UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N°14

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Emmanuel ARAN

né le 07 décembre 1974 à Luçon

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2005.

**INTRICATIONS MEDICO- JUDICIAIRES
A PROPOS D'UNE ADOLESCENTE EN DIFFICULTE**

REFLEXION SUR LES DROITS DES ADOLESCENTS

Président : Monsieur le Professeur Alain MOUZARD, Pédiatre.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michel JUCHEREAU, Pédiatre.

1. SOMMAIRE :

1. REMERCIEMENTS	1
2. SOMMAIRE :	0
3. INTRODUCTION :	4
4. PRESENTATION SEMIOLOGIQUE ET DIAGNOSTIQUE CONCERNANT MG	6
4.1. Motif d'hospitalisation :	7
4.2. Comment est-on hospitalisé ? Pourquoi ?	7
4.3. Les signes de surface d'une souffrance psychique et physique :	8
4.3.1. Le rapport aux produits :	8
4.3.2. Une relation amoureuse :	9
4.3.2.1. La complicité :	9
4.3.2.2. L'ambivalence :	10
4.3.3. Les troubles d'ordre sexuel :	12
4.4. Une ancienne et profonde souffrance :	13
4.4.1. Une agression sexuelle :	13
4.4.2. Le rapport au corps :	14
4.4.2.1. Les troubles en rapport avec la sexualité :	14
4.4.2.2. Les scarifications :	14
4.4.2.3. Les troubles de l'oralité :	15
4.4.3. Le lien maternel :	18
4.4.3.1. Que pense MG au sujet de sa mère ?	18
4.4.3.2. Que pense la mère au sujet de MG ?	20
4.4.3.3. Comment l'équipe soignante perçoit-elle la mère ?	21
4.4.3.4. Comment la Psychologue perçoit-elle le lien mère fille ?	22
4.4.4. La famille recomposée :	22
4.5. Le temps de l'hospitalisation : confirmation sémiologique et diagnostic :	24
4.5.1. Etat d'agitation ou manifestations anxieuses à médiation corporelle :	24
4.5.2. Manœuvres libératoires – le corps comme exutoire :	24
4.5.3. Transgressions et limites réglementaires :	25
4.5.4. La fuite en avant : l'errance et la fugue :	26
4.5.4.1. L'errance :	26
4.5.4.2. La fugue :	26
4.5.5. La thymie :	27
4.5.6. Le lien paternel :	28
4.6. Le diagnostic de Maltraitance par carence :	29
5. DEMARCHE DE SOIN MEDICO-JUDICIAIRE CONCERNANT MG. PERSPECTIVES DE REFLEXION	31

5.1.	La prise en charge médicale : soma et psyché :	32
5.1.1.	Les buts du soin :	32
5.1.2.	Les limites du soin :	32
5.2.	La prise en charge administrative et judiciaire :	33
5.2.1.	Les causes justifiant un signalement :	33
5.2.2.	Une demande d'accueil en foyer :	34
5.2.3.	Rédaction du signalement par le Pédiopsychiatre :	34
5.2.4.	Les difficultés de la coordination des intervenants :	35
5.2.5.	A propos d'une synthèse entre l'équipe médicale et le C. M. P. :	35
5.2.6.	Entretien téléphonique avec l'éducateur mandaté par le juge :	36
5.2.7.	Les conséquences de la première audition de la famille par le juge des enfants : 38	
5.2.7.1.	La question de la personne ressource :	38
5.2.7.2.	Questions inhérentes à l'affirmation par le juge de l'autorité conservée du Père : 39	
	❖ Un constat :	39
	❖ Les limites de la relation entre le médecin, le patient et la famille en matière de maltraitance :	40
5.2.7.3.	Interrogations concernant le report du soin prononcé indirectement par le Juge: 40	
5.2.7.4.	Quel impact psychologique ?	41
5.2.7.5.	La transmission de l'information au sein de l'équipe médicale :	41
5.2.8.	Nouveau courrier à l'intention du juge des enfants :	42
5.2.9.	Courrier adressé au médecin traitant :	46
5.2.10.	L'audience et le jugement :	47
5.2.11.	Les difficultés du père à appliquer la décision :	47
5.2.12.	Dénouement: Nouvelle hospitalisation :	49
5.2.12.1.	Le motif d'hospitalisation :	49
5.2.12.2.	La demande de prise en charge du père :	49
5.2.12.3.	Une tentative de suicide :	50
5.2.12.4.	Accueil de la famille et décisions :	50
5.2.12.5.	Prise en charge par le Psychiatre pour adultes :	51
	❖ Deux modes de prise en charge :	51
	❖ Le constat du Psychiatre lors d'un entretien avec MG et le médecin du service de Pédiatrie :	52
	❖ Les questions posées :	52
5.3.	Perspectives de réflexion d'après le cas de MG :	53
6.	REFLEXION : DROITS DES ADOLESCENTS ET DIALECTIQUE DU SECRET ...	54
6.1.	Les modalités du signalement et les droits des Adolescents :	55
6.1.1.	Cas commun à tout citoyen et cas médical :	55
6.1.2.	Le Code de Déontologie médicale :	56
6.1.3.	La loi du 2 janvier 2004 :	56
6.2.	Les causes justifiant un signalement :	58
6.2.1.	La question de l'autorité parentale :	58
6.2.1.1.	Cas de MG :	58

6.2.1.2.	Cas général :	60
❖	L'exercice de l'autorité parentale par un seul parent :	60
❖	La déchéance de l'autorité parentale :	61
❖	L'exercice en commun par les deux parents de l'autorité parentale :	62
❖	En cas de conflit ou de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale :	63
❖	Théorie et pratique : les modalités souhaitables de l'admission administrative et de l'accueil du patient :	63
❖	La carte vitale, l'Assurance Maladie et les Adolescents :	65
6.2.1.3.	Au-delà de l'autorité parentale, le soin : quatre cas de prise en charge de l'Adolescent par le médecin :	68
❖	Le représentant légal et le mineur sont demandeurs du soin :	68
❖	Le représentant légal et le mineur ne sont pas demandeurs du soin : les limites des prérogatives médicales et de l'institution publique :	68
❖	Le représentant légal est demandeur du soin contrairement au mineur :	69
❖	L'adolescent est demandeur de soin contrairement à son représentant légal : quels sont ses droits ?	70
6.2.2.	Définir le danger :	71
6.2.2.1.	Thèmes anamnestiques et perspectives bibliographiques : évaluation médicale du danger :	71
❖	Au sujet des violences sexuelles :	71
❖	Au sujet des scarifications :	73
❖	Au sujet de la consommation de cannabis :	75
❖	A propos d'une étude de l'hôpital ARMAND TROUSSEAU :	76
❖	A propos du suicide :	79
6.2.2.2.	Evaluation sociale de la notion d'enfant en danger :	81
6.2.2.3.	Evaluation judiciaire de la notion de danger :	81
	« MG a dit » et « le Code pénal dit » :	81
6.3.	Les critères d'intervention du juge des enfants :	85
6.3.1.	Un critère légal mais insuffisant : la notion de danger :	85
6.3.1.1.	L'intervention d'autres magistrats dans les affaires familiales :	86
6.3.1.2.	Les capacités propres des familles :	87
6.3.1.3.	L'intervention des services sociaux :	88
6.3.2.	La notion d'autorité comme autre critère d'intervention du juge des enfants :	88
6.4.	Le médecin, les institutions et le signalement :	90
6.4.1.	Prise en charge pluridisciplinaire de l'Adolescent :	90
6.4.1.1.	Un constat :	90
6.4.1.2.	Définition d'objectifs :	91
6.4.1.3.	Réflexion :	92
6.4.2.	Notion de secret partagé : évolution légale :	92
6.4.2.1.	Avis de B. LHEBIER MALBRANQUE :	92
6.4.2.2.	Le Conseil National de l'ordre des médecins :	93
6.4.2.3.	Définition du terme « professionnel de santé » :	94
6.4.2.4.	Le Travailleur médico-social et le secret :	94
6.4.3.	La réalité du terrain et les perspectives :	95
6.4.3.1.	Le regard d'une inspectrice de l'Aide Sociale à l'Enfance :	95
6.4.3.2.	Réforme de l'assurance maladie, notion de médecin traitant et marges de manœuvre :	97
6.5.	Adolescent et audience : notion de temps et notion de secret :	99
6.5.1.	Rappel chronologique de la procédure judiciaire ordinaire :	99

6.5.1.1.	La notion juridique de saisine :	99
6.5.1.2.	L'avis d'ouverture du dossier :	100
6.5.1.3.	La première rencontre du juge des enfants avec la famille ou première audition :	100
6.5.1.4.	Les investigations :	101
6.5.1.5.	L'avis du procureur de la République :	102
6.5.1.6.	L'audience de jugement :	103
6.5.1.7.	La décision :	103
6.5.1.8.	La notification :	103
6.5.1.9.	L'exécution de la décision :	104
6.5.2.	Le délai d'application de la décision :	104
6.5.3.	L'audience : Débat contradictoire et secret professionnel médical :	105
6.5.4.	L'adolescent et le secret :	106
6.6.	Le médecin, l'Adolescent et la Justice :	110
6.6.1.	Procédure judiciaire et secret professionnel :	110
6.6.2.	Cas de conscience du médecin:	110
6.6.3.	Le temps judiciaire : notion d'urgence judiciaire :	111
6.6.3.1.	Rappel de la procédure ordinaire et notion de temps :	111
6.6.3.2.	La notion d'urgence juridique et de procédures exceptionnelles :	111
❖	L'éloignement d'un mineur en urgence :	112
❖	L'éloignement d'un mineur pendant le temps des investigations :	113
❖	L'éloignement en urgence par le procureur de la République :	114
❖	Le retrait d'un mineur par le juge des enfants du lieu où le mineur est trouvé :	114
6.6.4.	Débat et synthèse : médecin, Adolescent et Justice :	115
6.6.4.1.	Situation actuelle :	115
❖	Le médecin insatisfait :	115
❖	L'adolescent insatisfait :	116
6.6.4.2.	Une solution possible dans les cas de maltraitance intra et extra familiale : l'information objective et l'autodétermination éclairée de l'Adolescent :	119
❖	Quel serait l'intérêt d'un tel droit pour l'adolescent ?	119
❖	Quel serait l'intérêt d'un tel droit pour le médecin ?	120
❖	La réalité du terrain :	120
7.	CONCLUSION :	122
8.	BIBLIOGRAPHIE :	124

« Quand le secret est voilé,
il s'en échappe un trouble
qui altère les relations.
Mais quand il est dévoilé,
il impose des remaniements
difficiles à supporter. »

CYRULNIK
Un merveilleux malheur
(1999)

« Pour qu'on ne puisse abuser du pouvoir,
il faut que par la disposition des choses
le pouvoir arrête le pouvoir. »

MONTESQUIEU
De l'esprit des lois
(1748)

2. INTRODUCTION :

Le développement de l'Adolescent n'est jamais univoque : il est un être en devenir, en interférence avec le monde qui l'entoure, s'agissant de sa famille, des amis ou du monde environnant.

La place de chacun est celle du confident ou de l'éducateur donnant une image d'affection ou de guide. Ce rapport à l'autre qu'expérimente l'adolescent est souvent une source de questionnement pour lui comme pour son interlocuteur.

Cerner l'Adolescent est un perpétuel retour à l'autre, tellement il change et nous étonne.

La rencontre de MG, adolescente de 16 ans, a catalysé notre réflexion de médecin généraliste posant la question du soin qui n'atteint pas ou si peu l'Adolescente.

Cette patiente a mobilisé l'énergie de toute une équipe de Pédiatrie suscitant chaque jour de nouvelles sollicitations tant émotionnelles que professionnelles.

L'écoute attentive et l'empathie ont pu décrypter une problématique à l'image des poupées russes où l'histoire d'une Adolescente et le temps d'une Adolescence ont laissé des traces.

Se scarifier régulièrement, **s'automutiler** le corps selon une topographie établie, **pourquoi** ?

Adolescente inclassable, MG est une mineure de plus de quinze ans, issue d'une famille recomposée suite au divorce de ses parents, partagée entre deux autorités à définir, celles du père et de la mère. Clivée entre un passé rémanent et un futur à construire, son avenir est en suspens, accablée par une souffrance psychique omniprésente.

Au terme d'entretiens successifs, l'approche temporelle ou chronologique nous a permis de délier la problématique de cette adolescente.

L'émergence de thèmes s'est alors imposée pour comprendre les difficultés de MG et clarifier cet exposé voulu didactique.

Fidèle à son mal-être, nous présentons successivement **dans une première partie** :

- les signes de surface, qu'il s'agisse du rapport aux produits, d'une relation amoureuse ou bien de troubles d'ordre sexuel,

- une ancienne et profonde souffrance, qu'il s'agisse d'une agression sexuelle, du rapport au corps, du lien maternel ou bien de sa famille recomposée,

- le temps de l'hospitalisation où, manifestations anxieuses, atteintes au corps, transgression et fuite en avant étaient le reflet de la thymie.

Le lien paternel sera alors abordé.

Nous posons le diagnostic de maltraitance intra- et extrafamiliale.

Dans une seconde partie, nous présentons notre démarche de soin médico-judiciaire concernant MG :

Aux confins de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie pour adultes, le soin s'est révélé spécifique pour ne pas dire atypique, imposant abords psychosocial et médico-judiciaire.

L'interface entre les intervenants a fait preuve de complexité suscitant bien des interrogations sur notre rôle de soignant et apportant des pistes de réflexion.

Aussi, **dans une troisième partie**, nous exposons notre réflexion voulue comme l'aboutissement de ce questionnement. Comment comprendre et envisager en tant que thérapeute les droits des Adolescents ? Que proposer ?

**3. PRESENTATION
SEMIOLOGIQUE ET
DIAGNOSTIQUE
CONCERNANT MG**

L'observation suivante analyse les problèmes posés lors de la prise en charge du cas de MG. Elle correspond à une réorganisation thématique basée sur les informations du dossier médical ou bien les réminiscences de l'équipe médicale suite à un effort de mémoire collective.

3.1. Motif d'hospitalisation :

MG est une adolescente de 15 ans et 11 mois.

Elle se plaint d'une sensation de brûlure au niveau des avant-bras suite à des scarifications auto-induites, récentes et associées à des éléments plus anciens.

Elle fait état d'une situation familiale conflictuelle en particulier vis-à-vis de la mère.

Ses parents sont divorcés depuis 10 ans.

3.2. Comment est-on hospitalisé ? Pourquoi ?

Le dépistage a lieu au collège.

Elle est en 3^{ième} de réadaptation. Elle dit qu'elle « n'a jamais terminé ou suivi le cursus entier d'une année scolaire ». Elle décrit sa scolarité comme très chaotique ; elle dit qu'elle a redoublé son CP et sa 6^{ième}.

Depuis la rentrée scolaire de septembre 2003, les enseignants ont remarqué que MG suivait peu les cours.

Depuis les dernières vacances de la Toussaint, MG est suivie par **l'assistante sociale pour absentéisme scolaire** :

- Initialement MG reconnaissait avoir des difficultés à se confier.

- Elle exprime en définitive à l'assistante sociale qu'elle ressent une sorte de désintérêt de la part de sa mère, qui ne s'occupe pas d'elle. MG voudrait faire réagir sa mère.

Profitant d'un rendez-vous fixé par la conseillère d'orientation, **l'assistante sociale noue un contact avec la mère de MG** :

- La mère semble soulagée de l'intérêt que l'on porte à MG.

- La mère reconnaît qu'il existe un conflit entre elle et sa fille, conflit exacerbé au moindre questionnement au sujet des activités de MG en dehors du domicile familial. Elle ajoute que MG est intolérante à toute contrainte.

Le dialogue s'amorçant entre la mère et l'assistante sociale, cette dernière propose :

- soit un soutien psychologique, qui semble d'emblée convenir à MG,

- soit une mesure éducative apparemment différée par la mère.

Suite à cet entretien, l'assistante sociale pense qu'un travail serait possible avec l'adolescente mais elle constate que **tous les courriers et messages** laissés sur le répondeur familial fixant une nouvelle rencontre, un rendez-vous, **n'ont pas abouti**.

Le 24/11/03, l'adolescente est retrouvée en **état d'ébriété par l'infirmière du collège**.
Devant la situation, l'assistante sociale et l'infirmière du collège conduisent l'adolescente auprès de **la Psychologue du service de Pédiatrie** :

« J'ai été amenée à rencontrer MG en entretien suite à une demande urgente de l'assistante sociale du lycée alertée par son absentéisme scolaire.

D'entrée de jeu, MG me livre sa dérive dans les produits (alcool en l'absence de cannabis), ses conflits relationnels avec sa famille, avec son copain chez qui elle se réfugie... Elle semble livrée à elle-même et demande explicitement de l'aide pour stopper tout cela, ce qui m'amène à lui proposer de demander une hospitalisation au médecin senior de Pédiatrie. »

MG sera ainsi hospitalisée dans le service de Pédiatrie le jeudi 27/11/03 jusqu'au 05/01/04.

3.3. Les signes de surface d'une souffrance psychique et physique :

3.3.1. Le rapport aux produits :

MG parle très ouvertement de sa consommation de **cannabis** et de **tabac**.

MG a dit qu'elle fumait entre **une à plus de dix cigarettes par jour** à deux intervenants différents...

Actuellement, elle dit fumer **7 à 8 « joints » de cannabis par jour** ; elle précise qu'elle avait l'habitude de fumer 3 « joints » avant de partir à l'école durant la période précédent l'hospitalisation. Sa consommation a lieu en solo la plupart du temps ou avec son petit ami. MG a débuté sa consommation alors qu'elle était en classe de cinquième.

MG, sans jamais le mentionner directement, est véritablement **dépendante** :

-MG relate qu'elle n'a aucun désir en dehors du cannabis qui lui procure du plaisir. Elle dira même qu'elle ne pense qu'au cannabis.

Elle reconnaît qu'elle se voile la face en fumant du cannabis mais c'est **LA** solution qu'elle a trouvée et, pour elle, l'unique.

Le besoin de cannabis est tel que MG a présenté de façon répétée et inopinée des troubles du comportement à type d'agitation anxieuse...

-Lors de l'hospitalisation, MG nous a signalé une fois qu'elle allait fuguer pour se procurer du cannabis : elle disait éprouver un « manque ». Elle voulait se sentir détendue et ne plus percevoir sa détresse. Elle dit qu'elle utilise le cannabis comme anesthésiant psychique et non physique.

-Lorsqu'elle manque de cannabis faute de pouvoir s'approvisionner, elle dit qu'elle boit de l'alcool de façon compulsive pour être littéralement « défoncée »...

-Elle nous dit aussi que sa seule préoccupation, partagée également par son petit ami, est de savoir « comment se procurer de l'argent pour se fournir en cannabis ». Elle dira avoir déjà volé « des bourges plein de fric » pour pouvoir se procurer du cannabis.

Elle dit aussi avoir pris une fois de l'**ECSTASY** lors d'une fête ; elle souligne à ce sujet qu'elle aime « être speed, que ça bouge ». Elle raconte que dans les suites elle s'est endormie et dit ne se souvenir de rien. **Elle exprime à ce sujet un sentiment de culpabilité.**

En revanche, elle dit qu'elle n'a jamais pris de cocaïne ou d'héroïne, qu'elle n'a jamais « sniffé » ou pris de drogues intra veineuses. Après quinze jours d'hospitalisation, MG dira finalement qu'elle **a utilisé une fois des drogues intraveineuses** après avoir fumé du cannabis. Pourtant elle refuse le terme de « toxicomane » quand on lui fait cette proposition.

Quand on lui demande si elle a déjà eu des idées suicidaires, elle répond qu'elle en a eu parfois. Elle dit surtout qu'il lui est arrivé de mélanger des « substances » non médicamenteuses pour oublier...

Son fournisseur de cannabis est aussi son petit ami...

3.3.2. Une relation amoureuse :

Pour des raisons pratiques, on appelle symboliquement son **petit ami : PATRICK** ou PA. MG nous relate qu'elle a eu ses premières relations sexuelles avec PA, âgé de 20 ans actuellement. Lors de son **premier rapport, elle avait 14 ans ³/₄ et lui 18 ans.**

MG ajoute qu'elle avait eu des petits amis auparavant mais qu'elle n'avait pas eu de rapport sexuel.

Si l'on voulait qualifier cette relation, on emploierait deux termes : complicité et ambivalence.

3.3.2.1. La complicité :

Comme nous l'a dit MG, PA est aussi son fournisseur de cannabis.

On comprend mieux **l'état de dépendance** de MG vis-à-vis de PA. Quelle autre personne pourrait l'approvisionner ?

MG nous dit spontanément qu'elle pourrait se fournir auprès de son propre grand frère, qui fume aussi, mais celui-ci habite dans la région Rhône-Alpes.

Le mois précédent son hospitalisation, MG nous a dit qu'elle s'était **réfugiée chez PA** pendant une dizaine de jours suite à **une fugue** depuis le domicile de la mère de MG.

PA apparaît donc comme **une personne ressource**, un refuge.

Ceci est tellement vrai que lors de l'hospitalisation, la mère de PA a proposé d'accueillir MG pour le réveillon de fin d'année avant même qu'il soit envisagé que MG sorte de l'hôpital et en l'absence de toute concertation avec le famille de MG. La mère de MG est restée sans voix et a dit qu'elle rappellerait l'équipe soignante, lorsque celle-ci lui a fait part de cette proposition et lui a demandé son accord. A noter que MG n'était pas au courant de cette proposition et qu'elle nous a dit ne pas désirer passer le réveillon chez PA.

La présence de PA **apporte à MG assurance et apaisement** lorsque celle-ci présente des troubles du comportement à type d'agitation anxieuse. Il est arrivé qu'il reste comme accompagnant à l'hôpital quand MG est revenue dans le service de Pédiatrie en sa présence suite à une fugue.

MG se confie beaucoup à PA ; elle lui révèle même des éléments touchant à sa sexualité en lui demandant d'en parler auprès de l'équipe soignante. Il est **un confident pour MG**.

Lors de sa seconde hospitalisation que l'on abordera ultérieurement, MG lui a demandé de lui apporter ses médicaments dont malheureusement elle détournera l'usage. PA apparaît donc

comme un **commissionnaire fidèle et discipliné** quand on pense que MG lui avait bien demandé de ne pas en parler à l'équipe soignante. D'ailleurs, et probablement en rapport avec ses troubles et son mal-être, MG s'est bien gardée de lui dire quel usage elle en ferait. Le lien est à ce point fort, unique et néanmoins ambivalent.

3.3.2.2. L'ambivalence :

MG reste très critique vis-à-vis de PA : elle semble son obligée et manifeste aussi son insatisfaction.

Quand on reprend les différents propos que MG nous a livrés lors de l'hospitalisation, elle dresse **un portrait de PA qui ne nous laisse pas indifférent** :

-Il aurait déjà eu des « histoires » en ajoutant que la Justice l'a condamné à quatre mois de prison avec sursis et que, selon MG, la prochaine affaire le conduirait en prison.

-Peut-être est-ce en rapport avec ce que MG nous dit de PA : il est alcoolique, il se drogue et il est son fournisseur de cannabis.

-Elle le décrit comme psychopathe avec des passages à l'acte agressif sur un mode impulsif. Elle dit qu'il est instable, violent et qu'il lui est arrivé de vouloir l'étrangler. Elle dit que les murs du logement de PA sont défoncés suite à des actes de violence qu'il aurait perpétrés de façon gratuite et inopinée.

Pourtant elle dit aussi qu'il **est très affectueux, gentil et attentionné en dehors des épisodes où il s'alcoolise et fait acte de violence**. Elle le désigne comme « un paumé » et ajoute qu'elle sait que PA est suivi par un médecin sur le plan psychologique depuis deux ans. En revanche elle reconnaît que PA refuse d'écouter ses « histoires », prétextant que c'est le travail des assistantes sociales.

MG dit ressentir de la nervosité quand elle est en présence de PA, âgé de 20 ans. En vérité, elle en a peur. Leur relation est le paradigme de l'ambivalence tellement **les sentiments que MG exprime ont été contradictoires et sujets à des bouleversements perpétuels lors de l'hospitalisation** :

-Lorsqu'elle a été adressée en Pédiatrie par l'assistante sociale et l'infirmière scolaire, celles-ci ont dit à l'équipe soignante que la seule hantise de MG à cette hospitalisation était sa peur concernant la réaction de PA.

-Lors de l'hospitalisation, MG nous dit qu'elle a peur que son copain vienne la voir. Elle ne veut pas de visites ni de coups de téléphone.

Elle dit aussi, au cours d'une longue conversation, qu'elle ne veut pas sortir du service et encore moins aller au collège en raison de la présence de son copain. Elle dit qu'elle a peur de lui.

Elle ajoute qu'elle voudrait le quitter mais qu'**elle a peur**.

Mais lorsque son petit ami de son propre chef vient lui rendre visite, MG est d'accord pour le rencontrer.

Une autre fois, il téléphone dans le service mais MG refuse de lui parler. Elle nous dit qu'elle ne veut pas revoir PA même si elle reste ambivalente concernant cette possible rupture. En effet, elle se remémore le passé et elle nous décrit son petit copain lui faisant du chantage les fois où elle lui a dit qu'elle voulait le quitter. Elle exprime sa peur vis-à-vis de lui quand elle va sortir de l'hôpital. Elle dit qu'elle voudrait un garçon plus calme...Elle dit que pour l'instant elle n'aime aucune autre personne quand on lui pose la question.

Ultérieurement, elle **écrit** :

« Je viens de « larguer » mon petit copain après 1 an ½ ; je l'aime toujours mais je ne peux plus le suivre : il est trop compliqué, il me fait peur. Il me fait des « crasses » que j'aurai trop de mal à effacer. Il boit : lors de fêtes, il peut rester sans boire mais dès qu'il voit de l'alcool ou, s'il a la possibilité d'aller en chercher, il y va. Il m'a déjà fait des ecchymoses sur les bras mais on s'amusait ; c'était pour jouer (drôle de jeu, écrit-elle). »

Plus tard, **son questionnement perdue** et deux de **ses écrits** le signifient :

a) « AMOUR PERDU / FUTUR / PRESENT / PASSE, où me situer dans tout ça ? Faut-il vraiment que je me réconcilie avec mon petit ami ? S'il disait vrai cette fois-ci mais, faute d'en être sûre, je lui dis non. »

b) « J'ai quitté PA pourtant il m'a écrit en disant qu'il allait changer mais à chaque fois il recommençait.

Je crois que je vais me remettre avec PA ; comme on m'a dit l'amour rend aveugle, et c'est mon cas. Malheureusement je n'ai pas assez de force pour supporter tout ça. J'ai très peur. Je ne sais pas quoi prendre comme décision. »

Puis à l'équipe soignante, elle dit **qu'elle s'est réconciliée avec lui**, qu'il lui aurait fait des promesses et, qu'elle verrait bien s'il les tient. Elle avoue qu'il **lui a fourni du cannabis** et qu'elle en a consommé.

Un soir, MG est retrouvée par l'équipe de nuit **en larmes**. Elle dit qu'elle a peur de son petit copain, qu'elle souhaiterait **ne plus le voir** mais elle dit aussi qu'elle **ne veut pas manquer de cannabis**.

Comme elle a exprimé à plusieurs reprises le désir de le quitter, nous lui avons proposé la possibilité d'entretien en tête-à-tête avec lui, en présence d'un tiers mais MG a toujours refusé.

Décrit par la Psychologue du service de Pédiatrie comme un garçon en grande souffrance tentant de se soigner à travers MG, et apparaissant comme son double dans la galère et à la recherche de limites, ses troubles psychologiques n'en demeurent pas moins latents quand il reconnaît s'occuper davantage de lui depuis l'hospitalisation de MG. Il ajoute qu'il est suivi depuis l'âge de cinq ans par un Pédopsychiatre.

Il confie à la Psychologue qu'il voudrait bien ne pas apporter de cannabis à MG mais cela lui fait trop de mal de voir MG dans cet état...

Le plus dramatique réside dans la description par MG des **accès de violence de PA à son égard et la crainte dont fait part MG vis-à-vis de lui** :

Quand on tente de rassurer MG autour du cadre de soins que représente l'hospitalisation d'une adolescente et des lois de protection s'y rattachant, MG reste dubitative en disant que même si la Justice condamne son petit ami à 5 ans de prison, ce dernier la retrouvera toujours... Elle a peur des représailles.

Concernant le comportement de PA, l'équipe soignante a pourtant constaté que ses visites ont toujours suivi le cadre réglementaire du service (en dehors du cannabis et à notre insu) ; il se présentait comme très respectueux envers le personnel. Une seule fois l'équipe a pu se rendre compte de l'énervement verbal de PA suite à un appel téléphonique du frère de MG...

3.3.3. Les troubles d'ordre sexuel :

MG est réglée depuis l'âge de 12 ans. Elle a des rappports non protégés et elle n'utilise pas de contraception ou de façon imparfaite.

On lui a demandé si elle était d'accord pour bénéficier d'une consultation de Gynécologie au Centre de planification familiale : elle accepte en ajoutant qu'elle est trop jeune pour avoir des enfants mais qu'elle a déjà oublié trois fois sa pilule et que la prise journalière l'« énerve ». MG dit qu'elle a déjà utilisé deux fois la pilule du lendemain : NORLEVO.

Données médicales en lien avec une consultation de Gynécologie au Centre de Planification Familiale qui a eu lieu le 05/12/03 :

- Premières règles à l'âge de 12 ans avec des cycles irréguliers, longs et associés plus ou moins à des dysménorrhées.
- Date des dernières règles en novembre, sans plus de précision.
- β HCG négatifs le 28/11/03.
- Pas de leucorrhées, pas de brûlures, pas de métrorragies, pas de douleurs abdominales décrites.
- Tabac : plus de 10 cigarettes par jour.
- Pas d'antécédents familiaux vasculaires ou cancéreux.
- MG a déjà pris la pilule mais à peine un mois car elle ne pensait pas à la prendre.
- Rappports sexuels depuis environ 14 mois.

-Description de **dyspareunie en raison de rappports parfois forcés**. En effet, concernant son actuel petit ami, MG nous a révélé lors de l'hospitalisation et non spécifiquement lors de cette consultation que, lorsqu'il a bu, les rappports sexuels sont contraints dans un climat de peur et de violence... Elle a décrit ces rappports avec honte et une forte culpabilité, bien compréhensibles.

- Au début de la relation, ils utilisaient des préservatifs puis PA a voulu arrêter.
- MG dit qu'elle ne veut pas la pilule pour l'instant.
- MG refuse l'examen gynécologique ce jour (Médecin féminin).
- Une information a été donnée concernant la contraception, les préservatifs (masculin et féminin) et le risque de grossesse.
- Une information au sujet de la contraception par implant a été donnée ainsi qu'une information sur les maladies sexuellement transmissibles.
- MG est revue quelques jours plus tard afin de lui donner des préservatifs masculins et féminins.

Le médecin du Centre de Planification Familiale demande qu'un nouveau rendez-vous soit pris pour MG dans un ou deux mois ; ce rendez-vous est fixé le 07/01/04. Il n'aura pas lieu car MG n'est plus hospitalisée...

MG se plaint le lundi 22/12/03 de **ne pas avoir eu ses règles depuis la première semaine de novembre**, alors qu'habituellement celles-ci surviennent en début de mois.

On constate un **retard de règles** : s'agit-il d'une grossesse ? Ou bien d'une aménorrhée post neuroleptique introduit lors de l'hospitalisation ?

MG nous dit qu'elle a eu des rappports sexuels le 27/11 et les 15, 18, 20/12. Ces rappports ont eu lieu sans contraception et sans protection contre les maladies sexuellement transmissibles (absence de préservatif) malgré l'information donnée lors de la consultation au Centre de Planification Familiale.

MG nous informe qu'elle a eu deux partenaires différents.

D'un point de vue médical, on constate que :

- le 28/11, le dosage de β HCG est négatif (le délai pour que les β HCG deviennent positifs est de 15 jours).
- l'on doit demander demain un nouveau dosage des β HCG ainsi que des sérologies VIH, hépatite B et hépatite C.
- l'on doit prévoir un nouveau dosage des β HCG le 05/01/04 c'est-à-dire 15 jours après le dernier rapport.

Une information est donnée à MG au sujet du risque de grossesse, du risque de transmission des M. S. T. et de la possibilité de l'interruption volontaire de grossesse en cas de test positif ainsi que les modalités.

On propose à MG une contraception par CERAZETTE et, selon la tolérance, par IMPLANON ultérieurement afin d'obtenir une meilleure observance.

MG dit à nouveau qu'elle voudrait quitter PA mais qu'elle a peur de sa réaction.

-Examen de sang fait le 23/12/03 avec un résultat revenu négatif concernant les β HCG. Prévoir un nouveau bilan dans 15 jours.

Résultats de la prise de sang du 23/12/03 : les sérologies des Chlamydiae et de la Syphilis sont revenues négatives ; les sérologies VIH, hépatites B et C sont revenues normales.

La prise de sang du 05/01/04 revient négative concernant les β HCG.

3.4. Une ancienne et profonde souffrance :

3.4.1. Une agression sexuelle :

MG nous a suggéré pour la première fois le 03/12/03 qu'elle avait subi des violences d'ordre sexuel. Elle évoque des violences beaucoup plus anciennes que celles vécues avec son petit ami actuel. Elle nous les livre non pas oralement mais à travers des propos écrits qu'elle nous demande de lire en dehors de sa présence dans un premier temps.

MG raconte que lorsqu'elle était en sixième, **elle aurait participé à une fête en compagnie d'élèves de troisième. Ces élèves lui auraient fait fumer du cannabis et boire de l'alcool. Une fois que tout le monde était « défoncé », MG aurait subi leur désir sexuel : « des garçons m'ont forcé à faire des choses. Je leur ai fait des fellations, et d'autres choses ».**

Elle dit aussi qu'on l'avait persuadée qu'en fumant du cannabis, elle oublierait tout : « pour eux, c'était de l'amusement : ils me faisaient fumer du cannabis, ils me disaient que j'oublierais tout ». Certains auraient même dit que c'était courant, habituel...

Le souvenir de ces scènes a été tout autre : « **quand je me rappelle de tout ça, je me sens triste, honteuse et sale.** »

Enfin, MG révèle que les **scènes sexuelles** auxquelles elle a participé ont été **filmées** à son insu et **divulguées au sein du collège**. Elle a subi du chantage et des vexations au sein de son entourage scolaire : elle a perdu toutes ses amies.

En raison de cet épisode d'ordre sexuel, MG ajoute qu'elle a déjà fugué du collège et qu'elle s'est retrouvée au poste de Gendarmerie.

Le traumatisme empire quand la rumeur s'étend : « Même les fils du voisin, ils s'amusaient à prendre ma main bien que je dise non », écrit-elle. Seul le changement d'adresse et de collège lui apporte la quiétude extérieure même si le remords intérieur perdure et s'amplifie.

Lors de l'hospitalisation, MG nous a finalement parlé en disant qu'elle n'acceptait pas son « agression » à l'âge de 12 ans.

Le 24/12/03, PA vient voir l'infirmière car il dit que **MG lui a révélé qu'elle avait été violée à l'âge de 12ans**. Selon lui, MG était d'accord pour qu'il en parle à l'équipe soignante. L'infirmière est allée voir MG : elle dit qu'elle est soulagée d'en avoir parlé à son petit ami. **MG a fait l'objet d'une TOURNANTE.**

3.4.2. Le rapport au corps :

3.4.2.1. Les troubles en rapport avec la sexualité :

La participation plus ou moins consentie à une tournante sous la pression de camarades plus âgés, les rapports subis en raison de la violence du partenaire actuel sont sans doute des raisons valables pour expliquer les difficultés de MG au sujet de sa sexualité.

Même si l'idée d'une surprotection de son corps en réaction à de tels traumatismes nous apparaît logique, **MG semble vivre sa sexualité de façon paradoxale :**

Comme nous avons pu le remarquer, elle prend des risques aussi bien vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles que vis-à-vis de la grossesse, multipliant les partenaires...

Et, malgré les informations qu'elle a reçues lors de la consultation au Centre de Planification Familiale, son comportement n'a guère changé.

Sans doute faut-il s'inspirer du **courrier émanant de la Psychologue** en fin d'hospitalisation qui mentionnait que le rapport au corps de MG restait problématique :

-Elle écrit que MG expose sa souffrance vécue à travers et dans son corps avec un effet de soulagement de ses tensions. Elle ajoute qu'un abord thérapeutique corporel eut été souhaitable...

-Lors de l'hospitalisation, la Psychologue a noté dans le dossier qu'à mesure que les démarches administratives entreprises par l'équipe médicale s'acheminaient, MG cherchait à investir de plus en plus le personnel comme si elle rejouait sa relation avec sa mère. La Psychologue remarquait que MG semblait mieux assumer ce qu'il en est d'être une fille.

3.4.2.2. Les scarifications :

MG nous indique très clairement que les scarifications qu'elle s'inflige sur le corps **ont débuté suite à son agression sexuelle en sixième.**

Elle raconte à l'infirmière d'Addictologie qu'elle a eu une **période d'hétéro agressivité initialement** mais que suite à des remarques de l'entourage, elle est **devenue auto agressive.**

La période des scarifications a débuté en même temps que l'usage du cannabis.

Au préalable, elle relate que le sport a eu de l'importance pour évacuer son mal-être...

MG dit que se scarifier **apaise sa colère** alors que se taper le long des murs est sans efficacité. Elle dit qu'elle aime se faire du mal ...que se scarifier est pour l'instant la seule solution qu'elle a trouvée pour diminuer son angoisse.

Elle reconnaît ainsi qu'**elle a des difficultés à s'exprimer** : quand elle perçoit des difficultés dans les rapports avec certaines personnes, elle a du mal à leur signifier franchement les difficultés qu'elle ressent. Elle dit qu'elle est soulagée quand elle se scarifie faute de pouvoir parler. Se scarifier est reconnu comme un mode d'alerte, de détresse à l'égard de ces personnes.

Il est arrivé que MG interpelle l'infirmière en disant qu'elle allait se scarifier : discuter avec elle peut faire retomber son état d'agitation anxieuse mais d'autres fois, le ton dépité, elle se présente à l'infirmière en disant qu'elle vient de se scarifier ; elle tend simplement ses bras pour qu'on lui soigne ses plaies.

En l'espace d'**un mois d'hospitalisation, MG s'est scarifiée six fois** sachant que le motif de sa seconde hospitalisation a été la réalisation de scarifications devant une amie qui a pris peur.

-La première fois, elle s'est présentée avec des lésions récentes apparaissant comme des brûlures en regard des deux avant-bras associées à des lésions anciennes.

-La seconde fois, elle s'en est prise à son ventre en réalisant trois bandes para ombilicales gauches de 1cm x 5cm et deux bandes para ombilicales droites.

-Une fois MG commençait à se masser les avant-bras ce que l'équipe infirmière a d'emblée identifié comme les prémices de nouvelles lésions : la prise de neuroleptique et la discussion ont permis l'apaisement de MG.

-Une troisième fois, elle s'est scarifiée le visage.

-La quatrième fois, elle s'est scarifiée au niveau de l'avant-bras gauche avec un crayon à bille carré.

-Cinquième épisode de scarification.

-Sixième épisode en exoriant les zones en voie de cicatrisation.

L'animatrice rapporte qu'un jour MG a demandé des ciseaux pour couper une fleur d'un bouquet que son père lui avait fait parvenir. L'animatrice a refusé de lui donner la paire de ciseaux ou du moins a proposé à MG de l'accompagner : immédiatement MG a protesté disant qu'elle en avait assez d'être surveillée, refusant de couper la fleur et voulant garder les ciseaux...

3.4.2.3. Les troubles de l'oralité :

On s'intéresse au rapport que MG a entretenu à la fois avec la nourriture et avec la prise des médicaments prescrits pour limiter l'angoisse :

Le 28/11/03 :

-Prescription d'EQUANIL 400 : un cet après-midi en raison des nouvelles scarifications.

-MG a recraché l'EQUANIL 400, ne pouvant l'avalier même écrasé et mélangé à de la compote.

-Arrêt de l' EQUANIL 400. Prescription ponctuelle de TERCIAN : XX gouttes dans du jus d'orange.

Le 01/12/03 :

-Prescription de TERCIAN : XXV gouttes le matin et XXX gouttes le soir en systématique.

- Prescription de LEPTICUR 10 mg : 1 le matin et 1 le soir en systématique.

-MG refuse de prendre ses gouttes de TERCIAN. MG a un comportement particulièrement détendu aux yeux de l'infirmière ; en fait, elle a pris du cannabis.

Le 02/12/03 :

-Prise de XXV gouttes supplémentaires de TERCIAN après discussion car MG est réveillée et elle commence à se masser les avant-bras ce qui augure d'éventuelles et nouvelles scarifications, comme l'équipe soignante a pu le remarquer précédemment.

-Prise du traitement habituel : MG refuse le LEPTICUR per os ; elle dit qu'elle ne peut avaler les comprimés. MG accepte de prendre le LEPTICUR sous forme buvable, mélangé à de l'eau et de la grenadine.

Le 03/12/03 :

-Modification du traitement : arrêt du LEPTICUR en comprimés au profit de l' ARTANE (0,5 ml le matin et 0,5ml le soir, sachant que 1 ml équivaut à XXXX gouttes ou à 4 mg) suite au refus manifeste du comprimé de LEPTICUR par MG.

-MG n'a rien mangé lors du dîner.

Le 04/12/03 :

-0h45 : MG ne dort pas ; elle est énervée. Appel du médecin de garde qui prescrit un ½ LEXOMIL, comprimé que MG refuse de prendre : MG dit qu'elle ne peut l'avalier. MG parle de ses problèmes et évoque son besoin actuel en cannabis.

-Modification du traitement par le Pédopsychiatre :

-LAROXYL : XXV gouttes le matin et le soir.

-TERCIAN : XXV gouttes le matin et le soir.

-Arrêt de l'ARTANE si absence d'effets extrapyramidaux.

Le 07/12/03 :

MG refuse son traitement à 21h00 puis accepte de prendre son traitement à 22h00 alors qu'elle était couchée ; elle s'endort aussitôt.

Le 09/12/03 :

MG ne prend pas de petit déjeuner mais prend son traitement.

Le 10/12/03 :

MG n'a pas mangé à midi : le repas ne lui plaisait pas. MG avait mangé des gâteaux apéritifs au préalable.

Le 11/12/03 :

-Suite à un entretien avec la Psychologue, MG dit éprouver « le manque » en lien avec la prise de cannabis ; elle demande à être aidée. On lui propose de discuter mais elle refuse dans un premier temps. Après maintes discussions, elle accepte de prendre un comprimé écrasé d'EQUANIL 400 mélangé à de la grenadine.

-Dans un but d'apaisement, on propose l'EQUANIL per os, ce que MG refuse. Quand on lui propose la voie injectable, MG nous montre ses bras comme si la piqûre se faisait en intraveineux. On rétorque à MG que l'on ne pique qu'en intramusculaire c'est-à-dire dans la fesse. Aussi MG dit préférer l'EQUANIL en comprimé et écrasé.

-Finalement, elle a pris son traitement habituel mais a refusé l'EQUANIL donné par l'infirmière.

Le 16/12/03 :

MG n'a rien mangé lors du dîner.

Le 17/12/03 :

-Modification du traitement en cas d'agitation :

-1°) On arrête l'EQUANIL prescrit initialement pour les cas d'agitation.

-2°) En cas d'agitation, on prescrit LXXX gouttes de TERCIAN per os, renouvelable une fois par 24 heures.

En cas de renouvellement du TERCIAN, on associe de l'ARTANE soit 0,5 ml le matin et 0,5 ml le soir (40 gouttes = 4 mg = 1 ml).

-3°) En cas d'agitation persistante malgré le TERCIAN, on laisse la consigne à l'équipe soignante d'appeler le service des Urgences en aide; on propose une contention mécanique associée à l'injection intramusculaire de LOXAPAC (3 ampoules).

Selon l'évolution, on adresse ou pas la patiente dans un service de Psychiatrie pour Adultes.

-On poursuit le traitement habituel :

-LAROXYL : XXV gouttes le matin et le soir.

-TERCIAN : XXV gouttes le matin et le soir.

-MG s'est levée très tard et elle n'est pas venue prendre son petit déjeuner.

-Son traitement a été donné mais elle l'a jeté dans l'évier.

Le 18/12/03 :

MG a recraché son traitement à midi et a refusé son traitement le soir.

Le 19/12/03 :

MG n'a pas voulu dîner.

Le 20/12/03 :

MG refuse son traitement le matin mais elle le prend le soir sans difficulté.

Le 24/12/03 :

MG n'a pas voulu ni de petit déjeuner ni de déjeuner. Elle a refusé également le dîner. MG a des jus de fruit dans sa chambre.

Le 25/12/03 :

MG a refusé de prendre son petit déjeuner, son déjeuner et son dîner. En revanche, elle a grignoté ses chocolats. L'infirmière pose les questions suivantes : s'agit-il d'un comportement anorexique ? Ou bien en rapport avec les effets secondaires du traitement ?

Le 26/12/03 :

MG n'a pas voulu dîner ; elle dit qu'elle a déjà déjeuné pour faire plaisir.

Le 31/12/03 :

MG refuse de déjeuner et de dîner.

Lors de sa seconde hospitalisation du 03 au 08/03/04 en Pédiatrie, MG parle aux infirmières en disant qu'elle n'a rien mangé la veille et que de temps en temps sa mâchoire se bloque.

Dans les suites immédiates de sa tentative d'autolyse avec un mélange dilué de LAROXYL et de TERCIAN, MG est venue se plaindre auprès des infirmières en disant seulement que sa langue la brûlait et ne cessant de tirer la langue.

Quand on regarde **les mentions légales du VIDAL**, seule est mentionnée **la sécheresse buccale** et **non la brûlure**. Enfin cet effet secondaire n'est souvent pas immédiat après la prise du produit.

On remarque que MG a tendance à toujours écarter les comprimés solides au profit des liquides sans que soit incriminé tel ou tel médicament. On constate que le choix est délibéré avant tout essai de principe.

Le **rapport au médicament est subversif quand on considère le mode de l'autolyse** ; il apparaît même imaginé si l'on remarque le décalage entre ce qui est ressenti par MG et les effets secondaires connus.

Le sens de l'Oralité au travers du développement du goût, de l'appréciation de la texture apparaît non pas vécu mais irréel.

Pire, l'objet que MG doit avaler est détourné de son sens commun : le médicament devient poison. L'objet est subverti dans sa fonction.

Vomir ou rejeter, c'est refuser la fonction de l'objet à avaler.

Doit-on parler de troubles en lien avec le stade oral ?

3.4.3. Le lien maternel :

3.4.3.1. Que pense MG au sujet de sa mère ?

Quel secret n'a-t-elle jamais dit à sa mère ?

MG nous a dit que sa mère n'a jamais été informée de la raison des scarifications : MG n'a jamais pu lui dire.

Elle écrit : « Je n'osais pas voir ma mère : je me voyais mal aller lui dire ce qui se passait quand j'allais [à mon ancien collègue] », en parlant de ce qu'elle appelle « l'agression sexuelle ».

Lors de l'hospitalisation et A LA DEMANDE DE L'ADOLESCENTE, LA MERE N'A PAS ETE TENUE AU COURANT DE LA TOURNANTE.

De quelles projections MG nous fait-t-elle part concernant sa mère ?

Elle a le sentiment que sa mère semble considérer davantage sa grande sœur qu'elle-même.

Elle pense que c'est par peur d'un retrait par le juge de ses petits frères et soeurs que sa mère se déplacerait à toute convocation qui lui serait adressée et, non pour elle.

Quels reproches MG énonce-t-elle vis-à-vis de sa mère ?

MG aurait confié à l'assistante sociale que sa mère ne la comprenait pas, ne s'occupait pas d'elle. Elle ajoute que sa mère réagit peu devant ses difficultés et qu'elle est complice puisque MG a déjà signé ses bulletins scolaires à la place de sa mère qui est au courant et qui la laisse faire malgré ses mauvais résultats.

MG dit se sentir rejetée, incomprise par sa mère.

Elle se sent délaissée par sa mère et se dit livrée à elle-même. Lors de l'hospitalisation, elle nous dit que ses copines trouvaient qu'elle « avait bien de la chance » car sa mère lui laissait tout faire, en particulier les « bêtises »...

MG a déclaré dans le service que sa mère ne s'est jamais occupée d'elle, n'a jamais réagi à ses problèmes et qu'elle connaissait ses scarifications sans rien faire.

Elle n'accepte pas que sa mère ne lui ait pas prêté attention lorsqu'elle se scarifiait.

Suite à son agression sexuelle, MG nous explique qu'elle a déjà fugué à cause des brimades des autres collégiens. Elle s'est retrouvée au poste de Police : quand sa mère est venue la chercher, elle dit que sa mère ne lui a jamais demandé le motif de cette fugue. MG en parle comme si sa mère présentait un désintéret à son égard.

Selon une même logique, elle écrit, au sujet des scarifications : « Ça me rend malheureuse et énervée quand j'ai appris que tu avais dit que tu n'avais rien vu. »

Lors de la seconde hospitalisation, MG raconte à l'infirmière les modifications survenues au domicile maternel : MG raconte qu'elle est revenue il y a 15 jours de chez son frère qui vit dans la région Rhône-Alpes. Elle dit que sa mère lui a énoncé des limites depuis son retour dans la maison maternelle. Mais sa mère ne lui inflige aucune sanction en cas de dépassement de ces limites.

Elle dit que rien n'a changé, qu'elle est complètement déscolarisée.

Elle dit qu'elle ne veut pas aller chez son père ou chez son frère. Elle ajoute qu'elle n'est pourtant pas bien chez sa mère.

Quelle information péjorative a-t-on transmis à MG ?

MG nous révèle que sa grand-mère lui aurait dit que sa mère attendait la naissance de MG pour percevoir les allocations familiales.

Quelles accusations MG formule-t-elle à l'égard de sa mère ?

MG nous a laissé des écrits à deux reprises :

- « Ma mère dans cette histoire m'a fait souffrir! Elle n'a pas voulu voir mes traces (c'est-à-dire les scarifications) et en plus elle dit qu'elle n'a rien vu ! »
- « Ça m'énerve parce que ma mère dit qu'elle n'a rien vu alors que c'est faux ; je ne dis pas qu'elle a tout vu mais presque... Même ma sœur, elle savait que je me faisais des scarifications et, personne n'a bougé. Cela ne les a même pas interpellées alors que les premières scarifications que je me suis faite, c'était à l'âge de 12 ans ! Alors qu'elle ne vienne pas dire qu'elle n'a rien vu, car cela n'est pas vrai... »

MG ajoute qu'à l'époque, elle montrait ses scarifications à sa mère demandant une aide auprès d'un tiers, type Psychologue ou Médecin. Elle aurait réitéré sa demande auprès de sa mère plusieurs fois au fil des années. Selon MG, la demande d'aide auprès de la mère a toujours été refusée par cette dernière avec une banalisation des lésions corporelles.

Quel questionnement anime MG envers sa mère ?

MG écrit aussi :

« Pourquoi ma mère est-elle comme ça ? »

MG accorde-t-elle le bénéfice du doute à sa mère ?

« Enfin je crois que si ma mère réagit comme ça, c'est qu'il doit bien exister une raison. Ce qu'elle n'a pas compris, c'est que toutes les « conneries » que j'ai pu faire, c'était pour qu'elle me remarque. »

MG exprime-t-elle un sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'attitude de sa mère ?

« Tout est de ma faute par rapport à ma mère. »

Perçoit-on des regrets dans les propos de MG ?

« J'aurais tant voulu qu'à l'époque ma mère me parle. »

S'agit-il d'une blessure narcissique ?

« Maintenant elle veut me tendre la main : certainement pas, pas après 4 ans ! Elle aurait dû le faire quand j'avais 12 ans surtout que je montrais mes scarifications. Si tu avais de la considération pour moi, tu m'aurais écrit. Pas même un petit mot.»

Quelle attente MG espérait-elle au sujet de sa mère ?

Elle dit rechercher une réaction chez sa mère: « Je voudrais qu'elle reconnaisse ses torts ».

Elle aurait voulu que sa mère lui écrive, la considère.

« C'est trop tard ou alors trop tôt ».

Quels sentiments animent MG à l'égard de sa mère ?

Elle exprime sa hantise de rentrer chez sa mère et son désir de rester dans le service de Pédiatrie.

Elle dit qu'elle a très peur de voir sa mère.

«J'ai peur de la réaction de ma mère.

Je ne sais pas quoi faire, je suis perdue dans ma tête.»

« J'ai peur de voir ma mère, de tout lui dire alors que je n'ai jamais parlé avec ma mère », dit MG à une infirmière.

Qu'est-ce que MG refuse ?

Concernant son agression sexuelle, MG nous fait part d'un sentiment profond de honte ; elle dit qu'elle refuse d'en parler à ses parents ou à toute autre personne. Elle ajoute qu'elle ne s'imagine pas le dire à sa mère.

MG dit à plusieurs reprises qu'elle ne veut pas voir sa mère.

Cela se traduit dans les actes :

-Suite à un appel de la mère dans le service, MG refuse de parler à sa mère. Aussitôt après le coup de téléphone, MG fait de nouveau une crise d'agitation, ce qu'elle appelle un « malaise ».

-Un jour elle se scarifie dans le service puis va voir l'infirmière. Elle lui donne comme explication qu'elle ne veut pas voir sa mère demain.

- Une discussion a eu lieu entre le médecin senior et MG concernant la venue de sa mère: elle exprime son refus de voir sa mère et menace de partir du service.

On décide de lui enlever ses chaussures (celles-ci lui seront redonnées en fin de matinée). En attendant, MG refuse toute activité dans le service.

Lorsqu'un entretien est établi au sein du service en présence du Pédopsychiatre , MG refuse de voir sa mère de sorte que l'entretien a lieu en tête à tête avec le Pédopsychiatre.

3.4.3.2. Que pense la mère au sujet de MG ?

Depuis le début de l'année scolaire, l'assistante sociale du collège, nous a précisé que l'adolescente avait été convoquée en raison d'un absentéisme chronique.

Puis l'assistante sociale souligne avoir rencontré la mère de MG : lors de ce premier entretien, celle-ci semblait être à l'écoute, conciliante et désireuse d'aider MG.

La mère a reconnu qu'il existait un conflit entre elle et sa fille, conflit exacerbé au moindre questionnement au sujet des activités de MG en dehors du domicile familial. Elle a ajouté que MG était intolérante à toute contrainte.

3.4.3.3. Comment l'équipe soignante perçoit-elle la mère ?

Elle nous semble **physiquement présente** mais **démissionnaire dans son rôle de mère**.

Initialement, la mère semble **fuir le soin** :

Lors de l'entretien impromptu survenu au collège entre la mère et l'assistante sociale, celle-ci propose une mesure éducative apparemment différée par la mère.

Suite à cet entretien, l'assistante sociale pensait qu'un travail serait néanmoins possible avec l'adolescente mais elle a bien constaté que tous les courriers et messages laissés sur le répondeur familial fixant une nouvelle rencontre, un rendez-vous n'ont pas abouti.

C'est l'assistante sociale et l'infirmière scolaire qui ont amené MG à consulter la Psychologue du service de Pédiatrie. Devant les troubles présentés par MG, le médecin senior lui propose une hospitalisation.

La mère signe l'autorisation des soins.

Au cours de l'hospitalisation :

MG nous a révélé avoir fugué du logement de sa mère et s'être réfugiée chez son petit ami environ 10 jours lors du mois précédant l'hospitalisation. Lors d'un entretien, la mère de MG nous dit, contrairement à sa fille, que le départ du foyer n'était pas une fugue.

La mère argumente en disant qu'elle savait où était l'adolescente. Elle ajoute avoir récupéré sa fille en menaçant la mère du petit ami d'appeler la Police. En attendant, MG est restée déscolarisée pendant au moins 10 jours ...

Par ailleurs, quand on lui parle de la relation qu'entretiennent MG et PA, la mère dit qu'elle était au courant du passé du petit ami de MG. Elle ajoute qu'elle avait interdit à ce jeune homme de voir sa fille mais celle-ci le voyait en cachette...

Lors de l'hospitalisation, la mère de MG a appelé très fréquemment mais, devant le refus de MG de lui parler, elle n'a eu que des nouvelles indirectes par l'équipe médicale. Jamais elle ne s'est imposée pour voir sa fille.

C'est la mère qui s'est occupée du lavage du linge ou d'apporter les affaires que MG réclamait sans jamais la voir dans le service, toujours à sa demande. Elle déposait les paquets aux Urgences...

Les jours précédents les fêtes de fin d'année, l'équipe soignante a reçu un appel de la mère de PA. Elle proposait d'accueillir MG pour le réveillon, chez elle. En raison de l'autorité parentale, l'équipe s'enquière de l'autorisation ou non que la mère de MG pourrait donner. Lorsque la mère appelle et lorsqu'on lui signifie la proposition concernant les festivités, la mère reste silencieuse et dit qu'elle rappellera plus tard...

Suite à l'**entrevue entre le juge et la mère** survenue le 05/01/04, celle-ci vient récupérer sa fille dans le service de Pédiatrie : elle **met donc fin aux soins**. MG pleure et l'équipe soignante lui signifie que le service de Pédiatrie lui reste ouvert.

Lors de la **seconde hospitalisation en mars 2004**, le médecin senior confirme que MG peut recevoir des appels téléphoniques de son père et de sa belle-mère. En revanche à la demande de MG, la rupture avec sa mère est décidée.

Suite à la tentative de suicide dans le service au cours de cette seconde hospitalisation, une consultation réunissant le père et la mère de MG a lieu. Il est dressé un tableau plutôt sombre de la situation de sorte que la mère s'en va ne pouvant supporter...

Lors du **transfert en Psychiatrie** rendu nécessaire par l'inadaptation de la Pédiatrie à un tel niveau de surveillance et de sécurité, les parents sont contactés.

Le père adresse un fax signifiant qu'il est d'accord pour ce type de prise en charge en Psychiatrie pour Adultes. La mère nous contacte et on convient d'un entretien en début d'après-midi. Le médecin lui explique la prise en charge et la mère donne son accord écrit.

3.4.3.4. Comment la Psychologue perçoit-elle le lien mère fille ?

Lors de la première hospitalisation, la Psychologue écrit : « Menacée de partir en foyer, MG cherche à investir le personnel du service... Sans doute rejoue-t-elle ici quelque chose des relations avec sa mère. Elle semble plus dans la question d'assumer ce qu'il en est d'être une fille... Peut-être va-t-elle en venir à accepter l'idée d'un contact avec sa mère.

Le rapport à son corps de jeune fille est très problématique comme l'est le rapport à sa mère qui serait plus complice de sa soeur et indifférente à son sort. MG a opposé un refus catégorique aux propositions de l'équipe de rencontrer sa mère. »

Lors de sa deuxième hospitalisation, la Psychologue a juste aperçu MG dans le couloir. MG l'interpelle alors ainsi "depuis que je suis revenue chez ma mère, je pensais toujours à revenir vous voir".

3.4.4. La famille recomposée :

Composition de la famille maternelle où vit MG actuellement :

-D'une **première union**, la mère de MG a eu un fils soit le demi-frère de MG : il a 22 ans. Quelle est l'activité de ce demi-frère ? MG ne sait pas.

-D'une **seconde union**, la mère de MG a eu une fille soit la demi-sœur de MG : elle a 18 ans. Quelle est l'activité de cette demi-soeur ? MG ne sait pas.
Le père de cette demi-sœur est décédé.

-D'une **troisième union**, MG est née le --/11/87. Elle a actuellement 16 ans.

-MG a un frère qui a 12 ans et qui est scolarisé en 6^{ième}.

-Le père est originaire d'Algérie. Il est légionnaire en mission à l'étranger jusqu'à fin janvier.

-Actuellement les parents de MG sont divorcés depuis 10 ans.

-D'une **quatrième union**, la mère de MG a eu trois fils soit trois demi-frères âgés de 3, 5, et 8 ans. Ils sont en Primaire.

Leur père est l'actuel beau-père de MG.

La mère est sans profession et originaire de Marseille. Son adresse est également celle de MG.

Lorsque le médecin interroge MG concernant l'ambiance familiale, MG décrit son **beau-père** comme quelqu'un de **violent** en particulier quand il a bu. Elle dit qu'il aurait menacé sa mère et le reste de sa famille. MG rapporte qu'un jour son beau-père l'aurait menacée mais la mère se serait interposée.

MG confirme ses dires auprès de l'animatrice du service en décrivant de la violence à la maison surtout quand son beau-père est « bourré ». Elle dit qu'il menace sa mère.

MG se remémore la connaissance de son beau-père de la façon suivante : « Quand Papa a quitté la maison, mon père m'a dit qu'un monsieur allait venir aider Maman. Je ne savais pas que ce serait mon beau-père. »

3.5. Le temps de l'hospitalisation : confirmation sémiologique et diagnostic :

3.5.1. Etat d'agitation ou manifestations anxieuses à médiation corporelle :

Le 28/11/03 : l'équipe médicale constate **un état d'agitation avec crise de spasmophilie associée à de l'angoisse** : on parle de crise d'hyperventilation, MG étant assise sur son lit, la tête posée sur les genoux et enserrée par ses mains. Elle présente des hochements répétitifs de la tête et un balancement du corps. Elle décrit des fourmillements au niveau des extrémités des membres. Elle refuse tout dialogue initialement tout comme la prise de médicaments. Elle dit qu'elle aime se faire du mal...

MG finit par se calmer en notre présence.

Le 29/11/03 :

On constate un **nouvel épisode d'agitation** dans la chambre : MG s'énerve ; elle dit qu'elle a besoin de bouger.

Un entretien a lieu entre MG et le médecin senior qui préconise la prise de LXXX gouttes de TERCIAN. MG a pris son traitement ; elle s'est calmée et est allée fumer en accord avec le médecin senior. Au final la patiente est apaisée après sa cigarette et a dormi au cours de la matinée.

Le 03/12/03 :

-00h45 : MG ne dort pas ; elle est énervée. Le médecin de garde est appelé : il prescrit un ½ LEXOMIL, comprimé que MG refuse de prendre : MG dit qu'elle ne peut l'avaler. MG parle de ses problèmes et **évoque son besoin actuel en cannabis** expliquant qu'elle fumait trois joints avant son départ à l'école et, en l'absence de cannabis, elle consommait de l'alcool.

-Aux environs d'01h30, l'infirmière conseille à MG d'aller se coucher mais MG se met à trembler : elle demande si elle peut aller fumer une cigarette pour se calmer. L'aide soignante l'accompagne.

Le 05/12/03 :

-Après la visite de ses copains, MG a présenté une **grosse crise d'agitation** à midi. Elle dit qu'elle **veut se faire du mal**. Une discussion a lieu entre l'infirmière et MG : l'énervement retombe.

Le 25/12/03 :

-MG semble triste ; elle ne sait pas quoi faire d'elle et elle reste dans sa chambre.

-L'infirmière constate que MG présente de légers tremblements : elle le signale au médecin senior.

3.5.2. Manœuvres libératoires – le corps comme exutoire :

Le 30/11/03 :

-13h00 : MG s'énerve et s'angoisse à nouveau ; en accord avec le médecin senior, MG reçoit LXXX gouttes de TERCIAN.

L'équipe infirmière assiste à un accès d'agitation plus violent que les fois précédentes : **MG se tape les mains et les poings sur les murs**. L'équipe infirmière est aidée par deux infirmiers venus du service des urgences pour permettre **une contention mécanique**. La crise a duré au total 15 à 20 minutes.

Le 02/12/03 : En soirée, MG s'est à nouveau **fait volontairement mal au niveau de la main** ; elle en informe l'équipe soignante.

Le 11/12/03 :

MG prévient qu'elle a tapé avec **le tranchant de sa main droite contre le mur**. Elle se plaint d'une douleur au niveau du 5^{ème} doigt et sur la face dorsale de la main.

Application de NIFLURIL GEL localement associé à des glaçons. L'infirmière adresse l'adolescente aux Urgences : la radiographie ne retrouve pas de lésion osseuse. On parle d'œdème et d'hématome uniquement. Prescription d'antalgique si nécessaire.

Le 16/12/03 : MG revient mécontente après une séance de ménage avec l'animatrice : elle s'est donné **un coup de poing de la main droite dans le mur**. On applique de la glace.

On rappelle que MG s'est mutilée au niveau du corps à de nombreuses reprises comme pour exhorter sa souffrance psychique...

On peut même se demander si elle n'aurait pas essayé d'amadouer la vigilance du personnel soignant pour parvenir à sa triste finalité : Le 04/12/03, MG a demandé des ciseaux pour couper une fleur dans sa chambre. L'animatrice l'accompagne et MG « râle » en prétextant qu'elle en a assez d'être surveillée. Aussi MG refuse de couper la fleur mais veut garder les ciseaux. L'animatrice refuse. MG « râle » à notre sujet. Voulait-elle se procurer un nouvel outil afin de se scarifier ?

3.5.3. Transgressions et limites réglementaires :

Le 23/12/03, lors du dîner, MG est recadrée par l'infirmière en raison de sa conduite de l'après-midi : en effet MG ne cache pas qu'elle a **bu des boissons alcoolisées** et qu'elle a largement **fumé**. Son passage au fumoir et dans le service des Urgences a été particulièrement remarqué ; MG est raccompagnée par le médecin des Urgences en Pédiatrie.

Le 18/12/03, MG a eu beaucoup de visites dans l'après-midi : une bataille d'eau a eu lieu au sein du groupe avec les bouteilles du service. L'animatrice a demandé à MG de ramasser les bouteilles et elle lui a indiqué qu'il ne faudrait pas recommencer sous peine de voir les visites supprimées. MG s'est excusée.

Le 02/01/04 : MG « râle » à l'idée de ranger la salle pour les adolescents cependant elle veut bien nettoyer sa chambre.

L'animatrice nettoie la salle et fait remarquer à MG que la salle est dans un état repoussant de saleté en dénombrant des bouteilles de bière, des mégots de cigarettes. Le règlement est

rappelé à MG. Elle accepte les remarques sans rechigner ; elle fait le ménage de sa chambre et change les draps.

3.5.4. La fuite en avant : l'errance et la fugue :

3.5.4.1. L'errance :

Le 02/12/03, MG exprime son refus de participer à l'atelier d'arts plastiques : elle dit qu'elle a envie de ne rien faire. Elle dit ne pas avoir de désir.

Le 04/12/03, MG refuse toute activité.

Le 12/12/03, MG refuse de participer à des activités (sports ou loisirs) : elle dit qu'elle sera seule avec un membre de l'équipe soignante et que cela ne l'intéresse pas. Sa volonté est de se retrouver avec ses copains et de rencontrer des gens.

Le 06/12/03, MG avoue que son petit ami lui a fourni du cannabis et qu'elle en a consommé ce jour.

L'infirmière lui a reparlé du contrat de soin, de la loi. Il a été demandé à MG de réfléchir à d'autres moyens qu'elle pourrait trouver pour se calmer. Il lui a été dit que notre tolérance avait ses limites...(réglementaires).

Globalement, le cannabis apparaît comme un exutoire à l'angoisse qui tarade MG mais aussi comme un anesthésiant annihilant tout désir et empêchant tout investissement psychique...

3.5.4.2. La fugue :

Le 04/12/03, MG dit qu'elle a déjà fugué du collège, suite à son agression sexuelle : elle se rappelle s'être retrouvée au poste de Gendarmerie et raconte que sa mère est venue la chercher sans jamais rien lui demander.

Le 08/12/03, une discussion a eu lieu entre le médecin senior et MG concernant la venue de sa mère le lendemain : **MG refuse de voir sa mère et elle menace de partir du service.** Il est décidé de lui enlever ses chaussures (celles-ci lui seront rendues en fin de matinée). En attendant, MG refuse toute activité.

Le 11/12/03, MG nous signale qu'elle va fuguer pour se procurer du cannabis : elle dit éprouver un « manque ». Elle veut se sentir détendue et ne plus percevoir sa détresse.

Le 16/12/03, MG menace de fuguer. **Elle est en désaccord avec l'équipe soignante qui vient de proposer la solution d'un foyer.**

Le 17/12/03 :

-16h00 : Premier épisode où **MG fugue.** L'administration, la gendarmerie, et la mère ont été mises au courant.

L'énoncé suivant a été adressé par fax à la gendarmerie :

« MG, née le --/11/87. Jeune fille brune, cheveux mi-longs, taille 1,60m, cicatrice sur la joue, en tenue de sport : blouson bleu marine, jogging et baskets.
Fugue aux environs de 16h00. Aperçue vers le collège à 16h10.
Hospitalisée dans notre service depuis le 27/11/03.
Risque pour elle-même.

Pourrait être accompagnée par un jeune homme d'environ 20 ans. »

MG rentre spontanément dans le service à 18h00, le visage abîmé par de **nouvelles scarifications**. L'équipe soignante essaye de discuter avec MG. Elle s'est enfermée dans la salle de bain ; elle pleure puis **renverse tout le mobilier**.

MG fugue à nouveau à 19h00. On essaye de l'immobiliser, en vain.

Elle est de retour dans le service à 20h00 accompagnée par son petit ami. Celui-ci reste dormir pour la nuit comme accompagnant puisqu'il semble temporiser l'agitation de MG.

3.5.5. La thymie :

Lors de sa première admission dans le service, on explore les troubles de la thymie :

Elle dit ressentir de la nervosité quand elle est en famille ou quand elle est en présence de son petit ami âgé de 20 ans. Elle dit se sentir mieux au sein du collège et percevoir une angoisse à l'idée de rentrer chez elle. Elle se plaint d'avoir des idées de déprime sans préciser.

Quand on lui demande si elle eu des envies de pleurer, elle reste sans réponse. A-t-elle eu **des idées suicidaires ?** Elle dit qu'elle en a eu, parfois. Elle a déjà procédé à des mélanges de « substances » (sans préciser) pour oublier ; ce n'étaient pas des médicaments.

Quand on lui demande quel projet elle envisage pour l'avenir, elle répond qu'elle voulait être pompier, faire du social, aider les autres mais elle ajoute qu'elle ne pense pas être suffisamment intelligente pour y parvenir... Elle a déjà fait des démarches au C. I. O. pour son orientation sans un réel bénéfice selon elle.

Les infirmières font état d'**une grande tristesse** de MG. Quelque fois est associé un sentiment de révolte quand MG dit que « l'on se fout d'elle », que l'on ne s'occupe pas d'elle. Elle attendait beaucoup de l'hospitalisation...

En raison de ses troubles du comportement qu'il s'agisse des automutilations ou bien des conduites d'errance et de fugue, il a été nécessaire de mettre en place des **mesures de prévention du risque suicidaire** en particulier de verrouiller les fenêtres de la chambre de MG située au premier étage.

MG apparaît donc déprimée ; elle bénéficie d'une prise en charge par une Psychologue et **d'un traitement antidépresseur prescrit par le Pédopsychiatre dépendant du C. M. P. de secteur**. Il a modifié le traitement en introduisant un antidépresseur sédatif et anxiolytique :

-LAROXYL : XXV gouttes le matin et le soir.

-TERCIAN : XXV gouttes le matin et le soir.

Quand MG parle, elle regarde régulièrement ses chaussures même après un mois d'alliance thérapeutique Médecin malade. Elle a refusé toute prise en charge ou sortie même d'ordre ludique proposée par l'animatrice du service : elle est dépressive et honteuse.

Elle est en grande difficulté scolaire. Néanmoins elle a réussi à exprimer sur un mode quasi phonétique ses angoisses, ses craintes, son questionnement au travers de petits mots que l'on devait lire en dehors de sa présence tellement les sentiments de honte et de désespoir l'animent.

En particulier, on peut lire à travers **les quelques textes qu'elle nous a laissés** autour de son traumatisme sexuel:

« ...Quand je me rappelle de tout ça, je me sens triste, honteuse et sale. J'ai passé trop de mauvais moments. Maintenant je sais ce que sont l'angoisse, la peur, le stress, la colère, et l'envie suicidaire. J'aimerais bien mourir, ou retourner très loin dans le passé, et tout recommencer depuis le début... »

« ...Cela fait 4 ans mais je n'oublie pas : je m'endors avec ça, je me lève avec ça, ça me fait mal ! Je crois que je n'arriverai jamais à m'en sortir. Je ne sais pas comment faire. ! Je suis sale dans ma tête. Comment faire pour arrêter tout cela ! Je ne sais plus si c'est de ma faute ou le contraire ; je ne sais plus ; j'ai trop de choses dans ma tête. J'ai peur ; je ne sais plus : tout ce que je sais, c'est que ça ne va pas du tout dans ma tête. J'en ai marre d'être mal. Je crois que malheureusement je vais vivre toute ma vie comme ça.

Je suis là mais j'ai l'impression que personne ne me voit... »

3.5.6. Le lien paternel :

Les parents de MG sont divorcés depuis 10 ans.

Au sujet de la séparation concernant ses parents, MG s'est confiée à l'animatrice du service :
« Quand papa a quitté la maison, mon père m'a dit qu'un monsieur allait venir aider maman. Je ne savais pas que ce serait mon beau-père.

Mon père voulait nous garder ; ça c'est fini à la police...

J'aimerais vivre avec mon père : je l'aime bien mais je ne le connais pas. »

Le père de MG est légionnaire en mission à l'étranger jusqu'à fin janvier. Le service de Pédiatrie ayant pris contact avec lui, il nous a bien signifié que **pour des raisons professionnelles, il ne pouvait pas revenir en Métropole jusque fin janvier 2004.**

Le père de MG a régulièrement pris des nouvelles de MG par téléphone. Les seuls contacts possibles lors du séjour de MG en Pédiatrie ont été téléphoniques.

MG a reçu un bouquet de fleurs de la part de son père, à distance. Elle semblait apprécier car elle souriait.

Lorsqu'elle écrit, elle s'exprime ainsi : « Et mon père me manque car je l'aime ! Papa tu me manques beaucoup ; ça fait mal de ne pas t'avoir. »

3.6. Le diagnostic de Maltraitance par carence :

Il comporte des données recueillies lors de la rencontre entre la grand-mère maternelle décrivant l'éducation de l'enfant et l'équipe soignante.

On évoque une Maltraitance du milieu familial en raison du lien qui unit la mère de MG et sa fille : on parle de Maltraitance par carence affective et éducative associée à une carence de soins.

Au-delà du traumatisme sexuel subi par MG en classe de sixième, on peut se demander pourquoi elle a accepté de participer à de telles scènes. Se pose alors **la question de l'apprentissage de l'interdit ?**

On retrouve quelques éléments anamnestiques en faveur d'une Maltraitance par carence plus ancienne à cet épisode sexuel traumatisant pour MG. Il s'agit de la différence de considération dont MG a toujours fait part au sujet de la relation qui lie sa mère et sa sœur aînée. Un autre élément vient corroborer cette idée quand MG nous relate que sa grand-mère lui aurait dit que la mère de MG attendait un nouvel enfant, en l'occurrence MG, en lien avec la perception des allocations familiales. Elle remet en cause le lien unissant l'enfant et sa mère.

Enfin, on a fait état de troubles de l'oralité lors de l'hospitalisation ce qui semble accréditer la pathologie ancienne du lien mère fille.

On note dans l'attitude de la mère une certaine impassibilité à l'égard de sa fille ne demandant jamais à voir sa fille pendant plus d'un mois d'hospitalisation ...La mère n'a jamais passé outre l'injonction de sa fille qui refusait de la voir.

[1] Quand on analyse les propos de MG selon l'article de Catherine EPELBAUM, on perçoit surtout **une inconséquence et une instabilité du cadre parental avec une dédifférenciation du lien parent/enfant** en particulier dans la difficulté pour la mère de jouer son rôle : elle fait signer les carnets de notes par sa fille ; elle ne peut lui imposer des limites en lien avec ses comportements au domicile, à l'école ou en lien avec sa relation amoureuse.

Le lien parental est d'autant plus symbolique que la mère l'a voulu unique : l'adolescente nous a affirmé que son père n'exerce pas l'autorité parentale. Ces allégations ont été confirmées par la mère lors d'un entretien dans le service de Pédiatrie. Lors de la procédure judiciaire, le Juge infirmera cette proposition dévalorisant la position préminente de la mère.

On souligne que lors des premiers entretiens, l'équipe médicale a demandé à la mère qu'elle nous fasse parvenir le jugement de divorce : elle ne s'est jamais exécuté.

Enfin, les grands-parents paternels nous ont indiqué qu'ils avaient intenté un procès à l'égard de la mère afin d'obtenir un droit de visite de leur petite fille : ils auraient eu gain de cause...

L'adolescente est **déscolarisée** et présente des troubles tels que **fugues, conduites addictives** (alcool et cannabis), **tentative de suicide** (très clairement lors de la seconde hospitalisation et précédemment lors d'épisodes plus masqués : MG dit qu'elle mélangeait des substances sans parler de suicide...).

MG fait état de troubles avec des faits de **délinquance** (vol) ; elle fait part d'une ancienne **hétéro agressivité** vis-à-vis de son entourage familial. Devant la protestation de celui-ci, elle devient auto agressive : c'est le début des scarifications.

Les **scarifications** sont le stigmate de la Maltraitance par carence de soin de la mère.

Au-delà de la suspicion ou du sentiment de culpabilité que peuvent engendrer de telles marques cutanées, la mère aurait dû consulter, demander une aide. MG dit bien qu'elle a obstinément écarté sa mère vis-à-vis de la raison de ses lésions mais qu'elle lui avait montré ces lésions en demandant une aide. La réponse a été le refus, la banalisation et l'indifférence.

On peut parler d'un cas de **Maltraitance psychologique mais non volontaire** dans le sens où la mère n'a pas manifesté de la cruauté mentale. L'état d'esprit qui caractérise la mère s'apparente davantage au registre de l'incompréhension et du refus de considérer les problèmes car, à l'inverse de MG très culpabilisée, sa mère n'a jamais su le pourquoi des scarifications.

Lors de sa seconde hospitalisation, MG fera le constat de la minimisation voire du déni de ses troubles par son entourage apportant une dimension dévalorisante et marginalisant MG :

-« MG nous répète que ses frères, ses sœurs, son beau-père et sa mère disent qu'elle est égoïste, qu'elle ne pense qu'à elle. »

-Selon MG, ils disent aussi que ses scarifications ne signifient rien ; ils banalisent en disant qu'il s'agit d'une comédie.

-MG ajoute que puisqu'ils ne veulent pas reconnaître son mal, la prochaine fois, elle finira par « prendre un couteau » et elle « s'éventrera devant eux... »

Lors de l'hospitalisation, on a constaté que, même si la mère a toujours su préserver sa dignité, elle nous a semblé dans la difficulté en mentionnant le conflit relationnel et éducatif entre elle et sa fille...

Au-delà des troubles sexuels avec prise de risque et déni de sa féminité autour du corps et du risque potentiel de grossesse, le profil psychologique de MG s'apparente au registre des **pathologies limites** comportant une **dépression narcissique** avec **une baisse de l'estime de soi** entraînant potentiellement un risque de tentative de suicide ; sont associés à ces éléments des **comportements antisociaux** avec négation de la règle établie, transgression des limites et impossibilité d'établir une continuité dans les activités entreprises. **L'errance et la fuite** sont des modes de l'action, porte ouverte au mode impulsif et aux pathologies de l'agir.

La crise anxieuse est difficile à canaliser : elle est vécue avec force et démonstration. Le corps est un mode d'expression que la force psychique n'arrive pas ou peu à contrôler.

La dualité entre le corps et l'esprit est prédominante dans la problématique dont fait état MG. Le traumatisme en rapport avec l'évènement sexuel et le défaut de soin apporté par la mère a induit une hyperréactivité psychique chez MG initialement. MG dit bien qu'elle s'investissait à fond dans le sport comme pour évacuer...

Comme les milieux scolaire et familial étaient hostiles, MG a été secondairement incapable de faire face à ce traumatisme.

En rapport avec la souffrance ressentie qu'elle soit psychique ou physique, le **cannabis** a été un exutoire. A défaut de l'anesthésiant cannabique, l'angoisse est évacuée au travers du corps et des scarifications. Le traumatisme et les conduites addictives annihilent l'investissement psychique avec pour conséquence le désintérêt scolaire, l'absence de désir ou la recherche du plaisir immédiat (le joint cannabique) au profit de pathologies de l'agir. L'incapacité à promouvoir une quelconque résilience est évidente et mal vécue : MG attend de l'hospitalisation une amélioration et des soins.

Attend-elle la reconnaissance de sa Maltraitance ? En est-elle consciente ?

4. DEMARCHE DE SOIN
MEDICO-JUDICIAIRE
CONCERNANT MG.
PERSPECTIVES DE
REFLEXION

4.1. La prise en charge médicale : soma et psyché :

MG est admise en Pédiatrie à la demande de la Psychologue du service ; l'abord thérapeutique essentiel a été l'échange verbal et dirigé.

4.1.1. Les buts du soin :

La parole et l'écoute active avaient pour but :

- la formulation d'une histoire de la vie de MG et de son entourage.
- la reconnaissance d'une souffrance autour d'une anamnèse.
- le diagnostic d'une situation de Maltraitance.
- une interaction entre l'équipe soignante et la patiente au terme d'entretiens psychothérapeutiques dont le but est d'aider la victime à sa restauration psychique.

- d'explicitier un traitement à visée anxiolytique, sédatif et antidépresseur. Ce traitement s'accompagne d'un suivi spécialisé par un Pédopsychiatre en complément des entretiens médicaux, infirmiers et plus largement de toute l'équipe soignante.
- la canalisation des tensions psychiques au détriment de la répercussion corporelle de l'angoisse.
- de favoriser les processus de sublimation et de déplacement de l'angoisse en proposant des activités de loisirs et des activités créatives en lien avec l'animatrice du service. Ce type d'activités nécessite des moyens spécifiques en présence d'un personnel formé et inscrit dans le cadre du soin. Toutes les structures de soins ne proposent pas cette éventualité thérapeutique.

- la mise en place d'un rapport éducatif faisant appel aux soignants et au règlement du service.

- de donner une information sur les M. S. T, la contraception, le risque de grossesse et sa prévention. La communication de cette information a fait appel au personnel soignant du Centre de Planification Familiale.

4.1.2. Les limites du soin :

Il s'entend que la Psychothérapie s'appuie sur la participation de la patiente et de ses capacités de mentalisation.

Elle demande un savoir être et un savoir faire de la part du soignant c'est à dire la compétence et la disponibilité.

D'autres critères ont été limitants :

- une **pathologie à médiation corporelle** avec déplacement de la tension psychique au profit du corps limite l'échange verbal.

- une **pathologie de l'agir** et une personnalité explosive limitent la réflexion et la résilience.

-le **cannabis** est connu pour ses effets anesthésiants sur la fonction psychique ; on peut comprendre qu'il limite l'investissement verbal.

-l'**attitude ambivalente du soignant à l'égard des prérogatives** qui lui sont propres :
Protéger l'ensemble des patients du service ainsi que MG revenait à interdire catégoriquement l'usage du cannabis conformément au règlement.
Signifier à MG que la consommation de cannabis était interdite impliquait immédiatement des menaces de fugue de sa part.
Pourtant, la prévention de la fugue est à part entière une prérogative médicale, l'adolescente étant sous notre responsabilité avec une demande de soins de la part de la mère.
En outre, vouloir protéger MG de tout risque de consommation de cannabis aurait impliqué l'interdiction totale des visites dont celles de PA.

-l'**architecture des bâtiments** où est scindé le service de Pédiatrie en plusieurs unités ne permet pas de surveiller l'ensemble des agissements des adolescents. Ceci est majoré par le nombre restreint du personnel soignant qui est en charge des nourrissons, enfants et adolescents (service de Pédiatrie générale).

La question de la connaissance de la structure adaptée se pose au soignant pour l'aider dans la réussite de son projet thérapeutique et donner toute les chances de résilience à l'adolescent :

- Un référentiel des structures existantes permettrait une meilleure adaptation du cadre de soins à la problématique de l'adolescent maltraité.
- Un référentiel par établissement des pathologies traitées, des facteurs limitants d'inclusion d'un adolescent et des modalités thérapeutiques serait souhaitable pour l'usage du professionnel : quelle structure sera la plus adaptée en regard de telle problématique d'un adolescent maltraité?

Ces notions font appel à la connaissance du réseau de soin concernant la protection de l'enfant : on propose de s'intéresser aux liens qui unissent le médecin à ce réseau.

Concernant MG, certaines éventualités thérapeutiques n'ont pu être envisagées :

- une psychothérapie systémique familiale autour du lien mère fille : la fille a refusé catégoriquement de voir sa mère lors de l'hospitalisation en menaçant de fuguer.
- une approche psychothérapique groupale et non individuelle : cette approche n'a pu être possible faute d'un nombre suffisant de patients (Service de Pédiatrie Générale).
- une approche corporelle faute de personnel compétent.
- une réinsertion scolaire et /ou professionnelle.

4.2. La prise en charge administrative et judiciaire :

4.2.1. Les causes justifiant un signalement :

L'équipe médicale s'est vue dans l'obligation d'adresser un signalement à l'autorité judiciaire en raison des informations suivantes :

-la patiente rapporte des faits mettant en cause d'autres collégiens plus âgés alors qu'elle était en sixième : elle aurait participé à une tournante.

-diagnostic d'une situation de Maltraitance par carence maternelle de soins avec négation de la nécessité des soins.

-le père n'exerce pas l'autorité parentale selon la patiente, propos confirmé par la mère.

-situation de violence avec notion de rapports sexuels contraints entre la patiente mineure et son petit ami majeur. Leur première relation a eu lieu alors que la patiente avait 14 ans 3/4 et lui, 18 ans. Son petit ami est aussi son fournisseur de cannabis.

-états clinique et psychique de la patiente : dépression avec déscolarisation et désocialisation, atteinte corporelle du type scarifications. On constate un état de marginalisation associée à des faits de délinquance rapportés par la patiente. Sont associées des conduites à risque en lien avec une pathologie de l'agir. Une certaine intolérance à la frustration est perceptible. La nécessité du soin médical semble évidente.

4.2.2. Une demande d'accueil en foyer :

L'équipe médicale demande une prise en charge en foyer thérapeutique ; les raisons évoquées sont les suivantes :

Est exclu le retour de la patiente dans sa famille maternelle en raison de la maltraitance et du climat latent de tensions qui a opposé la mère et la fille lors de l'hospitalisation.

Est exclu le retour de la patiente dans sa famille paternelle en raison du non exercice supposé de l'autorité parentale par le père et de son absence momentanée jusqu'à fin janvier 2004 pour raison professionnelle.

Le foyer est demandé en raison du caractère cadrant de ce type de structure autour d'une équipe d'éducateurs spécialisés.

Le soin thérapeutique psychothérapeutique devra s'intégrer à ce mode de vie.

4.2.3. Rédaction du signalement par le Pédopsychiatre :

Le jeudi 04/12/03, le Pédopsychiatre a expliqué à MG que l'équipe médicale allait faire un signalement auprès du Juge.

C'est le Pédopsychiatre qui a formulé le signalement et qui l'a envoyé au Juge. Faute de nous avoir été transmis, la teneur du signalement ne figure pas dans le dossier médical de MG.

Le Pédopsychiatre demande à l'équipe soignante de prévenir le Centre Médico-Psychologique lorsque la sortie du service de Pédiatrie sera envisagée afin de programmer un suivi extérieur.

4.2.4. Les difficultés de la coordination des intervenants :

Le jeudi 11/12/03, soit une semaine après le signalement,

-L'équipe médicale appelle l'A. S. E. : le Juge ne lui a pas transmis de réponse au sujet du signalement.

-Elle appelle le C. M. P. : le signalement a bien été transmis auprès du Juge.

-Elle appelle Monsieur le Procureur : il indique que la mise en place de l'enquête et des mesures sont effectives depuis le 10/12/03. Il ajoute que MG a déjà fait l'objet de plusieurs signalements depuis 1999...

Le constat de difficultés, nous incite à libeller les remarques suivantes :

-Le suivi de la démarche administrative ou judiciaire devrait être possible par le soignant en charge de l'adolescent maltraité avec en particulier les coordonnées des personnels impliqués afin de pouvoir les joindre et faire état de l'avancement du dossier. Ce suivi permettrait la clarté, la cohésion et la compréhension des démarches sans parler du gain de temps.

-Une situation de Maltraitance s'inscrit dans une histoire, une anamnèse : la connaissance par le soignant des antécédents de vie de l'adolescent maltraité est essentiel pour comprendre la dynamique de la Maltraitance. Savoir quelles démarches sociales ou administratives voire judiciaires ont concerné le patient, c'est éviter les impairs, les erreurs ou la répétition des démarches infructueuses. Concernant MG, le Procureur fait état de plusieurs signalements depuis 1999. Qu'en est-il ?

Se pose les questions de la cohésion des institutions de la Protection de l'Enfance et de la transmission des informations : quelle organisation régit la transmission des informations, quelles sont les modalités de cette transmission, ses obstacles ?

4.2.5. A propos d'une synthèse entre l'équipe médicale et le C. M. P. :

Le mardi 16/12/03, une synthèse est organisée entre le C. M. P. et l'équipe médicale du service de Pédiatrie :

Le Pédopsychiatre doit appeler le procureur pour aller dans le sens d'un placement de MG en C. P. I. : il s'agit d'un foyer dépendant de la Justice puisque les placements ont lieu sur ordre du Procureur ou du Juge.

Ce foyer comprend :

-une prise en charge éducative autour d'éducateurs suite à une A. E. M. O. judiciaire (Action Educative en Milieu Ouvert prononcée par le Juge).

- une prise en charge d'ordre professionnel dans le but d'établir un projet professionnel en collaboration avec l'éducateur.
- Concrètement, ce foyer peut accueillir jusqu'à cinq adolescents de 13 à 18 ans dans le cadre d'un placement au titre de l'ordonnance de 1945 pour les mineurs délinquants ou, au titre des articles 375 et suivants à savoir l'assistance éducative pour les mineurs en danger.
- En semaine, les adolescents sont en stage la journée et, au foyer, le soir.
- Le week-end, ils bénéficient d'une permission.

Le Pédopsychiatre doit rappeler l'équipe médicale en cas de nouvelles informations émanant du Procureur.

4.2.6. Entretien téléphonique avec l'éducateur mandaté par le juge :

Le jeudi 18/12/03, la Protection Judiciaire de la Jeunesse est appelée afin que l'équipe médicale s'entretienne avec l'Educateur mandaté par le Juge :

L'éducateur nous répond qu'il a demandé une mesure éducative d'urgence auprès du Procureur et du Juge pour Enfants.

L'avenir de MG reste en suspens ; on se doit d'attendre la décision judiciaire...

Devant les troubles du comportement et l'état d'agitation de MG associé aux fugues, un courrier de demande de placement en foyer type C. I. P. ou Foyer de l'Enfance est adressé au Procureur par le médecin senior :

Le 18/12/03 Monsieur le Procureur
Je vous sollicite concernant l'adolescente MG, née le --.11.87, âgée de 15 ans.

Cette jeune fille a fait l'objet d'un signalement le 5 décembre par le Docteur -----, Pédopsychiatre. Un éducateur, Monsieur ----, a rencontré l'adolescente mardi 16 décembre 2003 ; il vous a fait parvenir un courrier avec une demande de mesure éducative en urgence ; le statut de l'enfant concernant son avenir devait être décidé au sein d'une réunion avec le Pédopsychiatre, Médecin au CMP de secteur et le service d'hospitalisation de Pédiatrie dépendant du médecin senior. Entre temps, mercredi 17 décembre, l'adolescente a manifesté des troubles du comportement avec agitation et fugues signalées auprès de la Gendarmerie. L'adolescente a réintégré le service hier soir.

Dans la mesure où son état psychologique et médical ne semble pas contre-indiquer un placement en foyer beaucoup plus cadrant que dans un service de Pédiatrie où la charge de travail est importante au mois de décembre, je me permets de vous faire la demande d'un placement en foyer avec mesure éducative associée en urgence qui serait plus adapté.

Avait été évoquée une prise en charge par des éducateurs dans le cadre d'un projet professionnel au CIP ou au Foyer de l'Enfance. Cette solution semble souhaitable pour MG, le plus rapidement possible.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur le Procureur, l'expression de mes sentiments respectueux.

L'attente de la décision judiciaire génère des difficultés pour l'équipe médicale.
Appréhender le temps judiciaire semble nécessaire pour comprendre le délai (près de trois semaines) précédant la décision de l'institution judiciaire.

4.2.7. Les conséquences de la première audition de la famille par le juge des enfants :

Le lundi 05/01/04 :

Après avoir rencontré le Juge, la mère de MG est venue chercher sa fille dans le service. Celle-ci pleure et l'équipe lui signifie bien que le service lui reste ouvert.

Renseignements pris auprès du Juge, il explicite son entretien avec la mère de MG en réponse au signalement rédigé par le Pédopsychiatre :

-Le Juge nous apprend que le père de MG exerce l'autorité parentale au même titre que la mère.

-En conséquence, le Juge a convoqué les parents le 28 janvier 2004, le père ne pouvant se libérer plus tôt pour raison professionnelle : il travaille à l'étranger.

-En attendant, le Juge confie de façon temporaire l'adolescente à son demi-frère aîné de 22 ans.

C'est pourtant la mère que l'on a caractérisée comme mal traitante qui vient chercher sa fille dans le service de Pédiatrie et qui met fin aux soins.

4.2.7.1. La question de la personne ressource :

On peut s'interroger sur le choix du Juge concernant la personne ressource désignée pour prendre en charge temporairement MG jusqu'au 28 janvier 2004. Il s'agit de son frère aîné, en réalité son demi-frère.

En raison du comportement de celui-ci lors de l'hospitalisation de MG, il semble évident que le Juge aurait dû être informé des propos dont MG nous a fait part à l'égard de son frère ainsi que de ses agissements. Cela aurait sans doute modifié le choix du Juge.

Si l'on récapitule les informations concernant le grand frère :

-MG a décrit son frère comme étant parti de la maison maternelle dans un climat de tension entre lui et sa mère. La mère a été décrite en difficulté éducative à l'égard de son fils.

MG décrit son frère comme un consommateur de cannabis âgé de 22 ans.

MG dit aussi qu'il la fournissait quelquefois en cannabis avant l'hospitalisation

-L'assistante sociale du collège nous informe :

Préalablement à l'hospitalisation de la patiente, elle a reçu au collège un appel téléphonique du grand frère de MG et elle le décrit comme agressif verbalement.

-Voici les informations recueillies par les infirmières au cours de l'hospitalisation :

-Le vendredi 28/11/03, le frère de MG a téléphoné ; le ton était plutôt agressif : l'appel téléphonique a été transmis au médecin senior.

-Le dimanche 30/11/04, le frère de MG a appelé dans l'après-midi. Il dit qu'il est furieux de ne pas pouvoir parler à MG. Il dit qu'il va venir dans le service de Pédiatrie.

-Le jeudi 25/12/03, le frère aîné de MG appelle ; il semble « très remonté » : il ne comprend pas pourquoi MG est là et pourquoi elle refuse de lui parler.

-Le vendredi 02/01/04, MG accepte de parler à son grand frère : il dit qu'il veut venir la chercher car il croit qu'on la retient contre son gré.

-Le dimanche 04/01/04, le grand frère de MG est venu dans le service pour sortir celle-ci du service de Pédiatrie. L'équipe infirmière temporise.

-Le lundi 05/01/04, jour de la sortie de MG du service de Pédiatrie, le frère aîné arrive dans le service en furie. Il s'exprime sur un ton très vindicatif à l'égard du personnel soignant : la surveillante le décrit comme "fou". Il a demandé à l'équipe soignante de lui donner des calmants pour lui-même... Il est observé par l'ensemble du personnel comme une personne tremblante des quatre membres et agitée. Son attitude surprend et apparaît peu responsable.

Une telle description aurait sans doute attiré l'attention du Juge et modifié son choix.
Fournir des informations au Juge pour lui permettre de désigner une personne ressource, c'est donner une plus grande chance de réussite à un projet de soin incluant ce type d'aide.
La pertinence du signalement est remise en cause et montre l'importance du détail dans la rédaction de celui-ci : il incite au recueil minutieux des informations et à leur transmission.

4.2.7.2. Questions inhérentes à l'affirmation par le juge de l'autorité conservée du Père :

❖ Un constat :

L'information légale autour de l'autorité parentale aurait dû faire l'objet d'une vérification en amont du projet thérapeutique; en effet cette information était impliquée directement dans la conception de ce projet pour MG :

-La Maltraitance psychologique dont fait état MG au sujet de sa mère contre indiquait un retour au domicile maternel.

-le supposé non exercice de l'autorité parentale par le père contre indiquait un retour de MG dans sa famille paternelle.

-Le foyer éducatif semblait la solution possible.

Le Juge a effectivement mené à bien cette étape de vérification de l'autorité parentale. Néanmoins on peut regretter que l'organisation du dispositif médical, social, administratif ou judiciaire de la prise en charge de la Maltraitance ne permette pas plus précocement la vérification d'une information d'une telle importance.

Dans le cas présent, la confirmation de l'autorité paternelle remet en cause le projet thérapeutique autour de la notion de foyer alors que par ailleurs l'équipe soignante avait travaillé dans cette optique avec l'adolescente. Elle affaiblit aux yeux du demandeur de soin la fiabilité du soignant tout comme le lien de confiance établi.

Elle est une atteinte à la résilience : le projet thérapeutique est erroné et on a perdu du temps au détriment de l'adolescente.

❖ **Les limites de la relation entre le médecin, le patient et la famille en matière de maltraitance :**

On peut s'interroger sur la fiabilité aléatoire de l'interrogatoire de la patiente et plus encore de sa mère dans cette situation de Maltraitance avec en particulier la remise en cause de l'information légale, à savoir l'exercice de l'autorité parentale par le père, démentie par la mère et affirmée par le Juge.

Le recueil des informations est essentiel pour caractériser au mieux la situation de Maltraitance de l'adolescente et son contexte.

La relation médecin patient est l'outil de ce recueil de données : cette relation est basée sur l'échange verbal.

La relation médecin malade a également une dimension thérapeutique au regard de la dynamique psychothérapique.

Aussi, la qualité du soin n'est envisageable que dans la mesure où l'échange verbal s'appuie sur des informations les plus précises et justes.

Pourtant l'analyse du vécu du patient, en particulier s'il s'agit d'une Maltraitance psychologique, peut être sujet à interprétation aussi bien par le demandeur du soin que par le soignant.

Si l'on s'en réfère à la théorie freudienne, l'analyse peut même se confronter au domaine de l'inconscient : l'analyse devient donc partiellement subjective.

En conséquence, il semble évident que pour confirmer le diagnostic de Maltraitance et permettre la résilience autour d'un projet thérapeutique, il faut s'assurer en premier lieu de la pertinence des informations anamnestiques ou contextuelles.

La vérification des informations colligées est une nécessité : on procède en confrontant les dires des protagonistes (intérêt des entretiens multipartites auprès de la patiente et de l'entourage), en se référant à l'enquête sociale (assistante sociale, personnel scolaire...) et en s'informant, si cela est possible, d'après les documents officiels et objectifs qui concernent le patient maltraité (exemple : l'autorité parentale, s'il s'agit d'un mineur).

La cohérence du soin en dépendant, l'information légale qui sous tend et modèle le projet thérapeutique devrait être consultable par les soignants en charge d'adolescent maltraité.

Plus généralement, le projet thérapeutique doit s'inscrire dans la loi : à ce titre, un référentiel des textes et procédures officiels devrait être accessible à tout soignant en charge d'un adolescent maltraité.

Au minimum, un conseil juridique devrait être au service du soignant pour lui apporter les informations qui lui sont nécessaires dans sa pratique clinique.

4.2.7.3. Interrogations concernant le report du soin prononcé indirectement par le Juge:

-Considérant le profil psychologique de MG, l'urgence thérapeutique est évidente d'autant que la personnalité névrotique, accessible au dialogue et au raisonnement, semble

progressivement s'évincer au profit de pathologies de l'agir avec émergence d'une personnalité explosive nettement moins accessible à la psychothérapie. La dépression narcissique stigmatise cette évolution ; l'envie suicidaire apparaît comme le repoussoir ultime de la névrose, le refus du précipice psychopathique.

-Confier MG à son demi-frère, majeur, habitant dans la région Rhône-Alpes revient à écarter MG de la relation psychothérapique débutée dans le service de Pédiatrie. Ce soin aurait pu être poursuivi en externe. On aurait évité de rompre l'alliance thérapeutique entre la patiente et le soignant qui durait depuis un mois.

En réponse à la nécessité d'une structure éducative même provisoire, MG est confiée à son frère dont le passé fait apparemment état de difficultés avec persistance de la consommation cannabique. Quels conseils pourra-t-il prodiguer à MG ? En est-il capable ?

On ne peut demander à un Juge de maîtriser la connaissance médicale. En revanche on se doit de lui transmettre si un patient nécessite des soins, leur éventuel caractère urgent ou bien, leur caractère indispensable.

Concernant MG, appréhender le risque suicidaire participe à la détermination de l'urgence thérapeutique.

4.2.7.4. Quel impact psychologique ?

Au-delà de la procédure administrative ou judiciaire, on est en droit de se demander quel impact aura eu la décision du Juge dans l'esprit de MG ?

La situation de Maltraitance clairement diagnostiquée est-elle reconnue ?

MG a principalement mis en cause le lien de bienveillance qui devrait normalement l'unir à sa mère. Elle est temporairement confiée à son frère même si dans les faits c'est sa mère qui vient la chercher dans le service. Peut-on parler de revers psychologique pour MG ? Lors de l'hospitalisation, on a estimé précisément l'investissement psychique nécessaire pour que MG décrive la situation de Maltraitance dont elle est victime.

Que dire de la dimension du soin qui est suspendu par décision judiciaire ? Confiée à son demi-frère, MG quitte le service et les soins le 5 janvier 2004.

L'impact psychologique de toute décision inhérente à la prise en charge d'une situation de Maltraitance doit être pris en compte. La Maltraitance implique une souffrance psychologique : sa prise de conscience par la victime et sa reconnaissance par la société est le passage obligé de la résilience.

4.2.7.5. La transmission de l'information au sein de l'équipe médicale :

Nous nous interrogeons sur la transmission de l'information au sein de l'équipe médicale :

La décision du Juge dépend éminemment du signalement initial.

L'équipe médicale du service de Pédiatrie n'a jamais lu ce signalement car celui-ci n'a pas été versé au dossier médical de MG. Le Pédopsychiatre, rédacteur du signalement, dépend d'une autre structure de soins : le C. M. P. Quelles informations ont-elles été transmises au Juge par le Pédopsychiatre qui a vu MG lors d'un seul entretien au début d'une prise en charge de plus d'un mois ?

Le laps de temps où MG est restée dans le service après cet entretien a-t-il permis de colliger de nouvelles informations ignorées du Juge ?

Un dossier unique de prise en charge de l'adolescent maltraité semble essentiel pour promouvoir la cohérence et la compréhension de toutes les démarches.
Le recueil des informations autour d'un seul référent semble indispensable.

4.2.8. Nouveau courrier à l'intention du juge des enfants :

Devant la décision du Juge à la fois éducative et thérapeutique et, en raison des informations qui possiblement lui font défaut, l'équipe médicale prend contact auprès du Juge et lui adresse le courrier suivant :

Le 12/01/04

Monsieur le Juge d'Enfants

Monsieur le Juge,

Suite à notre conversation téléphonique du 6 Janvier 2004, je vous adresse ce courrier concernant le séjour en hospitalisation dans le service de Pédiatrie, du 27 novembre 2003 au 5 janvier 2004, l'adolescente MG, née le -- novembre 1987, 16 ans.

Sur les conseils de l'infirmière scolaire du lycée, MG a été hospitalisée en Pédiatrie en raison d'automutilations multiples à type de scarifications et répétées au fil du temps, au niveau des bras, du ventre et du visage.

Initialement, MG nous a précisé qu'elle a toujours eu un parcours scolaire "chaotique" avec des absences répétées au fil des années. Elle a redoublé son CP, sa 6ème puis la 3ème. Elle est actuellement au lycée -----, en 3^{ème} de réadaptation.

Depuis le début de l'année scolaire, l'assistante sociale du lycée, nous a précisé que l'enfant avait été contactée en raison d'un absentéisme chronique. L'assistante sociale souligne avoir rencontré la mère de MG : lors de ce premier entretien, celle-ci semblait être à l'écoute, conciliante et désireuse d'aider MG. Néanmoins, l'assistante sociale précise que malgré la programmation de rendez-vous ultérieurs et le rappel par courrier ou par message sur le répondeur, la mère de MG n'a pas fait suite aux différentes convocations...

Par ailleurs, lors de l'hospitalisation, MG a déclaré que sa mère laissait, en connaissance de cause, MG signer les différents bulletins ou notes adressés par les professeurs du lycée à l'égard des parents...

Dans la semaine du 24 au 30 novembre 2003, l'infirmière scolaire rapporte que MG a été admise à l'infirmierie du Lycée en raison d'un état d'ivresse manifeste au cours de la matinée. Sur les conseils de l'infirmière, MG a rencontré la psychologue du service de Pédiatrie en raison des troubles évoqués, qu'il s'agisse de l'alcoolisation aiguë, des scarifications périodiques tout comme la prise chronique de cannabis.

La prise en charge lors de l'hospitalisation a consisté en :

-des soins de plaie, vérification de vaccin contre le tétanos

-poursuite d'un travail de psychothérapie avec Madame -----, Psychologue du service

-entretiens médicaux afin de favoriser un climat de confiance avec l'adolescente qui nous a décrit des faits que la Justice ne peut ignorer :

Selon MG, lorsqu'elle était en sixième elle aurait participé à au moins une fête avec des adolescents scolarisés en 4ème et en 3ème. Ils lui auraient fait prendre des substances illicites puis MG aurait participé à des attouchements sexuels avec ses camarades. A noter que selon MG, cet incident aurait été filmé : elle aurait subi du chantage et aurait été mise au banc des élèves jusqu'à son changement de collège. Elle décrit avoir procédé à des scarifications sur son corps à cette époque et avoir débuté sa consommation de cannabis en 5ième ce qui l'apaisait psychiquement en raison de la critique scolaire environnante.

MG ajoute qu'à l'époque, elle montrait ses scarifications à sa mère. MG était demandeuse d'une aide auprès d'un tiers, type Psychologue, Médecin et aurait réitéré sa demande auprès de sa mère plusieurs fois au fil des années. Selon MG, la demande d'aide auprès de la mère a toujours été refusée par cette dernière avec une banalisation des lésions corporelles.

MG a déclaré dans le service que sa mère ne s'est jamais occupée d'elle, n'a jamais réagi à ses problèmes bien que MG lui montrait régulièrement ses scarifications. A noter que MG nous a dit que sa mère n'a jamais été informée de la raison des scarifications : MG n'a jamais pu lui dire. **A la demande de l'adolescente, la mère n'a pas été tenue au courant de la TOURNANTE.**

Lors de l'hospitalisation, MG nous a souligné que sa mère se déplacerait à toute convocation qu'on lui adresserait tellement elle avait peur que les petits frères et soeurs de MG lui soient retirés.

Par ailleurs, MG a établi une relation avec un garçon qui se prénomme ----, lui même étant scolarisé au Lycée --- et majeur actuellement. Lors de leur première rencontre, en août, MG avait 14 ans 3/4 et lui, 18 ans. Elle décrit ce garçon comme psychopathe avec des passages à l'acte agressifs sur un mode impulsif. Elle dit qu'il est instable et qu'il lui est arrivé de vouloir l'étrangler en la prenant à la gorge. Elle dit que les murs de son logement sont défoncés suite à des actes de violence d'allure gratuite.

Le jeune homme a déjà eu affaires avec la Justice selon MG ; elle ajoute que la prochaine affaire sera synonyme de prison pour lui. Par ailleurs, elle dit qu'il lui fournit du cannabis.

Lors de l'hospitalisation, MG nous a dit avoir peur de lui. Elle a exprimé, à plusieurs reprises, le désir de le quitter. Nous lui avons proposé la possibilité d'entretien en tête-à-tête avec lui, en présence d'un tiers, ce qu'elle a refusé.

Le service de Pédiatrie étant un service ouvert, et MG nous ayant clairement dit qu'elle ne voulait pas ne pas voir son petit ami, celui-ci est venu plusieurs fois dans le service. Ses visites ont toujours suivi le cadre réglementaire du service, le petit ami se présentant comme très poli auprès de l'équipe soignante. MG nous dira aussi que son petit ami est actuellement suivi par un médecin d'un point de vue psychologique depuis deux ans.

Enfin, elle a décrit avec honte et une forte culpabilité, bien compréhensibles, le fait qu'elle subit régulièrement des rapports contraints lorsque son petit ami s'alcoolise et devient violent.

A noter que MG dit avoir fugué du logement de sa mère et s'être réfugiée chez ce petit ami durant 10 jours environ et ce, lors du mois précédant l'hospitalisation.

Lors d'un entretien avec la mère de MG, cette dernière a décrit ce départ de MG du foyer comme n'étant pas une fugue, en nous informant qu'elle savait où était l'enfant. Elle a ajouté avoir récupéré l'enfant en menaçant la mère du petit ami d'appeler la Police. En attendant, MG est restée déscolarisée pendant au moins 10 jours ...

Enfin, MG nous a décrit son beau-père comme une personne pouvant faire preuve de violence et s'alcoolisant. Elle dit qu'une fois cet homme aurait voulu la frapper mais la mère de MG se serait interposée.

CONSTAT DE L'EQUIPE SOIGNANTE

MG apparaît déprimée avec une prise en charge par une Psychologue et un traitement antidépresseur prescrit par le Pédiopsychiatre dépendant du C. M. P. de secteur.

Quand MG parle, elle regarde régulièrement ses chaussures même après un mois d'alliance thérapeutique Médecin malade. Elle a refusé toute prise en charge ou sortie même d'ordre ludique proposée par l'animatrice du service : elle est dépressive et honteuse.

Elle est en grande difficulté scolaire. Néanmoins elle a réussi à exprimer sur un mode quasi phonétique ses angoisses, ses craintes, son questionnement au travers de petits mots que l'on devait lire en dehors de sa présence tellement les sentiments de honte et de désespoir l'animent.

Elle relate une relation avec son petit ami très ambiguë : fournisseur de cannabis, décrié en raison de ses accès de violence mais indispensable pour s'approvisionner en cannabis, tout comme un garçon très gentil envers elle et attentionné en dehors des épisodes d'alcoolisation où il fait acte de violence envers MG.

Lors de l'hospitalisation, MG a connu plusieurs crises d'agitation montrant l'apaisement psychique lié au cannabis, apaisement qui lui fait défaut en l'absence de produit malgré la prescription d'un traitement substitutif...

MG dit que son grand frère la fournissait quelquefois en shitt avant l'hospitalisation.

- un suivi par une infirmière spécialisée dans les conduites addictives a été mis en place avec un certain intérêt de MG autour de la question.
- sa conduite reste néanmoins très impulsive et, devant l'absence de cannabis, elle s'est alcoolisée massivement à l'insu de l'équipe soignante du service de Pédiatrie qui essaye d'être cadrante bien que la structure de soins ne soit pas adaptée en raison de soins que suscitent les autres patients et l'effectif du personnel.
- de même, MG a des conduites à risque concernant les maladies sexuellement transmissibles et la grossesse selon un mode impulsif. Actuellement, malgré les multiples informations, une consultation au planning familial, son comportement change peu. Elle se met en danger.
- un signalement a été effectué par le Pédiopsychiatre afin de vous alerter ainsi que le Procureur.
- Nous avons également rédigé un premier courrier le 18.12.2003 afin de vous tenir au courant de la situation et solliciter une prise en charge cadrante autour d'éducateurs de type Foyer avec projet professionnel faute d'une scolarité satisfaisante et semble-t-il difficile à rattraper.
- Enfin, lors de l'hospitalisation, l'adolescente a manifesté qu'elle se sentait en sécurité dans le service même si tout n'était pas parfait. Elle a ajouté qu'elle ne voulait pas parler à sa mère. Elle a refusé de la voir lors d'un entretien établi au sein du service avec sa mère.

Suite à notre entrevue avec la mère lundi soir 05/01/2004, lorsque celle-ci est venue chercher MG dans le service, cette dernière pleurait répétant qu'elle ne voulait pas partir du service.

A noter que le grand frère, présent lors de la sortie de MG, avait un ton très vindicatif : la surveillante le décrit comme "fou". Il a demandé à ce qu'on lui donne des calmants auprès de l'équipe soignante... Celui-ci a été vu tremblant des 4 membres et agité. Lors de l'hospitalisation, il a pris des nouvelles de sa soeur par téléphone avec un ton toujours ressenti comme très vindicatif par l'équipe soignante.

Concernant les appels téléphoniques lors du séjour hospitalier de MG, le papa a appelé plusieurs fois depuis l'Etranger où il est en mission pour son travail, prenant régulièrement des nouvelles. La mère a également pris des nouvelles de MG et venait chercher son linge. Enfin, la grand mère paternelle nous a appelé trois à quatre semaines après le début de l'hospitalisation avec une réelle inquiétude : elle venait d'apprendre l'hospitalisation de sa petite-fille pour scarification. Elle nous a précisé que son mari, ancien médecin retraité, avait intenté un procès envers la mère de MG afin de conserver un droit de visite qui, selon la grand mère, n'était pas respecté. Il aurait eu gain de cause, selon la grand-mère.

En souhaitant que ces quelques informations vous éclairent dans votre décision, nous avons axé notre prise en charge concernant MG autour de la notion de foyer étant entendu les difficultés relationnelles au titre de l'incompréhension manifeste entre l'adolescente et sa mère tout comme le manque apparent d'un climat éducatif et cadrant.

Lors de l'hospitalisation, MG nous a dit que ses copines trouvaient que MG avait bien de "la chance" car sa mère lui laissait tout faire, en particulier les "bêtises"...

La notion de foyer a également été envisagée en raison de la déchéance des droits du père dont a fait part MG tout comme sa mère ainsi que son éloignement. MG a entendu parler de la notion de foyer sans pouvoir visiter une structure de ce type, faute de temps.

Je vous prie de croire, Monsieur le Juge, à l'assurance de mes sentiments dévoués.

Si l'on compare ce présent courrier du 12/01/04 aux précédents passages anamnestiques et diagnostique écrits pour cette thèse donc à posteriori, on constate que des disparités sont perceptibles non pas dans les faits mais dans l'énonciation de la caractérisation de la Maltraitance autour du lien mère fille, des conséquences psychologiques et de l'appréciation du risque suicidaire chez MG.

Cette différence d'énonciation est en partie due aux références bibliographiques en lien avec le diagnostic de Maltraitance : le savoir bibliographique est une aide au diagnostic de Maltraitance.

Un référentiel bibliographique concernant la Maltraitance (diagnostic et symptômes associés) devrait être disponible et consultable par le soignant en charge d'un adolescent demandeur de soins.

Caractériser une situation de maltraitance est primordial. Définir les niveaux de gravité et de danger de la situation permet de fonder un projet thérapeutique soutenu par l'indication de soins validés par la communauté scientifique. Cela doit permettre de confirmer l'état de santé du patient maltraité et affirmer la nécessité du soin à l'autorité judiciaire.

4.2.9. Courrier adressé au médecin traitant :

Le 21/01/04

COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION de l'enfant : MG né(e) le --.11.87

Mr le Docteur traitant

Mon Cher Ami,

Nous avons vu dans le service du 27 novembre 2003 au 5 janvier 2004 la jeune MG pour problème complexe. Cette jeune fille nous était adressée par l'infirmière du collège, le tableau est assez préoccupant et nous avons demandé au juge des enfants de prendre des mesures. Pour plus de simplicité, je vous adresse le double de la lettre qui a été adressée aux juges des enfants qui me semble beaucoup plus complète que tout ce que je pourrais vous dire.

Croyez en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le médecin senior

4.2.10. L'audience et le jugement :

Le 28/01/04, les parents de MG et celle-ci sont convoqués devant le Juge :

-Renseignements pris auprès du Juge, l'équipe médicale a été informée que **MG a été confiée à son père** qui habite dans l'Aude.

-MG dit ne pas vouloir aller chez son père en raison de l'éloignement. Elle ajoute qu'elle sera à distance de son petit ami...

-La question du soin est restée en suspens.

-Lors de l'entretien, **le secret de l'agression sexuelle a été mentionné aux parents par le Juge** bien que le courrier de l'équipe médicale ait bien souligné le désir de MG de contenir son secret à l'égard des siens...Il semble que MG ait fait preuve de sa colère lors de l'entretien puis aurait quitté l'audience en traitant le juge « d'enculé ».

Nos interrogations se portent sur la valeur du secret médical lors d'une procédure judiciaire de signalement. Le juge avait-il le droit de livrer le secret de l'adolescente à ses parents ?

Nos interrogations se portent sur l'impact psychologique de la révélation du secret des Adolescents à l'égard de la famille ?

Quels sont les droits au secret des Adolescents dans le cadre d'un signalement ? Peuvent-ils s'opposer à ce que le médecin signale ? Est-ce possible et dans quelles conditions ?

4.2.11. Les difficultés du père à appliquer la décision :

Les jours qui ont suivi l'audience, l'équipe médicale du service de Pédiatrie a reçu un appel téléphonique du père :

Il nous informe que MG refuse d'obtempérer à la décision de Justice. Il dit qu'il ne peut assumer la prise en charge de sa fille sans son consentement. Il ajoute qu'il s'est adressé au commissariat et qu'il se décharge de sa responsabilité.

Le médecin senior adresse un courrier à l'intention du Juge pour enfants :

Le 10/02/04

Monsieur le Juge d'Enfants Tribunal

Monsieur le Juge,

En espérant que vous ne jugerez pas mon intervention importune, je me permets de vous rappeler au sujet de la jeune MG, née le --.11.87, et que nous avons reçue dans le service pendant plus d'un mois.

Cette jeune fille, totalement à la dérive, s'est éclipsée dans la nature à la suite de l'entrevue que vous avez eue avec ses parents. Le papa de MG, auquel vous avez confié la garde, n'a pas insisté pour la prendre MG refusant, comme vous avez dû vous en rendre compte, la décision de Justice. Depuis cette date, elle est en fugue avec son copain.

Nous sommes extrêmement inquiets de l'évolution de cette affaire MG nous paraissant très fragile et véritablement en danger si les adultes que nous sommes n'essayont pas de trouver un remède.

Avec tout le respect que je vous porte, je vous demande, Monsieur le Juge, de bien vouloir revoir votre décision et orienter plutôt MG vers un placement en foyer thérapeutique. Pour avoir vécu plus d'un mois à son contact, il nous semble que cette solution serait la moins mal adaptée tout en sachant, bien entendu, que la fuite en avant qui semble être la position adoptée par cette jeune fille, puisse faire capoter toutes les solutions proposées.

En espérant que vous ne prendrez pas ombrage de notre énième intervention,

Je vous prie de croire, Monsieur le Juge, en l'assurance de mes sentiments très respectueux.

Le Médecin senior

Depuis l'envoi de ce courrier, nous sommes restés sans information nouvelle émanant du Juge.

La recherche et la compréhension des critères d'intervention du juge nous semblent primordiales pour comprendre son silence apparent.

Suite à un contact téléphonique, un courrier a été également adressé au responsable du Service de Santé Scolaire :

Le 23/02/04

Mme le Médecin responsable du Service de Santé Scolaire

Madame,

Comme convenu ce matin, lors de notre entretien téléphonique, je vous adresse ci-joint photocopie des courriers concernant la jeune MG qui a été hospitalisée dans le service de Pédiatrie du 27 novembre 2003 au 5 janvier 2004.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le médecin senior

4.2.12. Dénouement: Nouvelle hospitalisation :

4.2.12.1. Le motif d'hospitalisation :

Le 03/03/04, MG est de nouveau hospitalisée via le service des Urgences en Pédiatrie pour **crise d'angoisse aigüe** associée à un **nouvel épisode de scarifications** au niveau de ses avant-bras.

Elle explique qu'elle avait attendu son petit ami tout l'après-midi afin qu'il lui apporte du cannabis : celui-ci n'est pas venu.

MG s'est scarifiée en présence d'une copine qui a pris peur et a appelé le S. A. M. U.

Lors de l'hospitalisation, MG raconte qu'elle est revenue il y a 15 jours de chez son frère qui vit dans la région Rhône-Alpes. Elle dit que sa mère lui a énoncé des limites depuis son retour dans la maison maternelle. Mais sa mère ne lui inflige aucune sanction quand MG dépasse ces limites.

Elle dit que rien n'a changé, qu'elle est complètement déscolarisée.

Elle dit qu'elle ne veut pas aller chez son père ou chez son frère. Elle ajoute qu'elle n'est pourtant pas bien chez sa mère.

Le Juge lui aurait parlé d'un Educateur mais elle dit qu'elle ne l'a jamais vu.

4.2.12.2. La demande de prise en charge du père :

Le lendemain de l'admission de MG, le père s'entretient au téléphone avec le médecin senior : le père demande un placement.

Devant la situation, le médecin senior adresse un courrier au procureur de la République :

Le 04/03/04

Monsieur le Procureur de la République Tribunal de Grande Instance

Monsieur le Procureur,

Je vous sollicite concernant l'adolescente MG, née le -- novembre 1987, âgée de 16 ans. Un précédent courrier vous a été adressé le 18 décembre.

Cette jeune fille a fait l'objet d'un signalement le 5 décembre par le Pédopsychiatre dépendant du C. M. P. de secteur.

Elle a été hospitalisée dans notre service du 27 novembre 2003 au 5 janvier 2004 puis une décision de placement a été décidée par Monsieur le Juge d'Enfants.

MG est de retour dans le service, totalement déscolarisée, consommant force quantité d'alcool et de cannabis, totalement en perdition, ne voulant rentrer ni chez sa mère, ni chez son frère, ni chez son père. Elle a trouvé refuge dans le service mais cette solution ne peut être, vous l'accorderez, que transitoire.

Nous vous demandons, Monsieur le Procureur, de prononcer une décision de placement d'urgence dans un milieu protégé. Cette jeune fille est à la dérive et la situation risque fort de tourner encore plus mal.

Espérant votre diligence, je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, en l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

4.2.12.3. Une tentative de suicide :

Le vendredi 05/03/04, la belle-mère de MG appelle dans le service, le matin, pour nous avertir qu'elle vient d'avoir un coup de fil de MG qui lui disait qu'elle avait en sa possession des médicaments pour mourir.

L'équipe soignante retourne voir MG qui confirme qu'elle a des médicaments pour mourir puisqu'ils « arrêtent le cœur ». Elle ne veut ni nous dire où ils sont, ni nous les donner. MG exprime clairement qu'elle a des idées de mort et qu'elle ressent un profond sentiment d'inutilité. Il est demandé au personnel de rester vigilant : l'examen approfondi de la chambre en présence de MG n'a pas permis de trouver quoique ce soit d'inquiétant.

-16h00 : l'équipe infirmière sollicite le médecin car MG dit avoir absorbé quelque chose d'indéfini ; elle se plaint d'avoir la langue qui la brûle et d'avoir des sensations vertigineuses. Au départ, elle dit qu'elle a bu le contenu inconnu d'une bouteille qu'une amie lui aurait apportée. Elle ajoute qu'elle a jeté cette bouteille ; elle ne veut pas nous dire où cette bouteille se trouve.

En fouillant le service et les alentours, on retrouve une bouteille de 500cc remplie aux $\frac{3}{4}$ associée à un flacon de LAROXYL vide et un flacon de TERCIAN vide. MG dit qu'elle a bu $\frac{1}{4}$ de la bouteille.

On constate donc un réel désir de mourir avec une connaissance des effets secondaires des produits utilisés et, surtout, un refus de nous aider dans la prise en charge.

MG est transférée aux Urgences puis remonte en Pédiatrie, une fois le danger écarté.

4.2.12.4. Accueil de la famille et décisions :

Le lendemain de la tentative de suicide, sont organisées :

-une PREMIERE RENCONTRE entre le médecin senior et, le père, la belle-mère et la tante :

Tout d'abord, ils semblent d'accord pour la reprendre. Mais MG refuse. Aussi disent-ils qu'ils ne voient pas comment ils pourraient réussir si MG n'est pas d'accord.

-une SECONDE RENCONTRE entre le médecin senior et, la mère, le père, la belle-mère et la tante :

-La description de la situation est plutôt inquiétante.

-La belle-mère voudrait un internement clos avec camisole...

-Face à une description aussi sombre de la situation de MG, la mère s'en va semblant à nouveau fuir devant ses responsabilités au cours de l'entretien.

-Le père dit qu'il est d'accord pour une recherche d'un foyer plutôt de type socio-éducatif dans l'attente d'une prise en charge psychiatrique.

Le médecin senior suggère que l'on contacte à nouveau le Centre de Soins pour Adolescents. On demande s'il est possible de transférer MG au sein du Centre d'Accueil pour Adolescents mais on nous répond que le service est complet.

Le médecin senior souhaite alors que soit contacté le responsable de l'A. S. E. pour discuter d'un placement urgent au foyer de l'enfant.

Après le départ de son père resté dans le service de Pédiatrie une journée et une nuit, nous constatons, le 07/03/04, l'insubordination de MG avec un refus manifeste de toute consigne. Comment les troubles de MG pourraient-ils s'amender dans un service ouvert ?

MG nécessite une attention de tous les instants et des soins spécifiques, psychiatriques et sociaux, qu'il nous est raisonnablement impossible de prodiguer.

4.2.12.5. Prise en charge par le Psychiatre pour adultes :

❖ Deux modes de prise en charge :

Le Psychiatre pour Adultes de l'hôpital interrogé, indique qu'il existe deux modes de prise en charge distincts :

-soit on demande une ordonnance de placement provisoire auprès du responsable de l'A. S. E.

-soit on demande aux parents de signer une demande de prise en charge en Psychiatrie pour Adultes.

Les parents sont contactés : le père adresse un fax signifiant qu'il est d'accord pour ce type de prise en charge en Psychiatrie pour Adultes. La mère nous contacte et on convient d'un entretien en début d'après-midi. Le médecin lui explique la prise en charge et elle donne son accord écrit.

Le même jour, compte tenu de l'urgence, un fax est adressé au responsable de l'Aide Sociale à l'Enfance :

Madame le responsable de l' A. S. E.
Conseil Général
Le 08/03/04

Madame,

Je vous sollicite concernant l'adolescente MG, née le --.11.1987, pour vous demander une ordonnance de placement provisoire d'urgence.

Cette adolescente est hospitalisée depuis le 3 mars 2004 en Pédiatrie. Elle a eu des conduites à risque (réelle mise en danger de sa personne) avec intervention d'une tierce personne extérieure au service.

En référence aux différents signalements adressés auprès de Monsieur le Procureur de la République et du Juge d'Enfants, le service ne peut assurer une garantie suffisante concernant le cadre de soins pour cette adolescente.

Cette adolescente nécessite des soins psychologiques et éducatifs d'urgence.

J'essaie pour l'heure de joindre le père pour lui demander son accord écrit, transmis par fax, pour une éventuelle prise en charge en psychiatrie (hospitalisation) et j'effectue la même démarche auprès de la mère.

Le médecin Psychiatre de l'hôpital est contacté ce jour et doit voir l'adolescente cet après-midi.

Avec mes remerciements,

Croyez, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le médecin.

L'équipe médicale appelle le responsable de l'A. S. E. : il indique que dès l'instant où les parents donnent leur accord pour une prise en charge en Psychiatrie pour Adultes, l'A. S. E. ne peut pas faire davantage. Il reste à trouver une place en Psychiatrie.

❖ **Le constat du Psychiatre lors d'un entretien avec MG et le médecin du service de Pédiatrie :**

- Inadaptation clinique dans le service de Pédiatrie nécessitant un transfert en Psychiatrie pour Adultes.
- Personnalité explosive, émotionnellement instable sur terrain de dépression.
- MG a eu 50gouttes de NOZINAN pour le transfert.
- Hospitalisation dans un service de Psychiatrie pour Adultes à environ 40 kilomètres du service initial de Pédiatrie.

❖ **Les questions posées :**

L'urgence thérapeutique est une évidence devant la tentative de suicide : la prise de conscience de sa gravité est à la hauteur du type des médicaments employés et du déroulement de l'autolyse.

La structure d'accueil a été choisie en raison de sa double spécificité : son caractère cadrant, sécuritaire et éducatif ainsi que ses capacités de prise en charge psychothérapeutique et toxicomaniaque.

Néanmoins, on peut déplorer que l'adolescente soit confrontée au monde de la Psychiatrie adulte : un espace adapté pour adolescents aurait été préférable. On peut se demander si cette structure ne sera pas un nouveau traumatisme pour MG d'autant que les services de Psychiatrie ne sont pas des lieux de vie. Un nouveau projet thérapeutique à long terme doit s'envisager. Le foyer en était un.

Le choix de la structure adaptée reste pertinent. La notion de réseau de soins reste d'actualité.

Nous pourrions aussi nous réjouir de l'acte d'autorité dont les parents de MG ont fait preuve en s'associant à l'accueil de MG en Psychiatrie. Nous pourrions nous poser la question suivante : cet acte d'autorité est-il un acte éducatif ou bien un désinvestissement au profit de l'institution, question bien compréhensible devant les échecs répétés et les incapacités à permettre la résilience ?

La réaction judiciaire a été trop lente : le risque de danger s'est transformé en danger réel. Aborder la question de la démarche judiciaire selon la problématique du temps semble nécessaire pour comprendre et appréhender, si elle existe, la notion d'urgence juridique et la différencier de l'urgence médicale comme cela semble le cas de MG.

Si la notion d'urgence juridique est infondée, quelle est la procédure judiciaire normale, son délai, ses modalités?

4.3. Perspectives de réflexion d'après le cas de MG :

Si l'écoute active du patient et de sa famille est une première évaluation d'une situation de Maltraitance, la parole demeure insuffisante car partielle voire incomplète quand elle n'est pas inexacte. Au sujet de MG, on rappelle les allégations erronées concernant l'autorité paternelle...

Le rôle du médecin est de recueillir cette information et de la confronter aux informations du champ d'activités de l'Adolescent qu'il soit scolaire, social, judiciaire... Le diagnostic de Maltraitance se fonde sur un faisceau d'arguments et selon des références bibliographiques.

S'il reste à le définir, le réseau de la Protection de l'Enfance prend tout son sens. Quels sont les impératifs de la transmission de l'information au sein de ce réseau quand le médecin est tenu au secret médical ? Quelle cohérence donner à cette information pour définir un projet de soin?

La prise en charge de la Maltraitance doit répondre à des critères de soin validés scientifiquement. Le médecin doit affirmer cet aspect au juge des enfants.

Signaler implique pour le médecin de connaître les causes qui justifient cette décision quand il est confronté à l'urgence : Qu'est-ce que l'urgence juridique, si elle existe, et quelles sont ses conséquences ?

Si le temps judiciaire semble différent de celui de l'urgence médicale, quelles sont les raisons de ce décalage ?

Comment le projet thérapeutique peut-il s'inscrire dans le processus juridique ?

Notre réflexion se portera sur la connaissance des causes du signalement ainsi que sur les critères d'intervention du juge des enfants.

En effet, pourquoi le médecin devrait-il porter à la connaissance du juge des enfants le secret médical si cela est injustifié ? Dans quelle mesure ces informations seront-elles divulguées par le juge et pourquoi ? Quelle est la valeur du secret juridique en matière de Protection de l'Enfance ? Concernant MG, on rappelle que l'abus sexuel a été dévoilé aux parents par le juge des enfants malgré la mise en garde écrite du médecin pédiatre... L'impact psychologique a été notoire.

Quelle est la valeur du secret de l'adolescent à l'égard de ses parents, de sa famille ?

Un adolescent peut-il s'opposer à ce que le médecin signale et dans quelles conditions ? Comment envisager la dynamique de la résilience ?

Si la protection de l'Adolescent s'impose, sa mise en œuvre expose le soignant à la difficile coexistence des trois secrets :

- le secret médical,
- le secret de l'adolescent,
- le secret judiciaire.

Nous choisissons logiquement de nous intéresser en matière de soin médico-judiciaire aux Droits des Adolescents selon la dialectique du secret pour comprendre nos difficultés et envisager des solutions plus adaptées.

5. REFLEXION : DROITS
DES ADOLESCENTS ET
DIALECTIQUE DU
SECRET .

SECRET MEDICAL
SECRET DE L'ADOLESCENT
SECRET JURIDIQUE

5.1. Les modalités du signalement et les droits des Adolescents :

5.1.1. Cas commun à tout citoyen et cas médical :

On se réfère aux propos d'Etienne MAES. [2]

Tout citoyen est tenu d'informer par un « signalement » les autorités de mauvais traitements infligés à un mineur.

En effet l'article 434-3 du Code pénal stipule que :

« Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, [...] de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

[...]. »

L'article 434-1 du Code pénal indique que :

« Le fait pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

[...]. »

Est adjointe la mention suivante à ces deux articles :

« [...] Sont exceptées des dispositions qui précèdent, les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 du Code pénal. »

Les médecins sont astreints au secret tel que défini par l'article 226-13 du Code pénal à savoir que le médecin est une « *personne qui (est dépositaire d'une information à caractère secret) soit par état ou par profession, ou en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire.* »

Les médecins ne sont pas soumis à l'obligation de signaler (mais ils le peuvent), si toutefois ils ont eu connaissance de mauvais traitements dans le cadre exclusif de leur travail.

En revanche, chaque citoyen est soumis à une loi générale, celle de la non assistance à personne en péril selon l'article 223-6 du Code pénal qui stipule :

« Quiconque, pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui et pour les tiers, soit un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement sera puni pénalement. Sera puni de la même peine, celui qui s'abstient de porter volontairement à une personne en péril, l'assistance que sans risque pour les tiers et pour lui, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant les secours. »

Cet article s'applique en particulier au médecin qui, dans le cadre de son travail est tenu de porter assistance à une personne en péril, ce qui est le cas d'un mineur maltraité.

Certains médecins ont pourtant l'obligation de signaler les enfants maltraités : il s'agit des médecins participant aux missions de l'Aide Sociale à l'Enfance. L'article L. 221-6 du Code de l'action sociale et des familles stipule que :

« Chaque personne participant aux missions de l'aide sociale à l'enfance est tenue de transmettre sans délai toutes informations nécessaires sur les situations [...] »

Les personnes, et donc les médecins, intervenant dans le cadre de la protection maternelle et infantile ont aussi obligation de signaler les cas d'enfants en danger selon l'article L. 2112-6 du Code de la santé publique.

Enfin, l'article 40 du Code de procédure pénale stipule que :

« [...] toute autorité constituée, tout officier public ou tout fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit, est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès verbaux et actes qui y sont relatifs ».

5.1.2. Le Code de Déontologie médicale :

L'article 43 du Code de déontologie rappelle que :

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

L'article 44 du Code de déontologie précise que :

«Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Le médecin est donc tenu par une obligation déontologique de signaler les cas de sévices ou de privations.

Néanmoins cette obligation n'est pas absolue puisqu'il doit agir en conscience, sauf en cas de péril imminent.

L'article 10 du Code de déontologie indique que :

« Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire. »

Cet intitulé impliquait que le médecin, s'il signalait un cas de maltraitance concernant un adolescent de plus de quinze ans, devait justifier l'incapacité de ce patient à se protéger.

5.1.3. La loi du 2 janvier 2004 :

Elle a modifié la dernière disposition concernant le consentement au signalement en rapport avec l'âge du mineur.

Le Code pénal devient directif en indiquant à l'article 226-14 que :

« L'article 226-13 (relatif au secret professionnel et à sa révélation) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

1°) [...].

2°) *Au médecin qui, [...], porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. **Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;***

3°) [...].... »

Ainsi que le mineur donne son consentement ou pas, le médecin peut saisir le procureur.

Il faudra s'interroger sur l'opportunité d'une telle disposition, en particulier quand une procédure judiciaire s'en suit, concernant les droits des adolescents. Est-ce toujours dans l'intérêt de l'enfant ?

5.2. Les causes justifiant un signalement :

[3]. Dans son ouvrage « La Protection de l'Enfant Maltraité », Madame B. LHERBIER MALBRANQUE, Docteur en droit, rappelle que :

- « Une circulaire interministérielle des ministères de la Justice, Défense, Intérieur, Education et Santé (n°83/13 du 18 mars 1983), a rappelé que la protection de l'enfant en danger entre dans la compétence naturelle et traditionnelle de l'autorité judiciaire et que le Juge est particulièrement investi de cette fonction. Il doit être clair, précise cette circulaire, que chaque fois que la situation révèle une carence grave de la part des parents ou personnes qui en ont la charge et que l'intervention envisagée comporte une atteinte aux droits de la famille, l'autorité judiciaire doit être immédiatement saisie... »

- «La loi n°89-487 du 10 juillet 1989 a organisé la protection de l'enfant autour de la notion de « danger » encouru par l'enfant. [...]. Tant que les parents adhèrent à un projet administratif, que les travailleurs sociaux ont évalué le risque de danger de maintenir l'enfant dans sa famille, qu'ils en prennent la responsabilité, le milieu judiciaire n'est pas saisi. La saisine de l'autorité judiciaire doit s'effectuer quand le danger est évident pour l'enfant. On parle alors de « signalement » du cas au Juge. »

- « La loi du 4 juin 1970 a substitué l'assistance éducative à la protection de l'enfant et de l'adolescent en danger. L'article 375 du Code civil issu de cette loi est ainsi rédigé :

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice.

Les termes de l'article 375 du Code civil sont très généraux et ont permis une extension continue de l'intervention du juge des enfants dans les familles. La conception de danger évolue car elle dépend de la conception éducative d'une époque. Cependant, si le texte législatif ne définit pas le danger, il en précise l'objet : le danger qui fonde le signalement judiciaire est relatif à la santé, la sécurité, la moralité ou à l'éducation de l'enfant. »

Les propos de Madame B. LHERBIER MALBRANQUE nous apportent deux thématiques de réflexions dans le cas de MG :

-l'autorité parentale : qui l'exerce et selon quelles modalités ? Quels sont exactement les droits de la famille ?

-le danger : comment l'évaluer ?

5.2.1. La question de l'autorité parentale :

5.2.1.1. Cas de MG :

MG nous a bien spécifié, en premier, que son père n'exerçait pas l'autorité parentale. Sa mère nous a confirmé ces propos.

L'équipe soignante avait-elle le droit de prévenir le père de MG pour l'informer que sa fille était hospitalisée ?

L'équipe soignante avait-elle le droit de lui signifier les raisons de cette hospitalisation ?

Cette rétention d'information apparaissait comme un frein, dans le temps, à la résolution de la situation de MG : elle intercédait avec sa prise en charge par le médecin.

En effet, ces questions renvoient aux problématiques de l'autorité parentale et de la révélation du secret médical.

Concernant le cas de MG, un doute subsistait à l'égard de ses parents.

L'article L.1111-2 du Code de la santé publique stipule que :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. [...] Les droits des mineurs [...] sont exercés selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. [...] »

Autrement dit, les titulaires de l'autorité parentale ayant en charge la protection de la santé de l'enfant, doivent être informés par le médecin de son état de santé.

Cet article dit aussi que l'autorité parentale détermine les acteurs possibles du soin.

Aussi, révéler qu'un mineur est hospitalisé à quelqu'un qui ne serait pas titulaire de l'autorité parentale pourrait être assimilé à une révélation fautive du secret professionnel :

-L'article 1111-7 du Code de la santé publique stipule, au sujet de la communication du dossier médical, que :

« sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5 sur lequel nous reviendrons, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale.[...] »

-L'article 226-13 du Code pénal nous rappelle que :

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

En conséquence, le médecin doit rester le garant du secret médical et respecter les droits du mineur.

Le médecin en charge d'un mineur doit donc connaître la ou les personnes titulaires de l'autorité parentale.

Dans le cas de MG, le Juge infirmera le supposé non exercice de l'autorité parentale par le père : celui-ci était donc bien titulaire de l'autorité parentale.

L'autorité du père est affirmée par le Juge le 5 janvier 2005 à l'issue de la première hospitalisation.

L'article L.1111-2 du Code de la santé publique stipule que :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. [...] Les droits des mineurs [...] sont exercés selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. [...] »

En vertu de cet article, le père aurait pu se plaindre de ne pas avoir été informé de l'hospitalisation de MG.

Pourtant, l'article 42 du Code de Déontologie Médicale soit l'article R.4127-42 du code de la santé publique demande à tout médecin de *« s'efforcer de prévenir ses parents ou son*

représentant légal et d'obtenir son consentement » lorsque des soins sont prodigués à un mineur.

L'équipe médicale a pris contact avec le père dès le début de l'hospitalisation.

Cela peut paraître paradoxal au regard des termes employés dans la loi :

L'article 42 du Code de Déontologie Médicale soit l'article R.4127-42 du code de la santé publique et, l'article L.1111-2 du Code de la santé publique se distinguent en ce qui concerne les personnes à prévenir en cas de soins prodigués à un mineur.

Le premier mentionne les termes de « parents » ou de « représentant légal » ; le second mentionne les termes de « titulaires de l'autorité parentale » ou de « tuteur ».

Cette ambiguïté de termes est source de confusions :

Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur sont des représentants légaux.

Ainsi les parents, s'ils ont l'autorité parentale, sont des représentants légaux ; à l'inverse, les parents, s'ils ne possèdent pas l'autorité parentale, ne sont pas des représentants légaux.

L'article 379 du Code civil va dans ce sens :

« Le retrait total de l'autorité parentale [...] porte de plein droit sur les attributs, tant patrimoniaux que personnels, se rattachant à l'autorité parentale [...]. »

L'article 379-1 du Code civil est plus nuancé :

« Le jugement peut, [...], se borner à prononcer un retrait partiel de l'autorité parentale, limité aux attributs qu'il spécifie. [...] »

[3] Madame B. LHERBIER-MALBRANQUE atténue la portée de cette ambiguïté en stipulant que : «Ainsi le Code de déontologie peut-il aider le praticien à trouver sa voie au regard de ses obligations professionnelles. Les juges s'appuient sur le code de déontologie médicale pour apprécier la responsabilité des praticiens. »

[4] D. MALICIER énonce également que : « le Code de déontologie médicale a une valeur réglementaire. Une loi dispose : « Un Code de déontologie, préparé par le Conseil National de l'ordre et soumis au Conseil d'Etat, est édicté sous forme de règlement » (Code de la Santé - article 336), c'est-à-dire par décret.

Comme tel, il est signé par le premier ministre et par les ministres concernés.

Le Code de déontologie ne peut donc être contraire aux lois. »

5.2.1.2. Cas général :

❖ L'exercice de l'autorité parentale par un seul parent :

Les auteurs du livre « L'enfant, l'adolescent à l'hôpital » [5] indiquent que dans le cadre de l'exercice de l'autorité parentale par un seul parent (situation que MG et sa mère avaient énoncée initialement), « le parent à qui le Juge n'a pas confié l'autorité parentale demeure titulaire de cette autorité (mais pas de son exercice plénier) et conserve en conséquences des prérogatives fondamentales (droit de consentir au mariage, à l'adoption, à l'émancipation de l'enfant).

L'exercice du droit de visite et d'hébergement ne peut lui être refusé que pour des motifs graves.

En outre, il conserve le droit de surveiller l'entretien et l'éducation de l'enfant et doit être informé, en conséquence, des choix importants relatifs à la vie de ce dernier (Code civil, 373-2-1). [...].

Ce droit de surveillance lui permet de contrôler que l'autre parent accomplit sa mission dans l'intérêt de l'enfant et ce dans tous les domaines, sans pour autant lui conférer un droit d'ingérence. Il lui est en principe possible, sauf décision contraire du Juge, de visiter l'enfant, le cas échéant à l'hôpital. »

Est précisée la notion de « droit d'information : Sous le régime des législations antérieures, le parent qui n'avait pas l'exercice de l'autorité parentale, était en droit d'obtenir de l'administration hospitalière, même contre l'avis du parent gardien, des informations sur la présence du mineur dans l'établissement et sur son état de santé selon une lettre ministérielle du 2 mars 1979 au président de la Fédération hospitalière de France, en droit d'exiger la communication régulière du carnet de santé [...], en droit d'obtenir communication de son dossier médical, [...]. »

Il est dit que « si le parent dispose de ce droit d'information, il n'est pas titulaire d'un droit de veto : s'il conteste une décision ou constate une carence, il ne peut que saisir le Juge aux affaires familiales. »

Le principe général est le suivant :

-Si les parents sont mariés alors les deux parents ont l'exercice de l'autorité parentale à l'égard de leurs enfants.

-Si les parents ne sont pas mariés, le principe est également l'exercice conjoint de l'autorité parentale si la reconnaissance de l'enfant a été effectuée au cours de la première année de vie de l'enfant.

En cas de séparation, l'article 373-2-1 du Code civil prévoit que :

« Si l'intérêt de l'enfant le commande, le juge peut confier l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents. »

-La lecture de ce texte permet de bien saisir que, désormais le principe est l'exercice conjoint : ceci a été clairement affirmé lors de la loi du 4 mars 2002 qui instaure ce texte.

-Il faut caractériser en quoi l'intérêt de l'enfant est de restreindre cet exercice à un seul parent ; il s'agit là, selon la Cour de Cassation, d'un pouvoir souverain des juges du fond...

-Cependant le fait qu'un seul parent dispose de l'exercice de l'autorité parentale ne dépossède pas l'autre parent de l'autorité parentale. Il l'a mais ne l'exerce pas. L'aviser des soins est donc sûrement utile mais son consentement ne paraît pas nécessaire.

Ces précisions nous indiquent que la révélation du secret médical, sous réserve de l'article L1111-5, est possible à l'égard du parent n'exerçant pas l'autorité parentale.

En revanche, tout projet thérapeutique qui nécessiterait son intervention est exclu. Une demande préalable auprès du Juge est nécessaire car celle-ci est en contradiction avec les droits de la famille en raison des modifications de l'exercice de l'autorité parentale qu'elle suppose.

Ainsi, connaître le statut des parents à l'égard de l'autorité parentale est une condition préalable et indispensable pour proposer un projet thérapeutique où ils sont acteurs des soins.

❖ La déchéance de l'autorité parentale :

C'est une mesure très limitativement utilisée et très strictement prévue. Son usage est exceptionnel.

L'article 378 du Code civil prévoit que :

« peuvent se voir retirer totalement par une décision expresse du jugement pénal les père et mère qui sont condamnés, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur la personne de leur enfant, soit comme coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis par leur enfant. »

L'article 378-1 du Code civil prévoit que :

« peuvent se voir retirer totalement en dehors de toute condamnation pénale les père et mère qui, soit par mauvais traitements, soit par consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ou un usage de stupéfiants, soit par une inconduite notoire ou des comportements délictueux, soit par un défaut de soins ou un manque de direction, mettent en danger la santé, la sécurité ou la moralité de l'enfant.

Peuvent pareillement se voir retirer totalement l'autorité parentale, quand une mesure d'assistance éducative avait été prise à l'égard de l'enfant, les père et mère qui, pendant plus de deux ans se sont volontairement abstenus d'exercer les droits et de remplir les devoirs que leur laissait l'article 375-7 du Code civil. »

Lorsqu'une telle mesure est prise, les parents perdent tous les attributs tant patrimoniaux que personnels se rattachant à l'autorité parentale. Cela supprime même l'obligation d'aliments qui peut exister entre les enfants et leurs parents...

Quand des déchéances sont prononcées, il faut bien comprendre que, si l'enfant est confié au service de l'aide sociale à l'enfance, il est alors immatriculé comme pupille : il n'existe plus aucun lien juridique entre l'enfant et son parent. La mesure est définitive et irrévocable.

Il ne saurait donc être question dans cette hypothèse d'aviser le(s) parent(s) d'une quelconque hospitalisation ou d'un quelconque soin concernant l'enfant.

❖ L'exercice en commun par les deux parents de l'autorité parentale :

En principe, toutes les décisions doivent être prises en commun par les père et mère notamment celles relatives aux traitements médicaux de l'enfant.

Cependant, afin de faciliter la vie courante des parents, la loi prévoit qu'à 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, selon l'article 372-2 du Code civil.

Cela signifie qu'il existe à l'égard des tiers de bonne foi une présomption d'entente entre les parents et donc qu'un tiers n'a pas à s'interroger sur l'étendue exact des pouvoirs du parent qui se présente à lui pour un acte « usuel ».

Les auteurs de « L'enfant, l'adolescent à l'hôpital » indiquent que :

« -Un **tiers est présumé de bonne foi** lorsqu'il est en droit de penser que celui des deux parents qui prend une décision vis-à-vis d'un enfant le fait en accord avec l'autre parent. Il en résulte que le médecin qui a connaissance de l'opposition d'un des parents quant aux modalités thérapeutiques ne pourra être présumé agir « de bonne foi » en procédant aux soins sans leur accord conjoint.

-La **notion d'acte « usuel »** est une notion cadre, une enveloppe générale dont le juge est chargé de définir le contenu au fil des espèces. En l'absence de liste exhaustive, les auteurs s'accordent à considérer que l'acte « usuel » est un acte de la vie quotidienne un acte sans gravité (par exemple, la demande faite par l'un des parents pour obtenir une carte d'identité, un passeport ou pour inscrire un enfant dans un établissement scolaire).

En matière médicale, une distinction plus affinée permet de dire que :

-entrent dans la catégorie des actes « usuels », les soins obligatoires (certaines vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes, soins dentaires de routine...), les soins habituels chez l'enfant (traitement des maladies infantiles ordinaires) ou chez tel enfant en particulier (poursuite d'un traitement ou soin d'une maladie récurrente, car « usuels » n'est pas synonyme de bénin) ;

-ne peuvent être considérés comme des actes « usuels » : la décision de soumettre l'enfant à un traitement nécessitant une hospitalisation prolongée, le recours à un traitement lourd (y compris dans un domaine psychothérapique) ou comportant des effets secondaires importants, les interventions sous anesthésie générale, la résolution d'arrêter les soins ou de les réduire à un traitement de confort. »

Cet énoncé est valable quelle que soit la situation du « couple parental » notamment lorsque les parents sont divorcés, séparés de corps ou séparés de fait.

La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale établit ce principe de façon plus générale : *« la séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale. Chacun des père et mère doit maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de celui-ci avec l'autre parent ».*

L'autorité parentale demeure en conséquence exercée en commun par les deux parents (le couple parental survit au couple conjugal), chacun d'entre eux devant par ailleurs faire en sorte de ne pas contrecarrer la possibilité pour l'autre parent de maintenir les relations découlant de son statut de père ou de mère, d'après l'article 373-2 du code civil.

❖ **En cas de conflit ou de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale :**

La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale a désigné le juge du tribunal de grande instance aux affaires familiales pour régler les questions relatives à l'autorité parentale (code civil, article 373-2-6), en soulignant qu'il lui revient de « *veiller spécialement (dans ses décisions) à la sauvegarde des intérêts des enfants mineurs* ».

Le juge des affaires familiales peut être saisi à ce titre par l'un des parents ou par le Procureur de la République (qui peut même être saisi par un tiers, parent ou non) pour statuer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale (code civil, article 373-2-8).

Il pourra statuer ainsi, par exemple, « en cas de désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale » sur l'hospitalisation ou la sortie de leur enfant.

❖ **Théorie et pratique : les modalités souhaitables de l'admission administrative et de l'accueil du patient :**

L'admission du mineur à l'hôpital est prononcée par le directeur de l'hôpital sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement (décret du 14 janvier 1974, article 2).

Il s'agit donc d'une décision administrative d'après les auteurs de « L'enfant, l'adolescent à l'hôpital ».

Il est précisé que, si des **soins non usuels** sont programmés, l'accord des deux parents est requis :

Comme nous l'avons exposé précédemment, l'hospitalisation de MG ne peut être considérée comme un acte usuel ; aussi aurait-on dû préalablement s'enquérir du statut des parents concernant l'exercice de l'autorité parentale.

Les auteurs poursuivent ainsi pour tout mineur dans le cas des soins non usuels :

« Il y a lieu ainsi de procéder aux **formalités suivantes** :

1°) demander systématiquement aux personnes accompagnant le mineur leur qualité vis-à-vis du mineur (père, mère, grand parent, tuteur, etc....) ;

2°) demander la production des pièces permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale, du mandat donné le cas échéant par les parents à un accompagnant (par ex, pour venir chercher l'enfant au terme de l'hospitalisation), ou de l'émancipation ;

-la carte d'identité et la carte d'assuré social du (ou des) titulaires de l'autorité parentale (une copie des pièces pourra être conservée au dossier administratif) ;

-le livret de famille ;

-les éventuelles décisions de justice dont l'accompagnant (ordonnance du juge des enfants, etc.) ou le mineur se disant émancipé (décision du juge des tutelles ou mention du mariage sur un acte d'état civil) se prévaut.

3°) demander, chaque fois que demeure une incertitude au vu des pièces produites au 2°) ci-dessus :

-pour les couples divorcés, séparés ou en instance de divorce : la dernière décision du juge aux affaires familiales fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale ou le jugement de divorce ;

-pour les parents non mariés : la décision du juge organisant l'exercice de l'autorité parentale.

4°) demander à un titulaire de l'autorité parentale de signer la fiche individuelle d'admission (cette formalité permettant d'attester la demande d'admission).

En dehors des cas d'urgence, l'absence des pièces justificatives probantes doit amener l'hôpital à suspendre la procédure d'admission ;

En cas d'accueil en urgence effectué en présence des parents et sans que ceux-ci soient en mesure de présenter immédiatement les pièces justificatives nécessaires, il faut :

-effectuer l'admission ;

-signaler au cadre du service que les pièces d'identité font défaut et lui demander d'obtenir auprès des parents, dans les meilleurs délais, les pièces complémentaires permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale.

Distinction entre fiche d'admission et autorisation de soins :

La signature de la fiche d'admission par un titulaire de l'autorité parentale permet de justifier de la fiabilité des informations recueillies auprès de celui-ci, de l'accord présumé de l'autre parent pour l'hospitalisation et pour les actes usuels qui y seront pratiqués. Elle ne doit pas être considérée comme un accord à des soins graves qui nécessiteront la signature préalable d'un second document : « l'autorisation de soins » que devront signer les deux parents.

En cas d'impossibilité d'obtenir dès l'admission les deux signatures nécessaires pour l'autorisation des soins (pour cause d'empêchement, d'éloignement, etc.), il doit être demandé aux parents de ramener le document dûment signé dans les meilleurs délais.

A défaut, les parents doivent être tenus de le faire parvenir :

- par courrier exprès ;
- ou par télécopie (dans ce cas, la copie d'une pièce d'identité du ou des parents doit être jointe).

Cette formalité est indispensable, hors situation d'urgence, avant d'entreprendre des soins non usuels. Seule l'impossibilité manifeste à entrer en contact avec un des parents ou son désintérêt manifeste (qui doit être explicitement établi) peut en dispenser. »

En pratique et au-delà de la démarche administrative que l'on peut qualifier de complexe, lourde bien que justifiée, on doit, autant que faire se peut, humaniser l'accueil de l'adolescent et de sa famille

Une circulaire ministérielle du 1^{er} août 1983 précise que ces formalités *administratives* « ne doivent évidemment jamais prendre le pas sur l'accueil de l'enfant et de ses parents. Cet accueil doit être aussi chaleureux et personnalisé que possible. »

La situation clinique de MG a été le paradigme d'un paradoxe concernant le temps écoulé pour apprendre du Juge qui exerçait réellement l'autorité parentale et, la nécessité de proposer un projet thérapeutique : comment travailler à un tel projet quand les acteurs de celui-ci ne sont pas définis préalablement?

Nous rappelons que : « ... chaque fois que la situation d'un enfant révèle une carence grave de la part des parents ou personnes qui en ont la charge et que l'intervention envisagée comporte une atteinte aux droits de la famille, l'autorité judiciaire doit être immédiatement saisie. »

Il a été procédé à la saisine du Juge car :

-Les carences éducatives et le refus de soin qui caractérise la mère de MG ne semblent pas propices à un retour à son domicile.

-En raison du supposé non exercice de l'autorité parentale par le père, on ne pouvait proposer qu'une structure de type foyer éducatif à la place d'une prise en charge de MG par le père.

La décision du Juge ayant restauré l'autorité du père, de nouvelles possibilités d'accueil devenaient possibles.

Il apparaît dommageable qu'il ait fallu deux mois de délai pour obtenir cette information.

Un échange d'informations entre le milieu judiciaire et le milieu médical devrait être possible selon des modalités plus rapides. En effet, de quels moyens dispose le soignant, indépendamment des propos de l'adolescent ou de ceux des parents, pour objectiver les modalités de l'autorité parentale inhérente à chaque famille ?

Le médecin a-t-il le droit de demander communication du jugement de divorce qui fixe les modalités de l'autorité parentale ? A-t-il accès aux décisions du juge des tutelles et du juge des affaires familiales ?

❖ La carte vitale, l'Assurance Maladie et les Adolescents :

Les modalités des remboursements concernant les adolescents :

Au préalable, on rappelle que l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité Sociale spécifie que :

« Par membre de la famille, on entend :

1°) le conjoint de l'assuré,

2°) jusqu'à un âge limite, les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis.

3°) jusqu'à des âges limites et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :

a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail.

b) Les enfants qui poursuivent leurs études.

c) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

4°) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^{ème} degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants à la charge de l'assuré ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret du Conseil d'Etat. »

L'article L. 161-14-1 (Loi numéro 95-116 du 4 février 1995, article 59-I) du Code de la Sécurité Sociale stipule que :

« L'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu du 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a **atteint l'âge de 16 ans** » peut demander, selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, à être **identifié de façon autonome** au sein du régime dudit assuré social et à bénéficier **à titre personnel** de remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de ce régime.

Toutefois, cette identification et ce remboursement à titre personnel sont obligatoires pour l'enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2° et 3° de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de 16 ans poursuivant des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnées à l'article L. 381-4. »

Cet article se poursuit en faisant référence à la loi du 27 juillet 1999, article 7-I en stipulant que:

« Sauf refus exprès de leur part, les ayants droits mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité. »

« **Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'A. S. E.** peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon **autonome** au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité. »

On différencie trois types de situations administratives indépendamment de l'accord de l'autorité parentale :

-Celle où l'enfant est rattaché à ses parents et a moins de 16 ans :

Jusqu'à 16 ans, l'enfant dépend de ses parents sur le plan administratif : il est ayant droit de ses parents. Tout acte de santé implique la prise en charge administrative via la carte vitale des parents et les remboursements leur sont crédités.

-Celle où l'enfant est rattaché à ses parents et a 16 ans révolus :

Le dispositif demeure le même :

- pour les enfants en apprentissage jusqu'à l'âge de 18 ans.
- pour les enfants qui poursuivent leur études jusqu'à l'âge de 20 ans.
- pour les enfants qui présentent un handicap suffisant les empêchant de se livrer à un travail salarié : ils sont ayants droits jusqu'à 20 ans.

Ils ont leur propre carte vitale mais les remboursements et la nature des prestations sont adressés aux parents.

Néanmoins, à condition qu'ils en fassent **expressément la demande** auprès de la C. P. A. M., ces enfants peuvent devenir ayants droits autonomes c'est-à-dire qu'ils sont ayants droits de leurs parents mais l'ensemble des remboursements leur sera attribué de façon personnelle et indépendamment de leurs parents, d'après l'article L. 161-14-1 du Code de la sécurité sociale. Leur carte vitale permet un accès aux soins en leur nom propre.

-Celle où l'enfant est rattaché à l'A. S. E. :

Ces enfants, indépendamment de toute notion d'âge et dès l'instant où la notion de rupture familiale est acquise, sont pris en charge par les services de l'A. S. E. : ce dernier perçoit en leurs noms les prestations des assurances maladie et maternité. Les enfants deviennent administrativement totalement indépendants de leurs parents.

La carte vitale : un nouveau moyen pratique d'informations ?

[6] Le site internet de l'Assurance Maladie précise :

« La mise en circulation de la nouvelle carte Sésam Vitale 2 est prévue pour le dernier trimestre 2006.

Elle se différencie de la précédente dans la mesure où elle sera la clé d'accès pour le praticien au dossier médical personnel : celui-ci devrait être opérationnel en janvier 2007. Elle permettra au médecin d'accéder aux données médicales de son patient contenues dans le dossier médical partagé. »

Concernant les adolescents et particulièrement pour ceux qui sont issus de famille recomposée, **on peut se demander si la mention sur la carte vitale d'une information telle que la notion de l'autorité parentale ne serait pas bénéfique pour l'accès aux soins des adolescents** puisqu'elle conditionne la réalisation des actes médicaux non usuels, ces derniers nécessitant l'accord des deux parents. Elle serait **une aide pour le médecin** évitant dès lors les litiges potentiels, les fausses allégations et l'éventuel recours au juge. Evidemment le bénéfice d'une telle mesure devrait s'appliquer dans le respect des familles et dans la confidentialité :

Est-il davantage intrusif de demander des justificatifs tel qu'un jugement de divorce à un ou des parents plutôt que de leur demander de fournir une carte vitale où serait mentionnée la notion de l'autorité parentale sans aucune autre information plus personnelle ?

Inscrire l'autorité parentale sur la carte Sésam Vitale 2, garantirait la sûreté de l'information, permettrait à tout intervenant y ayant accès d'être immédiatement plus efficace (notamment en cas d'urgence : accident, etc...), sécuriserait le médecin dans ses obligations vis-à-vis de la famille et, simplifierait les formalités administratives.

5.2.1.3. Au-delà de l'autorité parentale, le soin : quatre cas de prise en charge de l'Adolescent par le médecin :

❖ Le représentant légal et le mineur sont demandeurs du soin :

Il s'agit de la situation idéale où le médecin doit répondre à la demande en vertu de ses compétences.

❖ Le représentant légal et le mineur ne sont pas demandeurs du soin : les limites des prérogatives médicales et de l'institution publique :

La nécessité du soin est ignorée par le représentant légal et le mineur.

S'ils ne consultent pas un médecin, il faut, dès lors que l'on veut promouvoir le soin, apporter une information au patient ou son représentant pour favoriser la prise de conscience de la nécessité du soin.

Cette information nécessite sa diffusion : elle rejoint le domaine de la prévention et du dépistage avec pour corollaire la surveillance de la population en terme de santé publique. Cette surveillance est l'objet des prises en charge par les personnels scolaires, les personnels des services sociaux, médicaux, des centres de planification familiale, les psychologues...

La notion de réseau prend alors toute sa valeur concernant la problématique du dépistage, de l'information. Nous traiterons ultérieurement de la notion de réseau.

Cette prise en charge s'appuie sur l'acuité du professionnel à dépister, à conseiller et à orienter.

Plus le professionnel est à même de connaître la situation familiale, sanitaire, sociale et éducative de l'adolescent, plus sa capacité à saisir les enjeux d'une situation est aisée.

Globalement, le professionnel est donc partagé entre le soutien sanitaire, social et éducatif qu'il voudrait apporter à l'adolescent et, le risque lié à l'action du professionnel de s'immiscer dans la vie privée de l'adolescent et des familles :

-L'article 16 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (O. N. U.) prévoit que :

« *Nul enfant ne (doit) faire l'objet d'immixtions arbitraires, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.* »

-La Déclaration universelle des droits de l'homme mentionne dans son article 12 :

« *Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée...* »

-Le Code civil mentionne dans son article 4 :

« *Chacun a droit au respect de sa vie privée* »

-Le Code de déontologie médicale dans son article 51 que :

« *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.* »

Au-delà de l'information du mineur et de ses parents, il existe un moyen exemplaire de soulager les maux des intéressés, quand le sentiment de honte et le discrédit possible empêchent la révélation à l'égard de tiers, c'est celui du **secret médical** inhérent au professionnel.

Il est une garantie de confidentialité pour le patient :

Même si initialement un élément fondateur du secret professionnel était le caractère volontaire du patient, qui, demandant le soin, était implicitement d'accord pour se confier, le législateur a bien compris que ce caractère volontaire du patient était insuffisant dans la démarche du secret. En effet, les informations dont le patient n'a pas conscience ainsi que ses us et coutumes comme son environnement sont aussi couverts par le secret.

Cela correspond à l'article 4 du code de déontologie (article R. 4127-4 du code de santé publique) :

« 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. »

Pour autant, dans le cas où le mineur et son représentant légal ne sont pas demandeurs du soin, le professionnel ne peut imposer une prise en charge : seule l'incitation à la demande de soin est préconisée.

Cependant, on rappelle que la non ingérence dans le cercle privé de la famille s'arrête là où commence la non assistance à personne en péril.

Enfin le refus de la famille de coopérer avec l'autorité administrative est une condition pour signaler immédiatement la situation auprès de l'autorité judiciaire si une situation de maltraitance est évoquée.

En tout état de cause, il suffit que la volonté de soin émane du représentant légal ou bien du mineur pour que la situation évolue de deux façons différentes :

❖ **Le représentant légal est demandeur du soin contrairement au mineur :**

Promouvoir la santé des adolescents est une priorité et une obligation pour le médecin.

La demande de soins et l'autorisation du représentant légal ne contraignent plus l'action thérapeutique du professionnel.

Seul le consentement de l'adolescent fait défaut.

La relation qui unit le médecin et l'adolescent doit permettre l'adhésion de l'adolescent à l'acte thérapeutique.

Susciter le soin est un objectif du médecin quand la nécessité du soin est évaluée et confirmée. Le médecin doit rechercher ce qui fait sens pour l'adolescent, obtenir son assentiment au nom de la dignité que tout patient suscite en vertu du code de déontologie. Il doit lui porter secours.

Cependant la **possibilité pour le patient de s'opposer à des décisions médicales et parentales a été prévue par la loi dans trois conditions** bien identifiées :

-L'article L. 1231-3 du Code de la santé publique rappelle que :

« [...], un prélèvement de moelle osseuse peut être effectué sur un mineur au bénéfice de son frère ou de sa sœur.

Ce prélèvement ne peut être pratiqué que sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal du mineur. [...]

Le refus du mineur fait obstacle au prélèvement. »

- L'article L. 1221-5 du Code de la santé publique rappelle que :

« Aucun prélèvement de sang ou de ses composants en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui ne peut avoir lieu sur une personne mineure [...].

Toutefois, s'agissant des mineurs, un prélèvement peut être effectué à titre exceptionnel lorsque des motifs tirés de l'urgence thérapeutique et de la compatibilité tissulaire l'exigent.

Le prélèvement ne peut alors être opéré qu'à condition que chacun des titulaires de l'autorité parentale y consente expressément par écrit.

Le refus de la personne mineure fait obstacle au prélèvement. »

-La loi relative aux recherches biomédicales stipule aussi que :

« Le consentement du mineur doit être recherché lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté et qu'il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation éventuelle de son consentement. »

On peut alors se demander s'il existe d'autres situations où le mineur pourrait s'opposer à un traitement lorsque les titulaires de l'autorité parentale ont donné leur accord à cette prise en charge ?

D'un point de vue légal, le mineur étant incapable, ses parents ont toujours le pouvoir de consentir à des soins pour lui. Néanmoins, dans le cas de soins usuels ou n'ayant pas d'incident grave sur sa santé, son opposition peut ouvrir la porte à la réflexion et au dialogue devant la détermination du représentant légal et du médecin pour raison médicale. En revanche, dans le cas d'une situation de mise en péril de la personne, le médecin n'a pas d'autre choix malgré toute la diligence dont il a pu faire preuve à l'égard du patient que de prendre en charge celui-ci de façon efficace.

❖ L'adolescent est demandeur de soin contrairement à son représentant légal : quels sont ses droits ?

On rappelle le droit des adolescents en matière de contraception :

-L'article L. 5134-1 du Code de la santé publique énonce que :

« 1. – Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

[...]. »

-L'article L. 2311-4 du Code de la santé publique énonce que :

« Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret[...] »

On rappelle le droit des adolescents en matière d'interruption volontaire de grossesse et qui concerne l'article L. 2212-7 alinéa 2 du Code de la santé publique :

« Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer dans l'intérêt de celle-ci d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale [...] soient consultés [...].

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche, ou si son consentement n'est pas obtenu, l'intervention volontaire de grossesse ainsi que [...] les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée [...]. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix [...] »

La loi du 4 mars 2002 a ouvert le droit des mineurs à des soins confidentiels de façon beaucoup plus large que ne le laissaient entendre les dispositions précédentes.

En effet, l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique, qui découle de cette loi, stipule que :

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

Deux conditions sont requises pour que le principe du droit des mineurs à des soins confidentiels soit applicable :

-L'opposition du mineur doit être expresse et non pas supposée.

-Les soins ne peuvent être envisagés que dans la mesure où, s'ils faisaient défaut, la santé du mineur en pâtirait assurément et sérieusement.

L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique confirme le droit au secret et les modalités de communication du dossier médical en stipulant que :

« [...] Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cadre d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin [...] »

La prise en charge de la maltraitance semble satisfaire à ces conditions (c'était le cas pour MG qui refusait que les violences d'ordre sexuel soient divulguées à ses parents et, qui, néanmoins, nécessitait des soins.)

Nous devons nous interroger sur le respect de ce droit au secret dans le cadre de la prise en charge en particulier concernant la procédure judiciaire.

On fait le choix d'envisager cette discussion dans la partie intitulée : «L'adolescent, l'audience et le secret professionnel ».

Enfin on rappelle pour mémoire que l'article L. 1111-5 se termine tel que :

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

5.2.2. Définir le danger :

5.2.2.1. Thèmes anamnétiques et perspectives bibliographiques : évaluation médicale du danger :

❖ **Au sujet des violences sexuelles :**

[7] Le fascicule « Le praticien face aux violences sexuelles » édité par le Ministère chargé de la santé rappelle les risques évolutifs des agressions sexuelles insuffisamment prises en charge :

« Toute maltraitance sexuelle laisse des séquelles dans l'histoire du sujet. Celles-ci sont plus ou moins importantes en fonction d'innombrables facteurs individuels. Elles peuvent être majeures lorsque aucune prise en charge n'a pu être mise en place.

En l'absence de soins, l'aggravation, parfois après un temps de latence, se poursuit et constitue un **tableau clinique de névrose traumatique** encore appelée état de stress post traumatique dans les classifications internationales récentes.

Ce tableau clinique se présente de la façon suivante :

a) Certains signes expriment la forte composante dépressive. Ils sont assez constants mais peu spécifiques. Ils traduisent de forts sentiments de dévalorisation de soi. La victime se sent coupable de ce qui lui est arrivé, coupable de ne pas s'être suffisamment défendue, coupable de s'être laissée faire, coupable de ne pas avoir parlé... Cette symptomatologie dépressive revêt différents aspects selon l'âge de la victime :

Les troubles du sommeil sont constants. Ils sont souvent accompagnés de cauchemars.

Les capacités de concentration intellectuelle sont parasitées par des ruminations incessantes. La fatigabilité est extrême. Chez l'adolescent, la chute du rendement scolaire est significative.

Les troubles affectifs peuvent être très contrastés : désordre émotionnel, colère, crises de larmes, irritabilité ou au contraire, repli sur soi, perte des investissements habituels, passivité extrême.

Un cortège de turbulences comportementales est aussi fréquent chez l'adolescent : fugue, école buissonnière, troubles alimentaires ou conduites addictives (alcool, drogue), désinvestissement de son propre corps qui peut aller de la simple négligence jusqu'aux automutilations.

Les tentatives de suicide sont souvent des signes d'appel. Parfois, l'enfant peut mimer ce type de passage à l'acte.

b) Les symptômes de répétition sont spécifiques de l'agression :

Cauchemars, rêveries éveillées au cours desquelles la victime revit avec une fascination horrifiée les scènes de viols.

Défilés d'images ou de séquences qui reproduisent à l'infini certaines scènes traumatiques, toujours les mêmes. La victime évoque des flashes ou des images qui tournent en boucle dans sa tête et qui induisent les mêmes bouleversements émotionnels que lors du traumatisme initial.

Phobie des situations où la victime se trouve en situation duelle avec toute personne qui rappelle l'agresseur.

Phobie des lieux ou des circonstances dans lesquels survenaient les abus sexuels.

Ces troubles phobiques peuvent parfois s'exacerber en de véritables états de panique.

c) Beaucoup plus spécifique encore, apparaît le retentissement sur la vie sexuelle de la victime, dont l'élaboration est gravement perturbée :

L'adolescente décrit des blocages. Tout rapprochement sexuel est impossible. Même au sein d'une relation sentimentale très investie, les gestes amoureux réactivent le traumatisme. Le visage de son agresseur se superpose à celui de son partenaire.

Le dégoût de la sexualité peut également amener des comportements en apparence paradoxaux : multiplication des relations sexuelles éphémères, conduites à risque, attitudes provocantes.

L'évolution défavorable, si elle se poursuit encore, est marquée par des **aménagement voire une réorganisation complète de la personnalité de la victime** dont les troubles retentissent sur son environnement social, familial et professionnel.

Parmi ces modifications de la personnalité, les auteurs signalent :

- une diminution de l'élan vital,
- une quête permanente d'amour sans investissement affectif réel,
- le sentiment d'être incompris ou méconnu dans sa situation de victime,
- une perte d'espoir dans l'avenir,
- une irritabilité, une méfiance, voire des tendances quérulentes dans les relations avec autrui,
- plus rare, l'installation du sujet dans son statut de victime avec une recherche consciente ou inconsciente de bénéfices secondaires.

Ces troubles qui font suite au syndrome de répétition évoluent en l'absence de tout traitement précoce vers **un enkystement, aboutissant à des personnes fragiles, caractérielles, voire des états limites.** »

[8] Les auteurs de la conférence de consensus sur « Les conséquences des maltraitances sexuelles » de novembre 2003 confirment ces propos en précisant qu'il n'existe pas forcément de lien étiologique entre agression sexuelle et pathologie constatée.

❖ **Au sujet des scarifications :**

S'il ne s'agit pas à proprement parler d'évaluer un danger, les automutilations procèdent selon un état d'esprit que le corps personnifie et **peuvent suggérer un mode évolutif incertain voire morbide.**

[9] L'auteur A. BOURGAIN dans son article « piercing et tatouage : du corps à l'œuvre d'art » circonscrit les **niveaux de significations possibles d'un corps en émoi :**

- « l'inscription tégumentaire **transforme le corps en signifiant** »
- « cet acharnement à la fois archaïque et moderne de se trouer les corps aurait à voir avec une certaine quête d'authenticité, avec une recherche d'un effet de vérité, ou tout au moins d'un effet de réel. [...] Ces pratiques relèvent d'une volonté d'hyper réalisme. »
- « [...] la peau décorée comporte une dimension à la fois magique et marginale de révolte par rapport au milieu familial, de provocation, de transgression [...] »
- « un deuxième niveau de lecture amène la question de la mystique, de **la quête de reconnaissance, d'appartenance**, ces arts étant reconnus « tribaux ». C'est alors consciemment ou non, pour satisfaire à un rituel que l'on soumet son corps à diverses épreuves dans une quête constante de l'inédit [...] »
- « la valeur identificatoire de ces conduites est évidente »
- Lorsque l'auteur parle du tatouage, il dit : « [...] longtemps vécu comme une marque d'identification du hors la loi, il est en même temps avant tout un ornement. Ses origines doivent demeurer équivoques. Il n'est pas une simple mode, bien plutôt une pratique traditionnelle, voire archaïque : acquis [...] en tout cas dans la souffrance, il fait du corps une calligraphie ambulante, lui confère une appartenance tribale. »

- « Cette signature vivante permet de jeter sous sa peau les différentes étapes de sa vie, » en parlant du tatouage.
- « Derrière l'agressivité du poinçon, derrière cette fascinante écriture sur la peau, que peut-on lire ? La loi symbolique, la loi du langage, ferait plus de ravages dans le corps que ceux des aiguilles. Ou comme le rappelle Tournier, « quiconque a souffert dans un milieu violent en gardera toujours la trace honteuse sur son corps. » On reconnaît ici **la fonction cathartique du tatouage** : effacer la culpabilité, la honte, le dégoût, la haine de soi ? »
- « On peut voir une version moderne de cette **volonté de purgation** dans le combat de certains sujets séropositifs qui, au moyen du tatouage ou d'un autre art corporel, tentent courageusement de se réapproprier un corps otage de la maladie. »

- « La **première piste** généralement avancée pour rendre compte de ces pratiques est celle du **masochisme**. La pulsion de mort une fois mise au service du désir, les symptômes en seraient les traductions ; la perversion viendrait en lieu et place de la névrose ; le sujet recourt à la mère phallique pour incarner la loi du père, et use d'accessoires fétiches pour pallier l'absence de génitalité. Les fétiches constituent dans cette optique autant de dérobades, de voies de détournement du désir. »
- « [...] le sadomasochisme serait d'après Herpe davantage de l'ordre du paraître, du cliché. Il aurait une « fonction de perversion au sens où il inverse le cours du temps et ressuscite les visions d'enfance », mais ces nouvelles attitudes perdraient leur dimension de subversion sadienne : il ne s'agit plus de « prendre au mot la douleur du monde mais de la mettre en suspens. » »
- « Les scarifications évoquent la cruauté, [...] »

- « La scarification, ou cutting, est une **cicatrice créée dans des conditions d'asepsie particulières** : de l'ordre d'une brûlure au second degré, elle est réalisée avec incision de la peau au scalpel. Après le nettoyage antiseptique, on frotte deux produits sur la peau pour l'irriter. On obtient en trois semaines une « jolie » cicatrice... »
- « Les motifs de l'écorché, de la chair, de la viande, du sang répondent à une nouvelle érotisation du corps [...] »
- « L'engouement actuel pour ces sacrifices corporels peut être le symptôme d'une quête d'appartenance. Loin d'être des marginaux, ces sujets seraient en mal de rite de passage, de contrats à passer dans la douleur et choisiraient inconsciemment des voies très archaïques. »

- « L'analyste Gagnebin s'est intéressé à ce qu'elle a nommé l'art du laid. Le body art est selon elle une « **école de la mort** », et ses adeptes de véritables « bourreaux du corps humain ». »
- « Dans un jeu avec la mort, l'artiste se fait chirurgien : il greffe l'art sur le corps humain. »
- « Gagnebin voit dans ces pratiques **le signe d'une impuissance psychique**, et elle n'hésite pas à les comparer à des actes inouïs posés dans des conditions extrêmes [...] »
- « [...], elle (Gagnebin) souligne la **nécessité d'aller jusqu'à certaines limites de la vie afin de créer quelque chose** : la lame introduit le vide, instaure une issue intérieure [...]. Dans ces automutilations modernes, comme dans des situations extrêmes d'enfermement, on ne réalise plus une œuvre, « on cherche à traquer le vide, le piéger, à assister à la formation spontanée de son tableau, cracher l'encre, l'insuffler ». »

❖ Au sujet de la consommation de cannabis :

[10] Les auteurs Yves GERVAIS et Daniel MARCELLI du chapitre « les conduites auto thérapeutiques cannabiques » proposent **une évaluation de la consommation de cannabis d'un adolescent**, suite à leurs travaux universitaires, en rappelant que celle-ci peut être double :

-Sous forme de pétards ou joints ou encore bedos. Ce sont de grandes cigarettes roulées à la main en forme de cônes. Le produit est alors fumé, mélangé à du tabac blond. Il faut en moyenne un quart de gramme pour confectionner un pétard. Une personne qui fume quotidiennement quatre pétards consomme 30 grammes de cannabis par mois.

-Sous forme de douilles par l'usage de pipes à eau ou de bangs qui sont des narguils fabriqués de manière artisanale à partir de bouteilles en plastique ou de morceaux de bambou. L'utilisateur mélange le cannabis avec un peu de tabac au creux de la douille qui sert de foyer. Quand la douille est enflammée, l'usager aspire la fumée à travers l'eau, ce qui a pour conséquence de potentialiser l'effet initial du produit. Comme l'affirment les usagers habituels : « Le pétard apaise alors que la douille déchire. » Il faut en moyenne un huitième de gramme pour réaliser une douille. Un usager qui fume chaque jour douze douilles consomme 45 grammes de cannabis par mois.

On rappelle que MG nous a révélé fumer avant son hospitalisation entre 7 à 8 joints par jour et qu'elle confectionnait parfois des bangs. Par un calcul simple, on peut estimer sa consommation cannabique au minimum de 50 grammes voire au-delà de 60 grammes par mois.

Les auteurs Yves GERVAIS et Daniel MARCELLI donnent une « **classification de la consommation cannabique en cinq catégories sur une durée d'évaluation supérieure ou égale à trois mois** » ; les deux derniers stades nous intéressent :

-**la consommation auto thérapeutique** : Dans le cadre d'un usage quotidien, solitaire mais aussi en groupe, l'adolescent consomme entre 20 et 60 grammes par mois. Les effets recherchés sont ceux d'un antidépresseur, d'un anxiolytique ou d'un hypnotique. Apparaissent alors des troubles de la concentration, de la mémorisation, des difficultés scolaires, un isolement, une perte des repères et de toute motivation hormis le désir de consommer, la peur de ne plus rien maîtriser. La vulnérabilité individuelle est présente ainsi que les problèmes relationnels et affectifs avec la famille (en particulier avec les parents). Sous réserve qu'une alliance thérapeutique puisse s'établir dans le cadre de la relation de soins débutante, ce type de patients reste accessible à un travail d'élaboration psychothérapique éventuellement associé à un traitement antidépresseur dans la mesure où il est pleinement accepté par l'intéressé.

-**la pharmacodépendance** (ou toxicomanie) : La consommation mensuelle est supérieure à 60 grammes, pouvant atteindre jusqu'à 150 voire 200 grammes. Il s'agit d'un usage anesthésiant qui masque le plus souvent des troubles graves de la personnalité ou, parfois, une réelle pathologie psychiatrique (schizophrénie, troubles bipolaires graves). L'usager s'exclut rapidement du système scolaire et se marginalise. Les facteurs de risque individuels et familiaux sont très présents tout comme le risque social, ne serait-ce que pour se procurer les sommes nécessaires à l'achat du produit. Ces jeunes gens sont du ressort des centres de soins spécialisés pour toxicomanes ou d'une hospitalisation en milieu spécialisé. »

Les auteurs poursuivent en expliquant **ce que peut représenter l'escalade de la consommation cannabique :**

« Le passage de la petite consommation (niveau 3) à la consommation auto thérapeutique (niveau 4) signe en général **l'effondrement psychique avec un échec des mécanismes d'adaptation et de défense**. Les manifestations de mal-être et de souffrance psychique se font plus envahissantes. Les quantités nécessaires à cette consommation conduisent à un relatif isolement et à une prise de distance des pairs normalement scolarisés, pour basculer vers une fréquentation plus soutenue des jeunes inscrits dans le même type de consommation, renforçant ainsi un sentiment d'appartenance et de désignation identitaire parmi ceux qui sont dans un malaise similaire.

L'escalade dans la consommation auto thérapeutique représente le troisième moment sensible. L'augmentation de la consommation correspond à **un besoin d'anesthésie de la pensée** afin de faire taire les brèves émergences d'angoisse ou de dépression signant le renoncement à la pensée. En général, l'inquiétude ou l'angoisse parentale sert d'écran de projection permettant à l'adolescent de dénier sa propre angoisse et de s'affirmer par cette opposition, d'autant qu'il est alors soutenu par le discours identique du groupe des marginaux pareillement consommateurs. Il s'inscrit dans les bénéfices secondaires de cette sociabilité marginale même si l'exclusion en est le prix à payer.

[...].

Ainsi les conduites auto thérapeutiques cannabiques constituent **le plus souvent des stratégies de protection et d'adaptation face à la dépression**. La douleur à penser, l'interdit de penser, le renoncement à penser viennent figer le travail d'élaboration pubertaire, ces scènes imaginaires souvent pénibles et angoissantes résultant du rapproché oedipien d'allure incestuelle caractéristique d'une génitalité naissante à la recherche de son objet adéquat (Ph. Gutton, 2000). Si, en outre le contre œdipe parental vient ajouter sa part d'excitation sur la scène familiale, le débordement traumatique menace alors : il devient dangereux de penser (N. Catheline, 2001)... En quelque sorte, l'interdit de penser devient et constitue l'ultime paravent d'une angoisse face à des scènes incestueuses qui, sans quoi, serait envahissante. Devant cette impossibilité de penser, l'adolescent risque de s'exprimer par des passages à l'acte plus ou moins violents contre les autres ou contre lui-même. La consommation habituelle de cannabis est un moyen de s'empêcher de penser et de passer à l'acte pour des jeunes gens qui se sentent envahis d'idées obsédantes, paradoxales, mortifères, angoissantes, déprimantes, violentes... »

❖ **A propos d'une étude de l'hôpital ARMAND TROUSSEAU :**

[11] L'équipe de l'unité hospitalière de Psychopathologie de l'hôpital Armand TROUSSEAU a retenu 103 dossiers sur 109 pour étudier la notion de « risque » durant les douze mois de l'année 2002. Grâce à une échelle originale de cotation de danger, l'équipe évalue une situation antérieure (antécédents personnels, familiaux, institutionnels), une situation présente généralement complexe, mal traitante ou pas, dans laquelle l'enfant a été mis en danger vital, physique, psychique, social, éducatif, et même domestique : cela définit le **risque encouru**.

L'équipe entreprend des actions (hospitalisation, heures de travail spécialisé, actes thérapeutiques et signalements...).

Puis il s'agit d'évaluer un **risque résiduel** au terme de l'action menée et au moment où la situation sort du champ d'application de l'équipe.

A moyen et à long terme, se dégage l'évaluation d'une évolution de la personnalité propre au patient.

Parmi les **objectifs de l'étude**, il s'agit de repérer à moyen et à long terme des éléments de « résilience » chez les sujets à risque.

Il s'agit de caractériser plus justement la notion de danger : il est dit que bien souvent le milieu médical reconnaît essentiellement la dimension « diagnostic pathologique » des maltraitances (hématome sous dural, fracture, dépression, stress post traumatique...). Au-delà, la notion de risque correspond à des intuitions, des positionnements par expérience personnelle, des habitudes ou des attitudes systématiques, pour « couvrir » ou « se couvrir », sans que cela s'appuie sur des indicateurs éprouvés, ni sur une explication des risques redoutés.

Aussi les auteurs précisent qu'ils souhaitaient créer une échelle originale faisant correspondre à la fois une cotation d'intensité et de nature du danger, au regard d'une cotation ultérieure d'un risque résiduel au moment de l'arrêt de l'action entreprise, ou en cas de relais (autres soins, procédure de signalement...). Le risque résiduel fixe alors pour l'équipe un degré et une forme de vigilance quant à la suite et au suivi des événements.

L'échelle proposée est divisée en **10 échelons de risque croissant** :

- 0 ou 1 : pas ou peu de risque particulier déterminé par la situation elle-même.
- 2 ou 3 : risque « domestique » : Désaccords parentaux, conjugaux, problèmes d'autorité, habitudes quotidiennes, particularités ethniques, culturelles...
- 4 ou 5 : risque « socio-éducatif » : Dimensions de désordre scolaire, relations familiales et sociales. Carences culturelles et éducatives ne mettant pas en jeu la structure de la personnalité.
- 6 : risque « psychologique » : Stress, syndrome de stress post traumatique. Troubles anxieux, troubles hystériques, abandonnisme, position « névrotique ». Troubles d'adaptation.
- 7 : risque de rupture ou « psychiatrique » : Retard mental avéré. Rupture psychotique, dépression avérée. Perversion, psychopathie...Fugue. Carence grave, handicap mental. Troubles de la personnalité.
- 8 : risque physique « réparable », réversible : Coups. Toxiques et alcoolisme. Attouchements sexuels. Allégations. Maladies éprouvantes curables.
- 9 : « altérations physiques » laissant des séquelles. Handicap physique. Anorexie mentale. Drogues « dures ». Viol. Maltraitance physique grave. Syndrome de Munchausen par procuration. Maladies graves et incurables. Traitements éprouvants (greffes...).
- 10 : correspond à un « risque de mort ». Tentative de suicide. Tentative de meurtre. Pathologie mortelle telle une anorexie mentale grave.

Si le **choix d'une échelle reste arbitraire**, nous pouvons nous interroger sur les résultats qu'elle apporte à l'étude menée par l'équipe de l'hôpital Armand TROUSSEAU et **comparer le cas de MG à la population de patients concernés.**

Il est dit que :

- les adolescents de plus de 12 ans représentent 40% de la population admise dans l'unité.
- le risque encouru moyen montre une gravité moyenne par sujet cotée à 7,6 sur l'échelle considérée, c'est-à-dire se situant entre une dimension de rupture psychique, souffrance

psychiatrique et une dimension d'atteinte au corps, certes réversible, mais imposant un danger « organique ».

Les scores de gravité vont de 6 à 10.

-la gravité du risque résiduel est moindre, le score moyen passe à 6,4 allant de 1 à 10.

-en fait, 58% des situations ont vu leur score s'améliorer de 1 à 7 points ; 38% ont conservé le même risque ; 4% se sont aggravées dont un décès.

-la vision globale de l'adéquation de l'action menée est plutôt positive : c'est une appréciation globale discutée par l'équipe ; on dénombre 37 situations soit 71% de satisfaction à court terme sur l'action menée, 9 évaluations sont clairement négatives, 6 sont mitigées.

Si l'on compare le cas de MG à la population admise dans l'unité, on remarque :

-la demande de soin a induit une admission directe comme dans 78% des cas de l'étude.

-les parents sont divorcés comme dans 36% des cas de l'étude.

-les antécédents parentaux psychopathologiques sévères ont difficilement été repérés chez les parents de MG alors qu'ils représentent 53% des situations dans l'étude.

-on retrouve chez MG un retard scolaire simple comme dans 29% des cas de l'étude.

-des troubles des conduites et de délinquance sont notés comme dans 8% des cas de l'étude.

-la situation problématique faisant le lit du risque existe depuis plus de six mois comme dans 84% des cas de l'étude.

-une problématique de maltraitance est notée comme dans 53% des cas de l'étude.

-si l'on précise les situations de maltraitance, on retrouve 20 points correspondant à la maltraitance physique et psychique familiale et, respectivement 2 et 8 points pour les abus sexuels non avéré et avéré.

-si l'on précise les troubles psychiques mettant en danger l'adolescente MG, on retrouve la notion de carence, d'exclusion et de rejet comme dans 18 des cas de l'étude et la notion de délinquance, de troubles des conduites comme dans 17 des cas de l'étude.

-la gravité du risque encouru est de 8 (comme dans 38% des cas de l'étude) en raison des risques liés aux toxiques et aux allégations de tournante à l'école. On considère les propos suicidaires comme éléments sémiologiques de la dépression avérée sachant qu'il n'y a pas eu de tentative de suicide lors de la première hospitalisation.

-l'action menée a consisté en une hospitalisation en Pédiatrie comme pour 22 des cas de l'étude.

-les professionnels spécialistes intervenants concernés par l'action ont été : un psychiatre comme dans tous les cas de l'étude, une psychologue comme 2/3 des cas de l'étude, un pédiatre non spécialisé (un pédiatre spécialisé intervenait dans 1/3 des cas de l'étude), un médecin du centre de planning familial (un gynéco pédiatre intervenait dans 1/5 des cas de l'étude), pas d'assistante sociale propre au service (une assistante sociale intervenait dans 2/3 des cas dans l'étude) même si celle du collège de MG était l'initiatrice du suivi.

-les structures ou personnes déjà impliquées dans la situation sont : le procureur de la République (il avait eu connaissance de quatre signalements concernant MG depuis 1999) comme dans 15% des cas de l'étude, le personnel médico-psychologique (l'infirmière du collège de MG) comme dans 8 cas de l'étude, les services sociaux (assistante sociale du collège de MG) comme dans 6 cas de l'étude.

-un signalement a été envoyé au procureur de la République comme dans 12 cas de l'étude et au juge des enfants comme dans 28 cas de l'étude puis, complété à trois reprises lors de deux hospitalisations différentes.

-les décisions « thérapeutiques » initiées ont consisté en une prise en charge psychologique comme dans 51 cas de l'étude puis une hospitalisation en psychiatrie comme dans 6 cas de l'étude lors de la seconde hospitalisation.

A noter que, lors de la première hospitalisation, la prise en charge psychologique a été stoppée indirectement suite à la décision du juge : l'adolescente a été confiée au grand frère qui réside dans un département éloigné et les soins d'hospitalisation ont pris fin. De même, le placement demandé par l'équipe médicale a été infirmé par le juge qui a confié l'adolescente à son père. La modalité du placement représentait 6 cas de l'étude.

-**la gravité du risque résiduel** est biaisée car l'action finale ne correspond pas aux demandes de l'équipe médicale vis-à-vis de l'instance judiciaire mais, en définitive, on peut **l'estimer à 8** soit une stagnation de la situation ce qui représente 38% de l'étude soit dix patients pour un niveau huit sur l'échelle de risque.

Lors de la **seconde hospitalisation** le **risque encouru initial** est de **10** en raison des propos suicidaires et de la tentative de suicide ce qui montre l'escalade de la problématique avec une urgence médicale réelle.

❖ A propos du suicide :

[12] La conférence de consensus sur « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » donne une évaluation de la dangerosité et de l'urgence de la crise suicidaire.

Il est dit qu'il est souhaitable d'explorer six éléments :

a) le niveau de souffrance :

- désarroi et désespoir ;
- repli sur soi, isolement relationnel ;
- sentiment de dévalorisation ou d'impuissance ;
- sentiment de culpabilité.

b) le degré d'intentionnalité :

- idées envahissantes, ruminations ;
- recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins ;
- dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).

c) les éléments d'impulsivité :

- tension psychique, instabilité comportementale ;
- agitation motrice, état de panique ;
- antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.

d) un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc.

e) la présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.

f) la qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de famille « à transaction suicidaire ou mortifère ».

Le jury recommande de considérer comme une **urgence faible** une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante ;
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

Le jury recommande de considérer comme une **urgence moyenne** une personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et son intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

Le jury recommande de considérer comme une **urgence élevée** une personne qui :

- est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ;
- est coupée de ses émotions : elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ;
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ;
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- est très isolée.

Hormis le critère de l'isolement, **MG** semble clairement appartenir à la **troisième catégorie** correspondant à l'urgence élevée.

Le texte long de la conférence de consensus se poursuit en rappelant qu'il faut également tenir compte des **facteurs de risque** et que leur accumulation est un élément de dangerosité.

Parmi la liste que l'O. M. S. propose, on retient les facteurs de risque suivants :

- abus et dépendance à l'alcool ;
- pauvre estime de soi ;
- impulsivité ;
- présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu ;
- existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu ;
- présence de conflits conjugaux majeurs ;
- difficultés scolaires ou professionnelles ;
- difficulté avec la loi ;
- présence de problème d'intégration sociale.

On dénombre neuf facteurs de risque sur un total approximatif de vingt-cinq.

5.2.2.2. Evaluation sociale de la notion d'enfant en danger :

En tant qu'ancienne inspectrice de l'Aide Sociale à l'enfance, madame M. CREOFF rapporte que la définition la plus précise de la maltraitance a été établie par l'Observatoire décentralisé de l'action sociale (O. D. A. S.) qui est chargé de recenser, d'observer, d'analyser l'action des services de protection de l'enfance en matière de prévention, de repérage et de prise en charge des situations d'enfants en danger.

L'O. D. A. S. a considéré que la catégorie des enfants en danger regroupe deux types de situations, d'une part les situations de maltraitance et d'autre part les situations de risques. La différence est tenue si nous constatons que le terme de danger est déjà un vocable qui désigne le risque que court l'enfant. L'O. D. A. S. a donc distingué la maltraitance, comme un danger actuel qui compromet la sûreté, l'existence de l'enfant (dictionnaire Robert), du risque considéré comme le danger au sens de la menace d'un phénomène qui va à terme compromettre la santé, la sécurité, la moralité, l'évolution ultérieure de l'enfant.

Outre cette distinction entre maltraitance avérée et le risque, l'O. D. A. S. va définir les actions ou les omissions qui composent les actes de maltraitance. Le risque sera lui défini au regard de l'absence de maltraitance, comme des situations de menace sans qu'il y ait pour autant des maltraitements commis :

-l'enfant à risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui peuvent mettre en danger sa sécurité, sa santé, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité ;

-l'enfant maltraité, selon la définition de l'O. D. A. S. est celui qui est victime de violences physiques, d'abus sexuels, de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et / ou psychologique ;

-l'enfant en danger est l'ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque.

L'auteur ajoute que cette distinction de l'O. D. A. S. ne doit cependant pas se substituer au critère juridique de danger comme critère de saisine du juge pour enfants. En effet, parmi les enfants en danger définis par l'O. D. A. S. la réponse protectrice pourra être administrative ou judiciaire.

5.2.2.3. Evaluation judiciaire de la notion de danger :

« MG a dit » et « le Code pénal dit » :

a) MG a dit que, lorsqu'elle était en sixième donc âgée de moins de 15 ans, des camarades de classe de troisième ou de quatrième donc âgés de plus de 13 ans, **lui auraient fait fumer du cannabis** en lui disant qu'elle oublierait tout... Ils l'auraient **forcée à avoir des rapports sexuels avec plusieurs** d'entre eux.

L'article 223-15-2 du Code pénal dit que :

«Est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375000 euros d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, [...], soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son

jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciable. »

L'absorption de cannabis est un moyen propre à altérer le jugement d'un mineur.

L'article 222-23 du Code pénal dit que :

« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. »

L'article 222-24 du Code pénal précise que :

« Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

1°) [...] ;

2°) Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

[...] ;

6°) Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

[...] »

L'article 20-2 de l'ordonnance du 2 février 1945 précise au sujet des auteurs des crimes ou des délits âgés de 13 à 16 ans :

« Le tribunal d'enfants et la cour d'assises des mineurs ne peuvent prononcer à l'encontre des mineurs âgés de plus de 13 ans une peine privative de liberté supérieure à la moitié de la peine encourue. Si la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité, ils ne peuvent prononcer une peine supérieure à 20 ans de réclusion criminelle. »

b) MG a dit qu'elle avait été filmée à son insu lors de la tournante et que le film avait été diffusé dans l'enceinte du collège par les auteurs du viol. MG nous a parlé d'une « web-cam » via internet.

L'article 227-23 du Code pénal dit que :

« Le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

[...].

Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende lorsqu'il a été utilisé pour la diffusion de l'image ou de la représentation du mineur à destination d'un public non déterminé, un réseau de télécommunications.

Le fait de détenir une telle image ou représentation est puni de deux ans d'emprisonnement et 30000 euros d'amende. [...] »

c) MG a dit qu'elle avait eu des relations sexuelles avec son petit ami alors **qu'elle était âgée de 14 ans $\frac{3}{4}$, lui de 18 ans.**

L'article 227-25 du Code Pénal énonce que :

«Le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros. »

Le Code junior Dalloz précise page 395 :

« qu'il est interdit à un adulte, même qui vient d'avoir 18 ans, d'avoir des relations sexuelles avec un mineur de moins de quinze ans. »

L'article 227-27 du Code Pénal précise que :

« Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans et non émancipé par le mariage sont punies de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende :

1°) Lorsqu'elles sont commises par [...] ou par toute personne ayant autorité sur la victime ;

2°) [...]. »

d) MG dit que son petit ami l'oblige à avoir des relations sexuelles lorsqu'il est alcoolisé et qu'il peut être violent à son égard, physiquement.

Au-delà des allégations de viol dont on a déjà fait mention, l'article 222-11 du Code pénal signifie que :

«Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. »

[13] Le Code junior Dalloz précise qu'un acte de violence ayant entraîné une incapacité de travail inférieure à huit jours est passible d'une contravention de 4^{ième} ou de 5^{ième} classe.

e) MG a dit que son petit ami était son fournisseur de cannabis.

L'article R.5181 du Code de la santé publique stipule que :

«Sont interdits la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage :

1°) Du cannabis, de sa plante, et de sa résine, des préparations qui en contiennent ou de celles qui sont obtenues à partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine ; [...]. »

L'article L.3421-1 du Code de la santé publique stipule que :

«L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende. »

[13] Le Code junior Dalloz précise que : « la **consommation** de substances considérées comme des stupéfiants est **interdite** par principe. Toute personne qui consomme une de ces substances risque une peine pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende. Toutefois, il est possible « d'échapper » à la peine en se soumettant à une cure de désintoxication.

Une personne qui incite un mineur à consommer de la drogue (que le mineur passe à l'acte ou pas) risque une peine pouvant aller **jusqu'à cinq ans de prison** et 75000 euros d'amende. »

Les Codes civil et pénal, s'ils sont accessibles à tous, apportent un caractère réglementaire aux conduites et aux agissements refusés par la société de certains de ses individus, édictant les interdits et les condamnations. Ils sont une référence en matière de danger pour la société en particulier pour l'Adolescent.

Ils reconnaissent l'existence du soin en matière de toxicomanie en mentionnant l'injonction de soin.

Pour autant, on doit se poser la question des critères d'intervention des textes et de la loi eu égard à la notion de danger.

5.3. Les critères d'intervention du juge des enfants :

[14] En tant que magistrat, monsieur M. HUYETTE expose sa réflexion dans son ouvrage le « Guide de la protection judiciaire de l'enfant » sur les critères d'intervention du juge des enfants.

5.3.1. Un critère légal mais insuffisant : la notion de danger :

Le danger, critère bien connu de l'intervention du juge des enfants, doit être défini. Mais le constat d'un danger ne suffit pas, contrairement à ce que l'on croit souvent, à justifier l'intervention du tribunal pour enfants.

Le premier critère énoncé par la loi et souvent avancé est celui du danger. Il découle des premiers mots de l'article 375 du code civil, texte qui expose le fondement de l'assistance éducative :

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées [...].

Il expose que prendre une décision de mesure éducative impose au juge des enfants de **motiver sa décision** selon l'article 455 du code de procédure civile :

« Le jugement doit exposer succinctement les prétentions respectives des parties et leurs moyens. Il doit être motivé. »

Il rappelle que la Cour de Cassation contrôle scrupuleusement l'existence et la qualité suffisante de la motivation. Cette dernière rappelle régulièrement que : « Tout jugement doit contenir les motifs propres à justifier la décision ; l'insuffisance ou la contradiction des motifs équivaut à leur inexistence. »

La motivation du jugement est une obligation juridique mais aussi une nécessité éducative et psychologique à l'égard des parties.

Le magistrat fait le constat du non respect de cette démarche à la lecture de nombreux jugements rendus. Il écrit en particulier que : « Le constat est terriblement accablant pour la collectivité judiciaire. » Il précise que bien souvent le danger n'est pas exposé, les propos des éducateurs ne sont pas exposés, le débat de l'audience ne figure pas ainsi que l'argumentation des parents ou du mineur ; parfois le raisonnement des magistrats n'est pas exposé.

Enfin il fait état de la teneur « psychologisante » des décisions en lieu et place de termes juridiques.

Il se demande **ce qu'englobe la notion de danger**, non définie par l'article 375 du code civil qui précise seulement les champs d'application du danger : la santé, la sécurité ou la moralité et les conditions d'éducation.

Parmi tous les dysfonctionnements familiaux, il estime que les situations faciles à repérer sont celles où l'on évoque les graves troubles du comportement des parents ou des enfants : l'alcoolisme, la violence grave morale ou physique, les agressions sexuelles, les graves carences de soin, l'échec scolaire précoce, etc. S'agissant des souffrances psychologiques, il

précise que la Cour de Cassation a fort logiquement précisé qu'il s'agissait d'un danger pour la santé, terme qui selon elle « englobe l'évolution psychologique ».

Il indique qu'il y a vraisemblablement nécessité d'intervenir si la situation du mineur paraît très préoccupante malgré l'opposition de la famille, et surtout si l'on ne peut surseoir à la mesure envisagée quitte à utiliser la voie pénale à l'égard des parents.

Deux pré requis s'imposent : la description minutieuse du danger et la détermination des éducateurs et du juge face à la famille opposée à la mesure.

Un danger plus sournois est déterminé par les conflits aigus entre les parents, les séparations conflictuelles, les carences et inaptitudes fondamentales, l'isolement social ou professionnel (exemple des enfants et des sectes).

La marginalisation d'un mineur dans la délinquance caractérise également une situation de danger ainsi que les situations de prostitution des mineurs (article 13 de la loi du 4 mars 2002).

L'essentiel est de savoir « ce qui peut être toléré, même si ce n'est pas brillant, ou en tout cas ce qui ne sera pas sévèrement sanctionné, et ce qui est vraiment trop dangereux et inacceptable et doit entraîner une intervention si nécessaire très autoritaire de l'institution.

Les professionnels doivent être réalistes et ne pas avoir comme objectif d'apporter un mieux-être à tous les mineurs. Ou alors le désenchantement arrivera bien vite. »

Les éléments de danger définis, il faut s'interroger sur **les différents moyens** de les résorber, et rechercher ceux qui doivent être prioritairement utilisés.

Le danger est un **critère insuffisant** pour ouvrir la voie à l'intervention du juge des enfants.

En effet, toute situation de danger ne nécessite pas une intervention judiciaire, ou en tout cas cette intervention ne relève pas forcément de la compétence du juge des enfants. C'est pour cela que dans l'article 375 du code civil le législateur a précisé :

« Si la santé [...], des mesures d'assistance éducatives peuvent être ordonnées [...]. »

Il en aurait été autrement si l'article avait contenu le verbe « doivent » à la place de « peuvent ». L'intervention du juge n'est donc que facultative, même si manifestement un mineur est en situation de danger.

Cette rédaction n'a évidemment pas pour objectif de permettre à la justice de laisser des mineurs qui en ont besoin sans protection. Car si le juge des enfants dispose de la faculté de ne pas ordonner de mesure d'assistance éducative même dans une telle hypothèse, c'est parce que l'on suppose à priori que **d'autres interventions peuvent résorber ce danger**, sans besoin de celle supplémentaire du tribunal pour enfants. C'est le cas soit parce que **d'autres magistrats** sont prioritairement et plus efficacement compétents, soit parce que **la famille** dispose en elle-même des ressources suffisantes pour mettre fin à ce danger, soit parce que l'intervention des **services sociaux de prévention** est suffisante.

Ce n'est que lorsque ces trois possibilités sont exclues que le juge des enfants doit intervenir.

5.3.1.1. L'intervention d'autres magistrats dans les affaires familiales :

Le Procureur de la République, le juge d'instruction, et les juridictions pénales :

Au-delà de son pouvoir de saisine du juge des enfants, le Procureur a compétence pour décider de la suite à donner aux infractions pénales. C'est lui qui peut, s'il l'estime opportun,

engager des poursuites pénales contre des adultes ou des mineurs, poursuites qui se termineront, sauf déclaration de non culpabilité, par une condamnation pénale. Or certains mineurs sont plus en danger à cause d'infractions pénales qu'à cause des carences éducatives. La cause pénale est du ressort du juge d'instruction et non du juge des enfants qui constate l'insuffisance de son intervention et qui transmettra le dossier, via le Procureur, au juge d'instruction.

Le juge des tutelles :

Sans être exhaustif, il peut intervenir en cas de défaillance parentale en particulier si l'un ou l'autre des parents, ou les deux sont décédés, ou est « hors d'état de manifester sa volonté », par exemple est emprisonné ou est malade mental, et a été privé de son droit d'exercer ses prérogatives d'autorité parentale.

Le juge des tutelles exerce un contrôle plus ou moins important sur le devenir de l'enfant et peut éventuellement le confier à un tiers, personne physique ou service.

Dans tous les cas, le juge des enfants n'est pas saisi et même n'a pas connaissance de ces situations.

Le juge aux affaires familiales :

Il est compétent pour statuer sur le divorce et ses conséquences sur les enfants ; il est chargé de veiller « spécialement à la sauvegarde des intérêts des enfants mineurs ».

Il a donc aussi pour mission de préserver les mineurs d'un environnement nuisible.

Le chevauchement des compétences du juge aux affaires familiales et du juge des enfants est possible même si des textes juridiques complexes clarifient les situations.

5.3.1.2. Les capacités propres des familles :

Si un enfant est en danger, le juge des enfants doit apprécier les capacités de cette famille à mettre fin à la situation dangereuse.

La mesure d'assistance éducative n'a pas pour objectif d'enlever aux parents leurs droits sur leurs enfants, mais elle a pour objet de contrôler la façon dont les parents exercent leurs prérogatives, autrement dit, en termes non juridiques, la façon dont ils élèvent leurs enfants et dont ils répondent à leurs besoins fondamentaux.

Le juge doit donc évaluer si les parents et le mineur reconnaissent leurs difficultés ; il doit évaluer la volonté et les moyens efficaces dont dispose la famille pour mettre fin au danger.

Souvent les familles ont des ressources considérables et efficaces. Dès lors, la demande d'intervention judiciaire devient injustifiée.

Fréquemment, la famille se mobilise avant même de rencontrer le juge des enfants notamment si elle veut plus que tout éviter une intervention judiciaire.

Si le danger est réel mais si la famille demande du temps pour faire ses preuves et si ses propos paraissent crédibles, le juge doit surseoir à statuer en reportant sa décision à plus tard sans refermer le dossier. Un nouveau rapport social est demandé quelques mois plus tard et s'il y a un contentieux entre la famille et le service social, le juge ordonne une mesure d'observation en milieu ouvert en expliquant à la famille qu'il s'agit de vérifier ses capacités. Deux résultantes s'imposent : soit le constat des carences est cette fois incontestable, soit est rendue une décision de non lieu si le danger est résorbé.

Enfin, si dès le jugement, les propos de la famille apportent des éléments peu crédibles au dossier et si les services sociaux vont dans ce sens, le juge devra motiver dans son jugement ses observations en rapport avec les engagements irréalistes des parents.

5.3.1.3. L'intervention des services sociaux :

M. HUYETTE précise que, la justice n'ayant pas pour mission de mettre en place des interventions purement sociales demandées ou acceptées par les familles, ce n'est qu'à titre subsidiaire que le juge des enfants doit intervenir.

Il rappelle qu'en amont de l'intervention judiciaire, de multiples services ont pour mission d'aider les familles en difficulté (services médicaux privés ou publics, centres médico-psychologiques, foyers pour adultes ou parents seuls, service de guidance familiale ou conjugale, services d'action éducative de prévention, etc.) ; le plus important en nombre et en ressources est le service social départemental.

Il souligne que l'Aide Sociale à l'Enfance ou A. S. E. est un service géré par le conseil général existant dans chaque département dont la mission est, d'après l'article L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles, la suivante :

1°) Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;

2°) Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des familles.

Il ajoute que ce service bénéficie d'équipes pluridisciplinaires comportant médecins, puéricultrices, conseillers en économie sociale, psychologues, psychiatres, éducateurs, assistantes sociales, etc. Ainsi les moyens dont dispose l' A. S. E. sont bien plus importants que ceux dont disposent les services éducatifs intervenant sur décision judiciaire, qui sont exclusivement composés d'éducateurs, avec parfois des interventions de psychologues ou de psychiatres vacataires.

Mais la question du choix entre laisser les services de prévention intervenir ou mettre en œuvre une mesure judiciaire est délicate à trancher :

L'audience doit décider de la volonté réelle des familles de travailler avec le personnel social ou bien faire état de demandes ou de concessions non fondées pour éviter la mesure judiciaire. A défaut de conclure à la première audience, le juge renverra sa décision à plusieurs mois pour permettre une nouvelle observation de la part des services sociaux.

Le rôle du juge est de définir et de faire entendre aux intéressés les dysfonctionnements familiaux pour limiter la dissimulation consciente ou inconsciente des problèmes à travailler avec les acteurs sociaux.

5.3.2. La notion d'autorité comme autre critère d'intervention du juge des enfants :

Lorsqu'il apparaît à l'analyse du dossier judiciaire et des propos des intéressés que ni la famille, qui refuse toute immixtion ou ne participe pas suffisamment à ce qui est proposé, ni les services de prévention ne semblent capables de minorer le danger, et d'autres part qu'il n'y a pas d'autre juridiction compétente, on arrive logiquement à la conclusion de l'opportunité de la mesure judiciaire ordonnée par le juge des enfants.

Il y a recours au juge lorsque la conciliation, la négociation, l'accord n'ont plus leur place. Son rôle est **d'imposer la mise en place de mesures** qui sans sa présence et sa capacité à ordonner sans l'accord préalable de la famille ne verraient pas le jour. On parle d'autorité judiciaire.

M. HUYETTE donne des précisions quant à l'exercice de cette autorité :

-L'usage de l'intervention judiciaire n'est pas nécessairement en lien direct avec la gravité particulière d'un danger.

-L'expression de l'autorité du juge peut être nécessaire, non pas que les parents refusent la mesure envisagée mais sa cause, le pourquoi du danger. Ils peuvent demander un éloignement du mineur du domicile en insistant sur son comportement alors qu'ils font abstraction de leurs propres carences. Le juge doit donc faire preuve d'autorité en motivant la mesure et décrire sa version du danger. Si tel n'était pas le cas, cela pourrait affliger le mineur : ce dernier pourrait se sentir injustement culpabilisé, s'opposer à la prise en charge éducative ultérieure et déconsidérer le monde des adultes.

-L'autorité du juge est nécessaire parfois pour motiver certaines dispositions de sa décision. Par exemple, une séparation est souhaitée par tous, parents et mineur, mais les modalités restent à définir et sont source d'un conflit familial : le juge intervient.

-Parfois, des parents se trouvent dans l'incapacité de s'opposer psychologiquement à leur enfant qui leur fait part de situations conflictuelles ou invente des incidents sur le lieu d'accueil afin de voir ses parents demander une réintégration de l'enfant dans la famille.

Le juge devra trancher et demander le maintien de l'enfant dans un service éducatif : il arrive que des parents lui confient leur incapacité à élever leur enfant...

Quelle que soit l'hypothèse étudiée, c'est toujours parce que le juge des enfants est le seul à pouvoir user d'une autorité sans le préalable de l'accord des intéressés que son intervention prend son sens. Que ce soit pour ordonner une mesure refusée, pour régler un aspect de cette mesure, pour éviter une remise en cause prématurée, pour lui donner son véritable sens, c'est à l'autorité judiciaire qu'il est fait recours.

Enfin M. HUYETTE s'interroge sur le sens du second alinéa de l'article 375-1 du code civil, ainsi rédigée :

« Il [le juge des enfants] doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée »

L'expression « s'efforcer de recueillir » signifie que cette adhésion n'est pas un préalable à l'exécution des mesures de protection.

C'est en fait principalement de la solidité du dossier et surtout de la qualité de l'argumentation du juge que vont dépendre la réaction de la famille et son approbation plus ou moins grande à la mesure envisagée. Mais cette adhésion doit être un résultat plus qu'un objectif de départ. Elle doit découler autant que possible de la façon de s'expliquer du magistrat, elle ne doit pas l'inciter à nuancer son propos ou à modérer ses critiques pour faire accepter plus facilement une décision qui va peut-être heurter la famille concernée.

Dans les dossiers, c'est essentiellement grâce au contenu de la décision judiciaire, de sa motivation, dans ce qu'elle a de précis et de crédible, que les familles vont sinon aisément accepter ce qui est ordonné, au mieux tolérer la mesure mise en place parce qu'elle repose sur une argumentation sérieuse et donc respectable.

On se rend compte de **l'importance essentielle de la motivation des décisions des juges des enfants** fondées sur son dossier, en particulier sur les différents signalements qu'on lui adresse. A charge pour celui qui signale d'être pertinent, convainquant et objectif.

5.4. Le médecin, les institutions et le signalement :

Initialement présumé, le diagnostic de maltraitance et son suivi s'affirment selon le recueil croissant par le médecin d'un faisceau d'arguments.

Nous nous intéressons à la correspondance entre le médecin et les institutions autour du recueil de l'information et de ses modalités.

5.4.1. Prise en charge pluridisciplinaire de l'Adolescent :

[15] Madame Claire BRISSET, dans le cadre de l'institution qu'elle représente, Le Défenseur des enfants, avait souligné la nécessité de développer et promouvoir le travail en réseau dans la prise en charge de la souffrance psychique des enfants et des adolescents [...].

La loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé (loi du 4 mars 2002) stipule que les réseaux de santé deviennent de véritables outils en direction des professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des malades (article 57) et leur donne une définition et un cadre juridique précis.

[16] La circulaire interministérielle du 3 mai 2002 fait état de la santé physique et mentale des adolescents comme une préoccupation majeure de santé publique soulignée par le Haut Comité de la santé publique.

Cette circulaire a pour objet de demander que :

1°) les réponses aux besoins d'éducation et de santé des mineurs en grande difficulté soient prioritaires dans les programmes de santé ou de l'enfance

2°) un cadre d'intervention soit prévu pour permettre une meilleure association des compétences de chacun des champs, judiciaire, éducatif, sanitaire et social.

Le ministère précise que les programmes et dispositifs existants permettent d'intervenir sans ajouter de nouveaux programmes ou de nouvelles instances de coordination.

5.4.1.1. Un constat :

La circulaire fait état d'un constat :

Dans une étude I. N. S. E. R. M. de 1998 auprès des adolescents de la protection judiciaire de la jeunesse, il était relevé que les conduites violentes concernaient 50% des garçons et 42% des filles, que 41% des garçons et 55% des filles avaient été victimes de violences physiques et que 12% des garçons et 49% des filles avaient fait une tentative de suicide durant leur vie. Ces données suggèrent la prédominance des troubles psychosociaux à l'adolescence importants à analyser pour mieux les prévenir et les prendre en charge.

Les jeunes identifiés en grande difficulté, outre la souffrance psychique parfois intolérable dont leur comportement ou leur passage à l'acte témoignent, laissent les institutions démunies et nécessitent des prises en charge extrêmement complexes dont les résultats restent aléatoires. En effet, les parcours de vie de ces jeunes sont faits de ruptures successives que traduisent les échecs répétés des prises en charge : échec scolaire, exclusion des institutions, renvoi de la famille. L'adolescent difficile ne trouve pas de réponses adéquates dans le cadre de son environnement qu'il met en tension ou en échec, induisant de ce fait des attitudes de

ruptures de rejet et le renvoi sur d'autres filières de prise en charge, souhaitées plus « contenantes ».

La nécessité d'une **approche pluridisciplinaire** et partenariale de la question des prises en charge de ces mineurs en grande difficulté est **reconnue par tous les professionnels**.

Près des deux tiers des départements signalent l'absence de structures adaptées ou **l'insuffisance des collaborations entre professionnels**.

L'étude des trajectoires de ces adolescents montre le caractère relativement aléatoire de leur orientation sur des filières sanitaire, sociale et judiciaire ou médico-sociale, en lien notamment avec l'offre locale de service et de soins, ainsi que **la succession possible dans le temps des différents modes de prise en charge**.

La recherche de cohérence impose dès lors de travailler dans le sens de **la recherche des complémentarités** susceptibles de construire les réponses les mieux adaptées à l'accompagnement de ces adolescents. Seules des réponses diversifiées permettent leur prise en charge globale, qu'ils vivent dans leur famille ou qu'ils soient accueillis dans une institution sociale ou médico-sociale.

Il convient de proposer des **réponses multiples à la fois éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques qui ne se substituent pas les unes aux autres, peuvent se cumuler** en tant que de besoin **ou se relayer sans discontinuité**. Cela suppose au préalable **une coordination des instances décisionnelles** et une **mise en réseau des réponses institutionnelles**. Ces collaborations doivent favoriser à la fois une vigilance partagée sur la situation de l'adolescent et une juste reconnaissance des missions, compétences et limites des équipes professionnelles engagées auprès de lui. Elles doivent s'efforcer de **rechercher une cohérence de son parcours** sur toute la durée de la prise en charge.

5.4.1.2. Définition d'objectifs :

Concernant l'hospitalisation des adolescents, une approche globale doit être mise en œuvre en intégrant l'amont et l'aval de celle-ci et assurer la continuité de la prise en charge.

Ceci suppose la **collaboration entre les différents partenaires** des champs soignant, judiciaire, éducatif et social, la participation de la famille et la mobilisation forte des différents intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, soignants) en veillant à la qualité des relais. Ces collaborations sont garantes de conditions favorables de sortie et permettent d'envisager précocement les suites de l'hospitalisation (retour en famille ou établissement social ou médico-social, prise en charge par le secteur psychiatrique).

Concernant le travail en réseau, le **principe de décloisonnement entre les institutions** a été souligné : il s'agit tout en respectant le rôle de chacun, de fédérer les institutions et structures associatives concernées sur un territoire donné, lorsqu'il est avéré que la famille ou l'institution ne peut plus pourvoir seule aux missions d'éducation et de soin.

Les réseaux mobilisent les ressources appropriées à chaque situation rencontrée. Chaque institution peut, tour à tour, être le pôle principal de la prise en charge sachant que ce pôle peut se déplacer d'une institution à une autre au fur et à mesure du parcours de l'adolescent. Dès lors, on soulignera **l'importance de la place centrale de l'adolescent**, de la **reconnaissance de chacune des étapes de sa trajectoire** et de la **spécificité du travail de**

chaque professionnel (soignant, juge, éducateur, enseignant, travailleur social) référencé à sa propre institution, ces points constituant d'indispensables **exigences déontologiques**.

Le réseau doit être formalisé par la rédaction de documents (charte ou convention constitutive) précisant entre autres : **le système d'information**, les relations avec les partenaires...

Concernant la mobilisation des acteurs du champ judiciaire, la prise en compte de la dimension de la santé dans la prise en charge des mineurs confiée à l'institution judiciaire est un souci croissant. Une politique de santé publique est développée au sein de la protection judiciaire de la jeunesse visant à :

-inscrire cet objectif dans les politiques publiques de santé ;

-intégrer la santé dans le travail éducatif ;

-promouvoir un travail clinique concernant la santé des mineurs.

Une sensibilisation de toutes les catégories professionnelles à l'importance de cette prise en compte précoce et intégrée aux missions judiciaires et éducatives est l'objet d'un effort particulier notamment en terme de formation.

Les infirmiers de la protection judiciaire de la jeunesse assurent auprès des directions territoriales le lien avec les dispositifs et les programmes locaux de santé. Les psychologues de la protection judiciaire de la jeunesse peuvent jouer un rôle d'interface entre les institutions éducatives et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile (évaluation des difficultés psychiques de l'adolescent, mobilisation autour de la vie psychique, précision de l'orientation).

5.4.1.3. Réflexion :

A la lecture de cette circulaire, le médecin apparaît donc comme un acteur de soin parmi d'autres professionnels. Il doit répondre à une prise en charge globale de l'adolescent s'inscrivant dans un réseau de soin médical, social, éducatif, judiciaire et dont il doit faire usage selon les problématiques inhérentes à l'adolescent. Ce dernier est au cœur d'une prise en charge, un parcours qui doit permettre la résilience.

Pour autant s'opposent **deux conceptions** :

-la conception **institutionnelle** où les modalités du réseau obligent à la circulation de l'information entre professionnels pour répondre à la logique de la prise en charge globale et,

-la conception **déontologique** où le secret professionnel est dévolu au patient.

5.4.2. Notion de secret partagé : évolution légale :

5.4.2.1. Avis de B. LHERBIER MALBRANQUE :

[3] Madame B. LHERBIER MALBRANQUE expose sa pensée concernant l'évolution du secret professionnel dans, La protection de l'enfant maltraité, publié en 2000 :

« Quand une situation difficile se présente, quand une hésitation rend son action douloureuse, le travailleur social doit rechercher le partenariat. La nécessité d'établir une relation de confiance entre les intervenants est ici lourde de conséquences. Les milieux judiciaires, administratifs et médicaux doivent pouvoir se concerter sans mettre systématiquement le secret professionnel comme bouclier. Il existe cependant encore un frein à cette concertation : quand une personne astreinte au secret professionnel siège dans un organisme, avec d'autres

qui sont soumises au secret professionnel, la réunion peut se dérouler avec un secret partagé. Si certains participants ne sont pas astreints au secret professionnel, le travailleur social est soumis au secret professionnel absolu. »

5.4.2.2. Le Conseil National de l'ordre des médecins :

[17] L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 stipule que :

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

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

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

[...]. »

Le Conseil National de l'ordre des médecins commente cet article en rappelant que l'alinéa 3 précise les notions de secret partagé et en fixe les limites. Est ajouté que celui qui trahit le secret ou celui qui tente d'obtenir des renseignements en violation de la règle (alinéa 5) sont punis sous forme d'amende et d'emprisonnement.

Contrairement à ce que madame LHERBIER-MALBRANQUE laissait entendre non pas sur le secret médical mais sur le secret professionnel (bien que dorénavant l'un englobe l'autre), le Conseil National de l'ordre des médecins poursuit ses commentaires en se référant à la jurisprudence :

« La jurisprudence, tant judiciaire qu'administrative, renchérit encore sur ces dispositions en proclamant que le secret médical revêt un caractère général et absolu. [...].

De ce caractère général et absolu du secret médical, les jurisprudences de ces deux cours souveraines (Conseil d'Etat et Cour de Cassation) tirent des conséquences importantes. Ainsi, il a été admis que :

-[...].

-[...].

-le secret s'impose même devant le juge.

-le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins.

-le secret s'impose à l'égard des personnes elles-mêmes tenues au secret professionnel (agents des services fiscaux). »

La loi du 4 mars 2004, au regard de ces commentaires, **ne permet l'échange d'informations qu'entre professionnels de santé et aucune autre profession** ; elle impose le secret à ces

personnes. Les informations ne peuvent être **échangées qu'une fois la personne avertie et qu'elle ne manifeste pas son opposition à cet échange.**

On doit donc s'interroger sur la composition des personnels que regroupe le terme « professionnel de santé ».

5.4.2.3. Définition du terme « professionnel de santé » :

[18] Si l'on se réfère à l'I. I. D. R. I. S. ou Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale, celui-ci définit le terme de « professionnel de santé » comme :

« Tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, audio métriciens, prothésistes, **travailleurs médico-sociaux, et autres fournisseurs de soins.** »

Ce terme ou cette expression provient de la classification internationale du handicap et de la santé dont l'O. M. S. est le promoteur à Genève en 2001.

5.4.2.4. Le Travailleur médico-social et le secret :

[19] Dans un document intitulé « LE SECRET PROFESSIONNEL / Eléments de réflexion » et rédigé par Maître J. PAGES, Docteur en droit, Avocat et Professeur à l'Université de Montpellier, il rappelle que :

« L'article 226-13 qui définit l'infraction de violation du secret professionnel prévoit l'existence de trois éléments constitutifs de cette infraction à savoir :

-une information à caractère secret : plus que l'ancien article 378, le nouveau code pénal étend la notion du secret non seulement à ce qui a été expressément confié, mais aussi à tout ce que le professionnel a vu, entendu, surpris, compris, ou deviné...

-une personne dépositaire d'une information à caractère secret est une personne dépositaire, soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire.

Il ne s'agit plus de lister un certain nombre de professions puisqu'on peut être soumis au secret professionnel en fonction de son état, de sa profession, ou de sa fonction temporaire ou permanente.

L'innovation du Nouveau Code Pénal tient dans l'introduction à côté du critère de fonction, du critère de la mission.

Parallèlement au nouveau Code pénal, la loi du 16 décembre 1992 (92-1336) a modifié l'article 80 du Code de la Famille et de l'Action Sociale qui précise :

« Toute personne participant aux réunions de l'A. S. E. est tenue au secret professionnel sous les peines et les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal »

Cette modification est d'importance car désormais sont soumis au secret professionnel les travailleurs sociaux mais aussi les personnes qui effectuent les tâches de secrétariat et d'administration à des niveaux d'instruction des données ou de responsabilités.

Enfin, il convient de rappeler que l'article L. 2112-9 du Code de la Santé Publique soumet au secret professionnel « toute personne appelée à collaborer au service départemental de **protection maternelle et infantile**. »

-la révélation d'une information à caractère secret (notion déjà abordée). »

Ainsi, les travailleurs médico-sociaux sont donc des professionnels de santé soumis au secret professionnel : cette double notion permet d'élargir le champ des personnes susceptibles de transmettre ou de recevoir tout ou partie de l'information médicale dans l'intérêt du patient ou de l'usager du système de santé quand ce dernier a clairement donné son accord sur cette transmission d'information.

5.4.3. La réalité du terrain et les perspectives :

5.4.3.1. Le regard d'une inspectrice de l'Aide Sociale à l'Enfance :

[20] Dans son ouvrage intitulé « Guide de la protection de l'enfance maltraitée », M. CREOFF, longtemps inspectrice de l'A. S. E., puis responsable de la coordination interministérielle sur la question de la maltraitance à enfants au ministère de l'emploi et de la solidarité (1997- 2001) et, qui occupe à nouveau des fonctions au sein d'un Conseil Général, s'interroge sur **le dispositif de recueil des signalements**.

Elle rappelle que :

« L'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, issu de la loi de 1989, prévoit :

« Le président du conseil général met en place, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, selon les modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat dans le département. »

[...].

Cette loi du 10 juillet 1989 précise également que les modalités de fonctionnement du dispositif départemental de recueil des informations relatives aux situations de maltraitance sont définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat. Cette disposition est concrétisée dans le cadre de protocoles conjoints de traitements des signalements.

Actuellement (soit en 2003, date de publication de l'ouvrage), **soixante-cinq protocoles départementaux ont été élaborés** entre les autorités départementales, les autorités judiciaires et les services de l'Etat. Outre le conseil général et le procureur de la République, ces protocoles engagent les services de l'Education Nationale, de la Protection Judiciaire de la jeunesse. Les plus récents sont également signés par les directions départementales de l'action sociale, les hôpitaux, les directions départementales de la jeunesse et des sports, voire également par l'ordre des médecins et des associations. [...]. »

S'agissant de la remontée des informations depuis le champ des acteurs de terrain vers les autorités, M. CREOFF laisse percevoir le caractère inabouti et insuffisant du dispositif : tous les départements n'ont pas un tel protocole.

Elle s'interroge également concernant **le retour de l'information des autorités vers les acteurs de terrain** ; elle précise son propos de la sorte :

« La loi du 10 juillet 1989 organise également l'information *des personnes ayant signalé la situation au président du conseil général*. Lorsqu'il s'agit des professionnels, le président du conseil général les informe systématiquement des suites données à leur transmission. Le texte ne précise pas non plus dans ce cas le niveau et la précision de l'information.

Lorsque l'information émane d'une *personne privée*, le président du conseil général ne l'informe qu'à sa demande expresse. Le plus souvent l'information ne précisera que la transmission du signalement à l'autorité judiciaire ou la mise en œuvre d'une mesure de protection administrative sans autre précision sur les modalités de celle-ci.

L'information donnée *aux professionnels* est en général plus précise. Ils peuvent par ailleurs être partie prenante dans l'accompagnement ultérieur de la famille et de l'enfant. Le retour d'information permet également de renforcer le partenariat, car rien n'est plus décourageant que de ne pas savoir la suite donnée à l'expression d'inquiétudes concernant l'enfant. Sur les soixante-cinq départements ayant conclu un protocole de traitement des signalements, **cinquante-trois organisent des retours d'informations** entre les autorités judiciaires et le service de l'A. S. E. **Ce qui ne concerne donc qu'un peu plus de la moitié des départements. Le plus souvent un système de fiches navettes est organisé plus ou moins effectif et efficient.**

Cependant, ce retour d'informations est primordial, d'une part pour permettre au service du conseil général d'informer les professionnels des suites données à leurs transmissions, permettant de les rassurer et de ne pas les laisser dans le doute, et d'autre part, pour continuer à mobiliser les professionnels de terrain venant de tous horizons... »

Renseignements pris auprès du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance correspondant au département où MG a bénéficié des soins, il n'y avait **pas de protocole de signalement à l'époque des soins**. Un protocole est en vigueur depuis le 20 octobre 2004 : il ne concerne que les échanges d'informations entre L'A. S. E., les services de l'Education Nationale et les services de Prévention mais pas les services de soins pour l'instant. Cela peut sans doute expliquer nos difficultés concernant l'identification des destinataires des signalements et la difficulté d'identifier les rôles de chacun.

En lien avec les propos de M. CREOFF, les auteurs de l'article [11] « Enfants et adolescents en danger. Etude de l'unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Armand TROUSSEAU », confirment le caractère insuffisant du retour de l'information :

« Bien sûr, nous regrettons comme la plupart des équipes hospitalières spécialisées une massive carence de retour d'information et de suivi des procédures entreprises. Notre service social est pourtant particulièrement vigilant, et il faut admettre que les services sociaux et judiciaires acceptent de mieux en mieux des échanges informatifs avec les professionnels qui ont été mêlés à l'histoire de l'enfant en danger. C'est aussi à l'hôpital de s'ouvrir à ces échanges, de les souhaiter et de se donner les moyens de récolter des informations sur l'histoire de ces patients, histoire non exclusivement « somatique » et « pathologique », mais une histoire de vie qui nous en dit long sur les suites des responsabilités que nous prenons en urgence. »

5.4.3.2. Réforme de l'assurance maladie, notion de médecin traitant et marges de manœuvre :

S'il s'agit de recueillir des informations pertinentes dans le suivi des patients, on peut remarquer que la réforme de l'assurance maladie apporte peut-être un élément de réponse.

Comme on l'a vu, le président du conseil général peut informer des suites d'un signalement les personnes initiatrices de ce même signalement.

Il n'en demeure pas moins que lorsqu'un professionnel de santé est en charge d'un adolescent pour la première fois, il lui est nécessaire de retracer l'histoire de cet adolescent pour comprendre et donner une analyse de la situation la plus fiable et juste possible. Dès lors la transmission de l'information à l'égard de ce professionnel nous semble également pertinente. Demeure la question de la réalisation d'une telle démarche ?

[21] La réforme de l'assurance maladie a instauré un pivot dans la prise en charge des patients qu'ils soient enfants ou adultes : il s'agit du médecin traitant.

Qu'il soit généraliste, médecin de centre de soin ou spécialiste, il est appelé à coordonner l'information médicale du patient.

Pour consulter d'autres professionnels de santé appelés « médecins correspondants », le patient devra être recommandé par son médecin traitant, excepté s'il s'agit de soins de pédiatrie, d'ophtalmologie, de gynécologie, ou de soins dentaires.

A partir du 1^{er} janvier 2005, les assurés ou ayant droits de plus de 16 ans recevront un formulaire de déclaration de choix de leur « médecin traitant ». Le médecin choisi donnera son accord pour ce type de suivi et le document sera transmis à la caisse d'Assurance Maladie.

Chaque membre de la famille peut désigner un médecin traitant qui lui est propre.

Un extrait du protocole d'accord du 15 décembre 2005 entre l'U. N. C. A. M. et trois syndicats de médecins libéraux mentionne :

« Les médecins traitants se coordonnent avec les autres professionnels et services participant aux soins de leurs patients. Leurs interventions contribuent à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par leur fonction de conseil et d'orientation, les médecins traitants participent activement à la bonne utilisation du système de soins par leurs patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Leur relation de proximité avec leurs patients les situe également au cours du développement de la prévention en santé. Les parties signataires s'engagent à renforcer leur rôle dans ce domaine notamment en développant la dimension « santé publique » dans l'offre de formation continue conventionnelle et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention. »

Ainsi, dans l'hypothèse où les informations émanant du président du conseil général seraient transmises au médecin traitant, celui-ci aurait toute la connaissance d'une histoire de vie d'un patient et serait à même d'apporter les solutions les plus adéquates dans l'intérêt de son patient et en accord avec les dispositions sociales, judiciaires, éducatives déjà en place : ces situations lui sont actuellement méconnues d'où les possibles difficultés de prise en charge ou de contre-sens dans la prise en charge à l'égard des autres acteurs de soins de la protection départementale de l'enfant.

Le médecin traitant, alors avisé, serait un acteur de prévention primaire et surtout secondaire (nous l'avons vu précédemment, beaucoup de situations en lien avec la protection de l'enfance se pérennisent dans le temps).

Les autres professionnels de santé, tenus au secret, auraient une personne ressource, le médecin traitant, pour échanger des informations concernant ce même patient, toujours dans son intérêt.

On rappelle que dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002, le patient a le contrôle de la transmission de cette information puisque son accord est nécessaire avant transmission de tout ou partie de l'information.

5.5. Adolescent et audience : notion de temps et notion de secret :

5.5.1. Rappel chronologique de la procédure judiciaire ordinaire :

5.5.1.1. La notion juridique de saisine :

Seules certaines personnes, limitativement énumérées par la loi, ont autorité pour saisir le juge des enfants, c'est-à-dire qu'en sollicitant le magistrat, elles et elles seules, l'obligent à statuer sur leur demande, qu'elle soit ou non fondée. La liste de ces personnes est précisée par l'article 375 du Code civil, ainsi rédigé :

« [...] des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement ou de l'un deux, la personne ou le service à qui l'enfant a été confié, ou du tuteur, ou du mineur lui-même ou du ministère public. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel [...] »

Dans la réalité, **la grande majorité des requêtes est transmise au tribunal pour enfants par le Procureur de la République**, représentant du ministère public : il a un rôle de filtre classant « sans suite » les signalements qu'il estime dépourvus du critère de danger et ré adressant les courriers dévolus à une autre juridiction : juge des affaires familiales, juge des tutelles, juge d'instruction.

La saisine du juge des enfants par le mineur est plus rare : il doit connaître l'existence du tribunal pour enfant ; il doit lui écrire et faire état de ses difficultés familiales.

La Cour de cassation a précisé qu'un mineur ne peut valablement saisir le juge des enfants que s'il « possède un discernement suffisant pour exercer cette prérogative ». La notion de discernement qui ne correspond à aucun âge précis, est énoncée comme une condition à la capacité juridique du mineur. Le juge des enfants doit donc apprécier si l'âge et les compétences du mineur lui permettent de réaliser réellement le sens et la portée de sa démarche. En cas de réponse négative, il ne doit pas se considérer saisi.

Si une requête est adressée au tribunal pour enfants par le tuteur du mineur, ou par celui à qui l'enfant a été confié, personne physique ou service, même sans décision judiciaire, par exemple des grands-parents qui ont remplacé les parents à leur demande pendant un temps, le juge a également l'obligation de statuer. La Cour de cassation rappelle régulièrement que **la saisine peut provenir tant de celui à qui le mineur est confié par décision judiciaire que de celui à qui il est confié de fait, à l'amiable, sans cadre juridique particulier.**

Les demandes envoyées au tribunal par les personnes autres que celles énumérées à l'article 375 du Code civil, (exemples : oncle, médecin, instituteur...) ne saisissent pas le juge des enfants : elles n'obligent pas le juge à ouvrir une procédure, à organiser une audience et à prendre une décision. Ainsi le juge peut choisir légalement d'ignorer ces demandes. Néanmoins, **il peut se saisir exceptionnellement : il s'agit de la saisine d'office.** Alors il devra ouvrir un dossier et prendre une décision.

Dès que le juge est saisi, plusieurs formalités doivent être effectuées.

5.5.1.2. L'avis d'ouverture du dossier :

Lorsqu'un document saisissant le juge des enfants arrive au secrétariat du tribunal, le greffier doit aussitôt, en application du nouvel article 1182 du Code de procédure civile, transmettre diverses informations à certaines personnes énumérées à l'article 375 du Code civil et qui ne sont pas requérantes :

« Le juge donne avis de la procédure au Procureur de la République ; quand ils ne sont pas requérants, il en donne également avis au père, à la mère, au tuteur, à la personne ou au représentant du service à qui l'enfant a été confié [...]. L'avis d'ouverture de la procédure et les convocations adressées aux père et mère, au tuteur, à la personne ou au représentant du service à qui l'enfant a été confié et au mineur mentionnent les droits des parties de faire choix d'un conseil ou de demander qu'il en soit désigné un d'office conformément aux dispositions de l'article 1186. L'avis et les convocations informent les parties de la possibilité de consulter le dossier conformément aux dispositions de l'article 1187. »

C'est à la réception de ce courrier que les familles savent qu'elles font l'objet d'un dossier judiciaire de protection de l'enfance :

-Si un tel avis d'ouverture de procédure ne parvenait pas aux intéressés, cette absence serait un motif de nullité de la décision prise ensuite par le juge des enfants : ceci est grave car une décision annulée est totalement anéantie et ne peut plus être exécutée.

-Si n'était pas mentionné le droit de susciter un conseil, un avocat, il en serait de même quant à la nullité de la décision ultérieure du juge des enfants.

Le délai minimal légal de convocation est de huit jours avant l'audience.

Le magistrat stipule que ce délai est très court pour permettre aux familles de consulter le dossier et faire appel à un avocat.

Lorsque le signalement ne provient pas du service social départemental, par exemple lorsqu'il est envoyé par un membre de la famille, une école, un hôpital, il est indispensable de demander au service social ce qu'il connaît de la famille concernée, afin de disposer d'un maximum d'informations. Cette demande s'effectue dans le cadre de l'article L. 221-4 du Code de l'action sociale et des familles ainsi rédigé :

«Lorsqu'il est avisé par le juge de enfants d'une mesure d'assistance éducative prise en application des articles 375 à 375-8 du Code civil, le président du conseil général lui communique les informations dont il dispose sur le mineur et sa situation familiale. »

Le greffe doit donc dès l'ouverture de la procédure, si à la requête du procureur de la République n'est pas joint **un rapport du service social départemental**, adresser à ce service, systématiquement, dans tous les dossiers, une demande de transmission d'informations et d'avis. Si une information pertinente est dès lors transmise, le juge pourra convoquer un représentant de ce service à l'audience.

5.5.1.3. La première rencontre du juge des enfants avec la famille ou première audition :

L'article 1182 comporte, en plus de l'obligation d'informer les intéressés quant à leur droit, cette injonction au juge des enfants (alinéa 2) :

« [...] Il entend le père, la mère, le tuteur, la personne ou le représentant du service à qui l'enfant est confié et le mineur capable de discernement et porte à leur connaissance les motifs de la saisine. [...] »

Il doit donc y avoir **obligatoirement une première rencontre avec le juge, avant toute audience de jugement** que le juge estime le signalement reçu complet ou non, et même s'il n'envisage pas de mesure d'investigation. L'usage du terme impératif « entend » signifie qu'aucun motif ne peut justifier le non respect de cette formalité.

Cette rencontre a un double objet :

-Le magistrat doit d'abord informer les intéressés sur le contenu des documents (principalement les signalements émanant des services sociaux...) ayant entraîné l'ouverture de la procédure, expliciter le motif de la saisine.

-Il doit expliquer aux familles comment se déroule une procédure et quelle place va être la leur au fil du temps. Parents et mineurs doivent recevoir toutes les explications indispensables sur le droit et la façon d'accéder au dossier, sur la façon d'obtenir un avocat, et surtout sur le débat judiciaire et les moyens de préparer l'audience.

5.5.1.4. Les investigations :

Pour collecter d'éventuelles informations qui lui permettraient d'argumenter sa décision et la motiver, le juge des enfants dispose de moyens divers mentionnés à l'article 1183 du Code de procédure civile, modifié par le décret de mars 2002 :

« Le juge peut, soit d'office, soit à la requête des parties ou du ministère public, ordonner toute mesure d'information concernant la personnalité et les conditions de vie du mineur et de ses parents, en particulier par les moyens d'une enquête sociale, d'exams médicaux, d'expertises psychiatriques et psychologiques ou d'une mesure d'investigation et d'orientation éducative. »

La liste n'est pas limitative et peut faire appel à des enquêtes de police ou de gendarmerie.

L'article 1184 prévoit :

« Les mesures provisoires [...], ainsi que les mesures d'informations prévues à l'article 1183 du présent code, ne peuvent être prises, hors cas d'urgence spécialement motivée, que s'il a été procédé à l'audition prescrite par l'article 1182 du père, de la mère, du tuteur, de la personne ou du représentant du service à qui l'enfant a été confié et du mineur capable de discernement. »

Le principe est donc clair : **le juge des enfants à l'obligation de convoquer tous les intéressés, y compris les mineurs, avant d'ordonner une quelconque investigation.**

Les différentes mesures :

-Les audits : Le magistrat peut convoquer tout ou partie de la famille pour de plus amples explications.

Il peut auditionner entre autres des particuliers, tels des membres de la famille élargie, des personnes de l'entourage, ou des professionnels selon les termes de l'article 1182 comportant l'alinéa suivant :

« Il [le juge] entend toute personne dont l'audition lui paraît utile. »

-L'enquête sociale : une définition est donnée en partie dans l'article 287-2 du Code civil :

« Celle-ci a pour but de recueillir des renseignements sur la situation matérielle et morale de la famille, sur les conditions dans lesquelles vivent et sont élevés les enfants et sur les mesures qu'il y a lieu de prendre dans leur intérêt. »

Les enquêtes sont effectuées, selon les services, publics ou privés, par des éducateurs ou des assistants sociaux. Elles sont formalisées par une décision judiciaire, une ordonnance d'enquête, qui est notifiée à la famille. Cette ordonnance est rendue après la convocation des intéressés (confère ce qui précède) et doit être motivée, dans le sens où le juge précise l'objet de l'étude en indiquant quel aspect de la situation il voudrait éclaircir au sujet de la famille.

Il n'existe aucune voie de recours, ni appel ni pourvoi en cassation car il s'agit d'une mesure d'investigation.

Le magistrat estime qu'**une enquête sociale dure entre deux à trois mois.**

-Les examens médicaux ou psychologiques : Si le juge veut connaître l'avis d'un expert pour apprécier d'éventuels troubles physiques ou mentaux, le juge désigne l'expert par **une ordonnance d'expertise**, notifiée à la famille.

Une fois l'examen terminé, l'expert adresse au juge mandant un rapport écrit argumenté, versé au dossier, et qui peut être consulté à tout moment par l'avocat des intéressés.

-L'observation en milieu ouvert : Le juge a recours à cette mesure lorsqu'il lui est impossible, malgré une première enquête sociale, d'écrire dans un jugement que tel enfant est indiscutablement en danger, mais qu'il reste nécessaire de mieux connaître la famille concernée et de rechercher plus avant si les enfants sont ou non dans une situation préoccupante, les éléments du dossier récoltés jusque là ne permettent pas de mettre fin sur le champ à la procédure, le doute qui subsiste n'étant pas suffisamment dissipé pour rendre sans hésitation une décision de non-lieu.

L'observation en milieu ouvert peut alors être ordonnée pour **6 mois avec une possibilité de prolongation pour 6 mois une fois maximum** : la durée de cette mesure est raisonnable en raison de l'exigence nécessaire d'une investigation approfondie, complète, débouchant sur des observations minutieuses et détaillées permettant d'apprécier sérieusement le danger. Toutefois, si la mesure d'investigation permet le recueil des informations nécessaires à son argumentation, le magistrat peut mettre un terme à la mesure selon un délai écourté.

-L'investigation d'orientation éducative : Le magistrat définit le temps de l'observation au terme d'une ordonnance **pour 6 mois avec une possibilité de prolongation pour 6 mois maximum** : cette observation est réalisée par des professionnels de l'éducation travaillant habituellement dans un service particulier à la protection judiciaire des mineurs.

-Autres : Le juge peut s'enquérir des informations complémentaires de services administratifs ou services publics, ceux-ci étant mentionnés, de près ou de loin, dans les rapports d'investigation ou ayant adressé d'eux-mêmes un courrier au tribunal pour enfants.

5.5.1.5. L'avis du procureur de la République :

L'article 1187 du Code de procédure civile **impose au juge de transmettre le dossier au parquet avant l'audience de jugement** dès que « l'instruction est terminée », **le procureur devant le renvoyer au juge sous quinze jours**, « accompagné de son avis écrit sur la suite à donner ou de l'indication qu'il entend formuler cet avis à l'audience ».

Régulièrement, les intéressés doivent alors recevoir de **nouvelles convocations avec un délai légal de huit jours avant l'audience de jugement**.

Le magistrat fait remarquer que, en raison des pratiques des parquets, qui bien souvent faute de temps ne donnent pas d'avis motivé, il est procédé en une seule fois à l'audition et au jugement s'il n'y a pas, au préalable, de mesure d'investigation ordonnée.

5.5.1.6. L'audience de jugement :

Lorsque le juge estime qu'il dispose de suffisamment d'informations pour organiser une audience et prendre une décision, il en fixe la date.

Nous faisons le choix de présenter cet aspect dans un second temps.

5.5.1.7. La décision :

Deux possibilités existent :

a) Si au terme de l'audience, le juge estime qu'il lui est nécessaire de réfléchir à la situation exposée, il peut **mettre sa décision en délibéré** (article 450 du Code civil), c'est-à-dire indiquer qu'il **prendra sa décision à une date ultérieure qu'il fixe avec précision**. A cette date, la famille peut soit revenir au tribunal pour entendre le juge annoncer la mesure prise, soit téléphoner au greffe pour s'informer, soit attendre de recevoir le jugement écrit.

b) Le juge, après étude minutieuse des pièces écrites et la conduite des discussions à l'audience, peut statuer d'emblée : il va alors informer les intéressés oralement de sa décision à la fin de l'audience.

Il doit alors préciser non seulement quelle mesure il ordonne, s'il en ordonne une, mais aussi quel raisonnement logique l'a conduit à ce choix.

Sa décision doit être motivée : c'est une exigence juridique qui découle de l'article 455 du Code civil :

« Le jugement doit exposer succinctement les prétentions des parties et leur moyens. Il doit être motivé [...]. »

La sanction juridique de l'absence ou de l'insuffisance de motivation est l'annulation de la décision.

Il faut rappeler que lors de cette information orale des intéressés dans le bureau du juge, la décision, d'un point de vue juridique n'existe pas encore. Légalement, la décision n'existe que lorsqu'elle est dactylographiée et signée du magistrat.

Par ailleurs, elle ne peut être mise à exécution qu'une fois qu'elle est notifiée.

5.5.1.8. La notification :

En application de l'article 1190 du Code de procédure civile, la décision écrite doit être notifiée aux intéressés **dans les huit jours, à partir de la date à laquelle elle est rendue**. **Toutefois, si ce délai n'est pas respecté, aucune sanction n'est applicable et la décision**

notifiée postérieurement reste juridiquement valable, elle ne peut simplement pas être mise à exécution.

« Notifier » est un terme juridique qui signifie porter une décision à la connaissance de quelqu'un.

Pour qu'une décision existe juridiquement et soit exécutable, elle doit être notifiée à tous les intéressés à la procédure.

La notification est régie par l'article 1195 :

« Les [...] et notifications sont faites par le secrétariat-greffe par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et par lettre simple. Le juge peut toutefois décider qu'elles auront lieu par acte d'huissier de justice ou par la voie administrative. »

La date de notification retenue est la date de première présentation de la lettre recommandée au domicile des intéressés.

L'acte de notification doit contenir une explication sur la façon de contester la décision.

5.5.1.9. L'exécution de la décision :

En matière d'assistance éducative, tous les adultes ou les services à qui la décision doit être notifiée disposent **d'un délai de quinze jours pour interjeter appel, à compter de la notification.**

Si un des intéressés ayant reçu la décision fait appel avant l'expiration des quinze jours en assistance éducative, **le jugement du juge des enfants** est en principe provisoirement mis entre parenthèses, **ne peut et ne doit être exécuté.** Cela s'appelle l'effet suspensif de l'appel. Si la cour d'appel confirme le jugement, ce dernier reprendra toute sa vigueur dès la notification de l'arrêt d'appel. Autrement, ce sont les dispositions de la cour d'appel qui prendront effet dès la notification de l'arrêt d'appel. En moyenne, le magistrat précise que **les cours d'appel statuent dans un délai de quatre à six mois voire davantage.**

Pour cette raison, les services éducatifs désignés par la décision, qui en général la reçoivent le même jour que la famille, doivent **impérativement attendre l'expiration du délai d'appel** pour commencer leur intervention, sauf si la famille expose clairement qu'elle ne fera pas appel.

Toutefois, **les mesures de placement provisoire sont exécutoires par provision** c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire d'attendre l'expiration du délai d'appel pour qu'elles puissent s'exécuter.

5.5.2. Le délai d'application de la décision :

Idéalement,

-dans l'hypothèse que, dès la saisine effective du juge, le délai légal de huit jours soit respecté et non davantage entre l'envoi des convocation et une éventuelle audience ;

-dans l'hypothèse qu'il n'y ait pas de mesures d'investigation ;

-dans l'hypothèse que la première rencontre avec la famille soit aussi l'audience de jugement ;

-dans l'hypothèse que la décision ne soit pas mise en délibérée et rendue immédiatement ;

-dans l'hypothèse que la notification soit rendue sous huit jours et pas davantage ;

-dans l'hypothèse que les intéressés n'interjettent pas la décision du juge soit un délai supplémentaire de quinze jours sauf dans le cas d'une mesure de placement provisoire, alors la mesure s'applique.

Au total, il faut **compter idéalement et théoriquement un minimum de un mois entre le moment de la saisine du juge et l'application effective de la mesure.**

5.5.3. L'audience : Débat contradictoire et secret professionnel médical :

Le magistrat fait remarquer que la question du débat contradictoire est sans doute la plus fondamentale de toute la procédure.

Dans tous les domaines où il est permis de porter atteinte aux libertés individuelles essentielles, le législateur a fixé des règles précises et strictes pour permettre à la fois de sanctionner des comportements critiquables tout en garantissant aux personnes qui comparaissent devant un tribunal le respect de leurs droits fondamentaux.

Lorsqu'une procédure judiciaire est engagée, le droit le plus important, c'est celui de pouvoir savoir exactement ce qui est dit contre soi afin de pouvoir, et c'est le second droit de même nature, se défendre efficacement.

Le Code de procédure civile énonce des principes fondamentaux indiscutables et qui ne supportent d'exception que figurant dans d'autres textes particuliers. Ces principes sont les suivants :

-Article 7 : « *Le juge ne peut fonder sa décision sur des faits qui ne sont pas dans le débat [...].* »

-Article 14 : « *Nulle partie ne peut être jugée sans avoir été entendue ou appelée.* »

-Article 16 : « *Le juge doit, en toutes circonstances, faire observer lui-même le principe de la contradiction. Il ne peut retenir dans sa décisions les moyens, les explications et les documents invoqués ou produits par les parties que si celles-ci ont été à même d'en débattre contradictoirement [...].* »

-Article 455 : « *Le jugement doit exposer succinctement les prétentions respectives des parties et leurs moyens, il doit être motivé.* »

La législation est donc péremptoire : les intéressés qui font l'objet d'un dossier judiciaire doivent avoir la connaissance, de la première à la dernière ligne, de l'intégralité des pièces écrites figurant dans ce dossier, et qui doivent toutes être contradictoirement débattues, faute de quoi elles ne peuvent pas être reprises par le juge dans sa décision.

Ainsi, lorsque le juge des enfants a abordé avec les parents la question des sévices sexuels subis par MG et mentionnés dans le signalement, on peut comprendre la réaction de cette dernière : elle a protesté véhémentement et insulté le juge puis est sortie de la salle d'audience... Le contenu du secret médical à l'origine des scarifications et du désintérêt de la mère venait d'être livré par le juge à ses parents alors qu'elle s'y était toujours opposée.

On en conclut que le mineur qui s'était confié au médecin au titre du secret médical en lui demandant de ne pas exposer le contenu de son propos à ses parents, en vertu de ce qui précède concernant le secret médical, a pu constater la divulgation de l'ensemble de son dossier par le juge à ses parents, son représentant légal ou son tuteur lors de la procédure judiciaire.

Le procédé est on ne peut plus légal puisque le débat contradictoire est le principe fondamental de la procédure judiciaire.

5.5.4. L'adolescent et le secret :

[22] Sous l'égide de la Fondation de France, et sous la direction de Philippe JEAMMET, le livre « Adolescences » aborde la question du secret et des adolescents :

-il est évoqué dans le chapitre des « besoins » **l'importance et la nécessité d'un jardin secret pour la construction de l'adolescent à l'égard de ses parents:**

« Un équilibre est à trouver, car l'adolescent a besoin de rester un centre d'intérêt pour ses parents, mais il a droit aussi à ses zones de secret. Comme pour chacun d'entre nous, un espace privé lui est nécessaire, où lui soit reconnu le droit à des moments de solitude ou de cafard, où il puisse détenir son courrier ou son journal intime. C'est une preuve de confiance de le laisser gérer librement son espace personnel.

Mais la confiance ne se décrète pas. Il ne suffit pas de la nommer : « Je te fais confiance. » Encore faut-il éprouver véritablement ce sentiment ; et, à cet égard, le jeune ne se trompe pas.

La confiance ne s'établit pas objectivement à partir de l'attitude du jeune qui la mériterait ou non. Elle se joue dans une relation et dans les effets de résonance avec les souvenirs ou les difficultés des parents. Comme si le comportement de l'adolescent réactivait pour le père et la mère des émotions, des peurs qu'ils croyaient enfouies.

La relation passée du parent avec ses propres parents vient gêner la réponse présente. En se libérant eux-mêmes, en remettant les choses à leur juste place, en restituant au jeune ce qui lui appartient, sans confusion avec leur propre histoire, ils pourront répondre de façon plus ouverte et plus neutre. Il faut éviter la fermeture du système, desserrer un peu les rouages.

[...].

Ils (les parents) sont les gardiens d'une certaine limite, à l'intérieur de laquelle les adolescents pourront créer un espace d'autonomie. Les deux positions doivent être à même de coexister dans la différence des générations, sans que les uns ou les autres soient obligés de capituler. L'autorité trop forte ou le suivisme, c'est-à-dire la situation où les parents n'offrent plus de résistance jusqu'à se confondre avec l'adolescent, sont deux attitudes qui empêchent, par des voies assez semblables, l'autonomisation. Il est possible de créer un cadre dans lequel on laisse l'adolescent gérer son espace propre en lui donnant une marge de manœuvre qui lui confère son originalité.

Dans cet espace éducatif souple et maintenu, l'adolescent peut, sans provocation et sans risques excessifs, devenir lui-même, se distinguer de ses parents. Quelle liberté intérieure si cette possibilité lui est reconnue !

A l'inverse, l'intolérance du milieu familial à la différence constituera une attitude aliénante, susceptible de bloquer son évolution.

Dans cette conquête de la liberté, la nature de la relation sera déterminante. S'ils se sentent complémentaires, c'est-à-dire si chacun accepte de ne pas détenir tout dans le couple, si chacun reconnaît ses limites – **ni miroir, ni double** -, l'adolescent est invité à devenir lui-même. La différence est alors non seulement tolérée, mais aussi ressentie comme normale, enrichissante. »

On voit bien que dévoiler de lourds secrets concernant l'adolescent à ses parents peut engager véritablement le rapport éducatif parents adolescent vers la culpabilisation réciproque en bouleversant la relation établie, amenant la confusion des genres et non l'étayage attendu : les

parents peuvent se sentir coupables de ne pas avoir eu l'acuité suffisante pour percevoir un secret trop lourd à porter pour l'adolescent, celui-ci s'émancipant avec peine et souffrance. Cette révélation peut aussi être ressentie comme une trahison pour l'adolescent, blessé dans son amour propre. Les climats de confiance ou d'inquiétude qui régnaient s'assombrissent... Un travail douloureux de reconstruction s'impose.

-Le secret peut être également **un mode structurant pour l'adolescent vis-à-vis de lui-même**: ainsi, dans le chapitre « communication », un passage traduit le caractère contradictoire qui anime l'adolescent de sorte que le secret peut représenter un exutoire à ses difficultés :

« A propos de la vie amicale, scolaire ou de loisirs, certains parents se plaignent du silence de leur adolescent. Celui-ci ne fait preuve d'aucune spontanéité, il se tait ou répond par monosyllabes. Les parents sont amenés à « questionner » et l'atmosphère s'épaissit lourdement.

L'adolescent a besoin que l'on s'intéresse à lui et ceci d'autant plus s'il semble indifférent et secret. La question est le signe de l'intérêt. Mais elle est également porteuse du caractère insupportable des contradictions de l'adolescent. Au lieu de s'avouer : « Je vis une situation intolérable, j'ai à la fois besoin de l'intérêt de mes parents et je suis obligé de m'en séparer » - ce qu'il ne peut pas faire car ce phénomène est inconscient -, il s'emporte contre l'autre : « Ma mère (mon père) est insupportable ! » Cette pensée exerce une fonction libératrice de ses tensions internes (dans certaines proportions raisonnables) et lui apporte un soulagement. L'important est que le parent puisse continuer de questionner, de manifester son intérêt, quitte à accepter d'être un peu déçu par la réponse. **L'adolescent se nourrit de l'attention qu'on lui porte.** On lui offre une ouverture ; il la saisira ou non, mais il sait qu'elle existe et qu'il pourra y revenir. »

-**S'agissant de secret de famille, le secret peut à l'inverse malmener la dynamique familiale et se reporter sur l'essor de l'adolescent.** Ainsi, toujours dans le chapitre « communication », un passage s'adresse aux parents, mais également et bien qu'indirectement, à l'adolescent :

« Tout ne peut pas se dire et chaque adulte peut être confronté un jour à l'impossibilité de révéler une partie de lui-même, à la nécessité de garder un secret. Il ne s'agit pas ici d'énoncer s'il convient ou non de dévoiler la chose cachée, car ce sont des décisions qui appartiennent à chacun. Mais il est possible d'en dessiner les effets pour l'entourage. Le secret risque de devenir pathogène s'il n'est pas suffisamment intégré par celui qui le détient. Il reste visible, montré et caché tout à la fois, et se trouve désigné en permanence par le comportement sans jamais être dit : on laisse entendre que... ; on utilise des allusions ou des mimiques ; on garde ostensiblement le silence sur... Bref, chacun sent la menace peser et d'autant plus lourdement qu'elle est imprécise. C'est, plus la chose cachée, l'excitation créée autour de ce faux secret qui aura une incidence déterminante sur l'économie familiale. »

-S'il était nécessaire de montrer que les adolescents, lorsqu'ils se confient, destinent l'information à tel destinataire ou tel autre et que ce choix dépend de la teneur de l'information, **une étude nationale menée en 1993 par l'unité I. N. S. E. R. M. 169** et mentionnée dans le livre « adolescences » le prouve à partir d'un échantillon représentatif de 12000 jeunes confirmant que **la notion de secret est implicite et constitutive de l'adolescence** :

Concernant les élèves de 4^{ième},

Ceux-ci se confient pour **un problème scolaire** :

- aux parents dans 73% des cas,
- à un autre jeune dans 17% des cas,
- à personne dans 7% des cas,
- à un professionnel dans 1% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème de santé** :

- aux parents dans 65% des cas,
- à un professionnel dans 13% des cas,
- à personne dans 12% des cas,
- à un autre jeune dans 10% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème sentimental** :

- à un autre jeune dans 65% des cas,
- à personne dans 18% des cas,
- aux parents dans 15% des cas,
- à un professionnel dans 0,4% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème de sexualité** :

- à un autre jeune dans 38% des cas,
- à personne dans 33% des cas,
- aux parents dans 25% des cas,
- à un professionnel dans 2% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème de drogue** :

- à **personne** dans 40% des cas,
- aux **parents** dans 33% des cas,
- à un autre jeune dans 22% des cas,
- à un professionnel dans 3% des cas.

Concernant les élèves de seconde,

Ceux-ci se confient pour **un problème scolaire** :

- aux **parents** dans 70% des cas,
- à un autre jeune dans 20% des cas,
- à personne dans 5% des cas,
- à un professionnel dans 4% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème de santé** :

- aux **parents** dans 67% des cas,
- à un professionnel dans 15% des cas,
- à un autre jeune dans 9% des cas,
- à personne dans 7% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème sentimental** :

- à un **autre jeune** dans 68% des cas,
- à personne dans 19% des cas,
- aux parents dans 11% des cas,
- à un professionnel dans 0,4% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème de sexualité** :

- à un **autre jeune** dans 52% des cas,
- à personne dans 26% des cas,
- aux parents dans 17% des cas,
- à un professionnel dans 2% des cas.

Ceux-ci se confient pour **un problème de drogue** :

- à **personne** dans 38% des cas,
- à un **autre jeune** dans 29% des cas,
- aux parents dans 27% des cas,
- à un professionnel dans 2% des cas.

5.6. Le médecin, l'Adolescent et la Justice :

5.6.1. Procédure judiciaire et secret professionnel :

Le magistrat M. HUYETTE rapporte que lorsque les écrits ou signalements portent la mention type « secret médical », « confidentiel », ou bien lorsqu'il est écrit clairement par le rédacteur qu'il ne veut absolument pas que les informations transmises soient communiquées à la famille, ou qu'au moins il ne souhaite pas que la famille connaisse son nom, alors il pourrait exister une ambiguïté.

Il en est de même lorsque le médecin téléphone au tribunal, demande au greffier ou au juge de prendre note des informations qu'il est prêt à transmettre mais demande que la famille ignore tout de sa démarche, par exemple pour, selon lui, ne pas se retrouver en situation délicate s'il doit continuer un travail thérapeutique avec un ou plusieurs membres de la famille.

Le magistrat rappelle que la façon dont le juge procède est conditionnée par les textes : **l'existence même d'une procédure judiciaire est par hypothèse inconciliable avec les notions de secret et de confidentialité.** Tout document, toute information qui parvient au greffe du tribunal et qui concerne un dossier en cours doit obligatoirement, sans la moindre exception, être versé au dossier et peut être lu par la famille.

On rappelle que l'article L. 221-4 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
«Lorsqu'il est avisé par le juge des enfants d'une mesure d'assistance éducative prise en application des articles 375 à 375-8 du Code civil, le président du conseil général lui communique les informations dont il dispose sur le mineur et sa situation familiale. »

Autrement dit, tout signalement, lorsqu'il est transmis à l'A. S. E. ce qui correspond à la majorité des cas dans le cadre d'une démarche administrative, peut, ultérieurement, à la demande de l'autorité judiciaire, être transmis à la famille dans le cadre de la procédure judiciaire.

Deux hypothèses se présentent alors :

- soit le médecin, informé du cadre juridique, renonce à transmettre les informations qu'il possède, puis le juge fait appel s'il y a lieu à un expert judiciaire qui recueillera et analysera les mêmes informations, ce qui peut éviter que le médecin soit en difficulté avec la famille.
- soit bien que sachant que l'intégralité du document qu'il adressera au tribunal et son origine seront connues de la famille, décide de faire cet envoi, estimant essentiel que la décision à venir protège efficacement l'adolescent.

Le médecin doit faire le choix de s'associer officiellement ou pas à cette procédure.

5.6.2. Cas de conscience du médecin:

Les devoirs du médecin à l'égard de l'enfant sont précisés dans le Code de Déontologie à l'article 43 :

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

L'article 44 précise que :

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Sans faire preuve d'attentisme, le médecin est appelé à se décider en s'appuyant principalement sur trois critères essentiels dans sa démarche intellectuelle :

-sa démarche ne doit pas faire l'objet de précipitation : elle doit s'inscrire dans le temps de la réflexion. Elle pose la question cruciale du temps médical et judiciaire : quel est le caractère d'urgence médicale et judiciaire ?

On a répondu à ce qui nous paraissait être l'urgence médicale au terme du chapitre sur la notion de danger médical, dans le cas de MG.

Il reste à définir le temps judiciaire pour répondre aux deux déontologies.

-son argumentation doit être la meilleure possible pour répondre au mieux à l'attente judiciaire et formuler un signalement adéquat pour une demande judiciaire justifiée et une réponse adaptée. La question sous jacente est celle du recueil de l'information pertinente, thème abordé précédemment dans le chapitre « le médecin et l'institution ». La question implicite de la gestion du temps pour colliger l'information est évidente.

-sa conception de l'intérêt du patient, la façon dont le malade perçoit son intérêt et l'exprime. Le médecin doit respecter la dignité de son patient.

5.6.3. Le temps judiciaire : notion d'urgence judiciaire :

5.6.3.1. Rappel de la procédure ordinaire et notion de temps :

On rappelle que **dans le meilleur des cas**, cette procédure nécessite entre le moment de la saisine du juge des enfants et le caractère effectif d'une éventuelle mesure découlant de la décision du juge, **un délai minimal théorique d'un mois**.

En cas d'investigations, de double convocation des parents (première rencontre type audition puis audience de jugement), d'appel de la décision, etc., le délai peut s'étaler sur **plusieurs mois voire un an**.

5.6.3.2. La notion d'urgence juridique et de procédures exceptionnelles :

Dans des circonstances bien particulières, les impératifs de la procédure ordinaire ne peuvent être respectés : la législation autorise, à titre exceptionnel, le recours à des procédures qui réduisent provisoirement le droit des familles pour privilégier la protection des mineurs.

On parle alors de mesures provisoires en attendant un retour dès que possible à la procédure ordinaire.

Les décisions inhérentes à ces mesures s'appellent des ordonnances et non des jugements puisque les conditions de procédures amenant à un jugement ne sont pas réunies.

On décrit quatre types de procédures :

❖ **L'éloignement d'un mineur en urgence :**

Le magistrat M. HUYETTE souligne l'existence de cas dans lesquels il n'est pas possible d'attendre d'avoir convoqué puis auditionné parents et mineurs pour ordonner une mesure de protection indispensable, étant rappelé que le délai minimal à respecter entre l'envoi de la convocation et le jour de l'audience est de huit jours et qu'en temps ordinaire il n'est pas rare que les juges convoquent un à deux mois à l'avance.

L'urgence est juridiquement constituée par l'impossibilité d'attendre huit jours pour prendre la nécessaire mesure de protection et d'éloignement du mineur, et donc de statuer sans avoir procédé au préalable à l'audition des intéressés, ce qui est particulièrement grave.

Il donne l'exemple du mineur violenté avec présence de blessures graves sur le corps ; ce dernier refuse obstinément de retourner chez ses parents et l'écoute attentive des professionnels laisse penser dans l'immédiat qu'il s'agit de violences parentales volontaires. Le risque de récidive est tel qu'un accueil en service éducatif est retenu.

Il est précisé que le principe d'attendre un délai de huit jours avant l'audition des intéressés devient labile si ces mêmes intéressés acceptent d'être entendus dans un délai plus court. En effet, parce que tout citoyen bénéficie d'un droit, il peut y renoncer : ce délai est un délai de protection du justiciable.

Cela signifie concrètement que si le juge des enfants estime qu'il doit statuer à bref délai, il doit proposer aux intéressés de comparaître devant lui rapidement, puis, à l'audience, leur faire connaître leur droit de refuser d'être entendus à cause du délai non respecté mais tout autant leur droit de s'exprimer.

Evidemment, les familles qui savent que l'enjeu est majeur, puisqu'il s'agit du retrait des enfants, ne demandent jamais au juge de décider sans eux et de revenir une fois la décision prise.

De ce fait le magistrat conclut :

Il n'y a donc urgence que lorsqu'il est totalement impossible d'entendre parents et mineurs avant de décider.

Une telle audition pouvant être organisée en quelques heures ou demi-journées, on comprend que les cas dans lesquels il est véritablement impossible de statuer sans entendre personne sont très rares.

Si une telle audience a lieu, on ne se situe plus dans le cadre de la procédure exceptionnelle.

Le magistrat rappelle que le décret de mars 2002 impose que les ordonnances de placement provisoire doivent être expressément motivées au sens juridique sous peine de nullité de l'ordonnance en appel et par la Cour de cassation.

Si une décision est prise dans le cadre de la procédure d'urgence, cela ne change rien au régime juridique de son exécution. Elle n'est effective que si elle est notifiée, à charge pour le juge de faire remettre aux intéressés une copie de l'ordonnance par les services de police ou de gendarmerie si nécessaire.

Contrairement à une décision de jugement, lorsque le juge statue par ordonnance, même en cas d'appel, sa décision est toujours exécutable et applicable dès sa notification : on parle « **d'exécution provisoire de plein droit.** »

Enfin le premier alinéa de l'article 1184 du Code de procédure civile prévoit :

« Lorsque le placement a été ordonné en urgence par le juge sans audition des parties, le juge les convoque à une date qui ne peut être fixée au-delà d'un délai de quinze jours à compter de la décision, faute de quoi le mineur est remis, sur leur demande à ses père, mère ou tuteur, ou à la personne ou au service à qui il était confié. »

C'est alors au juge de rester vigilant concernant le délai de quinze jours sinon les parents peuvent demander que le mineur leur soit à nouveau confié, une fois le délai passé, et rien ne peut aller contre cette exigence. A l'inverse, s'ils n'expriment aucune demande, la mesure reste effective donc ne s'annule pas.

Une fois les parents entendus, deux hypothèses se présentent :

- soit le juge dispose de suffisamment d'éléments pour rendre un jugement complètement motivé et statuant sur toutes les questions de l'accueil d'un mineur en service éducatif et il procède ainsi ;
- soit il a besoin de recourir à d'autres investigations et il rend deux ordonnances :
 - une confirmant le placement provisoire et reprenant l'avis et les demandes des parents ; la loi n'impose pas la rédaction de cette ordonnance néanmoins elle semble justifiée pour motiver à nouveau le placement selon les nouveaux éléments apportés à l'audience par les parents, les travailleurs sociaux...
 - l'autre ordonnant une ou plusieurs investigations

Globalement, on peut donc en déduire que **le médecin doit alors se poser les questions suivantes :**

- Existe-t-il un danger pour le mineur ?**
- Ce danger est-il lié à la présence des parents, leurs actions éventuelles ?**
- Est-il nécessaire d'éloigner le mineur de ses parents ?** Quelles circonstances favorisent ou diminuent le danger ? (Exemple : si les titulaires de l'autorité parentale donnent leur accord, la poursuite de l'hospitalisation est un moyen de limiter le danger, ce qui peut permettre de surseoir à l'après hospitalisation...)
- Cette nécessité d'éloigner le mineur doit-elle intervenir dans un délai qui rend impossible l'audition des intéressés ?** (Exemple : une audition peut avoir lieu pendant le temps de l'hospitalisation, ce qui limitera les cas d'urgence juridique vraie).

❖ **L'éloignement d'un mineur pendant le temps des investigations :**

Ce cas est assez rare dans la pratique, confirme M. HUYETTE.

Suite à l'audition conflictuelle et confuse des intéressés, un danger existe et est établi entre le mineur et ses parents sans que l'on puisse expressément le préciser.

Le juge estime nécessaire des investigations pour pouvoir recouvrir les éléments de sa décision, rendre et motiver son jugement (description du danger réel, nécessité de prolonger

une séparation, durée de validité à fixer à la décision, organisation à venir de la relation parents/ enfants).

En raison du danger, il aura recours à une ordonnance de retrait provisoire pendant le temps nécessaire aux investigations complémentaires ordonnées.

Cette décision est donc celle du juge suite à l'audition et **ne concerne donc pas la pratique médicale.**

❖ **L'éloignement en urgence par le procureur de la République :**

La règle applicable est celle du second alinéa de l'article 375-5 du code civil :

« En cas d'urgence, le procureur de la République du lieu où le mineur a été trouvé a le même pouvoir, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera, ou rapportera la mesure. »

L'emploi de l'expression « a les mêmes pouvoirs » renvoie au premier alinéa de ce texte, celui qui permet au juge des enfants d'ordonner à titre provisoire la remise du mineur à un tiers, notamment à un service éducatif.

Ainsi une ordonnance de placement provisoire rédigée par le procureur de la République doit être également notifiée pour avoir une valeur légale.

Depuis le décret de mars 2002, le premier alinéa de l'article 1184 comporte la disposition suivante :

« Lorsque le juge est saisi, conformément aux dispositions du second alinéa de l'article 375-5 du Code civil, par le procureur de la République ayant ordonné en urgence une mesure de placement provisoire, il convoque les parties et statue dans un délai qui ne peut excéder quinze jours à compter de la saisine, faute de quoi le mineur est remis, sur leur demande, à ses père, mère ou tuteur, ou à la personne ou au service à qui il a été confié. »

On retourne donc à la procédure ordinaire.

❖ **Le retrait d'un mineur par le juge des enfants du lieu où le mineur est trouvé :**

C'est le cas où le mineur est « trouvé » en dehors du ressort du tribunal pour enfants, dont la compétence est déterminée par le domicile des parents, et qu'il faut ponctuellement le confier à un tiers, personne physique ou service éducatif.

Cela arrive principalement lors des fugues des mineurs à plusieurs centaines de kilomètres de chez eux.

L'article 1184 du Code de procédure civile prévoit :

« Si l'urgence le requiert les mesures provisoires peuvent être aussi prises, sans préjudices des dispositions du second alinéa de l'article 375-5 du Code civil, par le juge des enfants du lieu où le mineur a été trouvé, à charge pour lui de se dessaisir de la procédure dans le mois au profit du juge territorialement compétent. »

Le procureur de la République est lui aussi habilité à prendre de telles mesures.

Le médecin, s'il est en charge de l'adolescent, doit donc appeler le juge des enfants ou le procureur du département où le médecin exerce.

5.6.4. Débat et synthèse : médecin, Adolescent et Justice :

5.6.4.1. Situation actuelle :

Une fois réglés les problèmes de l'autorisation des soins (autorité parentale) et individualisés les tableaux des urgences médicale et juridique par le médecin auxquels ils doit répondre instamment, la question qui reste en suspens est celle de répondre à la problématique de l'adolescent et comment ?

Autant le rôle du médecin est d'alerter les autorités administratives ou médicales ou judiciaires dans le cadre d'un travail en lien avec le réseau institutionnel lorsqu'il suspecte un cas de maltraitance, autant pouvons-nous nous demander s'il est à même de contribuer efficacement à la procédure judiciaire et répondre de ce fait à la problématique de l'adolescent ?

Comme initiateur de la procédure, nous répondons par l'affirmative, puisqu'on lui a confié l'enfant et qu'à ce titre il peut saisir le juge, mais comme défenseur de l'enfant, il reste à le montrer ou l'infirmier.

❖ Le médecin insatisfait :

On rappelle combien la prise en charge de l'adolescent peut être un moteur d'insatisfaction ou représenter une position bien inconfortable pour que le médecin apparaisse comme le défenseur de l'enfant :

1°) Un critère d'insatisfaction est que le médecin peut être obligé parfois, pour expliquer une problématique de maltraitance de faire part à l'autorité judiciaire de constatations liées au secret médical que l'adolescent a pu lui confier et refuse de divulguer à sa famille (article 1111-5 du Code de santé publique). Ces propos seront pourtant divulgués par le juge en raison du principe du débat contradictoire au reste de la famille.

2°) Un critère d'insatisfaction est que le médecin peut décider de ne pas divulguer à l'autorité judiciaire les propos de l'adolescent et donc se retrancher derrière le secret médical au profit d'un expert judiciaire. Aide-t-il alors l'adolescent ?

3°) Un critère d'insatisfaction est que le médecin outre les critères d'urgence juridique est incompetent en matière de droit. La question qu'il peut se poser pourrait être formulée ainsi : La prise en charge juridique va-t-elle, peut-elle apporter une réponse appropriée à la problématique de l'adolescent ? Quels en sont les tenants et les aboutissants ?

-Un savoir lui fait défaut, celui du droit bien qu'il doive à son patient une information loyale, claire et appropriée. Si l'on considère la maltraitance comme une maladie dans ses aspects psychologiques et transgénérationnels, l'article 35 du Code de déontologie dit : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il **conseille**, une information loyale, claire et appropriée de son état, les soins et les investigations qu'il propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. [...] »

Concernant l'exercice du Droit par le juge, [3] Madame B. LHERBIER MALBRANQUE nous explique la façon dont cet exercice est appréhendé.

Elle rapporte les écrits de monsieur le Doyen honoraire de la Cour de cassation, cour qui peut être saisie non pas pour se prononcer sur les faits mais uniquement sur le respect de la règle de droit :

« Les faits sont livrés au juge et des incertitudes peuvent subsister à leur égard. Parce que c'est à chaque partie qu'il appartient d'alléguer (ceux qui lui paraissent propres à fonder ses prétentions, NCPC art.6), et qu'il incombe de prouver (ceux nécessaires au succès de ses prétentions, NCPC art.9), on ne saurait faire grief au juge si par suite de la nature des choses ou la malice des hommes, il ne connaît qu'imparfaitement les circonstances factuelles de la cause. »

Si il est une chose que le médecin ne maîtrise pas, c'est bien de faire valoir les droits des adolescents, faute de compétence.

Autrement dit, si le médecin attend une décision d'une procédure judiciaire en raison d'un signalement, ses compétences médicales ne seraient être l'outil d'une quelconque démonstration de Droit ou une aide juridique à l'égard de son patient. Cette pratique serait infondée en raison de l'essence de sa fonction. Il ne peut que constater ou faire état de la santé physique ou psychique de son patient. Il ne peut que promouvoir le soin même si dans la pratique, il est acteur de la loi puisqu'il signale aux autorités administratives ou judiciaires, qu'il appelle le procureur ou bien le juge.

Diagnostiquer et promouvoir le soin sont l'apanage du médecin ; « alléguer » et « prouver » sont l'apanage du juriste. **L'exercice de la Médecine fait l'objet de compétences distinctes de l'exercice du Droit.**

Les deux fonctions ne sont néanmoins pas antinomiques ; l'article 33 du code de déontologie va dans ce sens : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

On sait que la prise en charge judiciaire d'une maltraitance favorise la résilience dans la reconnaissance et l'établissement des faits :

[8] La conférence de consensus sur les maltraitances sexuelles de 2003 insiste sur la nécessité de réponses médicales et judiciaires « clairement différenciées ». Les personnels médical et judiciaire doivent être distincts.

Il est rappelé l'insistance dont a fait part la conférence de consensus sur l'importance qui doit être donnée à la formation croisée des professionnels concernés qu'il s'agisse du champ judiciaire ou médical. Sont préconisés des socles communs de formation ainsi que le renforcement de l'enseignement médico-légal en deuxième cycle des études médicales...

❖ L'adolescent insatisfait :

On rappelle combien la prise en charge d'un adolescent dans le cadre d'une maltraitance intrafamiliale peut être source d'insatisfaction pour lui :

1°) Un critère d'insatisfaction est que le principe du débat contradictoire impose parfois la révélation du secret médical par le médecin à l'autorité judiciaire avec la révélation de faits ou de propos que l'adolescent refusait de transmettre à ses parents.

Ceci va à l'encontre des droits du patient mineur :

La convention relative aux droits de l'enfant, publiée par décret le 8 octobre 1990, ayant force de loi, affirme ainsi le droit pour l'enfant, capable de discernement, « d'exprimer librement son opinion sur toutes les questions l'intéressant, ses opinions étant dûment prises en considération eu égard à son âge et sa maturité ».

L'article 42 du Code de déontologie médicale prévoit que « si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans la mesure du possible ».

L'article L. 1111-2 du Code de santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 prévoit que les mineurs ont le droit de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

Si ces différents textes reconnaissent un droit d'expression au mineur, il n'est pas prévu que les décisions médicales soient nécessairement en accord avec le désir exprimé par l'enfant, même si, on le pressent bien, l'adéquation des deux est la situation idéale où souhait du patient et obligations médicales s'accordent.

2°) Un critère d'insatisfaction est qu'une procédure judiciaire peut être ouverte quand bien même elle peut aboutir à une révélation du secret professionnel, et que le mineur ne peut avoir de réponse adaptée sur les conséquences de cette procédure, par le médecin qui signale judiciairement, celui-ci étant dans l'incapacité de lui répondre professionnellement car incompetent dans la matière juridique. Tout au plus, le médecin peut-il émettre un souhait de la prise en charge souhaitée : placement, mesure éducative...

3°) Un critère d'insatisfaction est la représentation juridique de l'adolescent dans la procédure judiciaire :

Le nouvel article 1187 du Code de procédure civile est rédigé ainsi :

« Dès l'avis d'ouverture de la procédure, le dossier (judiciaire) peut être consulté au secrétariat du greffe, jusqu'à la veille de l'audition ou de l'audience, par l'avocat du mineur et de celui de son père, de sa mère, de son tuteur, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié. L'avocat peut se faire livrer copie de tout ou parties des pièces du dossier pour l'usage exclusif de la procédure d'assistance éducative. Il ne peut transmettre les copies ainsi obtenues ou la reproduction de ces pièces à son client.

Le dossier peut également être consulté, sur leur demande et aux jours et heures fixés par le juge, par le père, la mère, le tuteur ou le représentant du service à qui l'enfant a été confié et par le mineur capable de discernement, jusqu'à la veille de l'audience.

La consultation du dossier le concernant par le mineur capable de discernement ne peut se faire qu'en présence de son père, de sa mère et de son avocat. En cas de refus des parents et si l'intéressé n'a pas d'avocat, le juge saisit le bâtonnier d'une demande de désignation d'un avocat pour assister le mineur ou autorise le service éducatif chargé de la mesure à l'accompagner pour cette consultation.

Par décision motivée, le juge peut, en l'absence d'avocat, exclure tout ou partie des pièces de la consultation par l'un ou l'autre des parents, le tuteur, la personne ou le représentant du service à qui l'enfant a été confié ou le mineur lorsque cette consultation ferait courir un danger physique ou moral grave au mineur, à une partie ou à un tiers.

Le dossier peut également être consulté, dans les mêmes conditions, par les services en charges des mesures prévues à l'article 1183 du présent code et aux articles 375-2 et 375-4 du Code civil.

L'instruction terminée, le dossier est transmis au procureur de la République qui le renvoie dans les quinze jours au juge, accompagné de son avis écrit sur la suite à donner ou de l'indication qu'il entend formuler cet avis à l'audience. »

On émet deux remarques :

-le principe du contradictoire s'applique non seulement lors de l'audience mais également dès l'avis d'ouverture de la procédure donc, bien avant l'audience, les parents peuvent connaître les éléments du dossier donc également ce qui a trait au secret professionnel qui lie le médecin et l'adolescent, s'il en est fait mention dans le signalement versé au dossier, comme il a été dit précédemment.

-on parle de mineur capable de discernement : quelle notion juridique faut-il entendre ?

A ce propos, le magistrat M. HUYETTE dit que :

En assistance éducative, « le mineur dispose d'un droit propre d'agir pour sa protection. Il peut juridiquement saisir le juge des enfants, et lui présenter toute demande. Il peut contester devant la juridiction supérieure les décisions prises. En conséquence puisqu'il peut agir seul, dès qu'il est doté de discernement il n'a besoin de personne pour le représenter.

Il n'existe donc que deux options. Soit le mineur possède un discernement suffisant pour agir et il participe pleinement à la procédure, éventuellement en se faisant accompagner mais sans avoir un adulte pour agir à sa place, soit il est trop jeune pour posséder le discernement suffisant et il ne dispose d'aucun droit, ce qui fait qu'il ne peut pas y avoir d'adulte pour exercer à sa place une prérogative qu'il ne possède pas. »¹

On peut dès lors comprendre que la notion juridique de discernement correspond à la capacité de maîtriser les enjeux de la procédure et être capable de dialoguer raisonnablement avec le conseil (avocat) et de lui transmettre ses propres souhaits.

On peut expliciter ce concept juridique de discernement selon le dictionnaire

Le Petit Robert comme « la disposition de l'esprit à juger clairement et sainement des choses. »

[23] Si l'on fait référence à l'article « Discernement et passage à l'acte à l'adolescence. Evaluation et prise en charge des auteurs de transgression » émis par la Société médico-psychologique, il est indiqué que cette notion intègre la volonté d'accomplir une action, la compréhension de la finalité à laquelle aboutit cet acte (anticipation des effets), l'anticipation des conséquences pour un tiers ou la collectivité [...].

Autrement dit, on ne voit pas comment un adolescent pourrait faire acte de discernement dans une procédure judiciaire s'il n'est pas informé préalablement des tenants et aboutissants par un professionnel juriste, s'il n'a aucune notion à cet égard ? Ce serait bafouer son droit à l'information, à charge pour le médecin et le juge d'apprécier en conscience par la suite.

5.6.4.2. Une solution possible dans les cas de maltraitance intra et extra familiale : l'information objective et l'autodétermination éclairée de l'Adolescent :

On rappelle que l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique stipule que :

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

-Cet article cadre bien avec la prise en charge de la maltraitance intra ou extra familiale car par pudeur ou révolte ou, par peur de mesures de rétorsion, le mineur peut résolument s'opposer à la divulgation de sa problématique de maltraitance à l'égard de ses parents, s'ils sont titulaires de l'autorité parentale.

-La maltraitance est aussi un diagnostic médical dont la prise en charge implique des mesures médicales associées selon les cas à une prise en charge judiciaire inhérente à la maltraitance.

-Si l'on suit la logique du texte, en cas de refus catégorique du mineur à la divulgation du secret, alors rien ne s'oppose à ce **que la personne de son choix qui l'accompagnerait dans sa démarche soit un avocat**, tenu au secret juridique mais également médical car participant à la consultation.

❖ Quel serait l'intérêt d'un tel droit pour l'adolescent ?

Il aurait une information claire loyale et appropriée concernant les tenants et les aboutissants d'une possible procédure judiciaire de la part d'un professionnel juriste au regard du dossier médical.

Si l'avocat estime qu'une procédure judiciaire a de forte chance de ne pas aboutir, l'adolescent aura la capacité de demander les raisons juridiques qui laissent penser cela au juriste. Il pourra en accord avec le médecin ne pas engager de procédure et conserver le secret sur sa santé.

A l'inverse, si l'avocat estime qu'il a des raisons juridiques sérieuses pour qu'une procédure judiciaire aboutisse, alors il pourra également expliquer à l'adolescent la procédure et en particulier le principe du débat contradictoire dont le corollaire est la possible divulgation du secret médical. L'adolescent informé pourra en conscience exprimer son opinion, son choix et le formuler au médecin. Là encore, l'adolescent voudra ou non divulguer le secret.

L'information juridique préalable lui permettra de pouvoir davantage faire valoir ses droits puisque pouvant davantage faire preuve de discernement et donc faire reconnaître les conditions de sa maltraitance.

Ainsi, qu'il y ait procédure ou pas, dans un temps ultérieur, l'adolescent ferait le choix éclairé de son cheminement, ce qui serait sans doute moins préjudiciable qu'une procédure mal

engagée, dont l'aboutissement serait incertain, avec les conséquences psychologiques que l'on sait pour l'adolescent qui a été écouté mais pas forcément entendu, dans la législation actuelle le médecin restant libre d'apprécier en conscience l'opportunité de signaler et sans conseil juridique : la maltraitance institutionnelle serait moindre dans ce cas.

La Convention Internationale des droits de l'enfant rappelle dans l'article 39 que : « Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou de traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant. »

❖ Quel serait l'intérêt d'un tel droit pour le médecin ?

La situation deviendrait plus confortable :

-Il bénéficierait d'un conseil approprié sur la prise en charge juridique.

-Il respecterait le choix du patient donc son consentement au soin.

-S'il faisait état, pour motiver une situation de maltraitance, du secret médical dans son signalement, ce serait avec l'accord du patient et dans son intérêt.

-l'article L. 1111-5 n'oblige pas le médecin à intervenir : « le médecin **peut** mettre en œuvre le traitement ou l'intervention ». Cautionner cette prise en charge de l'adolescent est une possibilité et non pas une obligation pour le médecin. Ce dernier doit se déterminer selon le discernement nécessaire : il doit indiquer loyalement au mineur s'il accepte ou non de dispenser des soins que sa conscience peut réprouver. L'article 47 du Code de déontologie médicale lui rappelle que :

« [...]. Hors les cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

❖ La réalité du terrain :

[3] Madame B. LHERBIER –MALBRANQUE nous rappelle que :

« L'avocat doit vérifier qu'il livre au juge tous les éléments propres à satisfaire la prétention de son client. La préparation du dossier demande un travail minutieux. Un avocat du barreau de Lille nous signalait combien la constitution d'un dossier d'enfant victime prenait du temps au défenseur qui se faisait fort de mettre toutes les chances de protection du côté du mineur. Le montant de l'aide juridictionnelle est de toute évidence sans relation avec le travail fourni. Cette approche financière nous semble importante : comment envisager le développement de corps d'avocats spécialisés dans la défense du droit de l'enfant sans qu'ils puissent être assurés d'être rémunérés correctement pour leur prestation. Les avocats peuvent accepter quelques affaires de ce genre mais ne pourraient pas uniquement exercer leur fonction dans cette spécialité. Les avocats sont souvent commis d'office dans ce genre de procédure. Certains [...] ne sont pas suffisamment renseignés sur le contexte familial ; ils relisent les conclusions des éducateurs. »

Elle poursuit en citant madame VAILLANT auteur d'un article tiré des cahiers de la protection judiciaire de la jeunesse :

« La présence réelle de la défense, dès le début de la procédure éducative, au civil comme au pénal peut permettre aux autres partenaires du jeu protecteur de reprendre leur place symbolique ou éventuellement les y contraindre. L'éducateur et le juge se trouvant dessaisis d'une part de la dimension imaginaire de défense du mineur qu'ils s'étaient attribués, par défaut ou par goût, peuvent envisager de reprendre place dans leurs fonctions respectives, éducative et magistrale. »

6. CONCLUSION :

Si le cas de maltraitance concernant MG nous éclaire sur la confrontation des dynamiques du secret médical, du secret judiciaire et du secret de l'Adolescence, le chemin de la résilience doit permettre l'articulation de ces secrets.

La confrontation « réussie » des secrets, leurs articulations imposent la prise en compte de la notion du temps pour résoudre nos difficultés. En effet, répondre à la question de l'urgence, la définir, c'est pouvoir inscrire la démarche de soin dans une démarche de réflexion où le temps n'est plus un impératif mais un moyen supplémentaire de considérer la situation de maltraitance quand les acteurs du soin vont pouvoir se coordonner selon une logique de l'utilité et non de l'empressement.

Hormis le cas de la fugue du mineur, **l'urgence juridique** se définit comme une situation où le juge est dans l'impossibilité d'attendre pour prendre la nécessaire mesure de protection et d'éloignement du mineur. Il doit donc statuer sans avoir procédé au préalable à l'audition des intéressés (père, mère, tuteur, la personne ou le représentant du service à qui l'enfant a été confié), ce qui est particulièrement grave.

Cette situation est très rare.

L'urgence fait appel à la notion d'un danger immédiat ou imminent, comme un risque grave pour l'enfant, un risque fatal, certain, immanquable, inéluctable, obligatoire : ce danger est inhérent au lien entre l'enfant et son représentant. Si ce lien est considéré comme inconciliable, aucune mesure en dehors de la séparation n'est envisageable pour atténuer le risque.

Cette situation impose de recourir à la procédure exceptionnelle par ordonnance ; son application est envisagée quasi immédiatement, dans les heures qui suivent le signalement, soit par le procureur de la république, soit par le juge lui-même.

En dehors de ce cas, on a recours à **la procédure ordinaire** : son évaluation chronologique, entre le moment du signalement et le moment de l'application possible d'une décision de justice, correspond à un délai de **un mois minimum**. Mais elle peut justifier **jusqu'à un délai de une année** si la procédure est complexe (investigations, appel...).

Ainsi, l'acte de signaler doit s'inscrire dans une démarche de réflexion pour le médecin selon une problématique de temporalité, une fois l'urgence juridique exclue.

Si l'on considère les critères d'intervention du juge, le médecin, poursuivant sa démarche de soin dans le temps, a donc la possibilité de se placer comme observateur des situations qu'il estime critiques. Il peut mieux les évaluer afin de **différencier celles qui vont nécessiter l'intervention du juge des enfants** et les autres :

- soit les familles ont suffisamment de ressources et la prise en charge médicale suffit pour déclencher un processus de résilience écartant alors le danger et donc le recours au juge.

- soit les familles sont dans l'incapacité de susciter la résilience et vont nécessiter des aides sociales supplémentaires notamment celles de l'A. S. E.

A cet instant, le **jeu du réseau de soins**, en accord avec le principe du secret médical partagé, peut permettre au médecin de colliger les antécédents familiaux et aides déjà survenus pour apporter un soutien nouveau et pertinent.

La négation par la famille du danger et de ses causes ou bien, le refus d'obtempérer à une évaluation ou à la proposition d'une aide sociale motive le recours au juge.

-soit le danger invoqué exclut la compétence du juge des enfants quand on évoque les infractions pénales (elles justifient l'action du **juge d'instruction** via le **procureur de la République**), la défaillance des parents telle que décès, emprisonnement, handicap mental ou physique, retrait de l'autorité parentale (elle justifie l'intervention du **juge des tutelles**), ou bien les situations de divorce (elle justifie l'intervention du **juge aux affaires familiales**). Généralement c'est le procureur qui adresse la requête au juge compétent.

Cette situation impose la connaissance du droit par le médecin et si, en toute logique il s'estime insuffisamment compétent en cette matière, alors il est licite de signaler la situation au procureur.

Parmi l'ensemble des signalements ainsi adressés au procureur, certains ne seront sans doute pas complètement justifiés juridiquement. Ils amèneront le juge à finaliser sa décision par une absence de mesure après audience.

Néanmoins, lors de l'audience et en vertu du **principe du débat contradictoire**, les informations liées par le **secret médical** concernant l'adolescent, si elles sont explicitement mentionnées dans le signalement, seront divulguées à la famille par le juge.

Autant, la continuité des soins et le secret de l'adolescent sont assurés quand le médecin s'adresse aux professionnels de santé ou à l'A. S. E. en vertu des articles L. 1111-5 et L. 1111-7 du Code de la santé publique qui permettent au médecin d'opposer **la notion du secret de l'adolescent à ses parents**, autant **la procédure judiciaire ne le permet pas**, sauf si le médecin se refuse à signaler au profit d'un expert judiciaire.

Aussi, s'il veut respecter une pratique médicale conforme à la déontologie et attentive au secret de l'Adolescent, il est essentiel que le médecin connaisse les indications de la procédure judiciaire.

Dès lors, **se référer à un conseil juridique semble la seule solution** pour que le médecin puisse donner à son patient une information claire et appropriée.

Actuellement, la procédure autorise le mineur, sous réserve que le juge considère l'adolescent capable de discernement, à bénéficier d'un conseil une fois la procédure ouverte.

Si le soignant que nous sommes souligne l'impact psychologique qu'une procédure judiciaire peut représenter pour un adolescent quand son secret est révélé par le juge à sa famille, c'est qu'il souhaite prolonger son action au-delà de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique et pouvoir consulter un conseil juridique en préalable à la procédure afin d'informer convenablement et objectivement l'adolescent, lui indiquer les choix possibles.

Considéré dans sa dignité et son autonomie, l'adolescent pourrait alors déterminer lui-même intimement le chemin de sa résilience.

Bien entourée, dans une structure qui lui convient, MG a commencé à se reconstruire.

« La vie humaine commence de l'autre côté du désespoir. »

Jean-Paul SARTRE, Les mouches.

7. BIBLIOGRAPHIE :

Par ordre d'apparition dans le texte :

[1] : EPELBAUM, Catherine. Maltraitance et sévices à enfants (hors abus sexuels). *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-204-H-15, 1999, 7 p.

[2] : MAES, Etienne. Secret professionnel appliqué à la Pédiatrie. Cas du signalement de l'enfance en danger. Enquête prospective auprès des médecins généralistes. [thèse en ligne]. Rennes : faculté de Médecine, 13 mai 2004. Format PDF.

Dernière visite du site le 06 avril 2005.

Disponible sur : http://www.videostream.univ-rennes1.fr/~medgen/spip/IMG/pdf/Maes_secret.pdf

[3] : LHERBIER- MALBRANQUE, Brigitte. *La Protection de l'Enfant Maltraité*. 1^{ère} ed. Paris : L'Harmattan, 2000, 331 p.

[4] : FEUGLET Pierre, DEVEZE F., MALICIER Daniel. Le secret médical : le dossier médical, la communication des pièces, les informations du malade. Paris : Alexandre Lacassagne et ESKA, 2004, 143 p.

[5] : DUPONT Marc, REY-SALMON Caroline. *L'enfant, l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs*. Paris : Assistance Publique- Hôpitaux de Paris et Rueil- Malmaison : Doin éditeurs et Editions Lamarre, 2002, p.590.

[6] : SIMONS, Caroline. Réforme de l' Assurance Maladie. Sésam Vitale 2. [en ligne].

Mis en ligne le 12 août 2004. [21mars 2005]

Dernière visite du site le 06 avril 2005.

Disponible sur : http://www.previade.fr/previade/html/home/dossier_sante/sesamvitale2.html

[7] : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, LA CHANCELLERIE, LE MINISTERE DE L'INTERIEUR et LE MINISTERE DE LA DEFENSE. *Le praticien face aux violences sexuelles*. Paris : Exercices de style, 2000, p.102.

[8] : MAZET. Philippe, BERNARD-REQUIN. M., BOUCHEREAU. N. Recommandations. Conséquences des maltraitements sexuelles les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de consensus 06 et 07 novembre 2003. *Fédération française de psychiatrie/ Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52, p. 182-189.

[9] : BOURGAIN, A. Piercing et tatouage : du corps à l'œuvre d'art. *Archives de Pédiatrie*, 2001, 8, p. 1006-1012.

[10] : GERVAIS Yves, MARCELLI Daniel. Les conduites autothérapeutiques cannabiques. *Cannabis et adolescence. Les liaisons dangereuses* / ed. par Patrice HUERRE et François MARTY. Paris : Albin Michel, 2004, p. 217-241.

[11] : MESSERSCHMITT P., BOHU D., CHARRITAT J. L. Enfants et adolescents en danger. Etude de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Armand Trousseau. *Archives de pédiatrie*, 2004, II, p. 269- 275.

[12] : HAUTE AUTORITE DE SANTE. Publications. La crise suicidaire. *Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000*. [en ligne].

Mis en ligne le 22 novembre 2000.

Dernière visite du site le 06 avril 2005.

Disponible sur :

<http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/page?ReadForm&Section=/anaes/Recherche.r.nsf/Rechercher?OpenAge>

[13] : CHAGNOLLAUD, Dominique. *Code Junior. Les droits et obligations des moins de 18 ans*. 2^e ed. Paris : Dalloz, 2004, 617 p.

[14] : HUYETTE, Michel. *Guide de la protection judiciaire de l'enfant : cadre juridique, pratiques éducatives, enjeux pour les familles*. 3^{ième} ed. Paris : Dunod, 2003, 553 p.

[15] : BRISSET, Claire. Une institution indépendante au service des droits des enfants : le Défenseur des enfants. *Archives de Pédiatrie*, 2002, 9, p. 1223- 1225.

[16] : ABENHAIM. Lucien, PERDRIOLLE Sylvie. *Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté*.

Dernière visite du site le 06 avril 2005.

Disponible sur : <http://www.huyette.com/circminpsy030502.htm>

[17] : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Code de déontologie. Titre I : Devoirs des Médecins. Article 4 : Secret professionnel. [16 février 2005].

Dernière visite du site le 06 avril 2005.

Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/print.php?url=deonto/article_prt.php&id=6&n

[18] : I. I. D. R. I. S., Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale [base de données en ligne]. Organisation mondiale de la Santé, Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, Genève 2001.
Dernière visite du site le 06 avril 2005.
Disponible sur : <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/fr/43/4318>

[19] : PAGES, Jacques. Le secret professionnel. Eléments de réflexion. Les rendez-vous de l'A. N. D. E. S. I.
Mis en ligne le 17 septembre 2003.
Dernière visite du site le 06 avril 2005.
Disponible sur : www.andesi.asso.fr/upload/Le20%secret%20professionnel.pdf

[20] : CREOFF, Michèle. *Guide de la protection de l'enfance maltraitée : définition et organisation, dispositif administratif et judiciaire, procédures éducatives et réponses pénales*. Paris : Dunod, 2003, p.311.

[21] : CAZADE, Anne-Claire. Réforme de l'Assurance Maladie. Le médecin traitant. [en ligne]. [21 mars 2005].
Dernière visite du site le 06 avril 2005.
Disponible sur :
http://www.previade.fr/previade/html/home/dossier_sante/medecintraitant.html

[22] : *Adolescences* / ed. par Philippe JEAMMET. 3^{ième} ed. Paris : Syros, 1999, 212 p.

[23] : SCHWEITZER M. G., PUIG-VERGES N. Discernement et passage à l'acte à l'adolescence. Evaluation et prise en charge des auteurs de transgression. *Ann Méd Psychol*, 2001, 159, p. 726-730.

NOM : ARAN

PRENOM : EMMANUEL

Titre de la thèse :

**INTRICATIONS MEDICO JUDICIAIRES A PROPOS D'UNE ADOLESCENTE EN
DIFFICULTE.**

REFLEXION SUR LES DROITS DES ADOLESCENTS

RESUME :

Nous posons le diagnostic d'une maltraitance intra et extra familiale concernant une adolescente de 16 ans. Sa prise en charge médicale, administrative et judiciaire soulève les questions du temps et du secret, deux problématiques inhérentes à la maltraitance.

Qu'est-ce que l'urgence juridique ? Quand signaler ? Qui interpeller ? Qu'est-ce que le temps judiciaire ? Quelle est la valeur du secret médical face à la justice, face aux institutions ?

L'adolescent a-t-il des secrets que le médecin doit taire ? Devant la justice ? Devant la famille ?

Une réflexion sur les droits des Adolescents s'en suit pour comprendre les rôles respectifs des intervenants et essayer de répondre à la déontologie de tous dans le respect et la dignité de l'Adolescent, de ses droits. Comment envisager les soins des adolescents ?

MOTS-CLEFS :

ADOLESCENT

SECRET

SCARIFICATION, CANNABIS, ABUS SEXUEL, ECHEC SCOLAIRE, ABSENTEISME

DEPRESSION, SUICIDE

MALTRAITANCE, CARENCE, FAMILLE

INFORMATION, MEDECIN TRAITANT

SIGNALEMENT, DANGER, AUTORITE PARENTALE

URGENCE JURIDIQUE, JUGE DES ENFANTS, PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE,

PROCEDURE JUDICIAIRE

SAISINE, AUDITION, AUDIENCE, JUGEMENT, INVESTIGATION, NOTIFICATION

DEBAT CONTRADICTOIRE, SECRET JURIDIQUE

INSTITUTIONS, RESEAU DE SOINS, AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

SECRET MEDICAL ABSOLU, SECRET MEDICAL PARTAGE

CODE DE DEONTOLOGIE

CODE DE SANTE PUBLIQUE, CODE CIVIL, CODE PENAL

DROITS, LOI, DISCERNEMENT, CONSEIL JURIDIQUE

RESILIENCE