au processus judiciaire (81)). L'absence d'un seuil prédéterminé séparant la capacité et l'incapacité est une caractéristique voulue des instruments MacArthur; ils ont été conçus non pas comme des outils autonomes d'évaluation des capacités, mais plutôt comme des aides à l'évaluation des capacités.

Une version modifiée du MacCAT-CR a également été évalué chez l'enfant : chez les enfants de moins de 9,6 ans, la compétence était considérée comme improbable (avec une sensibilité de 90%) alors que chez les enfants de plus de 11,2 ans, la compétence était considérée comme probable (spécificité 90%). L'âge limite optimal a été évalué à 10,4 ans (sensibilité 81% et spécificité 84%)(82). Le MacCAT-CR modifié a aussi été employé pour évaluer la capacité théorique à consentir à un

protocole de recherche d'inclusion dans une biobanque, chez des patients âgés de 12 à 24 ans, répartis en deux groupes de (sains vs atteint d'une maladie chronique). Les résultats de l'étude ont démontré compréhension adéquate des adolescents des informations sur les biobanques, leur appréciation de la façon dont les biobanques les affectent personnellement et leur capacité à évaluer les risques et les avantages.(83)

Le MacCAT-CR a également été évaluée chez des enfants de 7 à 12 ans avec un diagnostic de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et sa faisabilité a été confirmée, cependant, les auteurs ont recommandé d'avantages de recherche afin de pouvoir conclure à une validité de l'outil chez l'enfant avec diagnostic de TDA/H.(84)

Par ailleurs, le MacCAT-T a été évalué chez l'enfant de 6 à 17 ans comme étant utilisable(38). L'évaluation de la capacité à consentir au traitement a été globalement plus souvent en faveur d'une telle capacité lorsqu'évalué avec le MacCAT-T que lors de l'évaluation standard.

Une version française du MacCAT-T a été validée dernièrement pour la première fois dans un échantillon de patients adultes souffrant de schizophrénie.(85)

B. Évaluation de l'intelligence : les échelles de Wechsler

Les échelles de Wechsler sont les plus utilisées pour évaluer l'intelligence d'un individu en mesurant le quotient intellectuel (ou QI).

Trois échelles existent pour évaluer l'intelligence selon la période de développement de l'individu :

- l'échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire, 4^e édition (WPPSI-IV), pour les enfants de 2 ans 6 mois à 7 ans 7 mois,(86)
- l'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents, 5^e édition (WISC-V), pour les enfants et adolescents de 6 ans à 16 an et 11 mois,(87)
- et l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes, 4^e édition (WAIS-IV) pour les adolescents et adultes de 16 ans à 79 ans et 11 mois.(88)

Il existe également l'échelle non verbale d'intelligence de Wechsler (WNV), qui permet d'évaluer l'intelligence des sujets âgés de 4 ans à 21 ans et 11 mois. Sa spécificité réside dans son administration non verbale. En effet, les consignes sont non seulement disponibles en plusieurs langues (dont le français) mais peuvent également être expliquées à l'aide d'images et de gestes. Cette échelle apparaît donc particulièrement adaptée à des sujets présentant des difficultés du langage oral ou écrit.(89)

Les trois premières échelles citées ci-dessus évaluent plusieurs éléments parmi lesquels la compréhension verbale, la fluidité du raisonnement ainsi que la mémoire de travail. Ces questionnaires ne sont pas spécifiques à la question de la capacité décisionnelle, mais peuvent toutefois donner des indices quant aux difficultés ou au contraire facilités, qu'un enfant peut présenter. Lorsqu'un patient a eu une évaluation de son QI à l'aide d'une de ces échelles, le résultat pourrait donc être un indice quant à sa capacité décisionnelle sans en être une évaluation spécifique. Par ailleurs une étude a retrouvé une corrélation positive entre la compréhension ($p < 0,01$) et le raisonnement ($p < 0,05$) telle qu'évalués par le MacCAT-T et le QI total obtenu au WISC-III, chez des patients mineurs(90). Cette corrélation a également été constatée entre les résultats obtenus à l'aide du MacCAT-CR et le WNV ($p < 0,05$)(41).

C. Autres instruments d'évaluation

Une revue de la littérature de 2006 faisant un état des lieux des outils évaluant la capacité décisionnelle pour la recherche clinique ou le traitement a relevé l'existence de 23 outils différents s'intéressant à différents aspects de la capacité décisionnelle chez l'adulte. Dix d'entre eux étaient destinés à la recherche clinique, quinze au traitement et deux étaient employés dans les deux contextes. La plupart des outils recensés évaluent principalement la compréhension du patient et une grande disparité dans la définition de la capacité de raisonner a été relevée entre les différents outils. Dans l'ensemble, les auteurs ont relevé plusieurs instruments qui pourraient être d'intérêt en psychiatrie : Pour le consentement au traitement, une évaluation initiale pourrait s'effectuer à l'aide du Aid to Capacity Evaluation (évaluant uniquement la compréhension), du Hopement Capacity Assessment Interview, (évaluant la compréhension, les capacités d'appréciation et l'expression d'un choix – le raisonnement est également évalué mais les auteurs de la revue ont estimé que

cette évaluation était probablement inadéquate). Le MacCAT-T est conseillé si l'on souhaite effectuer une évaluation plus complète ou une réévaluation de la capacité à consentir au traitement. Concernant l'évaluation de la capacité à consentir à des séances d'électroconvulsivothérapie (ECT), le MacCAT-T et le Competency Interview Schedule semblent appropriés. Comme recommandation générale, cependant, les meilleurs choix pour mesurer la capacité à consentir à la recherche et au traitement, étant donné leur exhaustivité et les données psychométriques à l'appui, seront fréquemment les outils d'évaluation des compétences MacArthur pour la recherche clinique et pour le traitement, respectivement.(40)

Un des outils ne figurant pas dans la revue de la littérature citée ci-dessus est le competency questionnaire (CQ) élaboré par Applebaum et al. Il a été initialement testé auprès de 50 patients adulte admis en service de psychiatrie en soins libres : 50% des patients pensaient avoir un trouble psychiatrique nécessitant leur hospitalisation et seul 50% des patients savaient qu'ils étaient en droit de refuser un traitement. (91) Plus tard, une version modifiée, le CQ-ChP a également été employée chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie, concluant que leur capacité à consentir était proche de celle des adultes hospitalisés. Une seconde étude incluant 25 adolescents hospitalisés en psychiatrie a cependant mis en évidence un manque de corrélation entre capacité et diagnostic psychiatrique. D'après les auteurs, ceci était probablement dû à la faible présence de troubles psychotiques et troubles neurologiques qui étaient le plus corrélés au manque de capacité.(92)

VII. Influence du trouble psychiatrique sur la capacité décisionnelle

Il existe peu d'études s'intéressant à l'influence du trouble psychiatrique sur la capacité décisionnelle d'un patient, et la très grande majorité d'entre elles s'intéresse aux patients adultes et non aux patients mineurs.

Une des études clés dans ce domaine a été la MacArthur Treatment Competence Study en 1995, à l'origine du MacCAT-T. Cette étude multicentrique a évalué quatre éléments couramment employés dans l'évaluation juridique du consentement(93) (la capacité à exprimer un choix, la compréhension d'information pertinente, l'appréciation de la nature de la situation et ses conséquences probables ainsi que le fait de traiter de l'information de façon rationnelle)(93) au sein de quatre échantillons de population différents (75 patients avec un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif et 92 patients ayant un diagnostic de dépression, hospitalisés pour leur trouble en psychiatrie au moment de leur inclusion dans l'étude, ainsi que 82 patients sans diagnostic psychiatrique admis pour évaluation cardiovasculaire dans un contexte d'angine de poitrine – chaque patient inclus a été apparié à une personne non malade à visée comparative)(95). Cette étude a conclu notamment au fait que les patients avec trouble psychotique étaient moins performants que les patients présentant un épisode dépressif, qui eux-même étaient moins performants que les patients hospitalisés pour un trouble cardiovasculaire.(95) Cependant, en réévaluant la capacité à consentir à distance de l'épisode psychiatrique aigu, ils ont pu observer une amélioration du score, se rapprochant de celui des personnes ne souffrant pas de trouble psychiatrique. Ceci était plus marqué pour le groupe schizophrénie que pour le groupe dépression.(94)

Une étude de 2002 comparant 25 patients adultes ayant un diagnostic de schizophrénie (d'après les critères du DSM-IV) et 25 patients adultes ayant une infection au VIH a constaté que 80% des adultes ayant une schizophrénie et 96% des patients ayant le VIH avaient une capacité adéquate à consentir à un essai clinique médicamenteux, telle qu'évaluée par le MacCAT-CR. Cependant les patients atteints de schizophrénie avaient des scores significativement moins bons dans deux aspects de la capacité décisionnelle (compréhension et appréciation). L'apathie et aboulie

étaient associés de façon significative à la capacité décisionnelle, alors que les symptômes psychotiques (hallucinations et idées délirantes) ne l'étaient pas.(96)

Cette étude n'a pas fait partie de la revue de la littérature publiée par Okai et al en 2007, afin de décrire l'épidémiologie clinique de l'incapacité mentale chez les patients adultes souffrant de troubles psychiatriques, ainsi que la fiabilité inter-évaluateurs des mesures, la fréquence dans la population psychiatrique et les associations d'incapacité mentale. Sur les 37 articles examinés, 29 outils différents d'évaluation des capacités avaient été identifiés. Les études étaient très hétérogènes dans leur mesure et leurs définitions de la capacité, et la fiabilité inter-évaluateur entre les outils était élevée. Les études indiquaient que l'incapacité était courante (avec une médiane de 29%), mais la majorité des patients hospitalisés en psychiatrie étaient estimés capables de prendre des décisions en lien avec leur traitement. La psychose, la gravité des symptômes, l'admission involontaire et le refus de traitement étaient les principaux facteurs de risque d'incapacité.(97)

Une étude monocentrique de 2006 a évalué les capacités de compréhension, d'appréciation et de raisonnement 19 mineurs âgés de 7 à 15 ans ayant un diagnostic de TDA/H, ainsi que de leurs parents, et leur compétence à consentir ou à donner leur assentiment à la participation à des essais cliniques à l'aide du MacCAT-CR. Les croyances, les craintes, la motivation et les facteurs influençant la prise de décision des mineurs légaux et des parents ont également été examinés. Des faits tels que les procédures impliquées dans les essais cliniques ou leur durée étaient bien compris par les mineurs, mais des questions plus abstraites comme l'objectif principal l'essai clinique n'étaient pas comprises par les enfants et les adolescents ni par de nombreux parents. Les mineurs avaient également des difficultés à comprendre la nature du placebo et la probabilité de recevoir un placebo.(72)

Une étude ouverte monocentrique comparant 35 adolescents avec un diagnostic d'anorexie mentale à 40 adolescents en bonne santé a évalué la capacité à consentir au traitement en se servant des scénarii hypothétiques (scoliose ou dépression), à l'aide du MacCAT-T. Les participants avec anorexie mentale étaient moins capables que les adolescents en bonne santé de s'impliquer dans un raisonnement important, moins aptes à générer des conséquences quotidiennes de leurs décisions et moins capables de prendre des décisions logiquement cohérentes concernant les scénarii

hypothétiques. De plus, ils avaient d'avantages de difficultés avec le raisonnement comparatif et le raisonnement global lorsqu'il s'agissait de leur propre maladie par opposition à des maladies hypothétiques. Ceci met en avant la complexité de la prise en charge d'adolescents avec un diagnostic d'anorexie mentale, particulièrement du fait de l'égosyntonie de cette pathologie.(37)

Plus récemment, une étude a été réalisée dans l'hôpital psychiatrique de Bellevue de New York (États Unis d'Amérique), analysant 336 consultations évaluant la capacité décisionnelle d'un patient adulte. Ces consultations étaient demandées le plus souvent pour des patients masculins présentant des troubles cognitifs et des troubles de l'usage de substance. Elles étaient moins souvent sollicitées pour des patients présentant des troubles psychotiques ou des troubles de l'humeur. Parmi les diagnostics médicaux, les troubles neurologiques contribuaient à l'incapacité décisionnelle, et parmi les troubles psychiatriques, ceux qui avaient un impact négatif significatif sur la capacité décisionnelle étaient les troubles cognitifs (54,1% de ces patients étaient considérés incapables vs 31,9% capables, $p=0,000$). Les patients présentant des troubles cognitifs avaient par ailleurs une capacité décisionnelle significativement moins bonne que les patients présentant un trouble psychotique ou un trouble de l'usage de substance. Les troubles impactant le moins la capacité décisionnelle étaient les troubles de l'humeur, dont seul 16,9% des patients atteints étaient évalués comme étant incapables de prendre des décisions en lien avec leurs soins (vs. 34% capables, $p=0,001$). Cependant, deux limites majeures de cette étude sont les faits que les évaluations de la capacité décisionnelle ainsi l'évaluation de la sévérité des troubles psychiatriques n'étaient pas faits à l'aide d'outils standardisés.(98)

Une étude publiée par l'équipe de Mandarelli en 2017 a évalué la capacité à prendre des décisions relatives au traitement (CPDT) de 22 patients âgés de 11 à 18 ans, hospitalisés en psychiatrie, afin d'évaluer une possible association entre la CPDT, la sévérité des troubles psychiatriques et le fonctionnement cognitif. Cette capacité était évaluée à l'aide du MacCAT-T, le fonctionnement cognitif mesuré à l'aide de la Weschler Intelligence Scale for Children III (WISC-III) et la sévérité des symptômes psychiatriques par la Brief Psychiatric Rating Scale (v 4.0). La CPDT des patients était variable au sein de l'échantillon, mais les scores MacCAT-T étaient bons

dans l'ensemble de l'échantillon, ce qui suggère que les enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux graves pourraient être compétents pour consentir au traitement. La CPDT s'est avérée indépendante du diagnostic psychiatrique tout en étant associé positivement au fonctionnement cognitif et négativement à l'agitation. Il est important de souligner qu'il s'agit de la seule étude publiée évaluant de telle sorte l'impact potentiel des troubles psychiatriques sur la capacité décisionnelle d'un patient mineur.(90)

VIII. Discussion

La capacité à consentir peut être estimée en évaluant quatre éléments qui y contribuent : la capacité à exprimer un choix, la compréhension et l'appréciation de la situation ainsi que les capacités de raisonnement.

Afin d'augmenter la capacité d'un patient, on peut agir sur certains de ces éléments avec en premier lieu la compréhension de la situation. En effet, la compréhension va dépendre en grande partie de l'information que le patient reçoit. Il est donc essentiel d'adapter le discours médical au niveau de compréhension du patient.

Une étude menée dans un service de psychiatrie infanto-juvénile en Allemagne a constaté que seul 40% des patients avaient été informés de l'hospitalisation au préalable et seule la moitié des patients avaient été informés de leurs traitements et des éventuels effets indésirables qu'ils pouvaient engendrer.(99) Ceci est particulièrement problématique car un manque d'information appropriée est un obstacle à la prise d'une décision éclairée.

Il est important de bien garder en tête le contexte dans lequel on demande le consentement d'un patient mineur en psychiatrie : est-ce pour une prise en charge psychiatrique classique ou dans le cas de recherche médicale ? En effet, bien que le but final dans les deux cas soit de prévenir et/ou traiter une pathologie du mieux que l'on peut, en recherche médicale les protocoles à suivre sont standardisés et stricts, alors qu'une prise en charge thérapeutique peut être adaptée et personnalisée à chaque patient. Bien que l'amélioration clinique d'un patient soit espérée en recherche, il ne s'agit le plus souvent que d'un effet secondaire et non pas nécessairement de l'objectif premier d'une étude. De même, les patients et leur famille ont souvent l'impression que l'inclusion dans un essai clinique est la meilleure façon d'obtenir la prise en charge la plus complète et la plus efficace. Ce contexte met bien en évidence la nécessité que l'information donnée au patient soit la plus complète possible, afin de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause.(100,101)

Classiquement, dans le cadre de la recherche clinique en pédiatrie, l'information est communiquée à l'aide d'un document écrit remis aux parents ainsi qu'oralement, cependant, malgré ces dispositions, la compréhension par les patients ainsi que leurs parents reste souvent faible.(102–105) Une alternative possible est le développement d'outils multimédias (site web, vidéo...) adressés aux patients et leurs parents(106) qui ont démontré une meilleure compréhension des informations relatives aux essais cliniques par les parents.(107,108) On peut imaginer que de tels outils pourraient également avoir un impact positif sur la compréhension des patients mineurs, mais cela reste à démontrer. Une meilleure compréhension peut également contribuer à une meilleure alliance thérapeutique.(109) Ainsi, il est important de faciliter la communication entre médecin et le patient ainsi que ses parents. Par exemple, une équipe canadienne a proposé un guide d'évaluation succincte de la capacité à consentir d'un patient mineur, incluant une partie expliquant le cadre législatif s'appliquant à la situation ainsi qu'une partie informative adressée aux parents.(110)

Le consentement d'un patient se doit être non seulement « éclairé » mais également « libre ». Cette liberté implique l'absence de coercition. Étant sous la responsabilité de leurs parents, les enfants sont toutefois soumis à leurs décisions, du moins légalement. Si le consentement n'est pas requis sur un plan légal, le médecin devrait faire son maximum pour obtenir l'assentiment du patient. Il n'est pas rare pour les patients hospitalisés en service de psychiatrie infanto-juvénile d'avoir un fort sentiment de contrainte perçue.(111) Pour diminuer ce sentiment de contrainte, il est important de prendre le temps d'expliquer la situation ainsi que de permettre au patient de poser des questions, interroger ce qu'il a compris, comment il se représente sa maladie, ce qu'il aimerait qu'on puisse faire pour l'aider... notamment sans la présence des parents lorsqu'il s'agit d'adolescents.(35) En effet, les parents exercent une influence, volontaire ou non, sur le consentement de leur enfant, ce qui peut remettre en question si on peut effectivement le qualifier de « libre ».(112) Le droit d'un enfant d'exprimer son opinion en se restreint pas au consentement à la prise en charge. Il est également possible de lui conférer un rôle actif dans la prise de décision en lien avec son traitement tel que choisir entre deux options thérapeutiques valables. Ceci peut lui donner un sens de contrôle sur la situation et ainsi faciliter l'alliance thérapeutique.(62)

Bien qu'il semblerait que les enfants et adolescents à partir de 14, voire 12 ans soient en mesure de consentir aux soins(42,82), est-il judicieux de leur donner ce droit ? La question est particulièrement intéressante lorsque l'on se retrouve confronté à un patient mineur en demande de soins avec des parents qui refusent d'accorder leur autorisation.

Dans l'article 24 de la Charte des droits de l'enfant de l'Organisation des Nations Unies, il est stipulé que « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. »

En psychiatrie infanto-juvénile, la question de la demande de soins par un patient mineur avec refus des parents peut particulièrement se poser dans le cas de diagnostic de dysphorie de genre où les prise en charges médicales et psychiatriques sont lourdes et complexes.(113) Dans le cadre de symptômes évocateurs de troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent, il s'est avéré dans une étude que la nécessité du consentement des parents à l'inclusion dans une étude clinique était un obstacle à l'obtention du consentement des patients mineurs. Ces derniers étaient d'accord pour participer au dispositif, mais ne souhaitaient pas que leurs parents soient informés.(114)

De même, les médecins partent du principe qu'un parent agira systématiquement dans l'intérêt de l'enfant, mais cela n'est malheureusement pas toujours le cas.(112,115,116) Un parent peut par exemple s'opposer à une consultation par crainte que l'enfant révèle des faits de maltraitance. Un autre cas où obtenir le consentement des deux parents peut être difficile est lorsque les parents sont séparés et en conflit. La prise en charge pédopsychiatrique peut devenir un enjeu au sein du conflit, indépendamment du bénéfice qu'elle peut apporter à l'enfant.(117) La stigmatisation des troubles psychiatriques et des soins en psychiatrie peut également être un frein à l'obtention du consentement aux soins (que ce soit auprès des patients ou de leurs parents).(118)

L'aspect légal prend de plus en plus de place en médecine, il incombe donc à tout médecin d'être au courant des lois encadrant sa pratique. Concernant le

consentement en psychiatrie, et plus particulièrement chez les mineurs (et le cas échéant, leurs responsables légaux), ils ont donc besoin de recueillir le consentement et le tracer par écrit dans le dossier médical du patient. Ceci est d'autant plus vrai qu'en psychiatrie, on est rarement confronté à une urgence vitale, laissant le temps au médecin de recueillir le consentement.(119)

La notion de « Gillick-compétence » a été critiquée car avec cette notion, un mineur de moins de 16 ans doit satisfaire des critères plus stricts qu'un adulte pour avoir le droit de consentir aux soins en santé mentale et il a été suggéré d'instaurer un cadre légal de soins psychiatriques plus spécifique aux patients mineurs. De plus, la diversité des textes encadrant le consentement en psychiatrie, notamment chez les mineurs au Royaume Uni complique leur compréhension pour les médecins.(120)

Modifier l'âge légal de consentement est à double tranchant : On risque dans tous les cas de se heurter à un refus : celui du patient s'il est estimé compétent, ou celui de ses responsables légaux. Il est donc difficile de statuer sur une limite claire et nette s'appliquant à tous sans distinction.(121)

Il n'est pas exclu que, avec l'émergence d'outils standardisés pour évaluer la capacité à consentir au traitement ou à la recherche clinique tel que les outils MacArthur, le consentement sera à l'avenir évalué au cas par cas.

A ce jour, et à la lumière des connaissances actuelles, il me semble indiqué d'impliquer davantage les mineurs ayant les capacités de consentir dans les décisions les concernant, notamment les « grands adolescents ». La question d'élargir leurs droits en abaissant l'âge légal de consentement aux soins peut se poser, à condition d'une évaluation au cas par cas de la capacité à consentir à l'aide d'un outil standardisé et validé pour les mineurs pris en charge en psychiatrie infanto-juvénile.

Il est également essentiel de faciliter l'accès aux soins en permettant par exemple une prise en charge avec l'accord d'un seul parent, notamment dans les situations où l'adolescent est d'accord pour, voire en demande de soins, et que les parents sont séparés et en mauvais termes.

Enfin, le jugement d'incapacité par un médecin peut être remis en question, tel que cela a été le cas par exemple dans le cas d'une patiente mineure avec un

diagnostic d'anorexie mentale refusant de s'alimenter en Ontario au Canada. Le CCB s'est dans ce cas, montré peu disposé à confirmer les constatations des cliniciens d'incapacité, rappelant que les patients qui ont la capacité ont également le droit de ne pas être d'accord avec leur médecin et de faire de mauvais choix.(34)

IX. Conclusion

Le consentement chez les patients mineurs prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile est complexe et multifactoriel. (Figure 5) Les connaissances actuelles indiquent que les enfants et adolescents semblent être en capacité de consentir avant l'âge de la majorité, y compris en cas de trouble psychiatrique, ce qui n'est pas reflété par leurs droits.

L'outil standardisé d'évaluation du consentement chez l'adulte le plus employé, le MacArthur Competence Assessment Tool mériterait d'être officiellement adapté à la population pédiatrique et traduit dans la langue employée, ainsi qu'évalué de façon rigoureuse dans la population pédopsychiatrique. Ceci permettrait éventuellement de mettre en évidence des critères prédictifs de capacité à consentir, qui seraient par la suite employable par les pédopsychiatres pour impliquer d'avantage leurs patients dans la prise en charge et favoriser leur autonomie en pratique clinique.

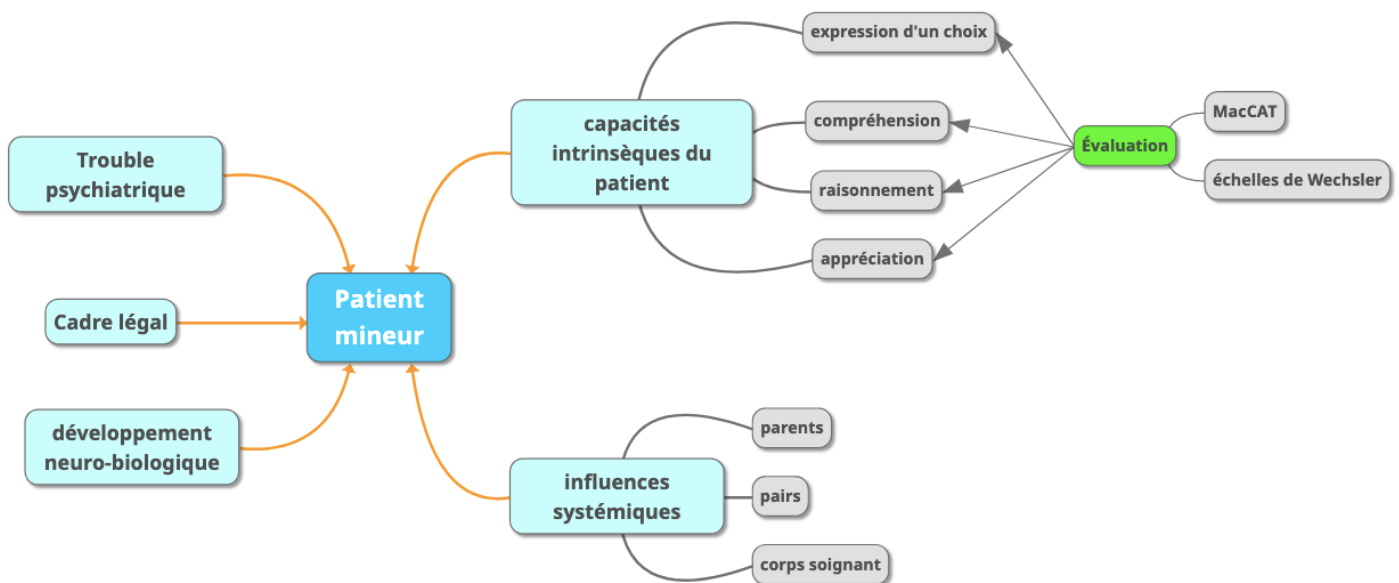


Figure 5 : Schématisation du consentement chez le mineur en psychiatrie

X. Bibliographie

1. Green J, Stewart A. Ethical issues in child and adolescent psychiatry. *J Med Ethics*. mars 1987;13(1):5-11.
2. Pearce J. Consent to treatment during childhood. The assessment of competence and avoidance of conflict. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 1994;165(6):713-6.
3. Miller D. The ethics of practice in adolescent psychiatry. *Am J Psychiatry*. avr 1977;134(4):420-4.
4. Schowalter JE. The minor's role in consent for mental health treatment. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1978;17(3):505-13.
5. American Psychiatric Association. Guidelines for the psychiatric hospitalization of minors. *Am J Psychiatry*. juill 1982;139(7):971-4.
6. Stone AA, Bonnie R, American Psychiatric Association. Four alternatives to the guidelines for the psychiatric hospitalization of minors: clinical and legal considerations. *Am J Psychiatry*. juill 1982;139(7):974-5.
7. Miller D, Burt RA. Children's rights on entering therapeutic institutions. *Am J Psychiatry*. févr 1977;134(2):153-6.
8. Birleson P. Legal rights and responsibilities of adolescents and staff in Victorian Child and Adolescent Mental Health Services. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 1996;30(6):805-12.
9. Black D, Subotsky F. Medical ethics and child psychiatry. *J Med Ethics*. mars 1982;8(1):5-8.
10. Hein IM, Troost PW, Broersma A, de Vries MC, Daams JG, Lindauer RJL. Why is it hard to make progress in assessing children's decision-making competence? *BMC Med Ethics* [Internet]. 10 janv 2015 [cité 15 mars 2021];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4298077/>

11. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 2015;56(3):345-65.
12. Noroozi M, Singh I, Fazel M. Evaluation of the minimum age for consent to mental health treatment with the minimum age of criminal responsibility in children and adolescents: a global comparison. *Evid Based Ment Health*. août 2018;21(3):82-6.
13. Wheeler R, Crabb A. The legal basis for compulsorily detaining children and young people for treatment. *Arch Dis Child*. mars 2016;101(3):210-1.
14. Koocher GP. Ethical challenges in mental health services to children and families. *J Clin Psychol*. mai 2008;64(5):601-12.
15. Arnold LE. Turn-of-the-century ethical issues in child psychiatric research. *Curr Psychiatry Rep*. avr 2001;3(2):109-14.
16. https://www.cgplp.fr/wp-content/uploads/2021/03/2021_CGLPL_Rapport-Droits-fondamentaux-des-mineurs-enferm%C3%A9s_Dossier-de-presse.pdf consulté le 20/03/2021.
17. Belitz J, Bailey RA. Clinical ethics for the treatment of children and adolescents: a guide for general psychiatrists. *Psychiatr Clin North Am*. juin 2009;32(2):243-57.
18. Billick SB. Developmental competency. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1986;14(4):301-9.
19. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359> consulté le 20/03/2021.
20. Tancredi L. Competency for informed consent: conceptual limits of empirical data. *Int J Law Psychiatry*. 1982;5(1):51-63.
21. Sutter J. Bayle François.-Croix gammée contre Caducée. Les expériences humaines en Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale; P. Lethielleux.- L'expérimentation humaine en médecine. *Population*. 1953;8(1):170-1.

22. <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
consulté le 20/03/2021.
23. <http://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/#:~:text=Un%20enfant%20hospitalis%C3%A9%20a%20le,son%20%C3%A2ge%20ou%20son%20%C3%A9tat.&text=L%27h%C3%B4pital%20doit%20fournir%20aux,personnel%20et%20de%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9> consulté le 20/03/2021.
24. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1837> consulté le 20/03/2021.
25. <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl20-158.html> consulté le 21/03/2021.
26. Bouvet R, Pierre M, Le Gueut M. L'acte médical réalisé sur un mineur nécessite le consentement des deux parents. Arch Pédiatrie. nov 2014;21(11):1272-3.
27. Great Britain, Department of Health. Code of practice: Mental Health Act 1983. Norwich: Stationery Office (TSO); 2008.
28. <http://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1985/7.html> consulté le 20/03/1991.
29. <https://minors.uslegal.com/age-of-majority/> consulté le 20/03/2020.
30. Vernick AE. Forensic aspects of everyday practice: legal issues that every practitioner must know. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. oct 2002;11(4):905-28.
31. <https://minors.uslegal.com/age-of-majority/alabama-age-of-majority-law/>
consulté le 20/03/2020.
32. <https://www.quebec.ca/education/aide-financiere-aux-etudes/explore/admissibilite/> consulté le 20/03/2021.
33. Schachter D, Kleinman I, Harvey W. Informed consent and adolescents. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. août 2005;50(9):534-40.
34. Bryden P, Steinegger C, Jarvis D. The Ontario experience of involuntary treatment of pediatric patients with eating disorders. Int J Law Psychiatry. juin 2010;33(3):138-43.

35. Hoop JG, Smyth AC, Roberts LW. Ethical issues in psychiatric research on children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* janv 2008;17(1):127-48, x.
36. Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, de Vries MC. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatr* [Internet]. 8 mai 2017 [cité 30 août 2019];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422908/>
37. Turrell SL, Peterson-Badali M, Katzman DK. Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* déc 2011;44(8):703-7.
38. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Christiaans I, Grisso T, van Goudoever JB, et al. Feasibility of an Assessment Tool for Children's Competence to Consent to Predictive Genetic Testing: a Pilot Study. *J Genet Couns.* déc 2015;24(6):971-7.
39. Dunn LB, Palmer BW, Appelbaum PS, Saks ER, Aarons GA, Jeste DV. PREVALENCE AND CORRELATES OF ADEQUATE PERFORMANCE ON A MEASURE OF ABILITIES RELATED TO DECISIONAL CAPACITY: DIFFERENCES AMONG THREE STANDARDS FOR THE MACCAT-CR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. *Schizophr Res.* janv 2007;89(1-3):110-8.
40. Dunn LB, Nowranghi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry.* août 2006;163(8):1323-34.
41. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, van Goudoever JB, et al. Key factors in children's competence to consent to clinical research. *BMC Med Ethics.* déc 2015;16(1):74.
42. Hein IM, De Vries MC, Troost PW, Meynen G, Van Goudoever JB, Lindauer RJL. Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research. *BMC Med Ethics.* déc 2015;16(1):76.
43. Appelbaum PS, Grisso T. *MacArthur competence assessment tool for clinical research (MacCAT-CR)*. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 2001.

44. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*. 22 déc 1988;319(25):1635-8.
45. Pozuelos JP, Paz-Alonso PM, Castillo A, Fuentes LJ, Rueda MR. Development of attention networks and their interactions in childhood. *Dev Psychol*. oct 2014;50(10):2405-15.
46. Waszak F, Li S-C, Hommel B. The development of attentional networks: cross-sectional findings from a life span sample. *Dev Psychol*. mars 2010;46(2):337-49.
47. Thaler NS, Goldstein G, Pettegrew JW, Luther JF, Reynolds CR, Allen DN. Developmental aspects of working and associative memory. *Arch Clin Neuropsychol Off J Natl Acad Neuropsychol*. juin 2013;28(4):348-55.
48. Guillery-Girard B, Martins S, Deshayes S, Hertz-Pannier L, Chiron C, Jambaqué I, et al. Developmental trajectories of associative memory from childhood to adulthood: a behavioral and neuroimaging study. *Front Behav Neurosci*. 2013;7:126.
49. Sprondel V, Kipp KH, Mecklinger A. Developmental changes in item and source memory: evidence from an ERP recognition memory study with children, adolescents, and adults. *Child Dev*. déc 2011;82(6):1638-953.
50. Czernochowski D, Mecklinger A, Johansson M. Age-related changes in the control of episodic retrieval: an ERP study of recognition memory in children and adults. *Dev Sci*. nov 2009;12(6):1026-40.
51. Rhodes SM, Murphy D, Hancock PJB. Developmental changes in the engagement of episodic retrieval processes and their relationship with working memory during the period of middle childhood. *Br J Dev Psychol*. nov 2011;29(Pt 4):865-82.
52. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv Wash DC*. nov 1997;48(11):1415-9.

53. Pillow BH, Pearson RM, Hecht M, Bremer A. Children's and adults' judgments of the certainty of deductive inferences, inductive inferences, and guesses. *J Genet Psychol.* sept 2010;171(3):203-17.
54. Markovits H, Fleury ML, Quinn S, Venet M. The development of conditional reasoning and the structure of semantic memory. *Child Dev.* juin 1998;69(3):742-55.
55. Hillier LM, Morrongiello BA. Age and gender differences in school-age children's appraisals of injury risk. *J Pediatr Psychol.* août 1998;23(4):229-38.
56. Halpern-Felsher BL, Cauffman E. Costs and benefits of a decision: Decision-making competence in adolescents and adults. *J Appl Dev Psychol.* 1 mai 2001;22(3):257-73.
57. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 29 mars 2003;358(1431):459-73.
58. Abu-Akel A. A neurobiological mapping of theory of mind. *Brain Res Brain Res Rev.* sept 2003;43(1):29-40.
59. Pike MM, Barnes MA, Barron RW. The role of illustrations in children's inferential comprehension. *J Exp Child Psychol.* mars 2010;105(3):243-55.
60. Tan JOA, Fegert JorgM. Capacity and Competence in Child and Adolescent Psychiatry. *Health Care Anal.* déc 2004;12(4):285-94.
61. Piaget J, Inhelder B. *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent: essai sur la construction des structures opératoires formelles.* Paris: Presses universitaires de France; 1955.
62. Rushforth H. Practitioner review: communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *J Child Psychol Psychiatry.* juill 1999;40(5):683-91.
63. Piaget J. *Le jugement moral chez l'enfant.* Paris: Presses Universitaires de France; 1995.

64. Freud S, Francoual H, Chemouni J. Pour introduire le narcissisme: texte intégral (1914). 2017.
65. Freud S. Nouvelles conférences sur la psychanalyse. Gallimard; 1981.
66. Grinder RE. RELATIONS BETWEEN BEHAVIORAL AND COGNITIVE DIMENSIONS OF CONSCIENCE IN MIDDLE CHILDHOOD. *Child Dev.* sept 1964;35:881-91.
67. Toga AW, Thompson PM, Sowell ER. Mapping brain maturation. *Trends Neurosci.* mars 2006;29(3):148-59.
68. Xu F, Han Y, Sabbagh MA, Wang T, Ren X, Li C. Developmental differences in the structure of executive function in middle childhood and adolescence. *PLoS One.* 2013;8(10):e77770.
69. Best JR, Miller PH. A developmental perspective on executive function. *Child Dev.* déc 2010;81(6):1641-60.
70. Alvarez JA, Emory E. Executive function and the frontal lobes: a meta-analytic review. *Neuropsychol Rev.* mars 2006;16(1):17-42.
71. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, de Vries MC, Zwaan CM, Lindauer RJL. Assessing children's competence to consent in research by a standardized tool: a validity study. *BMC Pediatr.* 25 sept 2012;12:156.
72. Koelch M, Singer H, Prestel A, Burkert J, Schulze U, Fegert JM. « ...because I am something special » or « I think I will be something like a guinea pig »: information and assent of legal minors in clinical trials – assessment of understanding, appreciation and reasoning. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 28 janv 2009;3:2.
73. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships: a « pas de trois ». *Patient Educ Couns.* sept 2002;48(1):5-14.
74. Tates K, Meeuwesen L, Elbers E, Bensing J. I've come for his throat': roles and identities in doctor-parent-child communication. *Child Care Health Dev.* janv 2002;28(1):109-16.

75. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and pediatric decision making. *J Med Philos.* oct 2010;35(5):518-25.
76. Reyna VF, Farley F. Risk and Rationality in Adolescent Decision Making: Implications for Theory, Practice, and Public Policy. *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc.* sept 2006;7(1):1-44.
77. Albert D, Chein J, Steinberg L. Peer Influences on Adolescent Decision Making. *Curr Dir Psychol Sci.* avr 2013;22(2):114-20.
78. Aydin Er R, Sehiralti M. Comparing assessments of the decision-making competencies of psychiatric inpatients as provided by physicians, nurses, relatives and an assessment tool. *J Med Ethics.* juill 2014;40(7):453-7.
79. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals.* New York, N.Y: Oxford University Press; 1998.
80. Appelbaum PS, Grisso T, Frank E, O'Donnell S, Kupfer DJ. Competence of depressed patients for consent to research. *Am J Psychiatry.* sept 1999;156(9):1380-4.
81. Grisso T. *Evaluating juveniles' adjudicative competence: a guide for clinical practice.* Sarasota, Fla: Professional Resource Press; 2005.
82. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, van Goudoever JB, et al. Accuracy of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) for Measuring Children's Competence to Consent to Clinical Research. *JAMA Pediatr.* 1 déc 2014;168(12):1147.
83. McGregor KA, Ott MA. Banking the Future: Adolescent Capacity to Consent to Biobank Research. *Ethics Hum Res.* juill 2019;41(4):15-22.
84. Koelch M, Prestel A, Singer H, Schulze U, Fegert JM. Report of an initial pilot study on the feasibility of using the MacArthur competence assessment tool for clinical research in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* févr 2010;20(1):63-7.

85. Raffard S, Lebrun C, Laraki Y, Capdevielle D. Validation of the French Version of the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) in a French Sample of Individuals with Schizophrenia: Validation de la version française de l'instrument d'évaluation des compétences MacArthur-traitement (MacCAT-T) dans un échantillon français de personnes souffrant de schizophrénie. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 16 oct 2020;706743720966443.
86. Wechsler D. WPPSI-IV, échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants. Montreuil: ECPA-Pearson; 2014.
87. Wechsler D. WISC-V: échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants : manuel d'administration et de cotation. 2016.
88. Wechsler D. WAIS-IV, Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes. Paris: Les Éd. du Centre de psychologie appliquée; 2011.
89. Wechsler D, Naglieri JA. WNV: échelle non verbale d'intelligence : manuel. Paris: EPCA, les Éd. du Centre de psychologie appliquée; 2009.
90. Mandarelli G, Sabatello U, Laponi E, Pace G, Ferrara M, Ferracuti S. Treatment Decision-Making Capacity in Children and Adolescents Hospitalized for an Acute Mental Disorder: The Role of Cognitive Functioning and Psychiatric Symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* juin 2017;27(5):462-5.
91. Appelbaum PS, Mirkin SA, Bateman AL. Empirical assessment of competency to consent to psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry.* sept 1981;138(9):1170-6.
92. Billick SB, Edwards JL, Burgert W, Serlen JR, Bruni SM. A clinical study of competency in child psychiatric inpatients. *J Am Acad Psychiatry Law.* 1998;26(4):587-94.
93. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav.* avr 1995;19(2):105-26.

94. Grisso T, Appelbaum PS, Mulvey EP, Fletcher K. The MacArthur Treatment Competence Study. II: Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law Hum Behav.* avr 1995;19(2):127-48.
95. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav.* avr 1995;19(2):149-74.
96. Moser DJ, Schultz SK, Arndt S, Benjamin ML, Fleming FW, Brems CS, et al. Capacity to provide informed consent for participation in schizophrenia and HIV research. *Am J Psychiatry.* juill 2002;159(7):1201-7.
97. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 2007;191:291-7.
98. Boettger S, Bergman M, Jenewein J, Boettger S. Assessment of decisional capacity: Prevalence of medical illness and psychiatric comorbidities. *Palliat Support Care.* oct 2015;13(5):1275-81.
99. Hausner H, Cording C, Hajak G, Spiessl H. [Information and consent in psychiatry and psychotherapy]. *Psychiatr Prax.* mai 2008;35(4):163-9.
100. Chen DT, Shepherd LL. When, why, and how to conduct research in child and adolescent psychiatry: practical and ethical considerations. *Psychiatr Clin North Am.* juin 2009;32(2):361-80.
101. King CA, Kramer AC. Intervention research with youths at elevated risk for suicide: meeting the ethical and regulatory challenges of informed consent and assent. *Suicide Life Threat Behav.* oct 2008;38(5):486-97.
102. Tait AR, Voepel-Lewis T, Malviya S. Do they understand? (part I): parental consent for children participating in clinical anesthesia and surgery research. *Anesthesiology.* mars 2003;98(3):603-8.

103. Tait AR, Voepel-Lewis T, Malviya S. Do they understand? (part II): assent of children participating in clinical anesthesia and surgery research. *Anesthesiology*. mars 2003;98(3):609-14.
104. Rossi WC, Reynolds W, Nelson RM. Child assent and parental permission in pediatric research. *Theor Med Bioeth*. 2003;24(2):131-48.
105. Cuttini M. Proxy informed consent in pediatric research: a review. *Early Hum Dev*. déc 2000;60(2):89-100.
106. Antal H, Bunnell HT, McCahan SM, Pennington C, Wysocki T, Blake KV. A cognitive approach for design of a multimedia informed consent video and website in pediatric research. *J Biomed Inform*. févr 2017;66:248-58.
107. Koonrungsesomboon N, Traivaree C, Tiyapsane C, Karbwang J. Improved parental understanding by an enhanced informed consent form: a randomized controlled study nested in a paediatric drug trial. *BMJ Open* [Internet]. 26 nov 2019 [cité 22 mars 2021];9(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6887000/>
108. Lindsley KA. Improving quality of the informed consent process: Developing an easy-to-read, multimodal, patient-centered format in a real-world setting. *Patient Educ Couns*. mai 2019;102(5):944-51.
109. Dell ML, Vaughan BS, Kratochvil CJ. Ethics and the prescription pad. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. janv 2008;17(1):93-111, ix.
110. Geist R, Opler SE. A guide for health care practitioners in the assessment of young people's capacity to consent to treatment. *Clin Pediatr (Phila)*. sept 2010;49(9):834-9.
111. Nytingnes O, Ruud T, Norvoll R, Rugkåsa J, Hanssen-Bauer K. A cross-sectional study of experienced coercion in adolescent mental health inpatients. *BMC Health Serv Res*. 30 mai 2018;18(1):389.
112. Batten DA. Informed Consent by Children and Adolescents to Psychiatric Treatment. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 1996;30(5):623-9.

113. d'Abrera JC, D'Angelo R, Halasz G, Prager S, Morris P. Informed consent and childhood gender dysphoria: emerging complexities in diagnosis and treatment. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr.* oct 2020;28(5):536-8.
114. Cavazos-Rehg P, Min C, Fitzsimmons-Craft EE, Savoy B, Kaiser N, Riordan R, et al. Parental consent: A potential barrier for underage teens' participation in an mHealth mental health intervention. *Internet Interv.* sept 2020;21:100328.
115. Ford T, Kessel A. Feeling the way: childhood mental illness and consent to admission and treatment. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 2001;179:384-6.
116. Shields JM, Johnson A. Collision between law and ethics: consent for treatment with adolescents. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1992;20(3):309-23.
117. Foreman DM. The family rule: a framework for obtaining ethical consent for medical interventions from children. *J Med Ethics.* déc 1999;25(6):491-6; discussion 497-500.
118. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res.* 30 sept 2016;243:469-94.
119. Fortunati FG, Zonana HV. Legal considerations in the child psychiatric emergency department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* oct 2003;12(4):745-61.
120. Potter R, Evans N. Child psychiatry, mental disorder and the law: is a more specific statutory framework necessary? *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 2004;184:1-2.
121. Froese AP. Minors' right to psychiatric treatment. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* août 1991;36(6):452-5.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Le consentement chez les mineurs en psychiatrie : réflexion éthique à l'aide d'une revue de la littérature.

RÉSUMÉ : En France, un patient mineur est sous la responsabilité de ses parents et son consentement n'est pas requis. Dans d'autres pays, tels que la Belgique, le Royaume Uni, le Canada ou les États-Unis d'Amérique, les lois diffèrent et le consentement du mineur seul peut suffire pour permettre une prise en charge médicale, et ce parfois dès l'âge de 14 ans. L'objectif de cette revue de la littérature est de faire un point sur les facteurs influençant la capacité à consentir chez les patients mineurs, de recenser les principaux outils permettant d'évaluer la capacité à consentir et d'étudier l'influence des troubles psychiatriques sur la capacité à consentir. La littérature internationale a été étudiée à l'aide de la base de données PubMed. Notre recherche a mis en évidence quatre éléments principaux impliqués dans le consentement : La capacité à exprimer un choix, la compréhension, le raisonnement et l'appréciation. Ces éléments se mettent en place de façon graduelle au cours du développement et sont soumis à l'influence de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques. Ces quatre éléments peuvent être évalués à l'aide de différents outils psychométriques. Le MacArthur-Competence Assessment Tool et l'outil standardisé d'évaluation du consentement de référence chez l'adulte. Dans la plupart des études évaluant la capacité à consentir chez des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques, il a été constaté que de nombreux patients conservaient leur capacité à consentir aux soins. Les éléments le plus souvent associés à une incapacité à consentir diffèrent selon les études. L'apathie, l'aboulie, les troubles cognitifs, la sévérité du trouble psychiatrique ou encore le refus de traitement ont été associés à un risque d'incapacité.

MOTS CLÉS : consentement, mineur, enfant, adolescent, psychiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie infanto-juvénile, capacité, évaluation

DISCIPLINE : Psychiatrie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR : Université de Bordeaux, UFR de Sciences Médicales, 146 Rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX