Université de Paris

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, tout auteur de contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite encourt des poursuites pénales.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

UFR D'ODONTOLOGIE - MONTROUGE

Année 2020 **N° M099**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 30 novembre 2020

Par

Chloé LAPORTE

Prise en charge du patient mineur en odontologie : cadre législatif et responsabilités du praticien

Dirigée par M. le Docteur Thông Nguyen

JURY

Mme le Professeur Sibylle Vital	Président
Mme le Professeur Sylvie Azogui-Levy	Assesseur
Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalm	Assesseur
M. le Docteur Thông Nguyen	Assesseur

CC BY NC ND

Tableau des enseignants de l'UFR

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DURSUN Mme VITAL	Mme BONNET M. COURSON Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme LE NORCY	Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN
	PRÉVENTION, ÉPIDEMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	M. PIRNAY	Mme GERMA
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. BRUN (MCU associé) M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOÏ	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN Mme TAÏHI
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	Mme ANDRIQUE (MCU associée) M. ARRETO Mme BARDET (MCF) M. BOUCHET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	Mme WULFMAN	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. DUPAGNE (MCU associé) M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAÏD Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION Mme FOLLIGUET M. LASFARGUES M. LAUTROU	M. LEVY M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Liste mise à jour le 06 octobre 2020

Remerciements

À Mme le Professeur Sibylle Vital

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie - Montrouge

Je suis très honorée que vous ayez accepté la direction de ce jury de soutenance de thèse d'exercice. Je vous remercie pour votre enseignement de grande qualité et votre gentillesse au cours des mes années d'études. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À Mme le Professeur Sylvie Azogui-Levy

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Diderot

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, UFR Odontologie - Garancière

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury alors que nous nous connaissons très peu. Vos remarques et conseils lors de la présentation de mon mémoire d'internat ont cependant été très enrichissantes et ont contribué à ce travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

À Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalm

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Maître de Conférences des Universités, UFR Odontologie - Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de siéger dans ce jury de soutenance. Je vous remercie pour vos enseignements cliniques comme théoriques, ainsi que pour la bienveillance dont vous avez toujours fait preuve à l'égard des étudiants. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

À M. le Docteur Thông Nguyen

Docteur en Médecine
Spécialiste qualifié en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
Spécialiste qualifié en Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Ancien Interne des Hôpitaux
Docteur de l'Université Paris-Sud
Ancien Chef de Clinique - Assistant des Hôpitaux de Paris
Maître de Conférences des Universités, UFR Odontologie - Montrouge
Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse alors que vous veniez d'encadrer mon mémoire d'internat. Je vous remercie pour votre écoute et votre disponnibilité pendant la rédaction de ces deux travaux ainsi que pour vos enseignements à l'hôpital Louis-Mourier. Veuillez trouver ici le témoignage de mon estime et de ma reconnaissance.

Je dédie cette thèse d'exercice à tous ceux qui m'ont soutenue durant ces années d'études en odontologie.

A Romain. J'ai du mal à trouver les mots pour te dire à quel point tu m'es précieux. Merci d'être à mes côtés au quotidien et de toujours croire en moi. J'admire la patience avec laquelle tu supportes ma mauvaise humeur (et parfois ma mauvaise foi).

A mes parents. Merci de continuer à me soutenir et à m'écouter malgré mes errances. Vous avez été et restez de véritables modèles pour moi.

A mon frère. Je ne te le dis pas assez, mais je t'admire énormément. Merci d'avoir toujours su trouver les mots pour me faire rire. J'espère qu'on arrivera à garder cette complicité.

A Justine. Le temps est passé si vite depuis cette rentrée en seconde où nous nous sommes trouvées. Merci d'être restée ma plus fidèle amie et confidente durant toutes ces années.

A Damien. Nous nous connaissons depuis si longtemps, presque toujours, mais c'est le lycée qui nous a rapprochés. Merci d'avoir toujours été là et de partager avec moi cette passion pour le cinéma d'horreur (de qualité médiocre de préférence).

A Chloé. Tu es la « révélation » de mon internat. Ton soutien inépuisable et ta gentilesse m'ont permis de clôturer ces 3 ans de la meilleure des façons. J'espère un jour (prochain ?) avoir à nouveau l'occasion de travailler avec toi.

A Soufiane. Merci pour ton soutien et pour ton humour qui m'a permis de dédramatiser dans beaucoup de situations. Ces 6 mois de stage étaient trop court.

A Lucien. Merci de m'avoir acceptée comme attachée et de m'apprendre autant de choses. Tu m'as plus d'une fois redonné espoir en mes capacités à exercer mon métier. Un jour, on arrivera peut-être à jouer ensemble à Among Us.

A Lise. Merci pour ta bienveillance et ton soutien, à l'hôpital Louis-Mourier puis en dehors. J'attends avec impatience notre prochaine expo.

A mes grands-parents maternels et à ma grand-mère paternelle. Merci pour toutes ces vacances où vous nous avez accueillis avec patience et bonne humeur.

A Jimmy, Charlotte et Max. Merci d'être toujours là depuis le lycée et de continuer à vous investir dans notre amitié.

A Sandrine, Tania, Patrick, Cécile et Anoushka. Je suis heureuse d'avoir fait mes premières expériences cliniques avec vous.

A Crina et Marie. Merci d'être à mon écoute et de m'aider à progresser dans mon métier.

Table des matières

INTRODUCTION **3**

1 : DROIT ET MEDECINE **4**

1.1 D'HAMMURABI A MERCIER : NAISSANCE D'UNE RELATION CONTRACTUELLE 5

1.1.1 Antiquité *5*

1.1.2 Arrêt Mercier *6*

1.1.3 Contrat de soins *7*

1.1.4 Loi du 4 mars 2002 ..... *9*

1.2 DROITS DU PATIENT 10

1.2.1 Information *11*

1.2.2 Consentement *14*

1.2.3 Secret *17*

1.3 RESPONSABILITE MEDICALE 20

1.3.1 Responsabilité civile *21*

1.3.2 Responsabilité pénale *24*

1.3.3 Responsabilité disciplinaire *25*

1.3.4 Assurances *25*

2 : IMPLICATIONS DE LA MINORITE EN DROIT FRANÇAIS **27**

2.1 LE STATUT DE MINEUR EN FRANCE 27

2.1.1 Minorité : définitions *27*

2.1.2 Irresponsabilité pénale *28*

2.1.3 Incapacité d'exercice *29*

2.2 SYSTEME DE REPRESENTATION DU MINEUR 30

2.2.1 Autorité parentale *30*

2.2.2 Tutelle *38*

2.2.3 Emancipation *39*

2.3 DROITS DU PATIENT MINEUR 40

2.3.1 Information *40*

2.3.2 Consentement *41*

2.3.3 Secret *44*

2.3.4 Dérogations au principe d'autorité parentale *44*

3 : DROIT DU PATIENT MINEUR : APPLICATIONS EN ODONTOLOGIE **48**

3.1 VALEUR DU CONSENTEMENT DU PATIENT MINEUR EN ODONTOLOGIE 48

3.1.1 Situations d'urgence *49*
3.1.2 Refus de soins émanant des titulaires de l'autorité parentale *51*
3.1.3 Consentement et secret médical du mineur *53*
3.2 AUTRES SITUATIONS DELICATES 55
3.2.1 Le mineur se présente seul en consultation *55*
3.2.2 Trajets et surveillance en salle d'attente *55*
3.2.3 Maltraitance *57*
3.3 LITIGE 59
3.3.1 Responsabilité civile médicale *59*
3.3.2 Responsabilité pénale *60*
3.3.3 Responsabilité disciplinaire *61*
3.3.4 Le dossier médical *61*
CONCLUSION **64**
BIBLIOGRAPHIE **66**

Introduction

L'odontologie pédiatrique représente une part importante de notre pratique. Avec une demande de soins qui ne cesse de croître, elle constitue depuis plusieurs années un véritable enjeu de santé publique, notamment en termes de prévention. La prise en charge de ces patients mineurs est spécifique à bien des égards : les pathologies étant différentes, elles nécessitent évidemment l'adaptation de nos thérapeutiques et de nos techniques, mais également le développement d'une relation patient-praticien très différente de celle mise en place avec l'adulte.

Si ces spécificités ont déjà été décrites à plusieurs reprises, les mesures législatives encadrant cette pratique sont parfois méconnues et suscitent de nombreuses interrogations des praticiens.

Ce travail a pour objectif de préciser le cadre législatif relatif à la prise en charge de ces patients mineurs. Il se propose dans un premier temps de revoir les bases du droit relatif à la sphère médicale, notamment en développant les notions de contrat de soins, d'information médicale, de consentement éclairé et de secret. Il abordera ensuite les spécificités législatives du statut de mineur et leurs implications en matière de santé. Il s'achèvera sur les applications du droit du patient mineur en odontologie et les difficultés de prise en charge auxquelles elles peuvent conduire.

1 : Droit et médecine

Droit : « Fondement des règles régissant les rapports des hommes en société, et impliquant une répartition équitable des biens, des prérogatives et des libertés. » [1]
Médecine : « Science qui a pour objet l'étude, le traitement, la prévention des maladies ; art de mettre, de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé. » [2]

Le terme de droit médical s'entend aujourd'hui communément de la branche du droit régissant l'exercice de la médecine.
Il constitue une sous-catégorie du domaine plus vaste du droit de la santé qui peut être défini comme l'ensemble des règles juridiques s'appliquant à l'organisation et au fonctionnement des activités exercées dans l'intérêt de la santé des personnes.
Les dispositions relatives au droit de la santé, et donc au droit médical, émanent pour la plupart du Code de la santé publique (CSP), du Code civil, du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et du Code de la sécurité sociale (CSS).
Pourtant, aucune de ces deux disciplines n'est officiellement définie par la législation française et n'est reconnue en tant que spécialité à part entière. Il est en effet difficile de définir avec précision un domaine en constante évolution tant au niveau médical, notamment avec le développement de la médecine cosmétique dont la finalité n'est plus curative, qu'au niveau du droit (toutes les situations ne peuvent être encadrées par les textes officiels et c'est bien souvent la jurisprudence qui fait foi, posant le problème de sa constance).
Cette difficulté de définition tient également au fait que les législateurs sont rarement des médecins et doivent faire appel à des médecins-experts qui sont, au même titre que les autres praticiens, influencés par leur courant de pensée et leur expérience professionnelle.
Le droit de la santé est donc un domaine fluctuant et largement façonné par la jurisprudence. Une cohérence intellectuelle peut cependant lui être trouvée en considérant qu'il découle du droit relatif aux droits de l'Homme avec pour règle première le respect de la personne humaine et de son corps.

[1] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Droit ».
[2] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Médecine ».

1.1 D'Hammurabi à Mercier : naissance d'une relation contractuelle

1.1.1 Antiquité

Les toutes premières traces d'interventions chirurgicales remontent au Néolithique et consistent en des trépanations et des amputations. A cette période, il est très probable que le savoir médical se soit développé par accumulation d'essais et d'erreurs jusqu'à devenir une base de données transmise oralement de génération en génération à des « initiés ». Il n'est cependant pas possible, à l'heure actuelle, de savoir si la pratique de la médecine relevait déjà d'une « profession » régie par des règles. L'émergence de la médecine en tant que profession reconnue remonterait à la fin du IVème millénaire, sous la Ière dynastie égyptienne. La formation des professionnels ainsi que les établissements de soins (Maisons de vie) auraient alors été à la charge des temples.

Il est cependant assez probable que l'émergence de la profession ait eu lieu à plusieurs endroits, notamment en Mésopotamie, dans le bassin de l'Indus et en Chine, à peu près aux mêmes périodes, même si les premières traces écrites en témoignant sont un peu plus tardives.

Les premiers écrits de règles encadrant les activités médicales sont contenus dans le Code d'Hammurabi (1760 av. J.-C.) qui décrit le champ d'activité du médecin, ses honoraires et les sanctions encourues en cas de faute professionnelle (ce Code introduit donc la notion de responsabilité médicale que nous détaillerons plus tard). [3]

Hippocrate confirmera ensuite, au IVème siècle av. J.-C., la place centrale de l'éthique médicale et introduira les notions de secret professionnel et de respect du malade et de son corps. [4]

Le droit ne cessera ensuite d'évoluer au cours des siècles pour contrôler l'accès à la profession de médecin, longtemps associée à la religion et séparée du métier de chirurgien, ainsi que ses activités.

C'est cependant avec l'arrêt Mercier en 1936 et la création, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, des Ordres nationaux chargés de faire respecter le Code de déontologie, que les règles nous régissant aujourd'hui trouvent leur origine.

[3] Grmek, *Histoire de la pensée médicale en Occident. 1, Antiquité et Moyen-Âge*.
[4] Dachez, *Histoire de la médecine : de l'Antiquité à nos jours*.

1.1.2 Arrêt Mercier

En 1925, Mme Mercier s'adresse au Docteur Nicolas, radiologue, pour traiter une affection nasale par rayons X. Quelques temps après ce traitement, la patiente déclare une radiodermite des muqueuses de la face. Estimant alors que cette nouvelle affection est imputable au radiologue, elle intente en 1929 une demande de dommages-intérêts pour la somme de 200 000 francs. Après un premier procès qui ne reconnait aucune faute au docteur Nicolas, la patiente fait appel.
En 1931, la cour d'appel d'Aix-en-Provence rend une décision similaire en stipulant que le contrat « conclu entre celui-ci et ses clients impose au médecin l'obligation de donner des soins assidus, éclairés et prudents et que ledit contrat ne saurait comporter une assurance contre tout accident involontairement causé ».
Le jugement est alors porté en Cassation qui rejette définitivement le pourvoi de Mme Mercier le 20 mai 1936 stipulant que : « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, si non bien évidemment de guérir le malade, du moins, de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. La violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ». [5]

L'arrêt Mercier est considéré comme le texte fondateur de la responsabilité civile médicale en France pour deux raisons :

- Il établit que la relation entre un médecin et son patient est de nature contractuelle : les règles encadrant cette relation découlent donc du droit des contrat ;
- Le médecin doit répondre à une obligation de moyens : le contrat passé avec le patient ne l'oblige pas à le guérir mais seulement à lui donner des soins dont la qualité est définie : « consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles et acquises de la science ».

La Cour de Cassation transpose en 1960 l'arrêt Mercier au domaine de l'odontologie : « Selon le contrat qui le lie à son client, le dentiste est tenu de donner à celui-ci des soins, et d'exécuter des travaux de prothèse, consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science. C'est au client qu'il appartient d'établir que le praticien a commis un manquement à cette obligation » [6], et poursuit avec l'arrêt du 14 mars 1967 :

[5] Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 20 mai 1936.
[6] Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 27 janvier 1960.

« Attendu que le contrat qui se forme entre le chirurgien-dentiste et son client entraine l'obligation pour le premier, de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science ; Que le praticien est responsable des suites dommageables desdits soins si, eu égard à cette obligation, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence relevant une méconnaissance de ses devoirs ; (…) ». [7]

L'origine du droit médical est donc en grande partie basée sur une jurisprudence ancienne qui n'a jamais été remise en question et a abouti au concept plus moderne du contrat de soin.

1.1.3 Contrat de soins

Contrat : « Accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes faisant naître des obligations entre elles. » [8]

Le contrat de soins repose sur les principes énoncés par l'arrêt Mercier et est défini comme le contrat organisant la relation entre le patient et le professionnel de santé et précisant les obligations et les droits de chacun de ces deux protagonistes.

La notion de contrat est précisément encadrée par le Code civil qui dispose que : « Le contrat est un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes, destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations » [9] et que : « Les contrats légalement formés tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faits. Ils doivent être négociés, formés et exécutés de bonne foi. » [10] [11]

Le code civil précise également les trois conditions nécessaires à la validité de la convention *:*

- *«* Le consentement des parties ;
- Leur capacité à contracter ;
- Un contenu licite et certain. » [12]

En résumé, pour qu'un contrat soit valide aux yeux de la loi, il faut que les deux parties soient en mesure de donner leur consentement (un contrat établi sous la contrainte n'est donc pas valable), que les deux parties aient la capacité légale de contracter (sont incapables de contracter les mineurs non

[7] Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 mars 1967.
[8] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Contrat ».
[9] Article 1101 du Code civil.
[10] Article 1103 du Code civil.
[11] Article 1104 du Code civil.
[12] Article 1128 du Code civil.

émancipés et majeurs protégés [13]) et que les prestations (le contenu) prévues par le contrat soient licites (c'est-à-dire qu'elles ne constituent pas des infractions, des troubles à l'ordre public ou une atteinte aux bonnes mœurs) et certaines (c'est-à-dire que le prestations prévues par le contrat soient déterminées et réalisables).

Le contrat de soins est, au même titre que tous les contrats, encadré par le Code civil. Il présente néanmoins des caractéristiques particulières [14] :

- Synallagmatique : bilatéral. Les deux parties s'engagent réciproquement l'une envers l'autre, les obligations en naissant sont donc interdépendantes : si une des parties n'exécute pas son obligation, l'autre partie est fondée soit à retenir sa prestation, soit à demander la résiliation du contrat.
- Intuitu Personae (latin : en fonction de la personne) : le contrat existant entre les deux parties ne peut être transposé à une autre situation. Un contrat différent sera donc créé avec chaque patient.
- Consensuel : le consensualisme est le principe juridique énonçant que le contrat constitue la rencontre des volontés des deux parties peu importe sa forme. Le contrat n'est donc que l'accord verbal, l'écrit n'étant qu'un support pouvant éventuellement servir de preuve.
- Variable en fonction du professionnel de santé : si le praticien exerce en libéral, il s'agira d'un contrat civil, si le praticien est hospitalier, le contrat s'établit avec l'établissement (le patient est alors un usager du service public).
- Basé sur le principe du libre choix : « Les principes ci-après énoncés, traditionnels dans la pratique de l'art dentaire, s'imposent à tout chirurgien-dentiste, (…).
    - Libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;
    - Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;
    - Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;
    - Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste. (…) »[15]
- Confirmé par le professionnel de santé : le praticien peut refuser de prendre en charge un patient :

    « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

[13] Article 1146 du Code civil.
[14] Giraudeau, « Contrat de soins ».
[15] Article R4127-210 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

- De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;
- De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles. » [16]

- Librement défini par les parties : les prestations (actes médicaux pour le praticien et honoraires à verser pour le patient) sont définies par les deux parties comme elles l'entendent.
- Gratuit ou onéreux : le praticien peut choisir ou non de faire payer les soins qu'il prodigue à son patient. « Le contrat est à titre onéreux lorsque chacune des parties reçoit de l'autre un avantage en contrepartie de celui qu'elle procure. Il est à titre gratuit lorsque l'une des parties procure à l'autre un avantage sans attendre ni recevoir de contrepartie. » [17]
- D'exécution continue : le contrat est le même pour toute la durée des soins et s'applique en dehors des séances de soins par respect du secret médical et sécurité des données de santé.

Le contrat de soins définit donc des droits et des obligations censés être équivalents pour le patient et pour le praticien. Cependant, jusqu'à la deuxième moitié de XXème siècle, les droits du patient étaient restreints par un paternalisme médical qui ne lui permettait que de s'en remettre à un médecin quasi-omnipotent : « Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper, un enfant à consoler, non pas à abuser, un enfant à sauver ou simplement à guérir. » Louis Portes, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins dans les années 1940. [18]

A partir des années 1960, le respect de la volonté du patient prendra peu à peu une place centrale dans la relation de soin et dans le droit avec pour point d'orgue la loi du 4 mars 2002 qui introduit la notion juridique de « droit des malades ».

1.1.4 Loi du 4 mars 2002

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, a été promulguée par le gouvernement Chirac/Jospin afin de moderniser la légalisation en matière de santé et mettre fin à certaines jurisprudences antérieures (notamment l'arrêt Perruche). Elle se divise en cinq titres :

[16] Article R4127-232 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.
[17] Article 1107 du Code civil.
[18] Vinas, « L'évolution de la relation patient-praticien de l'Antiquité à nos jours en médecine et en odontologie ».

I - Solidarité envers les personnes handicapées

II - Démocratie sanitaire

III - Qualité du système de santé

IV - Réparation des conséquences du risque sanitaire

V - Dispositions relatives à l'Outre-mer

Ses dispositions principales sont les suivantes :

- Enoncé des droits de la personne malade : respect de sa dignité, de sa vie privée, et droit à l'innovation médicale (autrement dit, droit de bénéficier des soins les plus appropriés selon les données scientifiques avérées) ;
- Renforcement de la participation des patients aux soins : droit à l'information médicale et règle du consentement et de la coopération aux soins ;
- Renforcement de la participation des usagers au système de santé, notamment avec une participation active des associations agrées d'usagers ;
- Renforcement de la responsabilité des professionnels de santé avec une obligation de transparence quant à leurs rapports avec les entreprises de produits médicaux ;
- Renforcement des obligations de compétences et de déontologie des professionnels de santé, notamment en introduisant un chapitre relatif à la chirurgie esthétique et en renforçant l'obligation de formation continue ;
- Création d'un Institut National d'Education et de Prévention pour la Santé ;
- Introduction de la notion de responsabilité sans faute et indemnisation de l'aléa thérapeutique par la solidarité nationale.

Avec 126 articles et 8 codes modifiés, cette loi constitue une refonte importante de la législation en matière médicale et renforce les droits du patient, notamment en matière d'information et de consentement. [19]

1.2 Droits du patient

Un des apports majeurs de la loi du 4 mars 2002 a été le renforcement de la notion de « droits de la personne malade » et concerne principalement trois points : l'information médicale, le consentement éclairé et le secret.

[19] Direction des affaires juridiques et des droits des patient de l'assistance publique-hôpitaux de Paris, « Présentation de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».

1.2.1 Information

D'après le Code de déontologie médicale :

> « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » [20]

Le devoir d'information d'un professionnel de santé est une obligation légale, déontologique et éthique. Il repose sur le principe d'autonomie du patient (capacité à prendre lui-même les décisions relatives à sa santé) et de bienveillance du praticien (primauté des intérêts du patient).
Si l'information est un devoir pour le praticien, elle est un droit pour le patient : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. » [21]
Ce droit est identique quelle que soit la personne, quel que soit le professionnel, son mode d'exercice (public ou libéral), quelles que soient les circonstances et qu'il s'agisse de prévention ou de soins.

L'information médicale est destinée à éclairer le patient sur son état de santé pour lui permettre de prendre toutes les décisions qu'il estime être dans son intérêt. Elle doit être loyale, claire, appropriée et conforme aux données actuelles et acquises de la science.
Son contenu est prévu par le Code de la santé publique et doit porter sur :

- L'état de santé de la personne et l'évolution la plus souvent observée ;
- En cas de maladie, ses caractéristiques et son évolution habituelle avec ou sans traitement (en prenant en compte la notion de qualité de vie) ;
- La description, le déroulement et l'organisation de tous les actes envisagés (investigations ou soins), leurs buts, leur utilité, leur degré d'urgence, les bénéfices attendus, les suites, inconvénients, complications et risques (fréquents ou graves habituellement prévisibles) ;
- L'existence d'alternatives à ces actes ;
- Les précautions recommandées au patient ;
- Le suivi et ses modalités en fonction des solutions disponibles ;
- Le coût du traitement (cette information sera donnée oralement et sera obligatoirement accompagnée d'un devis pour les actes avec reste à charge). [22]

[20] Article R4127-35 du Code de déontologie médicale.
[21] Article L1111-2 du Code de la santé publique.
[22] Article L1111-2 du Code de la santé publique.

L'information doit prendre en compte la situation du patient du point de vue psychologique, culturel et social. Pour cela, elle doit-être :

- Synthétique ;
- Hiérarchisée ;
- Personnalisée ;
- Compréhensible par la personne.

Le professionnel de santé délivre cette information lors d'un entretien particulier. Il doit s'assurer de la compréhension de son patient en lui faisant reformuler. Il indique également quelle thérapeutique a sa préférence et pourquoi.
Enfin, il invite le patient à poser des questions et peut proposer un second entretien à distance du premier afin de répondre à d'éventuelles nouvelles questions. Il peut, le cas échéant, proposer au patient de rechercher un deuxième avis.
Bien souvent, il est nécessaire de délivrer l'information progressivement et en plusieurs fois. Elle sera d'ailleurs réitérée à chaque fois que ce sera nécessaire et sera bien sûr réactualisée de façon régulière.
Lorsque le patient est accompagné, le praticien doit s'assurer que ce dernier souhaite bien que l'accompagnant soit présent lors de la délivrance de l'information et doit lui proposer que l'entretien soit singulier.
Si cet accompagnant est la personne de confiance choisie par le patient, l'entretien se déroule en sa présence. [23]

Si la personne ne maîtrise pas la langue française, il est recommandé au praticien d'avoir recours, dans la mesure du possible à un interprète. De même, si la personne est en situation de handicap sensoriel (surdité) ou moteur (dysarthries), et en dehors de toute altération cognitive, la présence d'un assistant de communication est recommandée.

Si l'information doit toujours être donnée oralement, elle peut être accompagnée d'un support écrit (qui doit répondre aux mêmes qualités que l'information orale) qui permettra au patient de s'y reporter ou d'en discuter avec la ou les personnes de son choix. Il s'agit alors d'un document ayant exclusivement vocation à donner des informations au patient qui n'a pas à y apposer sa signature.
La traçabilité de l'information se fait par le dossier médical qui doit mentionner les informations majeures ayant été délivrées ainsi que la date et la personne les ayant délivrées. Les difficultés rencontrées lors de l'entretien doivent également figurer.

[23] Article L1111-6 du Code de la santé publique.

Cette traçabilité est d'une importance capitale en cas de litige puisqu'il incombera alors au professionnel de santé de faire la preuve de la délivrance de l'information. Cette preuve peut être apportée par tous moyens.
Il est également à noter que le patient a accès à l'ensemble des informations détenues par le professionnel de santé et peut y accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne.

Lorsque plusieurs professionnels interviennent, l'information doit être donnée par chacun d'eux (et dans les mêmes conditions que celles que nous venons d'énoncer) en fonction du domaine relevant de ses compétences. Un référent doit être désigné, en tenant compte des souhaits du patient, pour remettre à ce dernier une synthèse de l'information à toutes les étapes du traitement.

En cas de pronostic péjoratif, l'information doit être délivrée avec la plus grande circonspection. Les proches du patient doivent être prévenus sauf si ce dernier a interdit cette révélation ou précisé les personnes à qui elle doit être faite. [24]

Il existe trois causes d'exonération au devoir d'information, disposées par l'article L1111-2 du Code de la santé publique :

- Urgence médicale ;
- Impossibilité d'informer le patient ;
- Volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance (sauf lorsqu'il expose des tiers à un risque de contamination). [25]

A noter qu'il revient au praticien d'apporter la preuve de l'existence d'une de ces trois causes. Lorsqu'il s'agit d'un refus d'information du patient, il doit prouver :

- Que le patient à bel et bien refusé l'information ;
- Qu'il a informé le patient de toutes les conséquences d'un tel refus.

Si les situations d'urgence médicale sont assez faciles à définir, il n'en est pas de même pour la notion « d'impossibilité » qui ne bénéficie pas de définition précise. Le Code de déontologie médicale prévoyait, jusqu'au 9 mai 2012 que « dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un

[24] Haute autorité de santé, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ».
[25] Article L1111-2 du Code de la santé publique.

pronostic grave. » et plaçait ainsi l'impossibilité d'information sur un plan « moral ». Cette disposition faisait écho à une décision de la Cour de Cassation du 23 mai 2000 qui validait la réserve d'information. Il s'agissait du cas d'un psychiatre n'ayant pas informé son patient du diagnostic (psychose maniaco-dépressive) par crainte que son état ne s'aggrave et n'entraine un suicide. Une fois son état stabilisé, ce diagnostic avait été révélé au patient qui avait alors mis en cause la responsabilité civile de son praticien. La Cour de Cassation avait alors validé la réserve d'information du psychiatre, jugeant qu'il n'avait fait en cela que respecter le principe de primauté des intérêts de son patient. [26]

Cet alinéa a néanmoins été remplacé par celui-ci « Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. », rendant, *a priori*, impossible pour le praticien le fait de ne pas révéler un diagnostic à son patient si celui-ci ne lui en a pas fait la demande expresse.

D'autres situations plus « pratiques » à cette impossibilité d'information pourraient être imaginées : il pourrait par exemple s'agir de situations où la barrière de la langue et l'absence d'interprète ne permettent pas aux professionnels de santé de donner une information exhaustive. Il pourrait également s'agir d'une situation où un patient inconscient pris en charge par un service d'urgence ne dispose d'aucune pièce pouvant informer l'équipe soignante sur son identité ou sur le moyen de contacter un proche. [27]

Ces situations « d'impossibilité » sont donc nombreuses et complexes et devront être envisagées au cas par cas par le praticien (ou l'équipe de soins) qui devra juger de la stratégie à adopter.

1.2.2 Consentement

La notion de consentement aux soins a été posée en 1942 par l'arrêt dit Teyssier, qui dispose que « comme tout chirurgien, le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il apprécie, en pleine indépendance, sous sa responsabilité, l'utilité, la nature et les risques ; qu'en violant cette obligation, imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade, un manquement à ses devoirs médicaux qui constitue une faute personnelle se détachant de l'exercice de ses fonctions. » [28] Elle sera reprise en 1947 par le code de Nuremberg qui va un peu plus loin en énonçant que ce consentement ne peut être donné par une personne que si elle est en situation de le faire librement et en absence de toute contrainte. Il introduit en outre l'obligation d'information préalable, nécessaire à tout consentement :

[26] Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 23 mai 2000.
[27] Bergoignan-Esper, « Le consentement médical en droit français ».
[28] Bergoignan-Esper, « Le consentement médical en droit français ».

> « Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne concernée doit avoir la capacité légale de consentir ; qu'elle doit être placée en situation d'exercer un libre pouvoir de choix, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes sournoises de contrainte ou de coercition ; et qu'elle doit avoir une connaissance et une compréhension suffisantes de ce que cela implique, de façon à lui permettre de prendre une décision éclairée. » [29]

Cette notion de consentement volontaire a progressivement évolué vers celle de consentement éclairé que nous retenons aujourd'hui. Elle est encadrée par les articles 16-3 du Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.)
Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »[30] et par l'article R4127-36 du Code de la santé publique : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. » [31]

Le consentement est qualifié de « libre » dans le sens où il ne peut être recueilli sous la contrainte ; et « d'éclairé » car il doit être précédé par l'information nécessaire au patient pour prendre une décision en connaissance de cause. Cette notion ne concerne donc pas uniquement la personne qui consent, mais également le médecin qui doit mettre en œuvre toutes les conditions nécessaires et indispensables pour que le consentement recueilli réponde à de telles caractéristiques.

Le praticien a donc l'obligation légale d'obtenir le consentement de son patient avant tout acte médical. Le fait de passer outre cette obligation engage sa responsabilité civile et l'expose à des sanctions disciplinaires.
Le patient est, quant à lui, libre de refuser l'acte. Si ce refus met sa vie en péril, le médecin doit alors s'efforcer de le convaincre en apportant de nouveau toutes les informations nécessaires et en s'assurant qu'elles soient comprises. Il peut également proposer au patient de solliciter un deuxième avis.

[29] Amiel, « Code de Nuremberg (traduit et adapté en français) ».
[30] Article 16-3 du Code civil.
[31] Article R4127-36 du Code de déontologie médicale.

Un tel refus doit obligatoirement être consigné par écrit dans le dossier médical. Ce document ne décharge pas le médecin de sa responsabilité mais permet de prouver que le patient a bien été informé de la gravité de sa décision.

Plusieurs situations dérogent cependant à cette règle du consentement préalable :

- L'urgence médicale : « Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. » [32]
- Dans le cas d'un mineur ou d'un majeur protégé, lorsque le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur s'oppose à des soins nécessaires : « Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. » [33]
- Dans le cas d'une condamnation pénale pour infraction sexuelle lourde : le juge peut imposer un suivi médico-judiciaire. [34]
- En cas de tentative de suicide : le médecin doit alors tout faire pour sauver la vie de la personne et assurer une prise en charge adéquate.[35]
- L'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers en hôpital psychiatrique. [36]

A noter que si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin doit recueillir le consentement de la personne de confiance, ou en l'absence, celui de la famille.
Le consentement du patient est donné par oral, de façon claire et manifeste. Il ne nécessite de support écrit que dans certaines situations :

- Interruption volontaire de grossesse ;
- Stérilisation à visée contraceptive ;
- Recherche impliquant la personne humaine ;
- Prélèvement d'organe, tissus, cellules ou produit du corps humain ;
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne et identification d'une personne par ses empreintes génétiques ;
- Don et utilisation de gamètes. [37]

[32] Article R4127-36 du Code de déontologie médicale.
[33] Article L1111-4 du Code de la santé publique.
[34] Bergoignan-Esper, « Le consentement médical en droit français ».
[35] Conseil national de l'ordre des médecins, « Recueillir le consentement de mon patient ».
[36] Article L3212-1 du Code de la santé publique.
[37] Direction de l'information légale et administrative, « Secret médical ».

Si une information médicale adaptée permet au patient de prendre des décisions concernant sa santé en toute connaissance de cause, la notion de consentement et surtout la possibilité de le retirer à tout moment, assure à ce dernier le respect de son intégrité physique.
En plus de ces deux droits fondamentaux, le patient doit pouvoir se faire soigner avec l'assurance que les informations le concernant ne seront pas divulguées. Ce principe du secret, introduit par Hippocrate, est aujourd'hui extrêmement réglementé.

1.2.3 Secret

D'après le Code de déontologie médicale :

> « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.
>
> Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » [38]

Le secret médical interdit à tout professionnel de santé de divulguer des informations concernant son patient à des tiers. Ce secret couvre l'ensemble des informations dont le professionnel de santé à connaissance, à savoir :

- Les informations qui lui ont été confiées ;
- Ce qu'il a vu, entendu ou compris ;
- L'identité des patients et tous les éléments permettant de les identifier.

Il s'impose également à tous le personnel de l'établissement dans lequel le patient est pris en charge (par exemple les assistantes dentaires), les personnes en relation avec cet établissement par leurs activités (par exemple, les prothésistes) et tous les professionnels intervenant dans le système de santé (par exemple, la sécurité sociale).
Si plusieurs professionnels de santé participent à la prise en charge d'un même patient, ils peuvent échanger des informations le concernant. Cependant, le partage d'informations entre praticiens ne faisant pas partie de la même équipe de soin ne peut se faire qu'avec le consentement préalable du patient.
Le secret médical étant une obligation générale et absolue, le praticien ne peut en aucun cas communiquer les informations médicales de son patient à un tiers, même si cette personne est elle-même tenue au secret professionnel (administration fiscale par exemple).

[38] Article R4127-4 du Code de déontologie médicale.

Le cas d'un chirurgien-dentiste qui confierait des informations sur un patient à un confrère ne participant pas à sa prise en charge sans l'accord du malade constitue donc une violation du secret.

Le secret médical n'est bien sûr pas opposable au patient qui doit être informé de façon claire, loyale et appropriée sur son état de santé.
En cas de pronostic grave, les membres de la famille du patient ou la personne de confiance peuvent être informés de son état de santé, sauf indication contraire de la part de ce dernier.
En cas de décès du patient, son conjoint ou ses ayants-droit peuvent demander les informations médicales leur permettant de connaître la cause de la mort, défendre sa mémoire ou faire valoir leurs droits, sous réserve, là encore, que le patient ne s'y soit pas opposé de son vivant. [39]
A noter que le patient est dépositaire des informations médicales le concernant, il peut donc choisir de les révéler à qui bon lui semble.

Le manquement au secret professionnel est une infraction pénale depuis 1810. L'article 378 du Code pénal disposait alors que « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 15000 F. » [40]
Aujourd'hui, le Code pénal prévoit que : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » [41] Le terme de « révélation » sous-entend évidemment une révélation volontaire, mais également une révélation involontaire (ouverture d'un courriel faisant part de données médicales destiné au patient par un tiers, hébergeur de dossier médicaux non agréé par le Ministère de la santé, etc.).
Il existe cependant des situations où le secret ne s'applique pas [42] :

- Déclarations de privations ou de sévices infligés à un mineur ou à un majeur en incapacité de se protéger aux autorités judiciaires, médicales ou administratives ;
- Signalement au procureur de la République des privations ou sévices laissant présager que des violences ont été commises (l'accord de la victime est alors nécessaire, sauf pour les mineurs ou les majeurs en incapacité de se protéger) ;

[39] Article L1110-4 du Code de la santé publique.
[40] Article 378 du Code pénal de 1810.
[41] Article 226-13 du Code pénal.
[42] Direction de l'information légale et administrative, « Secret médical ».

- Signalement des pratiques de dopage d'un sportif au médecin responsable de l'antenne de prévention du dopage
- Information du préfet de l'identité de personnes dangereuses pour elles-mêmes ou autrui, qui possèdent une arme ou ont énoncé leur volonté d'en acquérir une ;
- Déclaration des maladies contagieuses à l'autorité sanitaire ;
- Etablissement d'un certificat médical préalable à une admission en service de psychiatrie à la demande d'un tiers en cas de péril imminent ;
- Déclaration au procureur de la République la nécessité de placer une personne sous sauvegarde de justice. [43]

Ces situations sont non seulement dérogatoires au secret, elles relèvent également d'une obligation de déclaration pour le professionnel de santé :

> « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.
>
> Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. » [44]

Il est à noter que la seule intention louable ne constitue pas un motif dérogatoire au secret médical, ainsi, un professionnel de santé s'apercevant qu'un de ses patients majeurs est victime de sévices sexuels ne peut signaler ces violences qu'avec l'accord du patient. De même, si le discours d'un patient laissait supposer au praticien qu'il est en train de se radicaliser, religieusement ou politiquement, ou de se laisser entrainer dans une dérive sectaire, le praticien ne peut le dénoncer à une quelconque autorité sans violer le secret médical. Cependant, si ce patient dit détenir une arme ou laisse entendre qu'il prépare un crime, le cas est différent et le praticien a alors l'obligation de le déclarer au procureur de la République.

[43] Article 226-14 du Code pénal.
[44] Article 223-6 du Code pénal.

1.3 Responsabilité médicale

Responsabilité : « Obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences. » [45]

Selon les principes du contrat de soin, les droits du patient supposent des obligations pour le praticien le prenant en charge. Le non-respect de ces obligations, outre le fait de rendre le contrat caduc, peut engendrer un dommage pour lequel le médecin pourra être tenu responsable.

Comme nous l'avons évoqué au chapitre 1, la première mention écrite de la responsabilité médicale remonte à l'antiquité babylonienne avec le Code d'Hammourabi (1792 – 1750 av. J.-C.) qui stipule (traduit et cité par Dachez) : « Si un médecin a traité un homme d'une plaie grave avec un poinçon de bronze et a fait mourir l'homme, s'il a ouvert la taie de l'homme et crevé l'œil, on lui coupera les mains. » [46]

La notion d'aléa thérapeutique et de responsabilité sans faute du médecin est, quant à elle, évoquée dès l'Antiquité grecque. D'après Platon (traduit en français) : « En ce qui concerne le médecin, s'il lui arrive d'être involontairement cause du décès de celui qu'il soigne, il sera exempté de la souillure. »

En France, les jalons de la responsabilité civile sont posés lors de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen en 1789 : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi. » [47]

Pourtant, cette notion de responsabilité ne semble à l'époque pas s'appliquer au champ médical tant le médecin a acquis un pouvoir scientifique impénétrable, voire sacré et les instances législatives n'envisagent la responsabilité médicale qu'autour de la question de la rémunération.

Il faudra attendre 1936 et l'arrêt Mercier pour que le médecin soit jugé sur la qualité des soins qu'il dispense, marquant ainsi la naissance d'une obligation de moyens dont l'inexécution pourra se résoudre en dommages-intérêts. [48]

Il existe aujourd'hui trois types de responsabilité à l'égard de la loi :

- La responsabilité civile : elle donne l'obligation de réparer le dommage causé à autrui par l'inexécution d'un contrat ou par un acte volontaire ou non. On parle de responsabilité médicale lorsque le dommage est causé par un praticien dans l'exercice de ses fonctions ;

[45] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Responsabilité ».
[46] Dachez, *Histoire de la médecine : de l'Antiquité à nos jours*.
[47] « Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ».
[48] Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 20 mai 1936.

- La responsabilité pénale : elle consiste à répondre en justice de l'infraction à une norme légale pénale censée protéger l'ordre public ;
- La responsabilité disciplinaire : elle donne l'obligation de répondre à une infraction au Code de la Déontologie et aux autres normes régissant l'exercice d'une profession organisée.

Ces trois responsabilités peuvent être engagées durant l'exercice professionnel du médecin, mais, lorsque la notion responsabilité médicale est mentionnée, il s'agit dans la grande majorité des cas de la responsabilité civile médicale car elle est la plus fréquemment engagée.

1.3.1 Responsabilité civile

La responsabilité civile médicale est la responsabilité encourue par un professionnel de santé à raison des dommages causés par des actes de prévention, de diagnostic ou de soin.

Elle est par nature contractuelle depuis l'arrêt Mercier qui n'a jamais été remis en cause. Elle est considérée comme telle car la Cour de Cassation a retenu dans sa jurisprudence qu'il s'établissait un contrat entre le praticien et son patient décrit comme étant l'engagement pris par le praticien à prodiguer à son patient tous les soins possibles dans les limites des données acquises et actuelles de la science. Le praticien n'est donc pas tenu de guérir son patient.

Cette responsabilité n'est engagée que s'il est fait preuve d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité entre les deux. [49]

La faute consiste en un manquement à une des deux obligations suivantes :

- Obligation de moyens : obligation pour le débiteur d'apporter toutes ses capacités pour exécuter l'obligation. L'obligation de moyens signifie qu'un patient ne peut attendre de son praticien un résultat déterminé, sauf avis contraire de celui-ci, compte tenu de l'aléa que comporte un acte médical.
- Obligation de résultats : obligation pour le débiteur de parvenir à un résultat donné. En matière médicale, cette obligation ne s'applique que pour certains domaines (en odontologie elle s'applique aux matériaux de prothèses et à la qualité et la sécurité du matériel utilisé) mais est engagée dès lors que le résultat attendu n'est pas présent.

Concernant le préjudice, il incombe au patient d'en apporter la preuve (cette preuve se fait en général par avis d'expert mandaté, soit par une compagnie d'assurance, soit par un juge).

[49] Article L1142-1 du Code de la santé publique.

S'il est prouvé que le préjudice subi par le patient découle d'une faute commise par le médecin, alors, ce dernier doit répondre au principe de réparation intégrale des préjudices qui précise que : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »[50] et « Le propre de la responsabilité civile est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage, et de replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable ne s'était pas produit. »[51]

Ce principe de réparation intégrale implique donc deux conséquences :

- L'indemnisation doit réparer tout le dommage et rien que le dommage ;
- Le préjudice est le seul critère d'évaluation d'indemnisation et abstraction totale est faite de la victime, du responsable et du contexte.

Pour être indemnisable, le dommage doit répondre à trois caractéristiques : il doit être certain, avéré et mesurable.

Le droit prévoit ensuite deux formes de réparation au dommage :

- La réparation en nature, qui est *a priori* le mode de réparation idéal puisqu'il prévoit que l'acte effectué en réparation replace la victime dans l'exacte situation où elle se serait trouvée sans l'acte dommageable. En pratique, ce mode de réparation n'est pratiquement jamais retenu en matière de dommages corporels car il est rarement possible de revenir à l'exact état antérieur.
- La réparation pécuniaire qui prévoit le versement de dommages-intérêts compensatoire à la victime par l'auteur de l'acte dommageable. Le dommage n'est donc pas effacé mais uniquement compensé. La victime peut ensuite utiliser les fonds versés comme elle l'entend. Il s'agit du mode de réparation le plus employé dans le domaine médical. Les dommages-intérêts que devrait verser le praticien fautif sont alors supportés par son assurance responsabilité civile professionnelle (il n'existe, en France, pas de notion de « dommages punitifs » qui obligerait le patient à verser une somme à la victime à titre personnel).

Il existe cependant des cas où le dommage est bien réel mais où il est impossible de faire la preuve d'une quelconque faute du praticien. La responsabilité civile de ce dernier n'est donc pas engagée et ne l'oblige donc pas à réparer le préjudice. Cependant, en vertu du principe de réparation intégrale des préjudices, la victime doit être indemnisée. C'est dans ce cas de figure que les notions d'aléa thérapeutique et de responsabilité sans faute entrent en jeu.

[50] Article 1240 du Code civil.
[51] Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre Civile 2, du 25 mai 1960.

L'aléa thérapeutique s'entend du dommage accidentel ayant un lien de causalité certain avec un acte médical mais dont la réalisation est indépendante de toute faute établie. Il s'agit de l'évènement pouvant être prévisible mais pas maitrisé, survenant lors des investigations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic ou dans la réalisation d'une procédure médicale ou chirurgicale.
Il est constitué par la survenance, lors d'un acte médical, d'un évènement soudain, n'étant pas la conséquence directe de cet acte et ne correspondant pas à l'évolution de la pathologie dont le patient est atteint. [52]
L'indemnisation de l'aléa thérapeutique est fondée sur le risque de la médecine : risque lié à la pratique du médecin, risque que prend le patient en ayant recours à la médecine.
La loi du 4 mars 2002 prévoit, dans son 4e titre « Réparation des conséquences des risques sanitaires », la réparation des préjudices médicaux non fautifs au titre de la solidarité nationale par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) qui indemnise sur les fonds publics.
Les conditions d'indemnisation sont prévues par cette même loi mais ne seront pas détaillées ici.

Cas particulier des établissements de santé publics

Lorsqu'il exerce en tant que salarié au sein d'un établissement de santé public comme un hôpital, le professionnel de santé devient un agent de l'administration (le patient devient quant à lui un usager du service public). Le risque d'engager sa responsabilité civile professionnelle est alors transféré à son employeur et prend le nom de responsabilité administrative. Le praticien ne peut donc être personnellement tenu responsable des dommages causés au patient par sa faute dans l'exercice de ses fonctions.
Il existe cependant le cas de la faute dite « détachable du service » où il est considéré que la faute commise par le praticien est une faute personnelle, détachable de ses fonctions. Dans ce cas, il répond personnellement de sa faute en engageant sa responsabilité civile.
Sont ainsi susceptibles d'être des fautes détachables des fonctions :
-la faute inadmissible, inexcusable au regard de la déontologie ;
-la recherche d'un intérêt personnel ;
-l'acte révélant chez l'agent une intention malveillante avec une volonté de nuire ;
-l'acte se détachant matériellement de la fonction et ressortant de la vie privée de l'agent.

A noter que les infractions relevant de la responsabilité pénale de l'agent sont toujours détachables du service.

[52] Article L1142-1 du Code de la santé publique.

En dehors du cas de la responsabilité sans faute et de la faute détachable des fonctions, la responsabilité administrative de l'établissement de santé peut, être recherchée par tout patient victime d'un préjudice s'il peut apporter la preuve que ce préjudice découle d'une faute de l'établissement.
La condamnation de l'établissement de santé donnera lieu au versement de dommages-intérêts au profit du patient dans le cadre du principe de la réparation intégrale des préjudices subis.

1.3.2 Responsabilité pénale

La responsabilité pénale est l'obligation de répondre à une infraction à la loi et à subir la peine prévue par le texte réprimant ladite infraction.
A la différence de la responsabilité civile qui implique la réparation d'un dommage causé à autrui, la responsabilité pénale implique un recours de l'Etat contre un trouble à l'ordre public.

La responsabilité pénale du praticien est engagée lorsqu'il a commis une infraction dans l'exercice de ses fonctions (s'il commet une infraction en dehors de sa pratique professionnelle, il sera condamné à titre personnel comme n'importe quel citoyen). Les infractions les plus souvent commises dans l'exercice médical sont les suivantes :
- Certificats de complaisance ;
- Faux et usage de faux ;
- Violation du secret professionnel ;
- Infraction aux règles encadrant les expérimentations sur la personne humaine ;
- Exercice illégal de la médecine ;
- Manquement grave à une obligation professionnelle ;
- Non-assistance à personne en danger ;
- Mise en danger de la vie d'autrui ;
- Mutilations ;
- Atteintes involontaires à la vie ou à la personne (homicide involontaire).

Les peines encourues sont décrites dans le Code pénal et vont de la simple amende à la peine de réclusion ferme et il n'existe aucune assurance permettant de s'en prémunir.
A noter que depuis 1994, les poursuites pénales peuvent concerner des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

1.3.3 Responsabilité disciplinaire

La responsabilité disciplinaire du praticien est engagée lorsqu'il commet un manquement aux règles déontologiques encadrant sa profession. Ces procédures sont alors menées devant le Conseil de l'Ordre et les sanctions peuvent aller du simple avertissement à la radiation. Elles n'ont de conséquences pour le praticien qu'envers sa hiérarchie et ses pairs. La victime ne peut donc en attendre aucune « réparation » à part peut-être, une satisfaction morale.

Les responsabilités civile, pénale et disciplinaire d'un praticien peuvent être engagées de manière cumulative par un patient s'estimant à la fois victime d'un dommage, d'une infraction et d'un manquement à la déontologie.

Si les responsabilités pénale et disciplinaire supposent des sanctions personnelles pour le praticien dont il n'est pas possible de se prémunir, il n'en est pas de même pour la responsabilité civile. La faute médicale étant un évènement malheureusement assez fréquent au cours d'une carrière, le praticien a la possibilité (et même l'obligation) de se prémunir de ses conséquences pécuniaires en souscrivant une assurance.

1.3.4 Assurances

Assurance : « Contrat par lequel l'assureur s'engage à indemniser l'assuré, moyennant une prime ou une cotisation, de certains risques ou sinistres éventuels. » [53]

L'assurance consiste, en réalité, en un transfert de risque : l'assuré qui souhaite se prémunir d'un risque qu'il ne peut assumer seul s'engage à verser à l'assureur une prime contre la promesse de l'assureur de verser, en cas de réalisation du risque assuré, la prestation convenue (capital, indemnité, rente…).

L'assurance se rapproche donc des jeux de hasard et est régi par les mêmes règles mathématiques (Théorie des grands nombres et règles statistiques) à ceci près qu'elle couvre un risque négatif : elle garantit contre une perte pouvant être subie alors que le jeu de hasard couvre un risque positif : il est possible de s'enrichir.

Le droit français interdit d'ailleurs à l'assurance d'être source d'un quelconque enrichissement : « L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité : l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut dépasser le montant de la valeur de la chose au moment du sinistre. » [54]

[53] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Assurance ».
[54] Article L121- 1 du Code des assurances.

Le contrat d'assurance est donc un contrat par lequel une partie (l'assureur) s'engage, moyennant une rémunération (la prime), à exécuter une prestation compensant un ensemble de risques dont une autre partie (l'assuré) veut se prémunir.

Dans le cas d'une assurance responsabilité civile professionnelle souscrite par un professionnel de santé, le transfert de risque ne concerne pas la responsabilité médicale en tant que telle mais le risque financier lié à la faute que pourrait commettre le praticien. L'assurance couvre donc, dans les limites prévues par le contrat, ce que coûtera l'indemnisation des préjudices subis par le patient du fait de cette faute.

La souscription d'une assurance « responsabilité civile professionnelle » est une obligation légale pour les professionnels de santé : « Les professionnels de santé exerçant à titre libéral (…) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité. »[55] Cette obligation est personnelle lorsque la pratique est libérale, mais incombe à l'employeur en cas d'exercice salarié.

L'assurance « responsabilité civile professionnelle » ne couvre que ce qui entre dans le cadre d'une pratique professionnelle donnée. Comme pour tous les contrats d'assurance, ce qui découle d'un acte illicite ou d'un acte intentionnel de la part de l'assuré est formellement exclu (non assurable). Par ailleurs, si l'assureur peut garantir les conséquences pécuniaires qui découlent de la mise en cause de la Responsabilité civile d'un praticien, en cas de mise en cause de la Responsabilité pénale de ce praticien, l'assureur peut uniquement apporter une assistance à la défense, sous la condition expresse que les faits reprochés ne soient pas intentionnels.

[55] Article L1142-2 du Code de la santé publique.

2 : Implications de la minorité en droit français

2.1 Le statut de mineur en France

Comme nous l'avons déjà évoqué en première partie, la relation juridique entre un professionnel de santé et son patient est d'ordre contractuel et implique, pour chacune des parties, un ensemble de droits et d'obligations réciproques. Or, le mineur, du fait de son statut, n'a pas la capacité légale à contracter. La question se pose alors des effets de cette incapacité : le contrat de soin existe-t 'il malgré tout ? Si oui, cela suppose que le mineur puisse être représenté par un tiers ayant la capacité à contracter, et dans ce cas, qui dispose des droits à l'information, au secret et au consentement ?

2.1.1 Minorité : définitions

Mineur : « Qui n'a pas atteint l'âge de la majorité légale. » « Qui n'est pas capable de se diriger lui-même parce que non parvenu à un état d'évolution suffisant. » [56]
Minorité : « État d'une personne qui n'a pas encore l'âge légal au-delà duquel elle est considérée comme pleinement responsable de ses actes. » « Etat d'infériorité. » [57]

Le terme de mineur désigne un individu n'ayant pas encore atteint l'âge de la majorité civile qui est, en France, fixé par le Code civil à 18 ans depuis 1974 [58] (il était précédemment fixé à 21 ans).
La minorité est un statut juridique, à l'égard des droits civiques, que tout individu acquiert par le seul fait de sa naissance, et perd en atteignant l'âge de la majorité. Il constitue un dispositif de protection de l'Etat à l'égard des individus les plus jeunes, les législateurs ayant considéré qu'avant 18 ans, leur degré de maturité ne leur permettait pas d'exercer leurs droits de façon à servir au mieux leurs intérêts.
Le statut de mineur suppose donc une incapacité à exercer certains droits (incapacité d'exercice) dont l'exercice est confié à un ou des tiers qui sont, dans la grande majorité des cas, les parents de l'individu (principe d'autorité parentale).

[56] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Mineur ».
[57] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Minorité ».
[58] Article 414 du Code civil.

Trois autres concepts découlent de celui de la minorité civile :

- La majorité pénale : âge à partir duquel un individu ayant commis une infraction peut être soumis au droit pénal commun. Elle est, en France et dans la majorité des pays Européens, fixée à 18 ans ;
- La majorité sexuelle : âge au-dessous duquel un individu mineur ne peut se livrer à une activité sexuelle avec un individu majeur sans que ce dernier encoure une sanction pénale. En France, cet âge est fixé à 15 ans depuis 1945 ;
- La majorité matrimoniale : âge en dessous duquel un individu ne peut se marier sans le consentement de ses responsables légaux. Il est fixé à 18 ans. A noter que la majorité matrimoniale peut différer de la nubilité, âge à partir duquel un individu peut se marier, mais ce n'est pas le cas en France (c'est en revanche le cas au Canada ou un individu peut se marier dès l'âge de 16 ans, à condition d'avoir obtenu le consentement de ses responsables légaux).

2.1.2 Irresponsabilité pénale

Les majorités civile et pénale étant confondues en France, un individu ayant commis une infraction ne peut être soumis au droit pénal commun qu'à partir de 18 ans. Un mineur ne peut donc pas être sanctionné comme un adulte même s'il a commis la même infraction et bénéficie d'une peine « adoucie ». On parle « d'excuse de minorité ».

En revanche, la loi ne fixe pas d'âge minimal à la responsabilité pénale. Ainsi, tout individu, même mineur peut être reconnu coupable d'une infraction et rendre des comptes devant la justice : « Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet. » [59]

Le juge appréciera alors si le mineur a agi avec discernement et s'il peut faire l'objet de poursuites. Les différentes sanctions sont prévues par un droit pénal spécifique aux mineurs qui est appliqué par des magistrats spécifiques : les juges pour enfants. Ces peines peuvent aller de la simple mesure éducative (mineur de moins de 10 ans) à une amende ou une peine de prison (à partir de 13 ans).

A noter que même en cas de condamnation pénale, les responsables légaux de l'enfant restent civilement responsables et devront réparer les éventuels préjudices découlant de l'infraction. [60]

[59] Article 122-8 du Code pénal.

[60] Direction de l'information légale et administrative, « Que risque un mineur délinquant au pénal ? »

2.1.3 Incapacité d'exercice

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, le mineur possède des droits qu'il ne peut exercer lui-même. Cette incapacité d'exercice est un régime de protection visant à ce que le mineur ne puisse pas pâtir de la méconnaissance de ses droits et à ce qu'un tiers ne puisse pas profiter de sa vulnérabilité.
Pour comprendre ce que cette incapacité implique, définissons tout d'abord la personnalité juridique.
La personnalité juridique est l'artifice juridique attribué aux personnes physiques et morales leur conférant l'aptitude à être titulaires de droits et de devoirs.
Depuis l'abolition de l'esclavage et de la mort civile (qui correspondait à la cessation de toute participation aux droits civils et qui constituait une peine pouvant s'additionner à une condamnation à la réclusion à perpétuité, aux travaux forcés ou à la déportation), toute personne physique acquiert une personnalité juridique à sa naissance et la perd à sa mort. [61]
Cette personnalité juridique a deux composantes :

- La capacité de jouissance qui est la capacité à détenir des droits (et des obligations) ;
- La capacité d'exercice qui est la capacité à exercer seul ses droits et à remplir seul ses obligations.

Si le mineur possède bien une personnalité juridique à part entière, il ne détient que la capacité de jouissance, la capacité d'exercice lui étant conférée à sa majorité ou en cas d'émancipation. En principe, tous les actes effectués par le seul mineur devraient donc être annulés. Il existe cependant une certaine souplesse dans ce principe, permettant au mineur d'effectuer certains types d'actes seul.
Définissons d'abord le principe de nullité : la nullité est une sanction d'un acte pouvant être prononcée par un juge si l'acte ne respecte pas les conditions légales pour être valable. Elle a pour effet d'effacer l'acte pour le présent, l'avenir mais également le passé. En conséquence, la sanction de nullité d'un acte devra également remettre les parties dans l'exact état dans lequel elles se trouvaient avant que cet acte soit effectué. [62]
Les actes effectués par un mineur répondent à ce principe de nullité (c'est-à-dire qu'ils sont nuls et ouvrent à réparation) avec néanmoins une petite atténuation : le mineur ne devra restituer que ce qui a constitué un profit. [63]
D'un point de vue pratique, l'incapacité d'exercice entraine donc une incapacité à effectuer certains actes sous peine d'une sanction de nullité.

[61] Institut national de la statistique et des études économiques, « Personnalité juridique ».
[62] Articles 1178 à 1185 du Code civil.
[63] Article 1352-4 du Code civil.

Cette incapacité est totale pour les actes dits « de disposition ». Il s'agit des actes qui modifieraient de manière définitive le patrimoine du mineur, par exemple, la vente d'un bien immobilier ou la contraction d'un prêt.

En opposition à ces actes de disposition, il existe des actes considérés comme moins graves qui sont les actes « d'administration ». Il s'agit des opérations de gestion normale du patrimoine comme par exemple le prêt d'un bien. Pour ces actes, l'incapacité d'exercice n'est pas totale et ne concerne que ceux qui pourraient léser les intérêts du mineur.

Il existe par ailleurs d'autres exceptions à l'incapacité d'exercice :

- Les actes dits « personnels » (ils portent sur la personne même du mineur) : par exemple consentement à une adoption ou à un changement de nom ;
- Les actes dits « conservatoires ». Ce sont les actes qui ont pour but de conserver un patrimoine. Le paiement des charges de copropriété est un exemple d'acte conservatoire ;
- Les actes de la vie courante. Ce sont des actes quotidiens et portant sur un faible montant. Par exemple, l'achat d'un ticket de métro ou même, dans certaines situations, l'ouverture d'un compte en banque. En revanche, l'achat d'un véhicule n'est pas considéré comme un acte de la vie courante mais bien comme un acte de disposition.

2.2 Système de représentation du mineur

Le mineur ne peut donc pas effectuer certains actes seul, mais cela ne signifie pas pour autant que ces actes ne puissent pas être effectués en son nom. On parle de système de représentation. Il permet de confier la capacité d'exercice à un ou des tiers qui exerceront les droits du mineur en son nom et pour son compte.

Dans la très grande majorité des cas, les représentants légaux du mineur sont ses parents. C'est la notion d'autorité parentale qui repose sur le principe théorique, et parfois infirmé en pratique, que les parents sont les meilleurs garants des intérêts de leur enfant.

2.2.1 Autorité parentale

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs que les parents ont à l'égard de leur enfant mineur. Elle est définie comme il suit par le Code civil :

« 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.

L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. » [64]

Ce concept est très fortement influencé par le principe d'intérêt supérieur de l'enfant, introduit en 1989 par la Convention Internationale des Droits de l'Enfants (CIDE), qui n'a pas de définition précise mais qui est généralement entendu comme la prise en compte systématique de la personne de l'enfant et de son point de vue dans toutes les décisions pouvant le concerner, que celles-ci émanent de l'Etat, d'institutions publiques ou privées ou des titulaires de l'autorité parentale.

L'autorité parentale a remplacé la « puissance paternelle » à partir du 4 juin 1970. Celle-ci assurait jusqu'alors l'exclusivité de l'autorité du père sur les enfants mineurs (il exerçait alors sur son épouse la « puissance maritale »). [65]

L'autorité parentale est automatiquement confiée aux parents le jour de la naissance de l'enfant. Ils en sont alors titulaires et en ont l'exercice. Ces deux notions sont à distinguer car nous verrons plus loin que la titularité de l'autorité parentale n'entraine pas nécessairement sont exercice et inversement.

Les devoirs des titulaires de l'autorité parentale sont les suivants [66] :

- Devoir de protection et d'entretien : ils doivent veiller à la sécurité du mineur et contribuer à son entretien matériel et moral (hébergement, nourriture, soins médicaux, surveillance de ses déplacements et de ses relations…). Chacun des titulaires à l'obligation légale de contribuer selon ses propres ressources, les ressources de l'autre titulaire et les besoins de l'enfant ;
- Devoir d'éducation : éducation obligatoire d'une part (scolarisation jusqu'à 16 ans) mais également instruction professionnelle et civile. Le non-respect de cette obligation est passible de condamnations pénales ;

[64] Article 371-1 du Code civil.

[65] Boulanger, *Autorité parentale et intérêt de l'enfant : histoire, problématique, panorama comparatif et international*.

[66] Direction de l'information légale et administrative, « Exercice de l'autorité parentale ».

- Devoir de gestion du patrimoine : ils gèrent et peuvent profiter des biens (droit d'administration et de jouissance) de l'enfant sauf les biens ou revenus acquis par le travail de l'enfant, et les bien qui lui sont donnés ou légués à titre personnel.

Lorsque les deux parents sont mariés avant la naissance de l'enfant, l'autorité parentale leur est confiée conjointement.

Lorsqu'ils sont pacsés ou en union libre, l'enfant est placé sous l'autorité de la mère à partir du moment où son nom figure sur l'acte de naissance. Si le père reconnait l'enfant avant l'âge d'un an, il exerce l'autorité parentale conjointement avec la mère. Dans le cas contraire, la mère exerce seule l'autorité parentale.

S'il n'a pas reconnu l'enfant dans l'année suivant sa naissance, le père devra, après avoir reconnu l'enfant, faire une demande d'autorité parentale conjointe au tribunal de grande instance ou au juge aux affaires familiales.

Cet exercice commun de l'autorité parentale suppose la participation égale des deux parents pour chaque décision concernant l'enfant, ce qui paraît, dans bon nombre de situations quotidiennes, difficilement applicable. Le Code civil aménage donc le principe de façon à permettre à l'un ou l'autre des parents de prendre seul les décisions usuelles : « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. » [67]

Ainsi, la majorité des actes administratifs tels qu'une demande de réinscription ou une autorisation de sortie scolaire peut être réalisée par un seul des dépositaires de l'autorité parentale sans la signature de l'autre. De même, pour un acte médical dit « bénin » comme une vaccination, les soins d'une plaie superficielle ou des soins dentaires courants, chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre.

En cas de désaccord, l'un des deux parents peut saisir le juge aux affaires familiales pour trancher.

La séparation (divorce, dissolution de pacs, fin du concubinage) des parents est sans effet sur l'autorité parentale. Chaque parent doit alors maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de celui-ci avec l'autre parent. Le droit de visite et d'hébergement ne peut d'ailleurs être retiré à un des parents que pour des raisons graves et sur décision du juge aux affaires familiales.

En cas d'incapacité ou de décès d'un des deux parents, l'autre exerce seul l'autorité parentale :

- « Est privé de l'exercice de l'autorité parentale le père ou la mère qui est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause. » [68]

[67] Article 372-2 du Code civil.
[68] Article 373 du Code civil.

- « Si l'un des père et mère décède ou se trouve privé de l'exercice de l'autorité parentale, l'autre exerce seul cette autorité. » [69]

L'autorité parentale prend fin :

- Soit à la majorité civile de l'enfant ;
- Soit par incapacité, décès ou retrait de leurs droits aux titulaires de l'autorité parentale ;
- Soit par émancipation de l'enfant.

Cas particulier de l'accouchement sous X

Toute femme enceinte peut décider d'accoucher sous X (anonymement) dans un établissement privé ou public. Aucune pièce d'identité ne peut lui être réclamée et aucune enquête ne peut être menée. Elle peut ensuite lever cet anonymat à tout moment. [70] L'enfant est alors confié à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) qui établit un procès-verbal qui mentionne, le cas échéant, le consentement des parents à l'adoption, des informations sur leur santé, les origines de l'enfant et les raisons et circonstances de sa remise à l'ASE. A partir de ce moment, l'enfant n'a plus de filiation et la mère biologique renonce à l'autorité parentale (puisque son nom ne sera pas inscrit sur l'acte de naissance). L'enfant est alors déclaré pupille de l'Etat à titre provisoire et une tutelle spécifique est organisée par le préfet (qui exerce les fonctions de tuteur) et le conseil de famille des pupilles de l'Etat (« Assemblée de parents ou de toutes personnes qualifiées, chargée sous la présidence du juge des contentieux de la protection, d'autoriser certains actes importants accomplis au nom de la personne sous tutelle » [71]). L'enfant est ensuite transitoirement placé en pouponnière ou en famille d'accueil.

Chacun des deux parents peut reconnaître l'enfant dans un délai de deux mois après sa naissance. Passé ce délai, si aucun des deux parents n'a reconnu l'enfant, celui-ci est admis comme pupille de l'Etat et peut être proposé à l'adoption.

Si la mère revient sur sa décision, l'enfant lui est restitué mais un accompagnement psychologique lui est proposé pendant les trois années suivantes. [72]

Délégation de l'autorité parentale

La délégation de l'autorité parentale peut être volontaire ou forcée. Elle a pour but d'aider les parents à élever leur enfant et n'a donc pas de vocation punitive.

Une délégation volontaire peut être demandée par les parents si le transfert de leur autorité est indispensable aux intérêts de l'enfant et que les circonstances l'exigent. Il s'agit, en général, de

[69] Article 373-1 du Code civil.
[70] Article 326 du Code civil.
[71] Direction de l'information légale et administrative, « Conseil de famille ».
[72] Direction de l'information légale et administrative, « Accouchement sous X ».

situations où les parents ne peuvent temporairement plus exercer leur autorité parentale (éloignement, hospitalisation, maladie, incarcération, difficultés matérielles ou psychologique, etc.).

Les parents peuvent demander ce transfert conjointement ou séparément, quel que soit l'âge de l'enfant. Si le transfert à lieu, il ne signifie pas automatiquement que le mineur soit placé auprès d'un tiers, celui-ci peut, en effet, continuer de vivre au domicile parental. Les parents continuent de s'occuper de lui en bénéficiant de l'aide d'un tiers.

Les personnes pouvant être délégataires peuvent être :

- Un membre de la famille ;
- Un proche digne de confiance ;
- Un établissement agréé pour recueillir des enfants ;
- Le service départemental de l'ASE.

La délégation se fait par saisine du juge aux affaires familiales du lieu de domicile de l'enfant et prend alors la forme d'une convention privée entre les parents et le délégataire.

Dans certaines situations de difficulté extrême, les parents peuvent décider de placer leur enfant. Ils doivent alors contacter le service départemental de l'ASE qui décidera, conjointement avec ces derniers et dans le respect de la volonté de l'enfant, du mode et du lieu de placement auprès d'un tiers qui peut être :

- Une famille d'accueil rémunérée ;
- Un établissement spécialisé ;
- Un tiers bénévole qu'il connaît déjà (famille, proche digne de confiance).

La durée maximale du placement est d'un an et peut-être renouvelée. Le dossier est réexaminé par l'ASE chaque année.

A noter que les procédures de placement et de délégation volontaire de l'autorité parentale sont indépendantes : le placement se fait sur simple décision de l'ASE et de la famille alors que la délégation de l'autorité parentale passe forcément par le juge aux affaires familiales. Certains enfants placés peuvent donc rester sous l'autorité parentale de leurs parents.

La délégation de l'autorité parentale peut également être « forcée » dans les situations où les parents montrent un désintéressement manifeste de leur enfant (ce désintéressement doit être constaté par une déclaration judiciaire de délaissement parental) ou sont dans l'impossibilité partielle ou totale de remplir leurs devoirs. La délégation peut alors être demandée par :

- Un membre de la famille ;
- Le parquet ;
- Le service départemental de l'ASE ;
- Le particulier ou l'établissement qui a recueilli l'enfant si ce dernier est placé.

Le tiers fait alors une demande au juge aux affaires familiales du lieu de domicile de l'enfant ou au procureur de la République qui transmettra la demande au juge (il est le seul à pouvoir décider d'une délégation d'autorité parentale).

Les tiers pouvant être désignés par le juge pour être délégataires de l'autorité parentale sont les même qu'en cas de délégation volontaire.

Ce transfert n'est pas définitif, mais une restitution de leur autorité aux parents devra faire l'objet d'un examen par le juge aux affaires familiales. [73]

Placement judiciaire

Le placement d'un enfant sur décision judiciaire est une mesure de protection exceptionnelle qui vise à soustraire celui-ci à son milieu familial lorsqu'il y est en danger, par exemple « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. » [74]

La décision émane du juge des enfants du tribunal judiciaire de proximité. Il est généralement saisi par le procureur de la République mais peut agir à la demande, et sur simple requête :

- Des parents (ensemble ou séparément) ;
- De l'établissement ou du particulier à qui l'enfant avait été confié si celui-ci était déjà placé ;
- De l'enfant lui-même.

A noter que le juge des enfants peut se saisir d'office.

En général, le juge convoque les parents (s'ils ne sont pas les demandeurs) et l'enfant avant toute décision de placement et recherche au maximum leur adhésion à la mesure de protection envisagée. Il se prononce uniquement dans l'intérêt de l'enfant qui doit, selon le Code civil « Chaque fois qu'il est possible, être maintenu dans son milieu actuel. » [75]

L'enfant peut ensuite être confié :

[73] Direction de l'information légale et administrative, « Délégation de l'autorité parentale ».
[74] Article 375 du Code civil.
[75] Article 375-2 du Code civil.

- À l'autre parent ;
- À un membre de sa famille ;
- À un proche digne de confiance ;
- À l'ASE qui place l'enfant en famille d'accueil ou dans un établissement spécialisé
- À un service ou un établissement sanitaire ou d'éducation (hôpital, maison d'enfants à caractère sanitaire et social, etc.).

Le juge peut aussi décider de laisser le mineur à la charge des parents et ordonner une mesure de placement en milieu ouvert dans un établissement habilité pour l'accueil séquentiel des mineurs.
La décision du juge est rendue dans les huit jours suivants la convocation. Les parents peuvent ensuite faire appel auprès de la chambre pour mineur de la Cour d'appel compétente dans les 15 jours. L'enfant peut également faire appel.
La mesure de placement a une durée maximum de deux ans mais peut être renouvelée sur décision du juge. Elle peut également être modifiée à tout moment après une nouvelle audience.
Après le placement, si aucun transfert de l'autorité parentale n'a été décidé, les parents continuent à exercer tous les droits n'étant pas incompatibles avec la mesure.
Le juge fixe les modalités de droit de correspondance, visite et d'hébergement des parents de manière à faciliter les liens avec ses frères et sœurs. Il peut toutefois suspendre provisoirement ces droits ou décider que le droit de visite ne s'exerce que dans un espace de rencontre déterminé ou en présence d'un tiers. Il peut également décider de l'anonymat de lieu d'accueil.
Les frais d'entretien et d'éducation restent à la charge des parents sauf décision contraire du juge.

En cas d'urgence, le juge (ou le procureur de la République) peut prononcer une mesure de placement provisoire sans attendre la fin de la procédure judiciaire. [76]

Retrait de l'autorité parentale

Dans certaines situations, l'autorité parentale peut ne pas être seulement déléguée mais retirée. Ce retrait peut être partiel ou total et peut concerner un ou les deux parents. Il ne peut être ordonné que par un juge.
Seules des situations extrêmement graves peuvent justifier ce retrait [77] :

- Mauvais traitements ;
- Consommation habituelle et excessive d'alcool et de drogues ;

[76] Direction de l'information légale et administrative, « Placement d'un enfant sur décision judiciaire ».
[77] Article 378 du Code civil.

- Inconduite notoire ;
- Manque de soins (maltraitance psychologique, abandon affectif ou matériel…) ;
- Violence physique ou psychologique d'un parent sur l'autre dont l'enfant pourrait être témoin ;
- Désintérêt notoire pour l'enfant (situation ou l'enfant a bénéficié d'une procédure de placement judiciaire et où les parents se sont abstenus volontairement d'exercer les droits qu'ils avaient conservé sur leur enfant malgré la procédure pendant deux ans) ;
- Condamnation des parents comme auteurs, coauteurs ou complices d'un délit ou d'un crime commis sur la personne de leur enfant ou sur l'autre parent ;
- Condamnation comme coauteur ou complice d'un délit ou crime commis par leur enfant[78].

La procédure de retrait peut concerner un ou les deux parents et peut s'appliquer à un ou plusieurs enfants de la fratrie. Elle doit être demandée auprès du tribunal de proximité du lieu de résidence du parent visé par la procédure. Les demandeurs peuvent être :

- Le ministère public (corps de magistrat représentant les intérêts de la société devant les juridictions) ;
- Un membre de la famille ;
- Le tuteur de l'enfant ;
- L'ASE.

En cas de retrait partiel, le juge décide des modalités des droits qui seront conservés par les parents. L'enfant est alors confié à l'ASE qui partage l'autorité parentale avec les parents.
En cas de retrait total, l'enfant peut être confié à un tiers (membre de la famille ou non) à titre provisoire qui organisera la tutelle, ou à l'ASE. Dans ce dernier cas, l'enfant devient alors pupille de l'Etat.
L'autorité parentale peut être restituée aux parents partiellement ou totalement s'ils justifient de nouvelles circonstances et que le juge estime que c'est dans l'intérêt de l'enfant. [79]

[78] Article 378-1 du Code civil.
[79] Direction de l'information légale et administrative, « Retrait de l'autorité parentale ».

2.2.2 Tutelle

Tutelle : « Protection vigilante, sauvegarde exercée à l'égard de quelqu'un ou d'une collectivité. » [80]
Le régime des tutelles est ouvert pour tout mineur dont les parents ne peuvent plus exercer l'autorité parentale, c'est-à-dire :

- Si les parents sont décédés ;
- Si les parents sont tous les deux déchus de leur autorité parentale ;
- Si l'enfant n'a ni père ni mère (par exemple en cas d'accouchement sous X sans reconnaissance ultérieure). [81]

La mise sous tutelle se fait sur décision du juge aux affaires familiales qui constitue un « conseil de famille » d'au moins quatre membres et s'assurant que ces derniers représentent de manière équivalente la branche paternelle et la branche maternelle. Le juge préside ce conseil qui est chargé de régler les questions de l'entretien et de l'éducation de l'enfant par vote à la majorité.
Le tuteur est désigné par le conseil de famille parmi ses membres, celui-ci ne pourra alors plus voter au sein du conseil. Son rôle est de veiller sur la personne de l'enfant et ses biens.
Le tuteur peut également avoir été désigné par le dernier parent en vie (par testament ou déclaration devant notaire uniquement.) [82] Si personne ne peut assurer la tutelle, l'enfant est confié à l'ASE qui exerce la tutelle sans le conseil de famille.
Une délibération du conseil de famille peut être contestée par le tuteur, le subrogé ou tout membre du conseil de famille dans les deux ans suivant cette délibération ou à la découverte des agissements frauduleux ayant permis cette décision.
Le mineur dispose quant à lui de cinq ans après sa majorité pour intenter un recours contre les organes de la tutelle. Cette action est possible s'il s'estime victime d'un dommage consécutif à une faute qu'ils auraient commise dans l'exercice de leurs fonctions. [83]

[80] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Tutelle ».
[81] Article 390 du Code civil.
[82] Article 403 du Code civil.
[83] Direction de l'information légale et administrative, « Tutelle d'un mineur ».

2.2.3 Emancipation

Emancipation : « Action de se libérer d'un état de dépendance. » [84]

L'émancipation résulte d'une décision du juge des tutelles qui permet au mineur de 16 ans révolus d'être juridiquement assimilé au majeur et de bénéficier de tous ses droits (capacité de jouissance et d'exercice).

La demande d'émancipation se fait sur saisine du juge des tutelles par :

- Les parents de l'enfant, ensemble ou séparément ;
- Le conseil de famille si les parents ne sont plus titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur ne peut faire la demande d'émancipation lui-même mais est impérativement entendu par le juge. De même, en cas de désaccord des parents, le parent s'opposant à la demande d'émancipation est forcément entendu par le juge. [85]

Le mineur émancipé est assimilé à un majeur, il peut donc conclure un contrat, signer une vente ou contracter un crédit. Certains actes demeurent cependant soumis à l'exigence de la majorité civile :

- Voter ;
- Conduire seul ;
- Conclure un pacs ;
- Entrer dans un casino ;
- Se marier ou consentir à son adoption sans l'accord de ses parents ;
- Être commerçant (nécessite un accord du juge des tutelles).

A noter que, si un mineur obtient, avec le consentement de ses parents, l'autorisation de se marier par le procureur de la République, il est émancipé d'office. [86]

Les parents n'exercent plus leur autorité parentale et le mineur devient pleinement responsable de ses actes et des dommages qu'il pourrait causer.

Ses parents sont cependant soumis à l'obligation de continuer à contribuer à l'éducation et l'entretien de leur enfant (comme lorsque l'enfant atteint la majorité d'ailleurs) : « Chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant. Cette obligation ne cesse de plein droit ni lorsque l'autorité parentale ou son exercice est retiré, ni lorsque l'enfant est majeur. » [87]

---

[84] Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Emancipation ».
[85] Article 413-2 du Code civil.
[86] Article 413-1 du Code civil.
[87] Direction de l'information légale et administrative, « Émancipation d'un mineur ».

2.3 Droits du patient mineur

Le système de représentation du mineur s'applique également en matière de santé : étant incapable de contracter lui-même, le contrat de soin avec le professionnel de santé s'établira avec ses responsables légaux qui exerceront pour les lui les droits à l'information, au consentement et au secret. Pourtant, cela ne signifie pas pour autant que le mineur puisse être tenu dans l'ignorance de son état de santé et écarté des décisions le concernant.

2.3.1 Information

Comme nous l'avons vu en première partie de ce travail, l'obligation d'information médicale est disposée par les articles L1111-2du Code de la Santé publique [88] et R4127-35 du Code de déontologie médicale [89]. En vertu de ces deux articles, elle est due à toute personne susceptible de recevoir des soins, ce qui inclus, évidemment, le patient mineur.

Ce droit à l'information est en principe exercé par les titulaires de l'autorité parentale qui reçoivent l'information comme s'ils étaient le patient, le mineur recevant, quant à lui, une information adaptée à son degré de maturité et de compréhension :

> « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. (…) Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » [90]

Cela implique, pour le professionnel de santé, une double obligation d'information et un contenu à décliner en deux versions (ce contenu répondant aux mêmes caractéristiques que celles énoncées en partie I). L'information pourra être délivrée au mineur lors d'un entretien particulier s'il le demande et le dossier médical devra bien sûr porter la trace de la délivrance de cette information aussi bien aux parents qu'à l'enfant.

Dans la majorité des cas, il y existe deux titulaires de l'autorité parentale : les parents. Deux cas de figure se présentent alors :

[88] Article L1111-2 du Code de la santé publique.
[89] Article R4127-35 du Code de déontologie médicale.
[90] Article L1111-2 du Code de la santé publique.

- L'information porte sur un acte médical dit usuel : chacun des deux parents étant réputé agir avec l'accord de l'autre (même s'ils sont séparés), l'information peut n'être délivrée qu'à un seul des deux. Le praticien devra cependant insister sur la nécessité de transmettre cette information au parent non présent lors de l'entretien ;
- L'information porte sur un pronostic ou un acte médical dit grave : l'information devra impérativement être transmise par le praticien aux deux titulaires lors d'un entretien commun ou individuel.

Il arrive parfois qu'un des titulaires de l'autorité parentale soit, lors de l'entretien, accompagné par un tiers (notamment dans les cas de familles recomposées). Si ce tiers s'occupe régulièrement de l'enfant, l'information médicale peut lui être délivrée avec deux conditions :

- Que l'enfant accepte que ce tiers soit présent lors de l'entretien ;
- Que le praticien propose un entretien individuel au titulaire de l'autorité parentale.

Lorsque le mineur est accompagné par une personne non titulaire de l'autorité parentale, le professionnel de santé délivre au mineur l'information correspondant à son niveau de maturité mais ne délivre à l'accompagnant que les données strictement utiles et nécessaires et insiste sur la nécessité d'un entretien avec les titulaires de l'autorité parentale.
Enfin, si l'enfant est seul, l'information lui est délivrée et le praticien insiste sur la nécessité de compléter l'information en présence des parents.

Dans tous les cas, et a fortiori lorsque les titulaires de l'autorité parentale sont absents, le dossier médical devra porter la trace de la délivrance de l'information avec si possible le nom des personnes l'ayant reçue. [91]

2.3.2 Consentement

Au même titre que l'information médicale, les titulaires de l'autorité parentale donnent leur consentement comme s'ils étaient le patient.
Pour les actes usuels, en vertu de l'article 372-2 du Code civil [92], le consentement d'un seul des titulaires de l'autorité parentale est requis. En cas d'acte non usuel, le consentement conjoint des deux

[91] Haute autorité de santé, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ».
[92] Article 372-2 du Code civil.

titulaires est requis. En cas de désaccord entre eux, ils devront saisir le juge aux affaires familiales pour trancher.

La notion d'acte usuel a été définie en 2011 par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence de la manière suivante : « des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant, qui ne donnent pas lieu à une appréciation de principe essentielle et ne présentent aucun risque grave apparent pour l'enfant, ou encore, même s'il en revêt un caractère important, des actes s'inscrivant dans une pratique antérieure non contestée. » [93]

La jurisprudence française tendrait donc à définir la notion d'acte usuel comme un acte qui :

- N'engage pas l'avenir de l'enfant ;
- N'engage pas ses droits fondamentaux ;
- S'inscrit dans une pratique antérieure établie par les parents et non contestée par l'un d'eux.

Elle considère *a contrario* qu'un acte non usuel serait un acte qui :

- Rompt avec le passé de l'enfant et/ou qui engage de façon déterminante son avenir ;
- Affecte ses droits fondamentaux.

Un même acte pourrait cependant être qualifié d'usuel ou non usuel selon le contexte. C'est le cas par exemple de la circoncision : la jurisprudence a statué qu'elle relevait de l'acte usuel lorsque pratiquée à des fins uniquement médicales ; et de l'acte non usuel lorsqu'elle était rituelle.

En 2018, le Ministère des solidarités et de la santé a publié un guide permettant de clarifier la notion d'acte usuel dans les situations de la vie courante et notamment en matière de santé. [94]

Ainsi, les vaccinations obligatoires, les soins de blessures superficielles, les soins dentaires courants, le traitement de maladies infantiles communes et la poursuite d'un traitement d'une maladie chronique (même grave) sont considérés comme des actes usuels. Au contraire, une vaccination non obligatoire, le choix du médecin traitant, la mise en place d'un traitement d'une maladie chronique grave ou une hospitalisation prolongée seraient des actes non usuels nécessitant le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale. [95] Cependant, en cas de litige, la décision se fondera sur la jurisprudence.

[93] « Assistance éducative ».

[94] Ministère des solidarités et de la santé, *L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance*.

[95] Gouttenoire, « La notion d'acte usuel ».

Selon le droit, aucun soin ne saurait être pratiqué sans, au minimum, le consentement d'un des parents. La décision de consentir à un acte médical semble donc incomber uniquement aux titulaires de l'autorité parentale.

Toutefois, l'article 371-1 du Code civil [96], déjà cité, dispose dans son alinéa 3 que l'enfant doit être associé aux décisions le concernant. Ce principe est repris, en matière sanitaire, par l'article L1111-4 du Code de la santé publique [97] qui précise que le consentement du patient mineur doit être recherché systématiquement s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Les textes ne précisent pas l'âge à partir duquel l'autonomie peut être reconnue, la maturité et la capacité de discernement étant très variables d'un enfant à l'autre. La Haute Autorité de Santé (HAS) a proposé, en 2011, un référentiel d'évaluation permettant d'adapter les conditions d'accueil et de recueil du consentement des patients mineurs en établissement de santé selon l'âge, isolant ainsi quatre niveaux de maturité : enfants en bas âge (moins de trois ans), enfants d'âge moyen (de trois à sept ans), grands enfants (de huit à onze ans) et adolescents (de douze à dix-sept ans). Ce référentiel reste cependant un guide et chaque décision restera affaire de circonstances. [98]

Le patient mineur dispose toutefois d'un droit « de veto » concernant certains actes qui ne peuvent être pratiqués sans son accord explicite :

- Prélèvement de moelle osseuse au bénéfice d'un frère ou d'une sœur [99] ;
- Prélèvement sanguin pour autrui [100] ;
- Utilisation de ses tissus, cellules, produits humains et placenta [101] ;
- Participation à une recherche biomédicale [102].

Concernant l'autorisation écrite d'opérer, le Code de la santé publique dispose qu'elle est nécessaire à toute intervention chirurgicale. Il existe alors deux possibilités :

- Les titulaires de l'autorité parentale sont en mesure de signer cette autorisation dans les plus brefs délais : l'autorisation n'est demandée que si une intervention est nécessaire ;
- Les titulaires de l'autorité parentale ne sont pas mesure de signer cette autorisation rapidement : cette autorisation est demandée dès l'admission du mineur.

[96] Article 371-1 du Code civil.
[97] Article L1111-4 du Code de la santé publique.
[98] Haute autorité de santé, « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé ».
[99] Article L1241-3 du Code de la santé publique.
[100] Article L1221-5 du Code de la santé publique.
[101] Article L1245-2 du Code de la santé publique.
[102] Article L1122-2 du Code de la santé publique.

L'autorisation d'opérer porte sur une intervention chirurgicale en particulier et tous les actes qui lui sont liés. Elle nécessite une information préalable spécifique à cette intervention. Il ne peut donc pas exister d'autorisation d'opérer généraliste qui couvrirait toutes les interventions chirurgicales.
En principe, la signature d'un seul des deux responsables légaux suffit en cas d'intervention usuelle, cependant, dans un souci de prudence, la majorité des établissements de santé demandent la signature des deux. [103]

2.3.3 Secret

Comme nous l'avons déjà vu, le secret médical est une obligation légale et déontologique s'imposant à tout professionnel de santé. Dans le cas d'un patient mineur, le droit au secret est en principe exercé par les titulaires de l'autorité parentale. Cela signifie d'une part, que le professionnel de santé doit garder le secret sur tout ce qu'il pourrait voir, entendre ou comprendre au sujet du patient et de ses responsables légaux (hormis les cas de déclarations obligatoires que nous avons déjà évoqués), et que, d'autre part, il devra révéler aux responsables légaux toutes les informations concernant la santé de son patient.
Toutefois, cette obligation ne doit pas exclure le respect de la vie privée du mineur. Ainsi, les professionnels de santé se doivent de taire les confidences qui leur sont faites dès lors qu'elles sont sans lien direct avec la santé du patient mineur.
Il existe par ailleurs des dérogations spécifiques au principe de secret médical et aux obligations de consentement et d'information qui lui sont étroitement liées.

2.3.4 Dérogations au principe d'autorité parentale

Un des objectifs de la loi du 4 mars 2002 était de rééquilibrer la relation patient-praticien en la recentrant sur la volonté du malade et en insistant sur la nécessité de dialogue entre les deux protagonistes dans le but d'instaurer une véritable alliance thérapeutique.
Dans ce cadre, elle a renforcé la participation du mineur à la relation de soin en mettant l'accent sur l'importance de son consentement et a permis, par certaines dispositions, de faire échec au principe de l'autorité parentale dans les situations où l'intérêt supérieur du mineur le requiert.
Ces dérogations sont disposées par les articles L1111-4, L1111-5, L5134-1 du Code de la santé publique et R4127-42 du Code de déontologie médicale. Elles permettent d'une part aux médecins et sages-femmes (et dans une moindre mesure aux infirmiers dans le cadre de la sauvegarde de la santé sexuelle et reproductive d'un mineur de plus de quinze ans) d'agir sans le consentement des titulaires de

[103] Article R1112-35 du Code de la santé publique.

l'autorité parentale, et d'autre part, autorisent le patient mineur opposer le secret médical à ces derniers.

Ce principe dérogatoire s'applique dans six situations :

- La situation d'urgence où les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être contactés : le médecin doit pratiquer les soins nécessaires à la sauvegarde de l'individu mineur [104] ;
- La situation où le refus d'un traitement par les titulaires de l'autorité parentale risque d'entrainer des conséquences graves pour la santé du mineur : le médecin doit délivrer les soins indispensables [105] ;
- La situation où le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas recherché en raison de la volonté du mineur de garder son état de santé secret [106] ;
- Lorsque le patient mineur bénéficie à titre personnel de la Couverture Maladie Universelle (CMU) : le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis et le patient n'a alors pas besoin d'être accompagné par une personne majeure [107] ;
- Lorsqu'une patiente mineure demande une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) sans le consentement ou contre le consentement des titulaires de l'autorité parentale [108] ;
- La prescription, la délivrance ou l'administration de produits contraceptifs à un patient mineur.[109]

En cas de refus d'un traitement nécessaire à la sauvegarde d'un patient mineur par les titulaires de l'autorité parentale, le médecin doit, après avoir prodigué les soins urgents s'il y en a, signaler la situation au procureur de la République, dérogeant de ce fait au secret médical selon les dispositions du Code pénal [110], qui pourra confier l'enfant à un service ou un établissement de santé. Il devra également saisir dans les huit jours, le juge pour enfant qui statuera sur les mesures à prendre concernant une éventuelle délégation de l'autorité parentale.

[104] Article R4127-42 du Code de déontologie médicale.
[105] Article L1111-4 du Code de la santé publique.
[106] Article L1111-5 du Code de la santé publique.
[107] Article L1111-5 du Code de la santé publique.
[108] Article L2212-7 du Code de la santé publique.
[109] Article L5134-1 du Code de la santé publique.
[110] Article 226-14 du Code pénal.

L'article L1111-5 du Code de la santé publique doit sa création à une volonté de faciliter l'accès aux soins aux adolescentes et adolescents atteints de maladies sexuellement transmissibles, notamment du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), en situation de grossesse non désirée ou en cas d'addictions, en minimisant le risque de rupture familiale. Il dispose que :

> « Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. » [111]

Les conditions d'application de ce texte sont donc les suivantes :

- Le traitement doit être nécessaire à la sauvegarde de l'enfant ;
- L'opposition de l'enfant à la consultation doit être expresse ;
- Tout doit être mis en œuvre pour convaincre le mineur de consulter ses parents.

Si le mineur persiste dans son opposition, il doit se faire accompagner par le majeur de son choix. La loi ne précise cependant pas si l'information doit être dispensée à ce dernier protagoniste ou si son consentement doit être recherché. [112]

Le médecin n'est cependant pas tenu d'accepter cette demande. [113] S'il accepte, le secret sur l'acte médical en lui-même est étendu aux informations concernant cet acte consignées dans le dossier médical. Autrement dit, le mineur peut également s'opposer à ce que les titulaires de l'autorité parentale puissent consulter la section de son dossier médical en rapport avec cet acte en particulier (alors que le mineur est lui-même dépourvu de droit d'accès à son dossier médical). [114]

Le mineur peut également faire en sorte que la consultation de l'intégralité de son dossier médical par les titulaires de l'autorité parentale ait lieu en présence d'un médecin choisi par ces derniers mais qui devra agir dans l'intérêt du patient (c'est à dire du mineur). [115]

Le médecin est alors tenu de respecter ce secret et ne peut être poursuivi pour cela. La loi va même un peu plus loin puisque, le médecin tenu au secret ne peut ni prévenir les parents ni aucune instance

---

[111] Article L1111-5 du Code de la santé publique.
[112] Bergoignan-Esper, « Le consentement médical en droit français ».
[113] Direction des affaires juridiques et des droits des patient de l'assistance publique-hôpitaux de Paris, Circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensées dans les établissements de santé.
[114] Article L1111-5 du Code de la santé publique.
[115] Article L1111-7 du Code de la santé publique.

s'il juge que le secret fait courir un risque à son patient, seul le cas de sévices, privations ou violences sexuelles constatées sur un mineur de moins de 15 ans le déliant de son secret. [116]
Dans ces situations, en plus de mettre en place un dialogue avec son patient, le médecin pourra le mettre en relation avec les services sociaux. Il pourra également se tourner vers le médecin de la cellule de signalement du conseil général pour signaler les difficultés du jeune patient.

Cependant, si le secret couvre l'acte et les informations s'y rapportant, il n'en est pas de même pour l'assurance maladie qui ne peut garantir l'anonymat d'un ayant-droit mineur rattaché à la couverture sociale de ses parents. Ces derniers ne connaitront pas la pathologie mais pourront constater les actes sur les relevés d'assurance maladie.
Ce problème est en partie résolu lorsque le mineur peut être affilié à l'assurance maladie en son nom propre, c'est-à-dire à partir de 16 ans s'il le demande. Dans les autres cas, les établissements de santé (qui sont les plus confrontés à cette situations) contournent généralement le problème de deux manières :

- En ne facturant pas les actes ;
- En considérant le patient en rupture familiale selon les dispositions de l'alinéa 2 de l'article L1111-5 du Code de la santé publique (ce qui revient à un faux en écriture). [117]

Il apparaît donc nécessaire de revenir et légiférer sur les modalités de remboursement afin que le principe du secret médical des patients mineurs, énoncé théoriquement par la loi du 4 mars 2002, puisse s'appliquer en pratique.
A noter que si un acte médical mis en œuvre sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale entraine un dommage sur la personne de l'enfant, la responsabilité civile professionnelle du praticien ayant pris la décision (ou la responsabilité administrative de l'établissement) pourra être mise en cause. A charge des demandeurs de prouver l'existence d'une faute, et à charge du médecin de prouver qu'il a bien agi selon les dispositions du Code de la Santé Publique précédemment citées.

[116] Décision du Conseil d'État, 10ème / 9ème SSR, 17/11/2006, Inédit au recueil Lebon.
[117] Yakouben, « Le patient mineur et les consentements à recueillir ».

3 : Droit du patient mineur : applications en odontologie

Les obligations des chirurgiens-dentistes en matière d'information, de consentement et de secret sont les mêmes que celles des médecins elles sont disposées par le Code de la santé publique (article L1111-2 pour l'information, L1111-4 pour le consentement et L1110-4 pour le secret). Les articles R4127-236 et R4127-206 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes précisent, de plus, les obligations spécifiques aux odontologistes en termes de consentement et de secret.

Dans le cas du patient mineur, l'obligation d'information ne fait pas débat : elle doit être délivrée par le chirurgien-dentiste dans sa totalité aux titulaires de l'autorité parentale et dans une version adaptée à son degré de compréhension au patient.

Les obligations de consentement et de secret soulèvent, en revanche, plus de questions, surtout en matière de dérogations à ces obligations : un chirurgien-dentiste peut-il, sous certaines conditions comme c'est le cas pour les médecins, passer outre un refus de soins ? Peut-il soigner un patient un patient mineur qui s'opposerait à la consultation de ses responsables légaux sans leur consentement comme le dispose l'article L1111-5 du Code de la santé publique pour les médecins ?

3.1 Valeur du consentement du patient mineur en odontologie

Examinons l'article R4127-236 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes :

> « Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, dans les conditions définies aux articles L. 1111-2 et suivants.
>
> Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le chirurgien-dentiste doit respecter ce refus après l'avoir informé de ses conséquences.
>
> Lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires. » [118]

Il apparaît donc, qu'en cas d'urgence, le chirurgien-dentiste peut se passer du consentement des responsables légaux. Reste néanmoins à définir quelles sont ces situations d'urgence et si le chirurgien-dentiste peut soigner à l'encontre d'un refus de soins si la situation l'exige.

[118] Article R4127-236 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

3.1.1 Situations d'urgence

Il convient tout d'abord de faire la distinction entre les urgences dites « médicales » où la vie du patient peut être menacée de façon immédiate, et les urgences dites « dentaires » où la vie du patient est très rarement danger mais où les conséquences à long terme peuvent être graves.

Urgences médicales

Les urgences médicales sont relativement rares au cabinet dentaire, surtout lorsqu'elles concernent des patients mineurs, mais elles ne doivent pas être négligées, leur prise en charge relevant d'une obligation légale [119] et déontologique [120]. Les situations pouvant répondre à cette dénomination sont les suivantes :

- Arrêts cardiorespiratoires ;
- Urgences allergiques (choc anaphylactique et œdème de Quincke) ;
- Urgences respiratoires (inhalation de corps étranger, œdème aigu pulmonaire, crise d'asthme…)
- Crises convulsives (épilepsie) ;
- Accident vasculaire cérébral ;
- Douleurs thoraciques non traumatiques ;
- Urgences hémorragiques ;
- Malaises (hypoglycémique, vagal, hypotension orthostatique, hyperventilation).

Ici, la question du consentement préalable des titulaires de l'autorité parentale ne se pose pas : il faut agir immédiatement. Cependant, tout doit être mis en œuvre pour les informer le plus rapidement possible.

Notons par ailleurs que l'Ordre national des chirurgiens-dentistes rend obligatoire la possession d'une trousse d'urgence pour tout cabinet dentaire. Son contenu n'est pas encadré par la loi mais devrait idéalement contenir :

- une bouteille d'oxygène médial (avec les masques adéquats) ;
- un tonicardiaque (adrénaline sous forme de solution injectable en intra-musculaire) ;
- un hyperglycémiant (glucagon) ;
- un dilatateur bronchique (salbutamol, terbutaline) ;
- un vasodilatateur (trinitrine) ;
- un anticonvulsivant (souvent diazépam) ;

[119] Article 223-6 du Code pénal.
[120] Article R4127-205 de Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

- un tensiomètre ;
- une trousse de premiers secours avec entre autres, le matériel nécessaire des pansements compressifs et une couverture de survie. [121]

Il faut cependant garder à l'esprit qu'en plus de cette obligation de pratiquer les gestes de premiers secours, le chirurgien-dentiste est également tenu à l'obligation de se limiter à son champ de compétences et ne doit pas tenter d'actes qu'il ne maîtrise pas, d'où la nécessité de se former régulièrement aux techniques de prise en charge des urgences médicales. [122]

Urgences dentaires

Les urgences dentaires sont celles que nous prenons quotidiennement en charge dans nos cabinets ou dans les services d'odontologie. Ces pathologies sont majoritairement infectieuses ou traumatiques et ne mettent quasiment jamais en jeu le pronostic vital du patient. Elles nécessitent en revanche une prise en charge rapide en raison de la douleur qu'elles engendrent, du risque de diffusion de l'infection, des éventuelle conséquences esthétiques handicapantes et de la perte de chance qu'elles peuvent entrainer en l'absence de traitement. Néanmoins, cette prise en charge peut souvent être différée de quelques heures voire de quelques jours. Cette relativité de l'urgence justifie-t 'elle donc pour autant de ne pas dispenser les soins à un enfant en l'absence de consentement des responsables légaux ?

Précisions tout d'abord qu'un patient mineur se présente rarement seul en consultation d'urgence et s'il le fait, les responsables légaux peuvent généralement être contactés rapidement. Ensuite, dans la grande majorité des cas, les titulaires de l'autorité parentale ne reprocheront pas à un professionnel de santé d'avoir pratiqué des soins sur leur enfant sans leur consentement préalable lorsque la situation est urgente. Nous étudions donc ici les situations hypothétiques peu retrouvées en pratique où un enfant se présenterait seul au cabinet et où ses responsables légaux seraient injoignables.

Gardons à l'esprit que le droit ne peut pas encadrer précisément toutes les situations et que les législateurs n'ont, en général, qu'une connaissance limitée du domaine médical. Ils laissent donc à l'appréciation du chirurgien-dentiste ce qui relève ou non de l'urgence et la décision d'agir ou pas.
Ainsi, pour certains cas, la décision de pratiquer les soins semble assez raisonnable. Le repositionnement d'une dent définitive ayant été expulsée ou la suture d'une plaie sont, par exemple, des actes qu'il serait contestable de différer au regard de la perte de chance encourue par le patient en l'absence de traitement. De même, il apparaît éthiquement très discutable de ne pas délivrer un

[121] Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Trousse d'urgence ».
[122] Article R4127-205 de Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

antalgique à un enfant qui souffre au prétexte que le consentement d'un de ses parents n'a pas pu être obtenu.

Pour les situations moins évidentes, il revient à chacun de décider « en son âme et conscience » de ce qu'il convient de faire. Si ni le droit ni l'éthique ne sont enfreints, il est très peu probable qu'un juge décide de remettre en cause la responsabilité d'un chirurgien-dentiste, tout l'enjeu étant de pouvoir prouver que, d'une part, les soins ne pouvaient pas être différés sans risque de complication ultérieure grave, et d'autre part, que tout a été mis en œuvre pour contacter les responsables légaux. Cette preuve pourra être apportée par le dossier médical qui devra faire mention, en plus d'une anamnèse (reprenant les circonstances de la consultation) et d'un examen médical exhaustif comportant les radiographies et, si possible, des photographies, de toutes les tentatives de joindre ces derniers (date, heure et moyen employé).

Par ailleurs, que des soins soient pratiqués ou non, un mineur qui consulte seul et chez qui il est constaté une symptomatologie relevant de l'urgence devrait être gardé au cabinet dentaire sous surveillance jusqu'à l'arrivée de ses responsables légaux. En dernier recours, si aucune réponse n'est obtenue après plusieurs heures, il est recommandé de contacter le commissariat ou la gendarmerie de la zone afin de signaler la situation.

3.1.2 Refus de soins émanant des titulaires de l'autorité parentale

Une deuxième situation délicate est rencontrée lorsque les responsables légaux s'opposent à des soins jugés nécessaires par le praticien. Théoriquement, cette opposition devrait anéantir la possibilité de soigner l'enfant, mais ce n'est pas si simple.

En premier lieu, rappelons que le cas d'urgence permet au médecin d'agir, c'est-à-dire de pratiquer les soins indispensables malgré un refus des titulaires de l'autorité parentale. [123] Les mesures de protection judiciaire sont ici inutiles et la responsabilité du médecin ne pourra pas être recherchée s'il peut prouver l'urgence de la situation et la nécessité des soins.

Le problème intervient lorsque le médecin préconise une intervention qu'il juge nécessaire à la préservation de la santé du mineur sans qu'elle soit pour autant immédiatement urgente et qu'il se heurte à une opposition de l'autorité parentale.

Dans ce cas, l'article R1112-35 du Code de la santé publique prévoit la possibilité pour le médecin responsable du service dans lequel l'enfant est hospitalisé (ce n'est donc pas forcément le praticien qui a examiné le patient qui prend cette décision, elle doit émaner du chef de service et implique donc une décision collégiale) de saisir le procureur de la République. [124]

[123] Article L1111-4 du Code de la santé publique.
[124] Article R1112-35 du Code de la santé publique.

Celui-ci n'a pas pour autant le pouvoir de suspendre lui-même l'exercice de l'autorité parentale ou d'autoriser l'intervention et il ne peut pas non plus ordonner de placement judiciaire d'urgence puisqu'il est réservé aux cas d'urgence. Il ne peut, s'il l'estime nécessaire, que saisir le juge des enfants qui mettra en place les mesures d'assistance éducatives requises.

Cependant, la signature d'une autorisation d'opérer n'est pas une mesure éducative, c'est un des attributs de l'autorité parentale, le juge ne peut donc autoriser lui-même l'intervention et devra prendre une mesure de placement auprès de l'ASE ou de l'hôpital et déléguer l'exercice de l'autorité parentale à un tiers.

La jurisprudence montre que cette procédure, qui nécessite, au passage, que l'enfant soit hospitalisé, n'a été utilisée que dans des cas très graves et tend à considérer qu'elle ne peut être mise en place sans preuve d'une carence parentale.

Cette carence parentale est établie, en matière sanitaire, lorsque les parents refusent une pratique courante et irremplaçable alors que l'enfant est en danger (transfusion sanguine, par exemple) ou lorsque le traitement alternatif proposé par les parents n'est pas conforme aux données de la science (soin par imposition des mains, par exemple).

Dans les autres cas, dès lors que les décisions des représentant légaux n'apparaissent pas déraisonnables, les juges auront tendance à respecter leurs choix.

C'est ce que la Cour d'Appel de Nancy a préconisé le 3 décembre 1982 pour le cas d'une jeune fille de 14 ans, traitée pour une maladie mettant ses jours en danger. Le traitement étant très éprouvant, cette dernière ainsi que ses parents avaient décidé de s'adresser à un autre médecin qui proposait une autre méthode. Le juge des enfants avait alors été saisi et avait trouvé le traitement alternatif inefficace et ordonnait une mesure d'assistance éducative dans le but de faire poursuivre le premier traitement. Lors du pourvoi en appel, la Cours d'Appel de Nancy infirmait cette décision en rappelant que « la saisine du juge des enfants revient en l'absence de défaillance du milieu familial, à laisser ce magistrat le choix d'une thérapeutique, qui, de toute évidence, doit être laissée à la famille ». [125]

En résumé, il faut, pour passer outre un refus de soins des responsables légaux, soit que l'enfant se trouve dans une situation d'urgence, soit qu'une carence parentale soit objectivée.

Dans le cadre de la pratique odontologique, aucun texte ne dispose la possibilité pour le chirurgien-dentiste d'agir malgré un refus de soin des titulaires de l'autorité parentale : l'article L1111-4 qui rend possible des soins urgents nécessaires à la sauvegarde de l'enfant malgré une opposition des responsables légaux ne mentionne que le médecin. Le chirurgien-dentiste ne peut donc, a priori, en aucun cas dispenser des soins à un patient mineur si les titulaires de l'autorité parentale s'y opposent,

[125] Aubry, « Difficultés dans les relations de soin avec un mineur : les réponses du procureur de la République ».

même en cas d'urgence. De plus, à moins d'être le chef du service dans lequel l'enfant est hospitalisé, il ne peut pas non plus saisir le procureur de la République puisque cette démarche nécessite une hospitalisation du patient.

Si le refus de soin fait craindre au chirurgien-dentiste que l'enfant puisse être victime de violences de la part de ses responsables légaux, il peut (et il doit) faire un signalement aux autorités compétentes selon une procédure que nous détaillerons un peu plus bas, mais cela ne l'autorise pas pour autant à pratiquer les soins.

D'autre part, s'il existe plusieurs titulaires de l'autorité parentale et qu'ils sont en désaccord sur le choix du traitement, ils devront saisir le juge aux affaires familiales pour trancher. Le droit donne la possibilité au médecin de pratiquer les soins urgents sans attendre l'avis de ce dernier, mais ne précise rien concernant le chirurgien-dentiste, laissant à penser qu'il devra trouver un moyen de sursoir aux soins tout en limitant le risque de complications jusqu'à ce que le juge ait rendu son jugement. [126]

3.1.3 Consentement et secret médical du mineur

Une situation un peu plus fréquente en odontologie est le cas où le patient mineur s'oppose aux soins alors que ses responsables légaux y ont consenti.

Rappelons d'abord les dispositions de l'alinéa 6 de l'article L1111-4 du Code de la santé publique : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. » [127]

En premier lieu, notons que le droit ne rend pas impératif l'obtention du consentement du mineur mais seulement sa recherche.

Ensuite, les termes « apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » sont un peu plus obscures : si on imagine mal qu'un enfant de moins de 3 ans puisse réellement participer à la décision médicale, qu'en est-il pour un enfant de 9 ans ?

Cette appréciation semble laissée au praticien et aux responsables légaux. Toujours est-il que si le droit est pris *stricto sensu* et hormis les cas où le mineur dispose d'un droit de veto (que nous avons évoqués en partie II mais qui ne sont de toutes façons pas retrouvés en odontologie), il apparaît que le praticien peut se passer du consentement du mineur, voire passer outre un refus de soins tant qu'il a obtenu l'accord de ses responsables légaux. A sa charge de prouver que les soins étaient nécessaires, qu'il a bien recherché le consentement de son patient et qu'il a tout mis en œuvre pour le faire adhérer au traitement. Le reste est affaire de circonstances que le chirurgien-dentiste devra, là encore, « apprécier en son âme et conscience » : un enfant de 4 ans s'opposant à des soins ne mesure, *a priori*

[126] Aubry, « Difficultés dans les relations de soin avec un mineur : les réponses du procureur de la République ».
[127] Article L1111-4 du Code de la santé publique.

pas, les conséquences d'un tel refus ; en revanche, un adolescent est, dans la majorité des cas, capable de les comprendre et on imagine mal le contraindre à un quelconque traitement. Il est également légitime de se poser la question de l'efficacité d'un traitement si celle-ci repose tout ou en partie sur la compliance d'un patient opposant.

La valeur du consentement du patient mineur apparaît donc étroitement liée à sa maturité et sa capacité de discernement, et non pas forcément à son âge.

Dans tous les cas, le dossier médical devra impérativement faire mention de toutes les tentatives de convaincre le patient d'adhérer au traitement précisant, le cas échéant, le délai de réflexion qui lui a été laissé.

Le procureur de la République ou le juge des enfants n'ont pas vocation à agir dans de telles situations, une persistance dans l'opposition aux soins d'un mineur doué de suffisamment de discernement pour comprendre la portée de son refus devra donc amener le praticien comme les responsables légaux à s'interroger sur les raisons d'un tel refus et sur la possibilité d'un traitement alternatif mieux accepté par le patient. Envisager des soins sous la contrainte paraissant éthiquement très discutable. [128]

Concernant le secret médical du mineur, nous avons vu en partie II qu'il pouvait être opposé aux titulaires de l'autorité parentale sous certaines conditions. [129]

Le Code de la santé publique ne précisant l'existence de cette possibilité que pour les médecins et pour les sages-femmes, il faut en déduire qu'elle n'est pas prévue pour les chirurgiens-dentistes qui ne peuvent donc, *a priori*, pas opposer le secret médical aux responsables légaux d'un patient mineur même si celui-ci le demande.

Les chirurgiens-dentistes seront néanmoins tenus, au même titre que les médecins, de taire les confidences faites par leur patient mineur si elles sont sans rapport avec son état de santé.

Le mineur conserve, en revanche, le droit de demander que la consultation de son dossier odontologique par les titulaires de l'autorité parentale ne se fasse qu'en présence d'un médecin. [130]

[128] Aubry, « Difficultés dans les relations de soin avec un mineur : les réponses du procureur de la République ».
[129] Article L1111-5 du Code de la santé publique.
[130] Article L1111-7 du Code de la santé publique.

3.2 Autres situations délicates

3.2.1 Le mineur se présente seul en consultation

Lorsqu'un mineur se présente seul en consultation, il existe deux cas de figure (hormis les situations d'urgence que nous avons évoquées précédemment) : soit il s'agit d'une première consultation, soit cette consultation entre dans le cadre d'un plan de traitement préalablement mis en place avec les responsables légaux.

Dans le premier cas, aucun contrat de soin n'a été mis en place au préalable avec les responsables légaux et le consentement du mineur ne suffit pas. Aucun soin ne peut être envisagé et même un examen clinique pourrait être discutable car encore une fois, il nécessiterait, en principe, un consentement de l'autorité parentale. Cependant, il est peu probable que la responsabilité d'un praticien soit recherchée pour un simple examen, à moins que des honoraires anormalement élevés aient été pratiqués. Il apparait donc ici plus raisonnable de reporter la consultation en insistant auprès du mineur sur la nécessité de venir accompagné. De même, si une ordonnance devait être remise, il est recommandé de l'envoyer au domicile parental et de ne pas la remettre en mains propres au mineur.

Dans la deuxième situation il paraît difficile de refuser de recevoir le mineur : s'il a déjà été convenu d'un plan de traitement, les responsables légaux ont reçu l'information et en principe donné leur consentement, il n'y a donc pas de contre-indication légale à l'accueillir et à lui dispenser les soins prévus. Refuser de le recevoir n'aurait, dans ce cas, pour effet que de retarder sa prise en charge et de lui faire courir le risque de complications.

Il n'existe pas d'obligation formelle imposant aux responsables légaux d'accompagner le mineur pour ses soins, mais, si le bon sens rend leur présence indispensable pour les jeunes enfants, elle peut également être recommandée par le chirurgien-dentiste en raison de la maturité ou de l'état de santé de l'enfant ou parce que les soins s'annoncent particulièrement éprouvant. Il est donc vivement conseillé de fixer au préalable les conditions dans lesquelles le mineur sera reçu au cours de séances de soin ultérieures et de le mentionner dans le dossier médical.

3.2.2 Trajets et surveillance en salle d'attente

La question de la présence des responsables légaux pendant les soins pose également celle de la surveillance de l'enfant lors des trajets et en salle d'attente.

Rappelons d'abord que l'article 371-1 du Code civil [131] dispose l'obligation de protection des titulaires de l'autorité parentale à l'égard du mineur. L'article 371-3 [132] prévoit quant à lui l'impossibilité pour l'enfant de quitter son domicile sans autorisation de ces derniers. Le fait qu'un mineur se déplace seul relève donc de la seule décision de ses responsables légaux qui en portent l'entière responsabilité. Si ce déplacement survient en dépit d'une interdiction de ces derniers, ils demeurent responsables en raison du devoir de surveillance qui leur incombe.

La responsabilité du praticien ne pourra donc pas être recherchée en cas d'accident sur le trajet vers ou en provenance du cabinet dentaire, même si les parents allèguent qu'ils n'avaient pas autorisé leur enfant à effectuer ce trajet seul. La seule situation où le praticien pourrait être mis en cause en cas d'accident sur un trajet serait pour un défaut d'information sur les risques d'altération de la vigilance de l'enfant engendrés par un soin. Mais, à partir du moment où le praticien les a informés que pour une quelconque raison il était préférable que l'enfant soit accompagné et qu'il peut en apporter la preuve, si le mineur effectue les trajets seul, les responsables légaux seront pleinement responsables en cas de dommage.

Concernant la surveillance en salle d'attente, la HAS a publié en décembre 2011 un référentiel portant sur l'organisation de l'accueil des patients mineurs en établissements de santé. [133] Il s'agit de simples recommandations qui n'ont pas valeur de loi, cependant, l'établissement devra pouvoir justifier de leur non-respect en cas d'accident.

Il n'existe pas de référentiel similaire pour les cabinets libéraux ni d'obligation à instaurer une surveillance particulière en salle d'attente. En revanche, il est recommandé au praticien d'informer les responsables légaux, lors du premier entretien, qu'aucune surveillance directe n'est organisée en salle d'attente et de le faire figurer dans le dossier. Cette information devrait être complétée d'affichettes disposées à l'entrée du cabinet et/ou de la salle d'attente.

En cas d'accident survenant dans l'enceinte du cabinet, la responsabilité du praticien pourra être mise en cause si les titulaires de l'autorité parentale peuvent prouver qu'il existe une faute et un lien de causalité entre cette faute et le préjudice subi par le mineur. A noter qu'il ne s'agit pas ici de la responsabilité médicale du praticien, puisque le préjudice n'est pas consécutif à des soins, mais de sa responsabilité civile délictuelle de droit commun prévue par l'article 1240 du Code civil [134] et suivants. La faute peut résider, par exemple, en un défaut de sécurisation de la salle d'attente : mobilier abîmé, jouets ne respectant pas les normes européennes, éclairage insuffisant, etc.

---

[131] Article 371-1 du Code civil.
[132] Article 371-3 du Code civil.
[133] Haute autorité de santé, « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé ».
[134] Article 1240 du Code civil.

Par ailleurs, le Code civil [135] dispose également que les titulaires de l'autorité parentale sont responsables des dommages que pourrait causer le mineur dont ils ont la charge.

En résumé, le praticien n'a pas d'obligation légale à prévoir une surveillance spécifique en salle d'attente mais reste néanmoins responsable de l'état et de l'organisation de ses locaux.
Afin d'éviter toute situation désagréable, il semble prudent que les patients mineurs soient accompagnés, pour les trajets et en salle d'attente, par un des titulaires de l'autorité parentale ou par un autre majeur. Ces conditions d'accueil devraient être fixées lors du premier entretien et consignées dans le dossier médical.

3.2.3 Maltraitance

D'après l'OMS :

> « La maltraitance à l'encontre d'un enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » [136]

Les cas de maltraitance chez l'enfant ne sont et ne seront malheureusement jamais assez rares. Desarnauts cite à ce sujet l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée qui recensait, en 2006, 98 000 enfants en danger dont 19 000 enfants maltraités. La face étant touchée dans 50 à 75 % des cas de maltraitance, les chirurgiens-dentistes sont en première ligne concernant leur dépistage et leur signalement. [137] Rappelons d'ailleurs que ce signalement est une obligation pénale [138] et déontologique. [139] Il s'agit d'une démarche difficile car prendre la décision d'effectuer un signalement signifie d'une part, prendre le risque de se tromper et d'autre part, prendre le risque d'aggraver la situation de l'enfant. Ne disposant pas des compétences nécessaires pour résoudre la situation lui-même, ce signalement reste néanmoins le seul moyen dont dispose le chirurgien-dentiste pour protéger l'enfant.

[135] Article 1242 du Code civil.
[136] Organisation mondiale de la santé, « Maltraitance des enfants ».
[137] Desarnauts, « Maltraitance infantile : signes cliniques devant alerter l'odontologiste ».
[138] Article 226-14 du Code pénal.
[139] Article R4127-235 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

Il existe principalement deux cas de figure :

- Le danger est immédiat : le chirurgien-dentiste doit faire le signalement auprès du procureur de la République (par téléphone avec courrier à suivre) qui pourra décider, le cas échéant, d'une procédure de placement provisoire et qui transmettra le dossier au juge des enfants (pour organiser la protection du mineur) et au juge d'instruction (pour poursuivre les auteurs des maltraitances) ;
- Le danger n'est pas immédiat : le chirurgien-dentiste doit rédiger un courrier (nommé information préoccupante) à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) qui est sous la responsabilité du conseil départemental. La CRIP décidera ensuite, soit de transmettre le dossier au procureur, soit de mettre en place une mesure de protection administrative en commun accord avec la famille.

La rédaction du signalement ou de l'information préoccupante doit être réalisée avec objectivité, prudence et circonspection. Elle doit comprendre tous les éléments, y compris ceux d'ordre médical qui seront exposés dans un certificat médical descriptif (avec si possible des photographies et des radiographies), qui font craindre au chirurgien-dentiste un danger pour l'enfant. Les faits doivent être rapportés au conditionnel et les dires de l'enfant être placés entre guillemets. Aucune personne spécifique ne doit y être accusée d'avoir commis les violences décrites. S'il s'agit d'un signalement, la mention relative à la gravité de la situation justifiant d'une transmission directe au Parquet doit figurer. La HAS a, à ce sujet, proposé une fiche mémo à l'intention des professionnels de santé pour repérer et signaler ces violences. Elle est accompagnée d'un exemple de document de signalement. [140]

A noter que l'information préoccupante est uniquement destinée à la CRIP et ne doit en aucun cas être transmise à un tiers (directeur d'établissement scolaire, rectorat…). Dans le cas d'un signalement, un double du courrier envoyé au procureur peut être adressé à la CRIP. Il est également utile d'avoir recours au courrier recommandé avec accusé de réception pour plus de sûreté.
Les doubles des courriers et du certificat médical descriptif doivent être consignés dans le dossier médical. [141]
Si ces informations sont transmises de bonne foi, la responsabilité du praticien ne pourra pas être recherchée : il s'agit d'un cas ou la rupture du secret médical est prévue par la loi. [142]

[140] Haute autorité de santé, « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ».
[141] Desarnauts, « Maltraitance infantile : signes cliniques devant alerter l'odontologiste ».
[142] Article 226-14 du Code pénal.

3.3 Litige

Comme avec n'importe quel patient, la pratique de soins dentaires chez un mineur peut donner lieu à litige. L'enfant étant juridiquement incapable, le recours sera mené par les titulaires de l'autorité parentale qui, en fonction du motif allégué, pourront rechercher les différentes responsabilités du praticien.

3.3.1 Responsabilité civile médicale

Rappelons d'abord que la responsabilité médicale n'est engagée que si le préjudice allégué par le patient découle d'une faute du praticien et qu'il incombe au patient d'apporter la preuve du préjudice, de la faute et de leur lien de causalité. [143]

Lorsqu'un patient mineur s'estime victime d'un préjudice, ses responsables légaux sont en droit de rechercher la responsabilité médicale du praticien ayant occasionné ce préjudice. Pour cela, il peut :

- Faire une réclamation directe au praticien. Ce dernier déclarera alors le sinistre à son assureur responsabilité civile professionnelle ;
- Déclarer le sinistre à son assureur s'il a souscrit un contrat « protection juridique ou défense pénale et recours suite à accident » (ces contrats sont généralement inclus dans le contrat d'assurance habitation). Ce dernier se mettra ensuite en relation avec l'assureur responsabilité civile professionnelle du praticien.

La victime étant mineure, il est extrêmement peu probable que les assureurs décident d'une conciliation amiable, cela implique donc une saisine du juge des référés par l'une des deux parties (dans la grande majorité des cas les responsables légaux de l'enfant) qui examine le dossier et ordonnera, le cas échéant, une expertise médicale. Une fois les conclusions de l'expert rendues, les deux parties peuvent débattre amiablement de l'indemnisation ou saisir les juges de fond pour statuer sur la faute, le préjudice et leur lien de causalité, et décider du montant de l'indemnisation. A l'issue de cette décision, chacune des deux parties est libre de faire appel.

La mise en cause de la responsabilité médicale du praticien ne peut aboutir qu'à l'indemnisation de préjudices et n'entrainera pas de sanction ordinale ou d'amende. Dans les cas les plus graves, le juge pourra néanmoins décider de saisir les juridictions pénales et le conseil de l'Ordre.

[143] Article L1142-1 du Code de la santé publique.

3.3.2 Responsabilité pénale

Comme tout justiciable, le chirurgien-dentiste peut être mis en cause devant une juridiction pénale s'il commet une infraction. Un patient s'estimant victime d'une telle infraction (on parle alors de « partie civile ») sera donc en droit de porter plainte au commissariat (ou à la gendarmerie) du lieu de l'infraction ou en s'adressant au procureur de la République.

La dépose d'une plainte peut être effectuée par le seul mineur. Cependant, si cette plainte donne lieu à des poursuites, le mineur devra se constituer partie civile par le biais d'une personne majeure (en général un de ses responsables légaux, mais cela peut aussi être un administrateur ad hoc désigné par la justice).

Les responsables légaux du mineur peuvent également porter plainte au nom de ce dernier sans avoir besoin de son consentement. [144]

Une fois la plainte déposée, le praticien recevra une convocation pour une audition ou un interrogatoire (cela varie en fonction de l'infraction et du statut sous lequel le praticien sera entendu mais que nous ne détaillerons pas ici). Il sera entendu soit par un agent de police, soit directement par la juge d'instruction qui pourra décider, soit d'un non-lieu, soit d'une mise en examen.

À la suite de cette mise en examen, le juge ordonnera une expertise médicale qui lui permettra de décider :

- d'une ordonnance de non-lieu ;
- d'une ordonnance renvoi devant le tribunal correctionnel (ici, le mineur est la victime et c'est un majeur qui est jugé, le tribunal pour enfants n'est donc pas compétent) qui prononcera un jugement de relaxe si le praticien n'est pas déclaré coupable ou un jugement de condamnation.

Chacune des deux parties peut bien sûr faire appel de la décision de non-lieu ou du jugement.

Bien qu'il n'existe pas d'assurance permettant de se prémunir d'une condamnation pénale, le chirurgien-dentiste peut bénéficier, dans le cadre de son assurance responsabilité civile professionnelle, d'une garantie protection juridique qui pourra, selon le contrat, couvrir les honoraires de son avocat mais également l'assister dans ses démarches.

[144] Direction de l'information légale et administrative, « Un mineur peut-il porter plainte seul ? »

3.3.3 Responsabilité disciplinaire

Lorsqu'il estime qu'un praticien a commis un manquement aux règles déontologiques régissant sa profession, un patient peut rechercher la responsabilité disciplinaire de ce dernier afin qu'il soit sanctionné par ses pairs. Comme pour la responsabilité médicale, le patient devra apporter la preuve de ce manquement. Il devra dans ce cas saisir le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui organisera une conciliation amiable. Si cette conciliation échoue, le dossier sera transmis à la chambre disciplinaire du conseil régional (le conseil départemental peut d'ailleurs s'associer à la plainte du patient s'il estime qu'il y a manifestement violation du Code de déontologie) qui statuera après avoir entendu le praticien. La chambre décidera ensuite de sanctionner ou non. Le praticien peut faire appel de cette décision.

Les sanctions vont du simple avertissement à la radiation du tableau de l'Ordre mais ne peuvent jamais être des amendes ou ouvrir à la réparation d'un préjudice. Là encore, il n'existe aucun contrat d'assurance permettant de se prémunir d'une sanction ordinale.

Dans le cas où la victime est mineure, les démarches devront être effectuées par ses responsables légaux.

Comme nous l'avons déjà évoqué en première partie de ce travail, les responsabilités médicale, pénale et disciplinaire peuvent être recherchées de manière cumulative par la victime, bien que les mises en cause devant les juridictions pénales soient beaucoup moins fréquentes que celles des juridictions civiles et disciplinaires.

3.3.4 Le dossier médical

Une mise en cause par un patient est toujours lourde de conséquences pour le praticien, si ce n'est en termes de sanction, au moins en termes de tension émotionnelle. Si le meilleur moyen de s'en prémunir reste d'éviter le litige en privilégiant le dialogue et la conciliation, ce n'est pas toujours possible. Le dossier médical, s'il a avant tout pour objectif la traçabilité et la continuité des soins, s'avère alors être un élément de preuve indispensable à la défense du professionnel.

La constitution d'un dossier médical est une obligation légale pour tout patient hospitalisé ou consultant dans un établissement de santé public ou privé. Cette obligation est disposée à l'article R1112-1 du Code de la santé publique [145] qui précise également le contenu et la hiérarchisation d'un tel dossier. Il doit être conservé 20 ans après le dernier passage du patient dans l'établissement et est sous la responsabilité du directeur qui n'y a cependant pas accès.

[145] Article R1112-2 du Code de la santé publique.

En cabinet privé, l'obligation est sous-entendue par l'article L1111-7 du Code de la santé publique [146] qui prévoit, pour tout patient majeur, un accès direct à son dossier médical. Cette obligation est reprise à l'article R4127-45 du Code de déontologie médicale [147] qui dispose que le médecin doit tenir une fiche d'observations personnelle pour chaque patient.
Ce dossier est conservé sous la responsabilité du praticien qui l'a constitué. Aucune durée légale n'est précisée par les textes, mais, la responsabilité du praticien pouvant être recherchée pendant 10 ans à compter de la consolidation d'un dommage (qui peut intervenir très tardivement), l'Ordre des chirurgiens-dentistes préconise une durée de conservation de 20 ans.

Le contenu du dossier n'est pas non plus précisé par la loi, cependant, il est recommandé qu'il contienne [148] :

- Les informations administratives relatives au patient : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, numéro de sécurité sociale ;
- Les données médicales du patient : date et motif de la première consultation, questionnaire médical écrit et régulièrement actualisé et bilan clinique initial ;
- Le diagnostic et le plan de traitement ;
- Les données techniques : comptes-rendus des consultations et des actes effectués (avec les codifications CCAM), comptes-rendus opératoires ;
- La correspondance avec le patient et tout autre intervenant ;
- Les devis proposés au patient et ceux qu'il a signés ;
- Les radiographies (notamment les radiographies préopératoires pour les avulsions et les clichés pré, per et post-opératoires pour les traitement endodontiques) ;
- Les fiches de traçabilité des dispositifs médicaux.

Rappelons que le formulaire de consentement éclairé écrit, signé par le patient n'est une obligation légale que pour certains actes (qui ne sont pas pratiqués par les odontologistes). Le consentement du patient, au même titre que l'information médicale, est avant tout oral. Un support écrit ne servira que d'élément de preuve et une simple mention dans le dossier médical suffit pour la grande majorité des actes (il est recommandé de faire signer un formulaire spécifique pour les actes dits à risque comme la pose d'implants). De plus, un document signé par le patient ne peut avoir vocation à lui faire renoncer à un droit futur.

[146] Article L1111-7 du Code de la santé publique.
[147] Article R4127-45 du Code de déontologie médicale.
[148] Bonan, « Le dossier du patient en odontologie ».

Ainsi, un formulaire où le patient consentirait à tous les soins que pourrait lui proposer le praticien sans précision sur lesdits soins ne serait pas valable devant un juge : le patient doit donner son consentement pour chaque soin après avoir reçu l'information correspondante. S'il consent à un soin, il garde le droit de refuser les suivants.

Le dossier médical peut être conservé sous forme papier ou informatisée. Dans les deux cas, les conditions de conservations doivent permettre de respecter le secret professionnel.
Par ailleurs, un dossier médical informatisé doit faire l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). [149]

Dans le cas d'un patient mineur, certaines informations supplémentaires devraient figurer en plus de celle déjà évoquées :

- Nom(s), prénom(s) du ou des titulaires de l'autorité parentale ainsi que l'adresse, le numéro de téléphone et leur lien avec le patient (père, mère, tuteur…etc.) ;
- Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone de la personne accompagnant habituellement l'enfant aux consultations ;
- Mention écrite précisant que l'information médicale a bien été transmise à au moins un des titulaires de l'autorité parentale et que celui-ci a donné son consentement aux soins ;
- Mention écrite précisant que l'information a été donnée au patient mineur ;
- Le cas échéant, autorisations d'opérer signées par les titulaires de l'autorité parentale.

Là encore, une autorisation de soins ou d'opérer signée par les responsables légaux ne précisant pas quels soins seront entrepris ne dispense absolument pas le praticien de renouveler l'information médicale et la recherche du consentement pour chaque soin.

Il faut donc retenir que la tenue consciencieuse d'un dossier médical est indispensable et permet, si ce n'est de prouver l'absence de faute, d'apporter la preuve de la bonne foi du praticien. Tous les éléments qui pourront étayer ce dossier sont à prendre en considération mais certains sont peu utiles et alourdissent la charge administrative du professionnel alors que les notes de consultation sont bien souvent suffisantes. La mise en place d'une relation patient-praticien de qualité passant par l'écoute, le dialogue et l'empathie restant, bien sûr, le meilleur moyen d'éviter nombre de situations délicates.

[149] Bonan, « Le dossier du patient en odontologie ».

Conclusion

Le droit français considère que le passage à l'âge adulte s'effectue le jour des dix-huit ans, distinguant de façon binaire le statut de mineur, où l'individu est soumis à l'autorité parentale et légalement incapable de prendre ses propres décisions, et le statut de majeur, où l'individu s'émancipe brusquement et devient pleinement responsable de ses actes.

Cependant, cette entrée dans l'âge adulte est dans les faits, une mutation se déroulant sur une période plus ou moins longue selon les individus. Médicalement parlant, aucun signe clinique ou radiologique ne permet de trancher entre un adolescent de 17 ans et un adulte de 18 ans, si bien que déterminer avec précision l'âge d'un individu dont on ignore la date de naissance est extrêmement difficile. La méthode la plus courante et faisant office de « Gold Standard » repose sur la comparaison de radiographies de la main et du poignet gauche à des tables de références. La table faisant autorité est l'atlas de Greulitch-Pyle. Il a été compilé en 1935 sur une population de jeunes de type caucasien de statut socio-économique élevé vivant aux Etats-Unis. A l'époque, ces tables n'avaient pas pour but de permettre la détermination de l'âge d'un individu, mais de diagnostiquer un retard ou une précocité de maturation chez des individus dont l'âge était connu. Cette méthode paraît donc difficilement fiable, d'une part parce que les caractéristiques de la population sur laquelle se basent ces tables ne sauraient être transposées à la population française actuelle (et donc encore moins aux populations des autres continents), ne serait-ce qu'en termes nutritionnel ou socio-économique, et d'autre part parce que les tables de Greulitch-Pyle supportent des écarts-types d'environ dix-huit mois, ce qui pose un problème conséquent (notamment en justice pénale) lorsqu'il faut déterminer si un individu était mineur ou majeur à un instant t. [150]

Cette binarité de statut est donc plus un artifice législatif qu'une vérité médicale. Le droit hospitalier a d'ailleurs admis qu'il existait des situations où des mineurs de plus de seize ans nécessitaient une admission dans des services pour adultes, notamment lorsqu'ils relèvent de traitements spécialisés ne pouvant être pratiqués en service de pédiatrie.

D'autres marqueurs en faveur d'une majorité anticipée existent en matière sanitaire : par exemple, le mineur de plus de treize ans peut s'inscrire sur le registre national automatisé des dons d'organes [151]

[150] Ferré, « La détermination de la minorité ».
[151] Article R1232-6 du Code de la santé publique.

ou refuser de participer à une recherche biomédicale même en cas d'avis contraire des titulaires de l'autorité parentale. [152]

Bien que la majorité civile prime toujours, la législation française a donc peu à peu constitué un véritable droit du patient mineur sur la base de la Convention internationale des droits de l'enfant de adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies en 1989. Elle vise à une participation croissante de l'enfant aux décisions médicales le concernant et à une limitation du pouvoir détenu par les titulaires de l'autorité parentale. [153]

[152] Article L1122-2 du Code de la santé publique.

[153] Dupont et Volpe, « Quand l'adolescent devient adulte, aspects juridiques ».

Bibliographie

Amiel, P. « Code de Nuremberg (traduit et adapté en français) ». In Des cobaye et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice, 344-52. Paris: Les Belles Lettres, 2011. https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_CodeNuremberg_TradAmiel.pdf.

Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 mars 1967 (s. d.).

Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 23 mai 2000, No. 98- 18.513 (s. d.).

Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 27 janvier 1960 (s. d.).

Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre Civile 2, du 25 mai 1960 (s. d.).

Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 20 mai 1936 (s. d.).

Article 16-3 du Code civil, Code civil § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419297/.

Article 122-8 du Code pénal, Code pénal § (2002). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417222/2002-09-10.

Article 223-6 du Code pénal, Code pénal § (2018). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588/.

Article 226-13 du Code pénal, Code pénal § (2002). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945/.

Article 226-14 du Code pénal, Code pénal § (2020). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/.

Article 326 du Code civil, Code civil § (2006). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006425119/2006-07-01.

Article 371-1 du Code civil, Code civil § (2019). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038749626/2020-11-04/.

Article 371-3 du Code civil, Code civil § (1971). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426471/2013-05-19.

Article 372-2 du Code civil, Code civil § (2002). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426536/.

Article 373 du Code civil, Code civil § (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426549/2019-12-28.

Article 373-1 du Code civil, Code civil § (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426563/2019-12-28.

Article 375 du Code civil, Code civil § (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207495/2016-03-16.
Article 375-2 du Code civil, Code civil § (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027573158/2016-03-16.
Article 378 du Code civil, Code civil § (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006426993/1971-01-01.
Article 378 du Code pénal de 1810, Code pénal de 1810 § (1810).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490249/1985-10-01.
Article 378-1 du Code civil, Code civil § (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427007/1971-01-01.
Article 390 du Code civil, Code civil § (s. d.) .
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427234/2009-01-01.
Article 403 du Code civil, Code civil § (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031345368.
Article 413-1 du Code civil, Code civil § (2009) .
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427895/2009-01-01.
Article 413-2 du Code civil, Code civil § (2009).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427901/2009-01-01.
Article 414 du Code civil, Code civil § (2009).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427400/.
Article 1101 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040787/2016-10-01.
Article 1103 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040777/2016-10-01.
Article 1104 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040772/2016-10-01.
Article 1107 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040757/2016-10-01.
Article 1128 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040911/2016-10-01.
Article 1146 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041065.
Article 1240 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041571/.

Article 1242 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041559/2016-10-01.
Article 1352-4 du Code civil, Code civil § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032035820/2016-10-01.
Article L121- 1 du Code des assurances, Code des assurances § (1976).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006792236/1976-07-21.
Article L1110-4 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2018).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/2018-01-19.
Article L1111-2 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927568/2016-01-28.
Article L1111-4 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2005).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685767/2016-01-28.
Article L1111-5 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576/2016-01-28.
Article L1111-6 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2005).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685773/2016-01-28.
Article L1111-7 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927557/2016-01-28.
Article L1122-2 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2004).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006685863/2012-03-06/.
Article L1142-1 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2009).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020628252/2009-05-14.
Article L1142-2 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2002).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685996/2009-05-14.
Article L1221-5 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2020).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721157/2020-10-01.
Article L1241-3 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2000).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006686201/2000-06-22.
Article L1245-2 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2004).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006686256/2010-07-31.
Article L2212-7 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2016).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930097/2016-01-28.
Article L3212-1 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2000).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687918/2000-06-22.

Article L5134-1 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927644/2016-01-28.

Article R1112-2 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2006). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908161/2006-02-07.

Article R1112-35 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (2003). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908207/2003-05-27.

Article R1232-6 du Code de la santé publique, Code de la santé publique § (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006909060/.

Article R4127-4 du Code de déontologie médicale, Code de déontologie médicale § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912862/2004-08-08.

Article R4127-35 du Code de déontologie médicale, Code de déontologie médicale § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912897/2004-08-08.

Article R4127-36 du Code de déontologie médicale, Code de déontologie médicale § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912898/2004-08-08.

Article R4127-42 du Code de déontologie médicale, Code de déontologie médicale § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912905/2004-08-08.

Article R4127-45 du Code de déontologie médicale, Code de déontologie médicale § (2009). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912911/2009-12-16.

Article R4127-205 de Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, Code de déontologie des chirurgiens-dentistes § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913003/2004-08-08.

Article R4127-210 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, Code de déontologie des chirurgiens-dentistes § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913008/2004-08-11.

Article R4127-232 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, Code de déontologie des chirurgiens-dentistes § (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913036/2004-08-11.

Article R4127-235 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, Code de déontologie des chirurgiens-dentistes § (2007). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913039/2007-07-25.

Article R4127-236 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, Code de déontologie des chirurgiens-dentistes § (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020272324/2013-06-06.

Articles 1178 à 1185 du Code civil, Code civil § (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032041223/2016-10-01/.

« Assistance éducative ». Journal du droit des jeunes 314, no 4 (2012): 50-56. https://doi.org/10.3917/jdj.314.0050.

Aubry, A. « Difficultés dans les relations de soin avec un mineur : les réponses du procureur de la République ». Médecine & droit 2011, no 111 (2011): 226-30. https://doi.org/10.1016/j.meddro.2011.10.002.

Bergoignan-Esper, C. « Le consentement médical en droit français ». Laennec 59, no 4 (2011): 15-23. https://doi.org/10.3917/lae.114.0015.

Bonan, A. « Le dossier du patient en odontologie ». Mémoire de diplôme universitaire, Université Paris Descartes, 2010. http://cia.asso.fr/cia/publications/1.pdf.

Boulanger, F. *Autorité parentale et intérêt de l'enfant : histoire, problématique, panorama comparatif et international*. Paris : Edilivre Aparis, 2008.

Centre de recherche pour un Trésor de la langue française. « Assurance ». In Le trésor de la langue française informatisé, s. d. https://www.cnrtl.fr/definition/assurance.

———. « Contrat ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020. https://www.cnrtl.fr/definition/contrat.

———. « Droit ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020. https://www.cnrtl.fr/definition/droit/1.

———. « Emancipation ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020. https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9mancipation.

———. « Médecine ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020 https://www.cnrtl.fr/definition/medecine.

———. « Mineur ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020. https://www.cnrtl.fr/definition/mineur.

———. « Minorité ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020. https://cnrtl.fr/definition/minorit%C3%A9.

———. « Responsabilité ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020. https://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9.

———. « Tutelle ». In Le trésor de la langue française informatisé, 1979-2020. https://www.cnrtl.fr/lexicographie/tutelle.

Conseil national de l'ordre des médecins. « Recueillir le consentement de mon patient », 6 mai 2019. https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient.

Dachez, R. *Histoire de la médecine : de l'Antiquité à nos jours*. 2e édition. Paris : Tallandier, 2012.

Décision du Conseil d'État, 10ème / 9ème SSR, 17/11/2006, Inédit au recueil Lebon (Conseil d'État 2006).

« Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ». Consulté le 8 octobre 2020. https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.

Desarnauts, S. « Maltraitance infantile : signes cliniques devant alerter l'odontologiste ». Thèse d'exercice, Université Paris Descartes, 2018. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01943150.

Direction de l'information légale et administrative. « Accouchement sous X », 1 mars 2019. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3136.

———. « Conseil de famille ». Service-public.fr, 1 janvier 2020. https://www.service-public.fr/particuliers/glossaire/R12897.

———. « Délégation de l'autorité parentale ». Service-public.fr, 3 juillet 2020. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3134.

———. « Émancipation d'un mineur ». Service-public.fr, 4 avril 2019. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1194.

———. « Exercice de l'autorité parentale ». Service-public.fr, 14 février 2019. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3132.

———. « Placement d'un enfant sur décision judiciaire », 1 janvier 2020. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3140.

———. « Que risque un mineur délinquant au pénal ? » Service-public.fr, 9 avril 2020. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1837.

———. « Retrait de l'autorité parentale ». Service-public.fr, 11 février 2020. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3135.

———. « Secret médical ». Service-public.fr, 7 août 2020. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34302.

———. « Tutelle d'un mineur ». Service-public.fr, s. d. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2139.

———. « Un mineur peut-il porter plainte seul ? » Service-public.fr, 9 novembre 2020. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1567.

Direction des affaires juridiques et des droits des patient de l'assistance publique-hôpitaux de Paris. Circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensées dans les établissements de santé (2009). http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhosf42009319-du-19-octobre-2009-relative-aux-regles-de-facturation-des-soins-dispensees-dans-les-etablissements-de-sante/.

———. « Présentation de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », 19 août 2002. http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/presentation-de-la-loi-n-2002-303-du-4-mars-2002-relative-aux-droits-des-malades-et-a-la-qualite-du-systeme-de-sante/.

Dupont, M., et A. Volpe. « Quand l'adolescent devient adulte, aspects juridiques ». Soins pédiatrie/puériculture 38, no 297 (2017): 16-18. https://doi.org/10.1016/j.spp.2017.05.003.

Ferré, N. « La détermination de la minorité ». Plein droit 52, no 1 (2002): 15-20. https://doi.org/10.3917/pld.052.0015.

Giraudeau, N. « Contrat de soins », 2017. https://moodle.umontpellier.fr/pluginfile.php/357585/course/overviewfiles/Contrat%20de%20soins.pdf.

Gouttenoire, A. « La notion d'acte usuel ». Journal du droit des jeunes 322, no 2 (2013): 11-13. https://doi.org/10.3917/jdj.322.0011.

Grmek, M. D. *Histoire de la pensée médicale en Occident. 1, Antiquité et Moyen-Âge*. Paris : Éditions du Seuil, 1995.

Haute autorité de santé. « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », 2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf.

———. « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé », 2011. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf.

———. « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir », 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf.

Institut national de la statistique et des études économiques. « Personnalité juridique », 13 octobre 2016. https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1757.

Ministère des solidarités et de la santé. *L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance*. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf.

Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Trousse d'urgence », 31 mai 2013. http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/index.php?id=350.

Organisation mondiale de la santé. « Maltraitance des enfants ». Organisation mondiale de la santé. Consulté le 29 septembre 2020. https://www.who.int/topics/child_abuse/fr/.

Vinas, M. « L'évolution de la relation patient-praticien de l'Antiquité à nos jours en médecine et en odontologie ». Thèse d'exercice, Université Toulouse Paul Sabatier, 2017. http://thesesante.ups-tlse.fr/1985/1/2017TOU33057.pdf.

Yakouben, K. « Le patient mineur et les consentements à recueillir ». Laennec Tome 59, n° 4 (2011): 49-55. https://doi.org/10.3917/lae.114.0049.

Vu, le Directeur de thèse

Docteur Thông Nguyen

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie - Montrouge

Professeur Louis Maman

Vu, le Président d'Université de Paris

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Prise en charge du patient mineur en Odontologie : cadres législatifs et responsabilités du praticien

Résumé :

Le droit encadrant la prise en charge des patients en odontologie, et notamment la notion de contrat de soin, est en général assez bien connu des praticiens. Cependant, lorsque ce patient est mineur, la législation diffère sur certains points et peut susciter des interrogations de la part des odontologistes. Ces différences résident majoritairement dans le fait que le mineur est un incapable juridique soumis au principe d'autorité parentale qui permet à ses parents, ou, le cas échéant, à son tuteur, de prendre les décisions concernant sa santé pour lui. Néanmoins, la loi française reconnait également au mineur la possibilité d'intervenir dans ces décisions de santé et rend nécessaire, si ce n'est l'obtention, la recherche de son consentement avant tout soin. La connaissance de cette branche du droit de la santé est fondamentale à l'acquisition et au maintien de bonnes pratiques odontologiques, notamment la tenue d'un dossier médical complet et concis qui assurera au praticien une défense efficace en cas de litige.

Discipline :

Odontologie pédiatrique

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Pédodontie -- Dissertation universitaire ; Législation en odontologie -- Dissertation universitaire ; Dentistes -- Responsabilité professionnelle -- Thèses et écrits académiques ; Odontostomatologie -- Droit -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Pediatric Dentistry -- Academic Dissertation ; Legislation, Dental -- Academic Dissertation

Université de Paris

UFR d'Odontologie - Montrouge

1, rue Maurice Arnoux

92120 Montrouge