

# Mineur(e)s

## AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA GARANTIE DU DROIT AU SECRET DES PERSONNES MINEURES DANS LE CADRE DE LEUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA LE 15 JANVIER 2015



CONSEIL NATIONAL DU SIDA  
39-43 quai André Citroën  
75902 Paris cedex 15  
T. 33 [0]1 40 56 68 50  
F. 33 [0]1 40 56 68 90  
[www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)

15/01/2015  
AVIS  
PRISE EN CHARGE  
GLOBALE  
FR

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 15 janvier 2015, à l'unanimité des membres présents.

Créé en 1989, le Conseil national du sida est un organe consultatif indépendant composé de 24 membres spécialistes du VIH/sida, représentants de la société civile ou militants associatifs.

Le Conseil national du sida émet des avis et des recommandations sur toutes les questions posées par le VIH/sida à la société. Ses travaux sont adressés aux autorités politiques et à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie.

Le Conseil national du sida participe ainsi à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

**Pour plus d'informations, rendez-vous sur [www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)**

**MEMBRES DE LA COMMISSION « MINEUR(E)S »**

**MARC DE MONTALEMBERT, PRÉSIDENT DE LA COMMISSION**

**YOLANDE BRIAND**

**PHILIPPE FLANDRE**

**THIERRY FOULQUIER-GAZAGNES**

**SAMIR HAMAMAH**

**NICOLE HESNAULT-PRUNIAUX**

**CATHERINE KAPUSTA-PALMER**

**MARIE SUZAN-MONTI**

**PATRICK YENI**

**RAPPORTEURS**

**LAURENT GEFFROY**

**MICHEL CELSE**

# SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	5
UNE ABSENCE DE GARANTIE EFFECTIVE DU DROIT AU SECRET .....	6
CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES MINEURES DANS LE CHAMP DU VIH .....	7
RECOMMANDATIONS.....	9
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....	9
C'EST POURQUOI LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE : .....	9
ANNEXE 1 .....	10
ANNEXE 2 .....	11
REMERCIEMENTS .....	14

## PRÉAMBULE

Le Conseil national du sida a été alerté par le comité de coordination de la lutte contre le VIH (COREVIH) Languedoc-Roussillon [1] sur la situation d'une personne mineure séropositive au VIH qui a demandé au médecin de garder le secret sur son état de santé, conformément à la loi [2], mais qui n'a pu obtenir l'assurance de conserver le secret à l'égard de ses parents en raison de sa prise en charge financière par l'assurance maladie. La caisse primaire d'assurance maladie concernée a indiqué être dans l'impossibilité d'assurer l'anonymat, pour une affection de longue durée, à un ayant droit mineur rattaché à la couverture sociale de ses parents.

Le Conseil national du sida a souhaité se saisir de la question du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de la prise en charge pour le VIH et a constitué une commission *ad hoc*. La commission a entendu la représentante du COREVIH concerné ainsi que des personnalités qualifiées consultées par le COREVIH [3], et il a engagé une série d'échanges avec différents représentants du ministère de la santé (cabinet de la ministre en charge de la santé, direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale, direction générale de l'offre de soins), de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et du Défenseur des droits. En outre, la commission a consulté le Conseil national de l'ordre des médecins, ainsi que plusieurs professionnels du soin, de l'épidémiologie et du champ médico-social.

Le Conseil national du sida constate que si le droit permet aux personnes mineures de garder le secret sur leur état de santé, elle ne leur offre pas de garantie effective du secret. Cette absence de garantie constitue un frein majeur à la prise en charge du VIH et entraîne des conséquences dommageables pour une population identifiée comme fragile. En conséquence, le Conseil national du sida recommande la garantie du secret de la prise en charge financière et de sa mise en œuvre.

# UNE ABSENCE DE GARANTIE EFFECTIVE DU DROIT AU SECRET

Par dérogation au principe de l'autorité parentale [4] et pour un nombre limité d'actes médicaux, le législateur a supprimé l'exigence de consentement des titulaires de l'autorité parentale et a introduit un droit au secret ou à l'anonymat au bénéfice des personnes mineures, sans référence à un âge civil (*Cf.* Encadré 1).

## Encadré 1 : Les dérogations au principe de l'autorité parentale

- **Prise en charge des usagers de produits stupéfiants en établissement.** La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses [5] dispose que les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement de santé afin d'y être traités, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.
- **Prescription, délivrance et administration de contraceptifs.** La loi du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances [6] autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ; la loi du 4 juillet 2001 relative aux interruptions volontaires de grossesse et à la contraception [7] dispose que le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.
- **Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).** La loi du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé [8] dispose que les centres de planification ou d'éducation familiale agréés peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer de façon anonyme le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales [9] précise que les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention.
- **Interruptions volontaires de grossesse (IVG).** La loi du 4 juillet 2001 relative aux interruptions volontaires de grossesse et à la contraception [7] prévoit que si la femme mineure non émancipée ne veut pas recueillir le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. La loi du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale [10] prévoit la gratuité et l'anonymat de cette prise en charge.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [2] a introduit une dérogation, de portée plus générale, au principe de l'autorité parentale. L'objectif est d'apporter une réponse à certaines situations rares mais qui peuvent entraîner des difficultés graves dans la prise en charge des adolescents [11]. Le Conseil national du sida a mis en évidence ces situations dans son Avis du 6 mars 2000 sur l'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins [12] dont le législateur a tenu compte [13].

L'article L1111-5 du code de la santé publique dispose que la personne mineure a la faculté de s'opposer à la consultation par le médecin des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre afin de garder le secret sur son état de santé. Plusieurs conditions doivent être remplies : la personne mineure doit expressément s'opposer à cette consultation et maintenir son opposition ; le traitement ou l'intervention doit s'imposer pour sauvegarder sa santé ; la personne doit être accompagnée d'une personne majeure de son choix. Si ces conditions sont satisfaites, le médecin est dispensé d'obtenir l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale et peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. [14] Il doit faire mention écrite de l'opposition de la personne mineure [15]. La dérogation au principe de l'autorité parentale concerne uniquement le médecin [16].

Le droit d'opposition de la personne mineure, prévu par le législateur préalablement à l'acte médical pour lui permettre de garder le secret, s'exerce également postérieurement. Les demandes présentées au médecin [15] ou à l'établissement hospitalier par les titulaires de l'autorité parentale pour l'accès aux informations de la personne mineure ne peuvent être satisfaites si cette dernière maintient son opposition à leur communication [17].

La personne mineure ne bénéficie pas pour autant d'une garantie effective du droit au secret. La prise en charge financière des actes et prestations médicales engagés peut être révélée aux titulaires de l'autorité parentale. Les

pouvoirs publics n'ont ni prévu, ni organisé le secret de la prise en charge financière des traitements et interventions des personnes mineures ayant sollicité le secret sur leur état de santé [18]. En conséquence, les organismes de sécurité sociale n'ont pas mis en œuvre de mesures spécifiques pour assurer le secret de la prise en charge des personnes mineures ayants droit de leurs parents. *A contrario*, dans les domaines énoncés *supra*, le législateur a précisé que la prescription, la délivrance et l'administration de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures [19]. En matière d'IVG, le législateur a prévu la gratuité et l'anonymat de cette prise en charge qui sont inscrits dans le code de la sécurité sociale [20]. De ce fait, des dispositifs d'anonymisation de la prise en charge ont été mis en œuvre par l'assurance maladie dans le champ de l'IVG [21] et de la contraception [22].

## CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES MINEURES DANS LE CHAMP DU VIH

L'absence de garantie effective du droit au secret constitue donc un frein majeur à la prise en charge médicale de personnes mineures diagnostiquées séropositives au VIH. Ces dernières peuvent exprimer le choix de ne pas bénéficier d'actes et de prestations, notamment la délivrance de traitements antirétroviraux (ARV), plutôt que de risquer voir leur prise en charge révélée aux titulaires de l'autorité parentale.

L'absence de garantie effective du droit au secret représente également une difficulté pour la prise en charge des personnes mineures éligibles à un traitement post-exposition (TPE) par les services d'urgence ou les structures externes de consultation des hôpitaux dont des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) hospitalières. Les personnes mineures peuvent exprimer le choix de ne pas bénéficier d'actes et prestations incluant la délivrance d'un TPE plutôt que risquer de voir leur prise en charge révélée.

Près d'une vingtaine de situations problématiques ont été rapportées au Conseil national du sida à l'occasion de la prescription d'un traitement ARV à titre thérapeutique, ou d'un TPE à titre préventif à des personnes mineures. Des solutions empiriques ont été mises en œuvre par les professionnels de santé et ceux du secteur médico-social, en contradiction parfois avec la réglementation et la législation existantes, afin de permettre une prise en charge médicale des personnes mineures et leur assurer une garantie du secret (*Cf.* Encadré 2).

### Encadré 2 : Exemples de solutions empiriques mises en œuvre dans le cadre de la prise en charge des personnes mineures qui souhaitent garder le secret

**Dans le cadre de la prise en charge de personnes mineures exposées à un risque de transmission du VIH** et dès lors que les conditions énoncées à l'article L1111-5 ont été satisfaites, des professionnels de santé ont indiqué la mise en place de stratégies d'anonymisation à différentes étapes de la prise en charge : absence d'inscription au bureau d'entrée du service des urgences, anonymisation de l'ordonnance de prescription d'un TPE. Dans ce cas, les TPE sont pris en charge financièrement, au titre du budget précarité de la structure hospitalière ou du budget des centres de planification ou d'éducation familiale, ou prélevés sur des traitements de récupération rapportés par les patients. Les bilans biologiques de tolérance au traitement, réalisés avant la prescription initiale et dans le cadre du suivi du patient, sont pris en charge par l'assurance maladie dans des conditions de droit commun et l'anonymat peut être impossible à assurer. Dans ce cas, il est recommandé à la personne mineure « d'inventer une raison » pour justifier cette prise en charge auprès de ses parents.

**Dans le cadre de la prise en charge de personnes mineures diagnostiquées séropositives au VIH** et dès lors que les conditions énoncées à l'article L1111-5 ont été satisfaites, des professionnels de santé ont indiqué avoir recherché des solutions avec les directions hospitalières afin de garantir l'anonymat de la prise en charge. En l'absence de réponses satisfaisantes, plusieurs solutions ont été mises en œuvre. Dans le cas de patients suivis dans un département d'outre-mer, le médecin de la prise en charge a informé directement le médecin conseil compétent de l'Assurance maladie, qui a pris l'initiative de créer un dossier au nom de la personne mineure concernée pour garantir le secret de sa prise en charge. Dans un autre cas présenté dans un département d'Île-de-France, celui d'une personne mineure née à l'étranger et présentant un risque important d'être « perdue de vue » après la première consultation, l'assistante sociale a réalisé une fausse déclaration de rupture des liens familiaux pour permettre à la personne mineure de bénéficier d'une prise en charge au titre de la couverture maladie universelle (CMU).

Dans le champ du VIH et hors prise en charge de personnes exposées à un risque de transmission, la situation considérée concerne potentiellement un nombre limité de personnes mineures. Pour la période 2003-2013, 550

personnes mineures ont été diagnostiquées positives au VIH, hors cas de transmission de la mère à l'enfant (Cf. Annexe 2), soit en moyenne 50 personnes mineures par an. En outre, toutes les personnes mineures ne souhaitent pas garder le secret sur leur état de santé et le médecin peut opportunément obtenir le consentement du mineur à la consultation des titulaires de l'autorité parentale.

En dépit du nombre limité de cas de personnes mineures diagnostiqués séropositives au VIH et désirant garder le secret, la portée restreinte du droit au secret entraîne des conséquences importantes :

- elle retarde ou empêche une prise en charge médicale précoce de personnes mineures et entraîne, à titre individuel, une perte de chance de succès thérapeutique et à titre collectif, une absence d'effets bénéfiques du traitement comme prévention ;
- elle expose à un risque supplémentaire une population qui cumule plusieurs facteurs de vulnérabilité cliniques, sociaux et comportementaux en raison de son âge (Cf. Annexe 1), mais aussi éventuellement de son orientation sexuelle ou de sa naissance à l'étranger. La très grande majorité des personnes mineures de 15 ans révolus ayant découvert leur séropositivité en 2012 (85%) sont d'une part des filles ou des garçons nés à l'étranger et contaminés lors de rapports hétérosexuels et d'autre part des garçons contaminés lors de rapports homosexuels [23] (Cf. Annexe 3) ;
- elle complique l'intervention des professionnels de santé et de ceux du secteur médico-social auprès des populations mineures, en l'absence de cadre juridique clair.

# RECOMMANDATIONS

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1. Le législateur a reconnu aux personnes mineures la faculté de s'opposer à la consultation des titulaires de l'autorité parentale pour garder le secret sur leur état de santé dans les circonstances où un traitement ou une intervention s'impose.

Toutefois, cette faculté d'opposition revêt une portée limitée, dans la mesure où le secret de la prise en charge financière des personnes mineures à l'égard des titulaires de l'autorité parentale n'est pas assuré ; le législateur n'a pas prévu de protection du secret comme il en existe pour l'IVG ou la contraception et aucun dispositif d'anonymisation n'a été mis en œuvre.

Le Conseil national du sida a constaté que la garantie du secret de la prise en charge financière des personnes mineures nécessite une évolution de la réglementation ou de la législation, ainsi que la mise en œuvre de dispositifs de protection du secret. La CNAMTS a indiqué au CNS, au terme de sa mission, être en mesure de proposer une solution provisoire d'anonymisation pour la prise en charge du VIH.

2. L'absence de garantie du droit au secret est susceptible de constituer un frein majeur à la prise en charge médicale du VIH, et d'entraîner des conséquences dommageables pour les intéressés, pour les professionnels de l'accompagnement et du soin ainsi qu'en termes de santé publique.

Au-delà du VIH, et comme énoncé dans l'Avis du Conseil national du sida du 6 mars 2000 [12], « l'absence de secret constitue un obstacle à la prise en charge de tout état ou pathologie, consécutif à des pratiques relevant de l'intimité des personnes mineures et dont ces dernières considèrent que la révélation aux détenteurs de l'autorité parentale serait de nature à jeter sur elles le discrédit et l'opprobre ».

3. Une garantie du secret devrait permettre, par ailleurs, d'améliorer la prévention et le dépistage du VIH, qui reposent sur des dispositifs en permanente évolution et dont l'accessibilité doit être recherchée au bénéfice des personnes mineures.

Plus spécifiquement, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) communautaires ne sont pas accessibles aux personnes mineures car ils sont réalisés par des non professionnels de santé [24], qui ne peuvent se dispenser du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale ; cette offre de dépistage, qui s'adresse aux populations les plus exposées au risque de transmission du VIH, est appelée à se pérenniser ; celle-ci propose un accompagnement adapté et constitue un outil pertinent de lutte contre le VIH. Une offre d'autotests de dépistage de l'infection par le VIH sera en outre prochainement accessible, y compris aux personnes mineures, par la voie de la vente en pharmacie ou de la mise à disposition pour les populations exposées les plus vulnérables.

4. En dehors des personnes mineures, le secret de la prise en charge des jeunes majeurs ayant-droit de leurs parents et des jeunes majeurs protégés est également susceptible de ne pas être préservé, à l'égard des assurés sociaux dont ils sont les ayants droit.

## C'EST POURQUOI LE CONSEIL NATIONAL DU SIDA RECOMMANDE :

1. La garantie du secret de la prise en charge financière et de sa mise en œuvre, pour les personnes mineures qui s'opposent à la connaissance de leur état de santé par les titulaires de l'autorité parentale, ainsi que pour les jeunes majeurs ayants droit de leurs parents, et les jeunes majeurs protégés.
  - a. Cette garantie doit être consacrée par un instrument de droit approprié.
  - b. Cette garantie peut notamment reposer sur des dispositifs d'anonymisation des données dans le cadre de l'Assurance maladie, à condition que ceux-ci préservent la traçabilité des informations.
2. Une amélioration de la connaissance de leurs droits pour toutes les personnes mineures, ainsi que pour les jeunes majeurs ayants droit de leurs parents et les jeunes majeurs protégés, dans le cadre des interventions de prévention, notamment celles menées par l'Éducation nationale auprès des mineurs scolarisés [25], et, si nécessaire, de la prise en charge des soins.
3. La dérogation au principe du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour la réalisation d'un TROD, dès lors qu'une offre d'accompagnement adaptée est offerte aux personnes mineures.

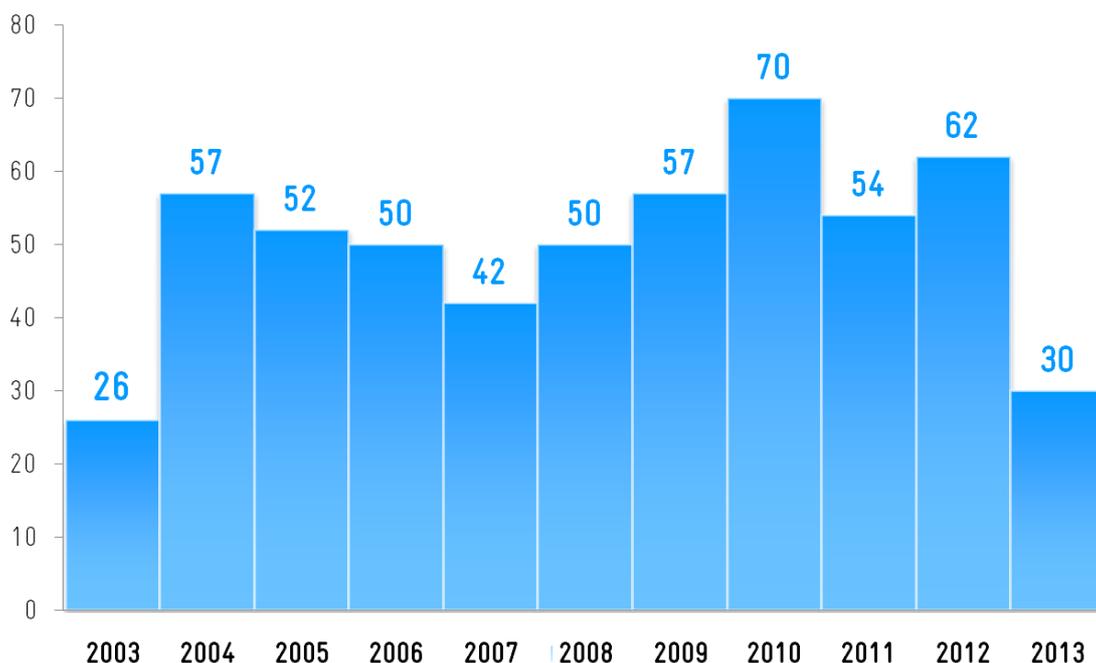
## ANNEXE 1

Les personnes mineures et, au-delà, les jeunes sont exposés à plusieurs facteurs de vulnérabilité spécifiques à leur âge, et pour un grand nombre d'entre eux, à leur entrée dans la sexualité.

- **L'exposition au risque de transmission du VIH est relativement plus fréquente chez les jeunes que dans les autres classes d'âge.** Le préservatif reste davantage utilisé par les jeunes que par les plus âgés, mais son utilisation est en diminution dans la classe d'âge des 18-30 ans : 34% des jeunes hommes et 22,7% des jeunes femmes déclarent avoir utilisé le préservatif à leur dernier rapport sexuel en 2010 contre respectivement 40% et 30,7% en 1994 [26]. Selon une enquête menée auprès des usagers de *Sida Info Services*, les jeunes de moins de 20 ans rapportent plus souvent une pénétration vaginale ou anale non protégée (14%, soit 2 points de plus que l'ensemble des utilisateurs du service) [27]. Six jeunes de moins de 20 ans sur dix déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif (60,6%, contre 45,4% des 25-29 ans). Par ailleurs, les filles apparaissent plus souvent exposées aux risques de transmission par pénétration mal ou non protégée (63,4% des prises de risques sexuels décrites, contre 47,5% chez les garçons [27].
- **La connaissance des mécanismes de transmission du VIH est moins maîtrisée que dans les autres classes d'âge.** La valeur moyenne du score de connaissance des modes de transmission est plus faible en 2010 qu'en 1994, et cette baisse concerne uniquement les jeunes âgés entre 18 et 30 ans. Depuis 2004, les jeunes appartenant à cette classe d'âge sont les moins nombreux à déclarer connaître dans leur entourage une personne vivant avec le VIH. La plus grande méconnaissance des mécanismes de transmission chez les jeunes indique une moins bonne maîtrise des modes de protection. Une moindre perception de l'efficacité du préservatif est ainsi rapportée chez les jeunes âgés entre 18 et 30 ans : en 2010, seulement 54,5% des jeunes de cette classe d'âge considèrent le préservatif comme tout à fait efficace [26].
- **La prévalence des infections sexuellement transmissibles, facteurs de transmission du VIH, est particulièrement élevée chez les jeunes.**
  - Une progression importante du nombre d'infections à gonocoques est constatée depuis le début de la décennie 2000 et touche autant les hommes que les femmes. Cette progression témoigne d'une augmentation des comportements sexuels à risque en particulier dans des populations jeunes [28]. L'âge médian des personnes atteintes, recensées entre 2001 et 2012 dans l'un des deux réseaux de surveillance, est de 22 ans chez les femmes et de 29 ans chez les hommes. Cet âge a diminué récemment chez les femmes (de 24 ans entre 2001 et 2009 à 21 ans en 2012) et chez les hommes (de 30 ans entre 2001 et 2009 à 26 ans en 2012) [29].
  - Une progression annuelle régulière du nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* est constatée depuis le début des années 2000. De 2006 à 2009, une augmentation du nombre de personnes testées, du nombre de diagnostics positifs et du taux de positivité est observée [30]. Les diagnostics réalisés entre 2003 et 2006 ont concerné dans 18% des cas des personnes de 15 à 19 ans (femmes : 27%, hommes : 6%) et dans 43% des cas des personnes de 20 à 24 ans (femmes : 47%, hommes : 33%). L'âge médian des personnes atteintes est de 22 ans chez les femmes et de 26 ans chez les hommes. En 2006, la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* était de 3% chez les femmes de 18 à 24 ans (1,6% chez l'ensemble des femmes de 18 à 44 ans) [31].
- **Les facteurs de risque d'infection par le VIH sont spécifiquement accrus chez les jeunes femmes.** La zone de muqueuse exposée au virus pendant les relations est plus grande chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée au virus, particulièrement chez les jeunes filles, dont le col de l'utérus immature et la faible production de mucus vaginal ne procurent qu'une barrière incomplète contre les infections [32].

## ANNEXE 2

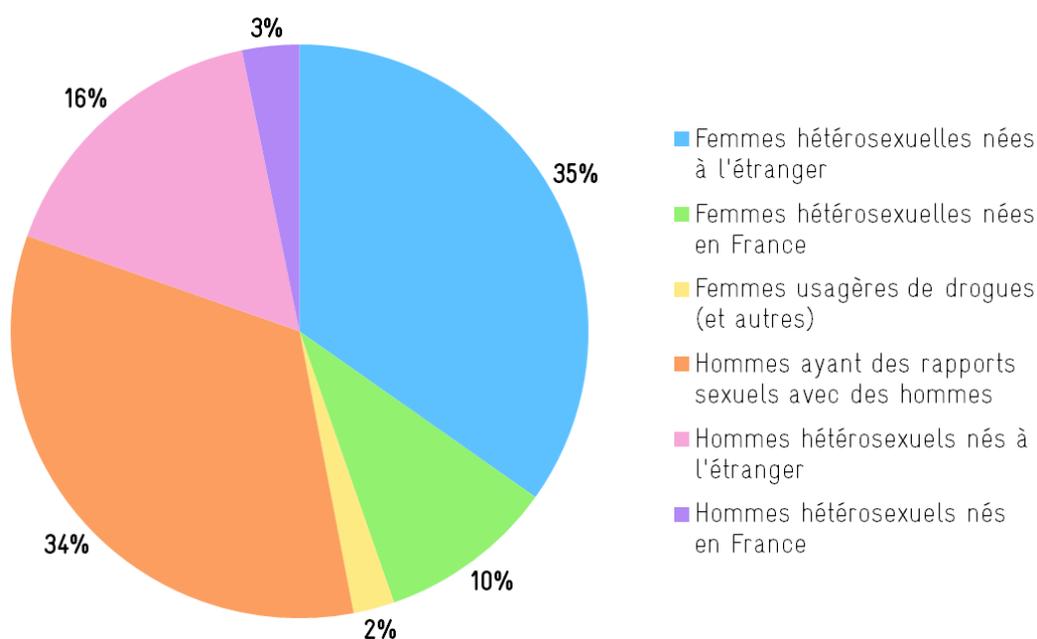
Nombre de nouveaux diagnostics VIH chez des personnes mineures (hors cas de transmission de la mère à l'enfant) entre 2003 et 2013



Source : InVS, données déclaration obligatoire du VIH au 31/12/2013 corrigées pour la sous-déclaration, les délais de déclaration et les valeurs manquantes. Données non publiées.

## ANNEXE 3

Caractéristiques des personnes mineures de 15 ans révolus ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2012



Source : InVS, données déclaration obligatoire du VIH au 31/12/2012 corrigées pour la sous déclaration et les délais de déclaration. [23]

## RÉFÉRENCES

- [1] Courrier du COREVIH Languedoc Roussillon en date du 19 mai 2014.
- [2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [3] L'ensemble de la consultation est présentée dans le mémoire pour l'obtention du Diplôme d'université en Médiation en santé de Magali Faure, *Autour du cas d'un mineur demandant que le secret sur son état de santé soit garanti vis-à-vis de ses parents, conformément à l'article L1111-5 du Code de la Santé Publique*, Centre Européen d'Etudes et de Recherche Droit & Santé – Université Montpellier 1 – CHRU de Montpellier, juin 2014.
- [4] Articles 371-1 et 371-2 du code civil.
- [5] Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et a la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
- [6] Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances.
- [7] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- [8] Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé
- [9] Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- [10] Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.
- [11] Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 septembre 2001.
- [12] Conseil national du sida, *L'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins. Rapport suivi d'un Avis et de recommandations*, 6 mars 2000 - [http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2000-03-06\\_rap\\_fr\\_prise\\_en\\_charge.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2000-03-06_rap_fr_prise_en_charge.pdf)
- [13] Assemblée nationale, *Extrait du compte-rendu analytique de la 1ère séance du jeudi 4 octobre 2001* : Article 6 (article L.1111-4 du code de la santé publique) du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [14] Article L1111-5 du code de la santé publique.
- [15] Article R1111-6 du code de la santé publique.
- [16] Haute autorité de santé, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Principes généraux*, mai 2012.
- [17] Conseil d'État, 17 novembre 2006, n° 270863.
- [18] Articles L322-3 et D322-1 du code de la sécurité sociale.
- [19] Article L5134-1 du code de la santé publique.
- [20] Articles L132-1 et D131-1 du code de la sécurité sociale.
- [21] D131-3 à D131-5 du code de la sécurité sociale ; CIR-49/2003 CNAMTS, Modalités de prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental, Préservation de l'anonymat dans les circuits d'échange ; Circulaire N°DGS/SD 6D du 30/12/2003 relative aux modalités d'application et au suivi de dispositifs mis en œuvre par la loi n° 2001-588 du 4/07/2001 relative a l'interruption volontaire de grossesse et a la contraception et N° DGS/DHOS/DSS/DREES du 26/11/2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé.
- [22] Pour la délivrance des contraceptifs d'urgence : CIR-16/2002 CNAMTS, Prise en charge de la contraception d'urgence aux mineures.
- [23] Florence Lot *et al.*, « Les jeunes de 15 à 24 ans découvrant leur séropositivité VIH en France », Communication présentée au congrès de l'Alliance française des acteurs de santé contre le VIH et les infections virales (AFRAVIH), Montpellier, 29 avril 2014.
- [24] Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).
- [25] L'amélioration des connaissances des mineurs scolarisés peut être réalisée dans le cadre des actions d'éducation à la sexualité de l'Éducation nationale. Dans son *Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014* adopté le 15 janvier 2014, le Conseil

national du sida avait noté : « Il s'avère impossible d'obtenir la communication du pourcentage des élèves qui ont bénéficié d'un accès trois fois par an à l'éducation à la sexualité tel que prévu par la législation. Il semblerait que l'obligation légale soit très inégalement et partiellement appliquée. »

[26] Leïla Saboni et *al.*, « Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 46-47, 2012 p. 525-529.

[27] Sida Info Service Association, *Santé sexuelle des jeunes et e-prévention. Des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse : pour une approche préventive globale*, 2014.

[28] Émilie Nguyen et *al.*, « Progression importante des infections à gonocoques en France : données des réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 26-28, 2011, p. 301-304.

[29] Guy La Ruche et *al.*, « Évolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5, 2014, p. 93-103.

[30] Véronique Goulet et *al.*, « Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France : analyse des données Rénachla (2007-2009) », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5, 2014, p. 316-320.

[31] Véronique Goulet et *al.*, « Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 12, 2011, p. 160-164.

[32] Claire Criton, Patricia Fener, *Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme*, CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), 2007.

## REMERCIEMENTS

La commission « Mineur(e)s » remercie les personnalités entendues dans le cadre de ses auditions.

- **Magali FAURE**, Coordinatrice administrative du comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH Languedoc-Roussillon
- **Eric MARTINEZ**, Directeur des Affaires Juridiques et Droits des Patients, Centre hospitalier régional universitaire de Montpellier
- **François VIALLA**, Professeur de Droit, directeur du Centre Européen d'Études et de Recherche Droit et Santé, Université de Montpellier 1

La commission remercie également les autorités et structures publiques ainsi que leurs représentants qui ont répondu favorablement à la demande d'entretien présentée par la commission.

### CABINET DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ :

- **Catherine BISMUTH**, Conseillère en charge de la santé publique
- **Mathilde MARMIER**, Conseillère en charge des questions de société, des droits des usagers, de la santé mentale et des populations vulnérables

### DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

- **François GODINEAU**, Chef de service, adjoint au directeur
- **Dominique GENIEZ**, Conseillère juridique
- **Nina VASSILIEFF**, Bureau Couverture maladie universelle et prestations de santé

### DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS :

- **Dominique MARTIN**, Bureau des prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale

### DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

- **Frédérique DOUMA**, Bureau Infection par le VIH, IST et hépatites

### CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS :

- **Pierre GABACH**, Département des Pathologies Lourdes

### DÉFENSEUR DES DROITS :

- **Bruno LANDI**, Pôle Santé, Coordinateur médical
- **Vanessa PIDERI**, Pôle Santé
- **Pierre-Alexis MAINGON**, Pôle Santé
- **Maryne OEUVRARD**, Pôle Défense des droits de l'enfant
- **Marie-Isabelle MARTINEZ**, Pôle Protection sociale et solidarité

### CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS :

- **Irène KAHN-BENSAUDE**, Vice-présidente

### INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE :

- **Stéphane LE VU**, Département des maladies infectieuses

La commission remercie enfin les professionnels du soin et du champ médico-social qui ont bien voulu répondre à ses questions sur la prise en charge des personnes mineures.