

Autorisation d’anesthésie: qui signe?

Dr Anne Laffargue
Hôpital Jeanne de Flandre
CHRU de Lille

Que dit la loi? L'âge de la majorité

- Majorité en France: loi du 5 juillet 1974

Art 388 du code civil: « ***le mineur est l'individu de l'un ou de l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de 18 ans accomplis*** »

- Exceptions:
  - Mère célibataire mineure: mineure pour elle même, exercice de l'autorité parentale pour son enfant
  - Mineur étranger: application de la majorité de son pays
  - Mineur émancipé: dès 16 ans révolus sur demande du père, de la mère, du conseil de famille par décision du juge des tutelles.
  - NB: suppression depuis la loi du 4 avril 2006 de l'émancipation de plein droit sans autorisation du fait du mariage:



Art.144 du code civil*: «* ***Le mariage ne peut être contracté avant dix-huit ans révolus »***

Que dit la loi? L'autorité parentale

- Le code civil définit l'autorité parentale*:* loi du 4 mars 2002:



Art. 371-1 du code civil: ***« l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. »***

« Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

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

Que dit la loi? L'autorité parentale

- Le code civil pose le principe de l'exercice **conjoint** de l'autorité parentale: loi du 4 mars 2002:

Article 372 du code civil: ***« les père et mère exercent en commun l'autorité parentale »***



Article 372-2 du code civil: ***« 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 »***

Que dit la loi? exercice de l'autorité parentale par un seul parent

- Lorsque la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul parent

- Lorsque la reconnaissance par le second parent a eu lieu plus d'un an après la naissance



Art 372-1 du code civil: ***« toutefois, lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un d'entre eux plus d'un an après la naissance d'un enfant dont la filiation est déjà établie à l'égard de l'autre, celui-ci reste seul investi de l'exercice de l'autorité parentale. Il en est de même lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard du second parent de l'enfant.***

Que dit la loi? exercice de l'autorité parentale par un seul parent

- Par décision d'un juge de priver l'un des 2 parents de l'autorité parentale:

Art 373 du code civil: ***« est privé de l'exercice de l'autorité parentale le père ou la mère qui est hors d'état de manifester se volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de tout autre cause »***



- Par décès

Art 373-1 du code civil: ***« si l'un des père et mère décède ou se trouve privé de l'exercice de l'autorité parentale, l'autre exerce seul cette autorité »***

Que dit la loi?

- En cas de modification de la famille: le couple parental survit au couple conjugal:

> Art 372-2 du code civil: ***« la séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale »***



- Adoption:
  - Plénière: l'enfant adoptif est totalement assimilé à un enfant légitime
  - Simple: l'autorité parentale est détenue par l'adoptant

Que dit la loi? Exceptions

- Mineur émancipé: décision du juge des tutelles

- Délégation de l'autorité parentale:
  - Sur la base du volontariat
  - Décision du juge des affaires familiales
  - Kafala: « recueil légal » des pays musulmans



- Mineur de plus de 16 ans en rupture familiale bénéficiant de la CMU à titre personnel: consentement seul pour lui-même

Art L1111-5 du CSP: ***« Lorsqu'une personne mineure dont les liens de famille 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 maladie universelle, son seul consentement est requis »***

Que dit la loi? Actes usuels et non usuels

Article 372-2 du code civil: ***« 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 »***

- Pas de définition dans la loi: jurisprudence
- **Actes usuels**: actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soins qui n'exposent pas le malade à un danger particulier
  - Soins obligatoires: vaccinations
  - Soins courants: blessures superficielles
  - Soins habituels: poursuite d'un traitement



- **Actes non usuels**: actes lourds dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir
  - Actes invasifs tels que anesthésie,

Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale

Que dit la loi? Information du mineur et droit d'opposition



- Loi 2002-303 du 4 mars 2002

Art. L1111-4 du CSP: ***« le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »***

- Pas de seuil d'âge défini par la loi

➔ appréciation de l'aptitude à donner un consentement libre et éclairé



- Code de déontologie médicale: précise que le médecin doit chercher le consentement

Art 42 du Code de Déontologie médicale: ***« Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement…..***
…Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. »

Que dit la loi? Information du mineur et droit d'opposition



- Art L.1111-5 du CSP: droit d'opposer le secret médical à ses parents:

Art L.1111-5 du CSP: ***« …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. »***

- Le médecin doit chercher à convaincre:



Art L.1111-5 du CSP: « ***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 où l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »***

- Le médecin doit agir dans l'intérêt de l'enfant:

Art 43 du Code de Déontologie Médicale: ***« le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris et mal préservé par son entourage. »***

Cas particulier : l'IVG



- Loi 2001-588 du 4 juillet 2001
- Consultations médicales obligatoires, en particulier psycho-sociale
- Demande doit émaner de la mineure elle-même, avec confirmation écrite
- Consentement des représentants légaux reste la règle



Art L.2212-7 du CSP: « ***Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.*** »

Cas particulier: l'IVG



- Mais la mineure peut si elle le souhaite garder le secret vis-à-vis de ses parents
- Désignation d'une personne majeure
- Le médecin doit s'efforcer de convaincre



Art L 2212-7 du CSP: ***« 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 ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés …. »***

Art L 2212-7 du CSP: ***« …..si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et 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. »***



Cas particulier: l'IVG

« ***les actes médicaux et les soins qui lui sont liés »***
Est ce que cela comprend toujours l'anesthésie?

- **SFAR 19 septembre 2001:**

  « l'anesthésie générale relève à l'évidence des actes médicaux liés à l'IVG »

- **Circulaire DGS/DHOS n°2001-467 du 28 septembre 2001** : « le médecin est habilité par la loi à pratiquer l'ensemble des actes afférents à la réalisation d'une intervention décidée de façon autonome par une adolescente et **notamment d'anesthésie**. »



- **Guide de l'IVG:** «l'IVG ainsi que les actes médicaux, **notamment l'anesthésie**, et les soins qui leur sont liés sont pratiqués à sa seule demande »

Cas particulier: l'urgence

- Urgence vitale, fonctionnelle, psychique…

- 1er cas: **pas de contact avec les parents lors de l'admission**
  - L'hôpital doit tout faire pour joindre les parents afin de les informer et d'obtenir les consentement aux soins
  - Conserver toutes les indications utiles pouvant rapporter la preuve des moyens mis en œuvre pour tenter de joindre les parents
  - Si les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent être joints, le médecin délivre les soins



Art 42 du Code de Déontologie médicale: ***« Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires »***

Cas particulier: l'urgence

- 2e cas: **refus de traitement ou de l'intervention par les parents**
  - Le médecin doit tout faire pour tenter de convaincre les parents de la nécessité de soins. S'il n'y parvient pas et en cas d'urgence, il délivre les soins indispensables



Art L 1111-4 du CSP: ***« dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables »***

  - Tracer ces éléments dans le dossier +++ (numéros de téléphone appelés, heures des appels, noms des personnes jointes…)

Et ailleurs?

- Belgique
  - Autorité parentale conjointe depuis 1995
  - Pas de notion d'acte usuel ou non usuel
    - ➔ 1 seule signature suffit
    - ➔ le parent s'engage pour l'autre

- Suisse
  - Autorité parentale conjointe depuis janvier 2014
  - Les 2 signatures sont nécessaires



Donc c'est simple!

- On connaît la définition du mineur
- On connaît les règles de l'exercice de l'autorité parentale
- L'anesthésie générale n'est pas un acte usuel
- L'information a été donnée à l'enfant et à ses parents
- On connaît les situations de dérogation au consentement des titulaires de l'autorité parentale

➔ formulaire d'autorisation d'acte rempli et signé **par les 2 parents** avant toute anesthésie

Art R 1112-35 CSP: **« *En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.***



Documents à fournir

- Carte identité parent
- Livret de famille ou extrait acte naissance de l'enfant
- Si procédure judiciaire (divorce, séparation, tutelle): copie du jugement comprenant la décision concernant l'autorité parentale ou la tutelle.
- Le formulaire de consentement doit être remis avec les explications nécessaires, lors de la consultation (chirurgicale ou d'anesthésie), avec la mention de l'acte

- **La vérification du statut familial de l'enfant et de l'identité des [illegible] ent signé s'effectue lors de l'admission**

Anticipation +++

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille
Attp4.doc

AUTORISATION PARENTALE SUR MINEUR

SERVICE : ……

Après avoir pris connaissance des informations au dos de cette feuille, veuillez compléter le document et le remettre avec les justificatifs lors de l'entrée dans le service.

JE, SOUSSIGNE (E)

1er cas: autorité parentale conjointe: la signature des deux parents est obligatoire

ADRESSE ……

OU

☐ TUTEUR :NOM :……..……PRENOM :……..……TEL……..
(Jugement à présenter)

CERTIFIE DETENIR L'AUTORITE PARENTALE SUR L'ENFANT :

NOM : ……PRENOM ……DATE DE NAISSANCE :……/……/……..

☐ **SEUL(E)**

☐ **CONJOINTEMENT** (PERE ET MERE)

L'acte indiqué ci-dessous ainsi que les soins associés en rapport avec l'affection. Y compris les actes d'anesthésie, les actes d'imagerie et les actes invasifs nécessaires (ex: injection produit contraste)

CACHET DU SERVICE

FAIT A LILLE, LE :……/……/……

SIGNATURES

MERE PERE TUTEUR

TOURNEZ SVP →

L'autorisation de soins est demandée lorsque sont envisagés des actes médicaux qui ne sont pas « usuels » : hospitalisation prolongée, recours à un traitement lourd ou comportant des effets secondaires importants intervention sous anesthésie générale et d'une manière générale les actes nécessitant, hors contexte urgence, **l'accord conjoint et exprès des deux titulaires de l'autorité parentale**.

Comment compléter cette autorisation :

- Cas des parents non mariés : lorsque la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul parent.
- En cas de décès.
- En cas de retrait de l'autorité parentale pour un des parents (jugement à présenter).
- En cas d'un exercice exclusif de l'autorité parentale par un des deux parents (jugement à présenter)

3ème cas : **Tutelle : la signature du tuteur est obligatoire**

- Ca…)

Ce docum… …rvice en présentant les pièces justificati…

Pièces justificatives

- **La pièce d'identité du parent**
- **Le livret de famille ou l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.**
- **Dans les cas de procédure judiciaire (divorce, séparation tutelle etc..) copie du jugement**

Pôle Santé
SARTHE ET LOIR

Autorisation d'opérer de l'enfant mineur

A remplir par les titulaires de l'autorité parentale

Identité du patient mineur (nom et prénom) : …….. ……

Type d'intervention et descriptif : …….. ……

Au cours de la consultation du médecin Dr……..…..du……/……/..……, il a été convenu que le mineur devait être hospitalisé le……/……/…….. pour y subir une intervention chirurgicale.

Le médecin m'a donné des informations précises sur son état de santé. Il m'a expliqué de façon claire, loyale et appropriée l'évolution possible de son état de santé si l'on ne recourait pas à cette opération/anesthésie/ ces soins.
Il m'a informé des autres types de traitement existants, avec leurs bénéfices et inconvénients.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette opération/anesthésie/ces soins, dans les suites opératoires et à terme.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention une découverte ou un évènement imprévu pourrait conduire le médecin à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le médecin à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire pour la santé du mineur.
J'ai eu la possibilité de poser des questions et le médecin y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

❒ Père :	❒ Mère :
Nom……	Nom……
Prénom……	Prénom……
Fait à : Date :	Fait à : Date :
Signature :	Signature :

*Ce document doit être signé par les deux titulaires de l'autorité parentale**
A défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu.
Si vous exercez seul l'autorité parentale, vous devez en apporter la preuve.

***Ce document est remis en consultation**, à défaut dans le service de soins.*

L'article 372-2 du code civil précise :
L'autorité parentale est exercée en commun par les mariés ou vivant en commun
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 d'un enfant (acte médical bénin).

*** En cas d'intervention médicale grave, le consentement des deux parents est requis.**

AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN PATIENT MINEUR
Intervention Médicale - Chirurgicale – Anesthésique – Transfusion sanguine - Hospitalisation

Conformément aux articles R1112-34, 35 & 36 du Code de la Santé Publique codifiés par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003, relatifs aux droits des patients mineurs

Madame, Monsieur,

Au cours des consultations avec le chirurgien et l'anesthésiste, il vous a été clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée sur votre enfant, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus. Il vous a été également expliqué les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques associés, prévisibles ou non, et ses complications éventuelles à court et long terme. Aussi, vous avez rempli et signé le consentement éclairé mutuel avec le chirurgien pour l'intervention pratiquée et le consentement à l'anesthésie et à la transfusion sanguine. Cependant, vous devez donner explicitement, en tant que parents et/ou titulaire de l'autorité parentale, votre accord sur la réalisation des gestes, actes médicaux et chirurgicaux et sur les traitements dont votre enfant devra bénéficier au cours de son hospitalisation à la clinique de Vitrolles. Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement, il s'agit simplement de recueillir **votre accord spécifique sur la réalisation des gestes et traitements qui concernent votre enfant**.

Au cours de la consultation avec le Docteur :……,
il a été convenu que notre enfant : ……(nom et prénom) devrait être hospitalisé à la Clinique de Vitrolles pour y bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Ce médecin nous a donné des informations précises sur l'état de santé de notre enfant. Il nous a expliqué de façon simple et compréhensible son évolution possible si on ne recourait pas à une intervention médicale et/ou chirurgicale. Il nous a informé(e) des autres types de traitements pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles. Il nous a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.
Nous avons eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. Nous avons bien compris les réponses qui ont été fournies et nous avons disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre notre décision.

En conséquence de quoi :

- *Nous autorisons ce médecin ou autre spécialiste concerné à pratiquer sur notre enfant, les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection qu'il présente.*
- *Nous comprenons que le médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux planifiés. Nous autorisons ce médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avéreraient médicalement nécessaires.*
- *Nous autorisons, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine sur notre enfant.*
- *Nous autorisons* le transfert que nécessiterait l'état de santé de notre enfant, vers un autre établissement.**A**

AUTORISATION D'OPERER ET D'HOSPITALISER UN P TIENT MINEUR

Identité du patient mineur	
Nom :	Prénom :
Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	

La mère de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale	Le père de l'enfant ou autre détenteur de l'autorité parentale
Nom :_____ Prénom :_____ Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Nom :_____ Prénom:_____ Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Adresse : _____ _____ _____ Code postal :_____ Ville :_____ Téléphone domicile : _ _/_ _/ _ _/_ _ Téléphone portable : _ _/_ _/ _ _/_ _	Adresse : _____ _____ _____ Code postal : _____ Ville :_____ Téléphone : _ _/_ _/ _ _/ _ _ Téléphone portable : _ _/_ _/ _ _/_ _

La signature <u>des deux parents est obligatoire</u>; dans le cas d'un seul détenteur de l'autorité parentale : fournir une copie de la décision de justice ou de l'acte de naissance de l'enfant. Si un des deux parents est éloigné vous pouvez transmettre **ce document signé par fax ou Email** (fax 40.42.46.92.86 contact@clinique-vitrolles.com).

Les signataires attestent que leur exercice de l'autorité parentale n'a pas été limitée par une décision de justice et certifient exacts les renseignements fournis.

Mère ou autre détenteur de l'autorité parentale	Père ou autre détenteur de l'autorité parentale
A _____ Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Signature	A _____ Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Signature

CLINIQUE DU VAL D'OUEST-VENDOME
39, chemin de la Vernique - 69130 ECULLY
Tél. 04 72 19 32 00 - Fax 04 72 19 32 30 - www.cliniqueduvaldouest.com

CONSENTEMENT ECLAIRE / AUTORISATION D'OPERER

Document à remettre le jour de l'hospitalisation à l'infirmière du service

Je soussigné(e), ……,

☐ **Agissant pour moi-même**

☐ **Agissant pour mon enfant :……**

☐ **Agissant pour le majeur protégé :……**

☐ **Atteste avoir eu un entretien avec le Dr : ……,**

exerçant à la Clinique du Val d'ouest, pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les examens et actes thérapeutiques nécessaires. J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à ces actes, à l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi qu'aux risques et complications pouvant survenir pendant leur réalisation et dans leurs suites immédiates ou à terme.

☐ **Atteste avoir eu une consultation d'anesthésie**

au cours de laquelle j'ai reçu une information claire, complète et appropriée, sur les avantages et inconvénients de l'anesthésie proposée. Il m'a été remis lors de cette consultation, une fiche d'information écrite dont j'ai pris connaissance.

J'ai pu poser toutes les questions jugées utiles et bien compris les réponses fournies. Enfin j'ai été informé(e) que ces praticiens sont à ma disposition ou à la disposition de mes proches ou du médecin de mon choix, pour rappeler les renseignements qui m'ont été donnés.

Après avoir eu connaissance de ces informations, et n'étant pas dans une situation d'urgence ou de danger immédiat, j'ai pu, en toute connaissance de cause, donner mon consentement éclairé à la réalisation des actes prévus.

Pour les patients mineurs, la signature des 2 parents est obligatoire

Pour les patients sous tutelle ou curatelle, signature du tuteur.

AUTORISATION D'OPERER

Patient (ou tuteur) :	***Pour un patient mineur :***	
Signature :	Signature du Père :	Signature de la Mère :

POLYCLINIQUE Du Parc Rambot

2 Avenue du Docteur Fernand Aurientis
13100 Aix en Provence

Document concernant l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Autorisation d'opérer un patient mineur (ou majeur protégé)

Je soussigné(e), certifie être représentant légal de l'enfant (ou du majeur protégé) désigné ci-dessus

Autorise l'équipe médicochirurgicale de la clinique à pratiquer l'intervention :

Motif d'intervention : .....

Date d'intervention : .....

Et à utiliser les moyens nécessaires dans la prise en charge y compris l'anesthésie générale.

Père

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Date : ...../...../ .....

Signature

ET

Mère

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Date : ...../...../.....

Signature

OU

Tuteur

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : .....

Date : ...../...../ .....

Signature

Le consentement des deux parents titulaires de l'autorité parentale est requis.
Articles de référence : Art. 371-1, 372 et 372-2 du Code civil et Art R. 1112-35 du Code de Santé Publique.

AUTORISATIONS D'OPERER, D'ANESTHÉSIE OU DE SOINS

Capio Polyclinique du Parc

105, rue Achille Viadieu - CS 27804 - 31078 Toulouse Cedex 4
Tél. 08 26 65 66 66 - Fax 05 61 36 65 47
www.capio.fr

AUTORISATIONS D'OPERER, D'ANESTHESIE OU DE SOINS

Madame, Monsieur,

Vous pouvez donner par écrit votre consentement libre et éclairé nécessaire pour toute décision concernant votre santé. L'autorisation écrite d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération est obligatoire pour les père, mère ou tuteur légal d'un enfant mineur ainsi que pour le tuteur d'un majeur protégé.

Ainsi nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations portées sur cette feuille, de la remplir et de la signer avant votre admission au bureau des entrées.

Etiquette
(Cadre réservé à l'administration)

AUTORISATIONS D'OPERER, D'ANESTHESIE OU DE SOINS :

Je soussigné (e),

☐ Père (nom, prénom, date de naissance) .....
Domicilié : ..... n° Tél. : .....

☐ Mère (nom, prénom, date de naissance) .....
Domicilié : ..... n° Tél. : .....

☐ Tuteur ayant autorité parentale (nom, prénom, date de naissance) .....
Domicilié : ..... n° Tél. : .....

☐ Représentant du majeur protégé (nom, prénom, date de naissance) .....
Domicilié : ..... n° Tél. : .....

☐ Patient (nom, prénom, date de naissance) .....
Domicilié : ..... n° Tél. : .....

Déclare autoriser : le Chirurgien et l'Anesthésiste à pratiquer sur la personne de :

☐ Mon enfant mineur dont je suis détenteur de l'autorité parentale (Nom/Prénom /Date de naissance) :
.....

☐ M. ou Mme .....
☐ Incapable sous curatelle/tutelle dont je suis le représentant.

☐ Moi-même

Toute intervention chirurgicale, acte d'anesthésie ou acte médical et les examens biologiques en vue du dépistage de certaines maladies infectieuses (Hépatites B et C, VIH…) imposés par mon (son) état de santé et l'affection dont je (il / elle) souffre.

Et avoir donné mon consentement éclairé aux praticiens après qu'ils m'aient informé(e) des bénéfices et risques liés à l'intervention chirurgicale, aux actes anesthésiques ou aux actes médicaux et à toutes les conditions nécessaires pour leur réalisation dans les meilleures conditions de sécurité (y compris à visée diagnostique et thérapeutique éventuellement pratiqués par d'autres médecins).

Signature des deux parents obligatoire pour un mineur.
Signature :

Date : .....

Père :

Mère :

Tuteur ayant autorité parentale :

Tuteur du majeur protégé :

Patient :

Clinique Lyon-Nord
Rillieux

Document à compléter obligatoirement et à remettre à la clinique au plus tard le jour de votre hospitalisation.

Cadre réservé à l'établissement

Etiquette Patient

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Une exploration médicale ou un traitement invasif sont envisagés pour vous-même, un de vos enfants, ou une personne placée sous votre tutelle.
Tout acte médical doit être précédé de l'expression du consentement, ce qui suppose qu'ait été donnée une information loyale, claire et appropriée par le praticien.

Après avoir échangé sur cette information avec le praticien, nous vous remercions de bien vouloir signer le présent document, par lequel vous reconnaissez :

- **Avoir été bien informé des investigations et des traitements envisagés, de leur utilité, de leur urgence éventuelle, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que des autres solutions possibles, et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.**
- **Autoriser les praticiens de la clinique à effectuer une anesthésie et une intervention chirurgicale ou endoscopique, et tout acte nécessaire en cas d'urgence.**
- **Autoriser les praticiens à effectuer une transfusion sanguine en cas de nécessité.**

1 / CONSENTEMENT ECLAIRE

Vous êtes la PERSONNE SUBISSANT L'INTERVENTION ou RECEVANT LES SOINS :

Nom : ……

Prénom : ……...

Fait le :……...

Signature précédée de la mention *« J'accepte les soins proposés »*

2 / AUTORISATION D'OPERER POUR MINEUR / MAJEUR PROTEGE

L'intervention ou les soins proposés concernent votre ENFANT MINEUR (*) ou une PERSONNE PLACEE SOUS VOTRE TUTELLE :

Nom et prénom de l'enfant ou de la personne sous votre tutelle :

Pour les enfants mineurs, la signature des deux parents est obligatoire.
~~Pour les personnes sous tutelle, la signature du tuteur est obligatoire.~~

Signataire :	Signataire :
Nom : ……	Nom : ……
Prénom : ……...	Prénom : ……...
Lien de parenté :……..	Lien de parenté : …….
Fait le :……...	Fait le : ……...

Signature(s) précédée(s) de la mention *« J'autorise les soins proposés »*

*(*1) Prévoir une copie des cartes d'identité des parents et de l'enfant ou une copie du livret de famille.*

Merci de remplir au dos.



Donc c’est simple!

➔ formulaire d’autorisation d’acte rempli et signé **par les 2 parents** avant toute anesthésie

Art R 1112-35 CSP: **« *En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d’urgence.***

Mais….



CNCE: 10% évènements porteurs de risque déclarés en chirurgie ambulatoire pédiatrique entre 2009 et 2013 concernent un problème de consentement parental

Défaillances au consentement: causes

- **Causes immédiates**
  - Considérer que l'(ou les) accompagnant(s) d'un mineur est(sont) bien le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale
  - Absence ou défaut d'information aux familles sur l'importance du consentement **des deux** représentants de l'autorité parentale

Défaillances au consentement: causes

- **Causes liées au patient, la famille**

  - Méconnaissance et/ou confusion sur le statut de parent
  - Méconnaissance de la législation sur l'exercice de l'autorité parentale
  - Familles recomposées, familles homoparentales: défaut de compréhension de la différence entre le détenteur légal de l'autorité parentale et le « parent » habituel auprès duquel vit l'enfant (beau-parent, concubin..)
  - Absence ou défaut d'accompagnement du mineur

Défaillances au consentement: causes

- **Causes liées à l'absence de documents preuves**
  - Défaut dans la présentation des documents preuves du statut de parent
  - Absence de présentation du document de consentement
  - « oubli » de présenter la signature des 2 parents

Défaillances au consentement: causes

- **Conflit familial**
  - Refus d'un rapprochement avec l'autre parent
  - Volonté de ne pas informer l'autre parent
  - Refus de consentir pour ennuyer l'autre parent
  - Délaissement d'un des parents avec aucune possibilité de le joindre
  - Désaccord entre les parents et le mineur

Défaillances au consentement: causes

- **Causes liées à l'institution**
  - Absence ou défaut de vérification systématique de la situation familiale
  - Absence ou défaut de vérification de l'identité des accompagnants d'un mineur à chaque étape de sa prise en charge
  - Absence ou défaut de traçabilité systématique
    - Des accompagnants de l'enfant à chaque étape de sa prise en charge
    - De l'intitulé précis de l'acte interventionnel et/ou des actes associés éventuels

Défaillances au consentement: causes

- **Causes liées à l'institution**
  - Absence de communication entre les soignants
  - Absence ou défaut de culture sécurité pour la prise en charge d'un mineur
  - Absence ou défaut d'information et de communication juridique aux différents acteurs

Défaillances au consentement: conséquences

- Désorganisation des programmes opératoires.
- Mise en danger de l'enfant: l'enfant ne doit pas être l'outil des conflits entre les parents.
- Mise en cause de la responsabilité médicale: le médecin reste seul face à la décision.
- Responsabilité morale lourde du médecin en cas de désaccord entre les parents, ou entre les parents et le mineur.
- Le médecin a une obligation légale d'informer et de tracer les informations données.

Au CHRU de Lille

- Service juridique
- Aide à la recherche des 2 consentements
- Consignation par le médecin dans le dossier médical ++:
  « intervention effectuée pour sauvegarder la santé de l'enfant »
- Décharge à faire signer en cas de désaccord persistant ou de situation d'impasse
- Aide à la saisie du ministère public si conflit avéré ou pas de solution trouvée

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Conspar.doc

HOPITAL .....

SERVICE : .....

Je soussigné(e) :

Nom usuel:..... Prénom :.....

Nom jeune fille.....

Date de naissance :.....

ATTESTE détenir conjointement avec l'autre parent l'autorité parentale sur l'enfant :

Nom :.....Prénom.....Date de naissance :.....

Dont je suis : le père/la mère *

☐ ATTESTE sur l'honneur ne pas pouvoir obtenir, après avoir effectué toute tentative pour joindre le père/la mère * de mon enfant
M.....
Le consentement de celui-ci/celle-ci* pour les actes de soins prévus le :.....
Commentaires : :.....
.....

☐ ATTESTE sur l'honneur n'avoir aucune nouvelle du père/de la mère * de mon enfant
M.....
Depuis le:.....
Et être dans l'incapacité de pouvoir le/la * joindre ou d'obtenir un numéro de téléphone ou une adresse par n'importe quelque moyen.
Commentaires : :.....
.....

* Rayer la mention inutile

Fait à .....Le.....

Signature du Parent

Exemple n°1

- Jeune fille 14 ans
- Chirurgie de réduction des petites lèvres
- Ne voulait pas que son père, qu'elle n'a pas vu depuis plusieurs années, soit au courant

➔ après appel du service juridique

- Intervention pratiquée sans le consentement paternel
- Inscription dans le dossier par le médecin:
  - De la volonté expresse de l'enfant
  - Du respect de son souhait de garder le secret concernant son état de santé vis à vis de l'un de ses parents
  - Du caractère important de l'intervention pour son bien être

Exemple n°2

- Couple homosexuel (Pacsé) ayant procédé à une gestation pour autrui aux USA.
- Père (biologique) a un certificat de naissance de l'enfant aux USA, avec reconnaissance de l'enfant.
- Délégation d'autorité parentale de la mère de l'enfant….mais aux USA, non autorisée en France.
- Enfant en cours d'adoption en France, procédure longue ++
- Papiers provisoires +++ attestant de la situation

➔ après appel du service juridique

- Accord donné en raison de l'intérêt de l'enfant
- Signature du père biologique
- Inscription dans le dossier de l'enfant

Exemple n°3

- Enfant de 3 ans avec fracture déplacée du bras:
- Père absent en « déplacement professionnel »
- Refus du chirurgien d'opérer car pas de signature des 2 parents; pas de critères d'urgence
- La mère se présente dans un autre établissement où l'intervention chirurgicale est réalisée
- Mère envisage de porter plainte contre le 1er praticien: souffrance de l'enfant

Exemple n°3

➔ plainte déconseillée par l'avocat consulté

- le 1er praticien a renvoyé l'enfant avec des antalgiques et ne peut pas être accusé de mauvaise prise en charge
- respect de la loi puisque pas de mise en danger de l'enfant
- l'accord pouvait être obtenu par mail, fax avec copie de la carte d'identité…
- en cas d'accident ou de complication, le praticien pouvait être mis en cause



Conclusion

- La loi est claire: il faut le consentement des 2 parents
- Mais la jurisprudence l'est moins
  - actes usuels?
  - urgence?
- Modification des schémas familiaux
- Responsabilité du médecin
- Tracer les éléments dans le dossier ++